PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: INOVAÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE E O BEM-ESTAR

ORGANIZAÇÃO

Marcelo Coppi
Hugo Oliveira
Ana Maria Cristóvão
Jorge Bonito

ciep|ue
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: INOVAÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE E O BEM-ESTAR

Marcelo Coppi
Hugo Oliveira
Ana Maria Cristóvão
Jorge Bonito

CIEP | UE
2025

FICHA TÉCNICA

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: INOVAÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE E O BEM-ESTAR

Marcelo Coppi, Hugo Oliveira, Ana Maria Cristóvão, Jorge Bonito (Editores)

Copyright © by Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora (CIEP | UE), 2025

Colégio Pedro da Fonseca | Rua da Barba Rala, N.º 1, Edifício B | 7005-345 Évora

Telefone: (+351) 266 768 050

Correio eletrónico: ciep@uevora.pt

Internet: https://www.ciep.uevora.pt

Os textos publicados e opiniões expressas neste livro são da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da Comissão Editorial e a da Comissão Científica, nem comprometem o CIEP | UE.

É expressamente proibido reproduzir esta obra, na totalidade ou em parte, sob qualquer forma ou meio, exceto para fins de ensino e investigação. Todos os direitos estão reservados por CIEP | UE. Autorizações especiais podem ser requeridas para ciep@uevora.pt.

Coordenação editorial: Jorge Bonito

Capa: CIEP-UE

Formatação e paginação: Maria Martins & Inês Agostinho

ISBN: 978-972-778-439-4

Depósito Legal: 550248/25

Apoios: Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto UIDP/04312/2020.

Índice

Prefácio..... 7

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO: ABORDAGENS INOVADORAS E MULTIDISCIPLINARES

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE OCUPACIONAL: DO TRABALHO ÀS ESCOLAS 11
Marlene Mendes

ENSAIO PARA UM ENSINO PÓS-GRADUADO SAUDÁVEL 19
Pedro Vargues de Aguiar

A PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA ATIVOS E SAUDÁVEIS NA ESCOLA 31
Adilson Marques, Élvio R. Gouveia, Tiago D. Ribeiro & Margarida Gaspar de Matos

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR (PEPS-ME) NA VISÃO DE ALUNOS E ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO 49
Leonel Lusquinhos & Graça Simões de Carvalho

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELOS PARES DOS JOVENS DO BAIXO ALENTEJO – PROJETO EPPA 69
Teresa Tavares

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESPAÑA 85
M. Inés Gabari Gambarte

INOVAR O ENSINO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE 109
Irma Brito

EDUCAÇÃO PARA A PROTEÇÃO CIVIL NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: PROJETANDO UM ESTUDO DE CASO 121
Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas & Liliana Maria Gonçalves Rodrigues de Góis

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR: PERSPECTIVAS EDUCACIONAIS E INTERVENÇÕES

PERSPETIVANDO A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL A PARTIR DA FORMAÇÃO SOCIOEMOCIONAL DOCENTE 135
Isabel Valente & Marlene Migueis

BEM-ESTAR DO ESTUDANTE NA PÓS-GRADUAÇÃO E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA 147
Mariana da Silva de Lima, Thayana Maria Lopes de Lima, Jorge Conde & Jorge Bonito

INTERVENÇÃO COLABORATIVA PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL ENTRE E COM ESTUDANTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA 157
Liliana Raphaela Brandim Goergen, Cleidilene Ramos Magalhães & Fúlvia da Silva Spohr

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE PSICOLÓGICA E BEM-ESTAR: MONITORIZAÇÃO E AÇÃO NAS ESCOLAS PORTUGUESAS 165

Margarida Gaspar de Matos, Cátia Branquinho, Bárbara Moraes, Catarina Noronha, Tânia Gaspar, Gina Tomé, Marina Carvalho, Adilson Marques, Celeste Simões, Fábio Botelho Guedes, Ana Cerqueira, Marta Raimundo & Nuno Neto Rodrigues

EMPATIA E BEM-ESTAR NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR 177
Manuela Ferreira, Sofia Campos, Eduardo Santos & Andreia Pereira

SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: UM LONGO CAMINHO A PERCORRER 189
Lara Guedes de Pinho & Maria João Silva

O FUNCIONAMENTO FAMILIAR PRÉ E PÓS O CANCRO PEDIÁTRICO: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA 199
Cristiana Castro & Catarina Grande

FATORES BIOPSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES 215
Nuno Loureiro & Tânia Gaspar

ATIVIDADE FÍSICA, PSICOTERAPIA E ESTRATÉGIAS MOTIVACIONAIS NA PREVENÇÃO AO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS 227
Natália C. Oliveira, Stephanie C. Müller & Érika G. L. Ramirez

A DIMENSÃO PROBLEMÁTICA DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS ENTRE OS JOVENS PORTUGUESES: RESULTADOS DO ECATD-CAD 2019 237
Vasco Gil Calado & Elsa Lavado

EDUCAÇÃO, SAÚDE E CIDADANIA: PRÁTICAS, FATORES SOCIAIS E DESENVOLVIMENTO HUMANO

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO COMPONENTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO 253
José Ernesto Bule

ARTICULAÇÕES ENTRE O PES E A CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO: UM EXEMPLO PRÁTICO 263
Paula Lagarto, Vânia Oliveira & Raquel Forca

CIDADANIA PARA TODOS. A ESCOLA NA MEDIAÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE SOCIAL 271
Carlos H. Fortes Antunes

FACTORES SOCIAIS, ECONÓMICOS E CULTURAIS QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DAS UNIÕES PREMATURAS EM MOÇAMBIQUE 283
Dique Paulo Nguenha

ACONSELHAMENTO DE CARREIRA COM PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 291
Lídia Mara Fernandes Lopes Tavares, Larissa Medeiros Marinho dos Santos & Maria de Fátima Minetto

SOCIAL AND PROFESSIONAL FACTORS FOR TEACHING STAFF ETHNIC TOLERANCE AND MULTICULTURAL IDEOLOGY IN PRESCHOOL EDUCATION: RESULTS OF A STUDY IN PORTUGAL 305
João Miguel Alves Ferreira & Sergii Tukaiev

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA.....319
Elisiane Perufo Alles, Iasmin Zanchi Boueri & Maria de Fátima Joaquim Minetto

EDUCAR PARA O SENTIDO, REALIZAR A PAZ.....333
Liliana Rodrigues

LA INTRODUCCIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA CULTURAL EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD: REFLEXIONES DESDE CHILE.....341
Alejandra Carreño Calderón, M. Eliana Correa Matus & Katherine Meneses Jiménez

EL DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA SALUD Y LA FELICIDAD DE LOS ESTUDIANTES: APORTES DESDE UNA EXPERIENCIA.....357
Lilliana Villa-Vélez, Diana Paola Betancurth-Loaiza, Miryam Bastidas-Acevedo, Fernando Peñaranda-Correa & Gloria Elena Lopera-Uribe

AVANÇOS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE: TECNOLOGIA E PRÁTICAS INOVADORAS

O CALENDÁRIO VACINAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS - UM RECURSO DE APRENDIZAGEM PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA.....373
Ceura Beatriz de Souza Cunha, Sílvio César Cazella, Márcia Rosa da Costa & Maria Eduarda Machado Silva

SOLUÇÕES DE SOFTWARE PARA SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA: NOTAS DE APOIO À ESCOLHA.....391
Jorge Bonito & Jorge Medina

PROCESSO EDUCATIVO A SIMULAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....407
Norberto Maciel Ribeiro

UNDERSTANDING THE ROLE OF NEUROSCIENCE IN PATHOLOGICAL GAMBLING.....417
João Miguel Alves Ferreira & Sergii Tukaiev

REHABILITATION TECHNOLOGIES IN THE TRAINING OF PHYSIOTHERAPISTS OF THE IBERIAN PENINSULA: AN OBSERVATIONAL STUDY OF INNOVATIONS IN HIGHER EDUCATION.....431
Tarciano Batista e Siqueira, José Alberto Frade Martins Parraça & João Paulo Brites de Sousa

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA DO TREINAMENTO DE FACILITADOR DO CAREGIVER SKILLS TRAINING: PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE .445
Thaís Cristina Angelote de Souza, Maria de Fátima Joaquim Minetto & André Marques Choinski

EXPOSIÇÃO A FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO – DESAFIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO.....459
Eugénia Taveira, Daniela Pedrosa, Anabela Pereira & Madalena Cunha

PRACTICAL IMPLICATIONS OF HEUTAGOGY FOR CLINICAL EDUCATION IN PHYSIOTHERAPY UNDERGRADUATE.....473
Tarciano Batista e Siqueira, José Alberto Frade Martins Parraça & João Paulo Brites de Sousa

COMPARATIVA DE METODOLOGÍAS EDUCATIVAS TRADICIONALES VERSUS INNOVADORAS MEDIADAS POR TECNOLOGÍAS: APRENDIZAJE DE TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN.....485
Maria del Carmen Ortega Navas, Giovanna Ruiz García, Adrián Rodríguez García & María García- Pérez Calabuig.

Prefácio

Alunos saudáveis em Escolas sãs



O cuidado com o Outro é o que define a Humanidade como civilização. A partir do momento em que o Ser Humano se consciencializou de que a coesão do grupo decorre da garantia do bem-estar de cada indivíduo, foi alcançado um grau fundamental na nossa cadeia evolutiva. Tratou-se de conferir à relação humana um valor acrescido que supera a emergência do ímpeto pela sobrevivência, emergindo, assim, os princípios da empatia e do altruísmo. Neste enquadramento, a Saúde e a Escola constituem-se como uma dupla simbiótica no cuidado com o Outro: por um lado, só é possível o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e comportamentos numa Escola que valorize o bem-estar; por outro, a Escola, como instituição privilegiada de formação e educação, deve fomentar o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

Em 1986, com a Carta de Otawa, a interconexão entre o indivíduo e a comunidade ganhou significado global, instituindo o meio escolar como um dos centros nevrálgicos da promoção do bem-estar. Desta evidência nasceu a "Educação para a Saúde", consagrada pela OMS em 1998, à qual se seguiu a figura de "Escola Promotora de Saúde", atuando no desenvolvimento da literacia do bem-estar e respetivas competências, bem como nos vínculos interpessoais e na autonomia. No contexto nacional, a defesa de hábitos de vida saudáveis encontra eco quer no *Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória*, quer na *Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania*, na medida em que ambos os referenciais reconhecem, como uma condição-chave para o sucesso educativo, o saber multifacetado: sentir, estar, pensar, conhecer, relacionar-se. Concretamente, este enquadramento visa providenciar a todos os alunos equidade no acesso à educação e à saúde enquanto direitos basilares. Com a rasura das desigualdades, contribui-se para maiores níveis de coesão social, sendo este, garantidamente, o caminho para uma educação inclusiva, que responde às potencialidades, às expetativas e às necessidades dos alunos. A fim de proporcionar a todos a participação e o sentido de pertença, a articulação curricular, o estabelecimento de parcerias e o envolvimento ativo e comprometido dos vários elementos da comunidade apresentam-se como as estratégias vencedoras para o desenrolar de aprendizagens em benefício do equilíbrio entre mente e corpo.

Tomando nas mãos este desígnio, a publicação *Promoção e Educação para a Saúde: Inovação e Sustentabilidade para o Bem-Estar* assumiu a meritória iniciativa de reforçar o enfoque nas políticas, serviços, redes, currículo, competências e ambientes em favor da harmonia em meio escolar, por forma a garantir a equidade, a participação, o empoderamento, a sustentabilidade, a colaboração e as parcerias neste bem maior que é o futuro das crianças e dos jovens. Trata-se, efetivamente, de um exemplo de cuidado com o Outro, que inspira a Escola a perseguir a máxima *mens sana in corpore sano*, para que, todos os dias, haja cada vez mais alunos saudáveis em escolas sãs.

Pedro Dantas Cunha
Secretário de Estado da Administração e Inovação Educativa
XXIV Governo Constitucional

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO: ABORDAGENS INOVADORAS E MULTIDISCIPLINARES

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE OCUPACIONAL: DO TRABALHO ÀS ESCOLAS

Marlene Mendes

Faculdade de Direito, Universidade Lusófona | p6471@ulusofona.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Mendes, M. (2025). Educação para a saúde ocupacional: do trabalho às escolas. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 11-18). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora

RESUMO

No presente estudo o nosso objetivo é demonstrar que a educação para a saúde ocupacional é essencial para a promoção da prevenção e de uma cultura de segurança e de saúde no trabalho efetivas, respondendo à questão: a educação para a saúde ocupacional pode contribuir para a adoção de comportamentos preventivos e para o fomento de uma cultura de prevenção face à multiplicidade e diversidade de riscos ocupacionais aos quais o (futuro) trabalhador é (ou pode ser) exposto no trabalho aquando da prestação da sua atividade profissional? O nosso estudo tem por base os objetivos preventivos delineados pelo legislador no Direito da Saúde e da Segurança no Trabalho, por meio dos quais se visa não só prevenir a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, mas também promover a saúde no trabalho. A revisão da literatura realizada demonstrou, por um lado, a existência de diferentes perceções, culturas (e/ou perspetivas) por parte de trabalhadores e de empregadores perante os riscos ocupacionais. E, por outro lado, demonstra que na atual sociedade do risco ocupacional, a tipologia dos riscos ocupacionais é dinâmica, fruto do constante surgir de riscos ocupacionais novos e emergentes associados a novas formas de prestação de atividade profissional ou aos novos desafios colocados pela tecnologia, pela robótica e pela inteligência artificial no seio de um mercado de trabalho globalizado. Em resultado da análise realizada defendemos a educação para a saúde ocupacional em âmbito escolar, como o meio adequado para a construção de uma cultura de segurança e de saúde no trabalho. A educação dos jovens no que respeita à existência, tipologia e efeitos para a saúde da exposição da pessoa trabalhadora aos vários riscos ocupacionais é benéfica e desejável na medida em que poderá promover a perceção sobre o risco, contribuir para a mudança de hábitos e comportamentos laborais (e, de vida) e contribuir para uma menor incidência de algumas das doenças profissionais, circunstância tanto ou mais importante face ao caráter difuso dos riscos profissionais e ao aumento de fatores de risco psicossocial. A educação para a saúde ocupacional dota os jovens de competências e habilidades que lhes permitem estar alerta e ser parte interessada na prevenção dos riscos ocupacionais contribuindo para a promoção de uma cultura de saúde e segurança ocupacionais. A prevenção começa com a educação.

Palavras-chave: Saúde ocupacional; Educação; Prevenção de riscos ocupacionais.

A prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais

Da prevenção dos riscos ocupacionais

A prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais é atualmente prosseguida, ao nível legislativo, pelo Direito da Saúde e da Segurança no Trabalho. O objetivo é proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores no trabalho face aos riscos profissionais a que estão (ou possam estar) expostos quando da prestação da sua atividade profissional e assim evitar a ocorrência de acidentes de trabalho e o surgir de doenças profissionais. Este ramo do Direito, que tem no legislador da União Europeia o seu principal impulsionador, é composto por um conjunto de

diplomas. No direito português, a Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que aprova o regime jurídico da promoção da segurança e da saúde no trabalho (e transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 89/391/CEE, do Conselho, de 12 de junho de 1989, relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho), apresenta-se como uma lei-quadro nesta matéria e tem por base um modelo de atuação *a priori.* Ou seja, uma atuação que tem subjacente o (necessário) conhecimento das características inerentes à atividade profissional e ao posto de trabalho, em particular, visando identificar e avaliar para, posteriormente, eliminar ou reduzir (caso não seja possível a sua eliminação) os riscos profissionais a que a pessoa trabalhadora esteja exposta no âmbito da prestação da sua atividade profissional. Positiva-se que o trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e a sua saúde e que a prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correta e permanente avaliação de riscos e ser desenvolvida segundo princípios, políticas, normas e programas que visem, de acordo com o disposto no art. 5.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, nomeadamente: a definição das condições técnicas a que devem obedecer a conceção, a fabricação, a importação, a venda, a cedência, a instalação, a organização, a utilização e a transformação das componentes materiais do trabalho em função da natureza e do grau dos riscos, assim como as obrigações das pessoas por tal responsáveis (art. 5.º, n.º 3, al. *b)*; a determinação das substâncias, agentes ou processos que devam ser proibidos, limitados ou sujeitos a autorização ou a controlo da autoridade competente, bem como a definição de valores limite de exposição do trabalhador a agentes químicos, físicos, biológicos e das normas técnicas para a amostragem, medição e avaliação de resultados (art. 5.º, n.º 3, al. *c)*; a educação, a formação e a informação para a promoção da melhoria da segurança e saúde no trabalho (art. 5.º, n.º 3, al. *f)* e/ou a sensibilização da sociedade, de forma a criar uma verdadeira cultura de prevenção (art. 5.º, n.º 3, al. *g)*).

Estas leis-quadro (e diretivas-quadro) são complementadas, por outros diplomas (e diretivas) especiais que adequam os princípios gerais a riscos específicos e inerentes a determinada atividade profissional ou à pessoa trabalhadora, nomeadamente quando se considera que esta integra um grupo de risco. Neste âmbito, são objeto de regulação as prescrições mínimas de segurança e de saúde relativas aos locais de trabalho e/ou a locais de trabalho específicos (estaleiros temporários e/ou móveis, navios de pesca, indústrias extrativas a céu aberto, subterrâneas e por perfuração), aos equipamentos de trabalho, aos equipamentos de proteção individual, à movimentação manual de cargas, aos equipamentos dotados de visor e à exposição a substâncias e/ou agentes (cancerígenos ou mutagénicos, biológicos, químicos, atmosferas explosivas e físicos). Fixam-se, também, as prescrições mínimas para a sinalização de segurança e/ou saúde no trabalho e determinam-se as medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde das trabalhadoras grávidas.

Esta tipologia (legal) de riscos tem uma matriz científica e/ou cientificada (uma vez que está subjacente à identificação, à avaliação (e ao controlo) dos riscos ocupacionais a utilização das designadas, perspetivas técnicas do risco (a perspetiva atuarial, a perspetiva toxicológica e epidemiológica e a perspetiva da engenharia), de caráter técnico-científico e com origem em áreas do conhecimento como a engenharia, a estatística, a toxicologia e a epidemiologia. Estas perspetivas técnicas antecipam as ameaças, apuram a média de ocorrência de eventos no tempo e no espaço e usam essa frequência para ordenar e especificar probabilidades. Com base nestas perspetivas, a conceptualização do "risco" tem subjacente a probabilidade de ocorrência e as consequências de um advento/acontecimento adverso (Aven, 2020; Gupta, 2016; Renn, 1992). E estas perspetivas permitem modelar um modelo de prevenção.

Os (novos) desafios preventivos

No entanto, o surgir de riscos novos e emergentes, muitos dos quais de natureza difusa, plurifatorial e que se podem traduzir em danos ao nível emocional, cognitivo e relacional (Comissão Europeia, 2017; Organização Mundial de Saúde, 2017) associados a modelos de desempenho e de organização do trabalho que se vão adaptando à evolução tecnológica, científica e digital assim como a evolução da demografia laboral representam um desafio constante no âmbito preventivo.

De facto, como a Organização Internacional do Trabalho tem vindo a chamar a atenção, desde 1974, o ambiente de trabalho ou o desempenho da atividade laboral também podem ter repercussões sobre a saúde mental, em virtude da exposição a fatores de risco psicossociais (Chouaniére, 2017; Leka & Jain, 2010; Tarhouny, 2020). E, a exposição pelo trabalhador a fatores de risco psicossocial interfere com aspetos sociais e psicológicos (Iavicoli & Di Tecco, 2020; Neto, 2014; Valléry, 2017).

E, também, a teoria da sociedade do risco tem contribuído para demonstrar a mudança de perfil dos riscos ocupacionais, uma vez que apresenta os riscos como resultado do modelo de sociedade característico da modernidade, pelo que os riscos são manufaturados no seio da sociedade, apresentando-se como internos à mesma. O modelo da sociedade do risco contribui para contextualizar o risco na sociedade chamando a atenção para um modelo de sociedade que, à mercê de mais conhecimento e evolução tecnológica e científica, fomenta, em simultâneo, a criação de novos riscos ou a reconfiguração dos existentes.

Estamos, pois, perante uma tipologia de riscos que é não só dinâmica e passível de "interpretações" distintas consoante apreendido, nomeadamente, pelo empregador ou pelo trabalhador, mas também contextualizável consoante o modelo de sociedade.

Cultura(s) de saúde e de segurança no trabalho

A acrescer, diversos estudos desenvolvidos no âmbito das perspetivas psicológica e sociocultural do risco demonstram que a perceção do risco por parte dos trabalhadores pode não coincidir – e muitas vezes não coincide – com a noção de risco adotado de uma perspetiva técnico-científica pela lei e, em consequência, pelos empregadores. A perspetiva psicológica do risco centra-se na cognição individual, nos julgamentos subjetivos de cada indivíduo (Knight, 2016; Renn, 2004). Nesta perspetiva, o estudo incide sobre as questões de como as probabilidades são percebidas, como é que as preferências individuais relativas ao risco podem ser contabilizadas e como é que as variáveis contextuais influenciam a perceção do risco e a sua avaliação, examinando os julgamentos que as pessoas fazem quando têm de caracterizar e avaliar as atividades e as tecnologias perigosas, por exemplo (Renn, 2004; Slovic, 1987). Assim, as perceções das pessoas – enquanto membros de um determinado grupo ou sociedade – podem variar consoante o contexto social, cultural e histórico em que as mesmas estão inseridas. Estas perceções, quando aplicadas no contexto laboral, poderão refletir quer aspetos humanos quer aspetos organizacionais relativos aos fatores que contribuíram para a ameaça (Pidgeon, 1998; Renn, 2004; Slovic, 1987). No contexto laboral, os estudos permitem demonstrar que a perceção do risco pelos trabalhadores pode não coincidir com a perceção dos superiores hierárquicos ou dos técnicos responsáveis pela gestão do risco, dando origem, em consequência, a respostas "ao risco" distintas porque baseadas em "visões" distintas (Areosa, 2012; Areosa, 2014; Granjo, 2004; Hambach et al., 2011; Modenese et al., 2020; Nelkin & Brown, 1984; Rundmo, 2000).

A perspetiva sociocultural do risco apresenta uma aproximação ao risco que explora o seu significado para os "leigos", ou seja, para os "não peritos", debruçando-se sobre o estudo do entendimento e do conhecimento que as pessoas têm dos riscos no seu dia a dia (enquanto membros de determinada cultura ou subcultura) permitindo aferir a experiência pessoal de cada uma dessas pessoas. A perspetiva sociocultural reconhece que o conhecimento sobre o risco está mediado por padrões sociais e culturais que se apresentam como dinâmicos, contextualizados e históricos (Knight, 2016; Tulloch & Lupton, 2003). Deste modo, o que pode ser percebido e encarado como risco numa determinada época e num determinado local pode não continuar a ser visto desse modo em épocas posteriores ou num local diferente.

Ou seja, de acordo com estas perspetivas, é possível identificar determinada cultura de segurança partilhada pelos membros de um (determinado) grupo e no seio da qual os riscos são identificados e avaliados. Assim, perceções contextualizadas e baseadas em anteriores experiências de contacto com o perigo vivenciadas pela concreta comunidade de trabalhadores permitem identificar fatores (que isolada ou conjugadamente) seriam "impensáveis *a priori*", por não se relacionarem entre si de forma linear, mas interativa e por envolverem

a agência humana, fazendo divergir a resposta de empregadores e de trabalhadores perante a presença de um mesmo perigo ou fator de risco (Granjo, 2006). A existência de culturas de segurança distintas tem ainda, em regra, na sua base uma distinta conceptualização de risco ocupacional, pois a existência ou não de um risco – quando de origem percecionada – pode ter por base um contexto de habituação ao risco, circunstância que se pode apresentar como um obstáculo à adoção de comportamentos e de medidas preventivos.

Estamos, pois, perante circunstâncias que associadas à emergência dos (novos e emergentes) riscos psicossociais, à (crescente) natureza difusa que os "tradicionais" riscos ocupacionais têm vindo a assumir (em virtude das novas formas de desempenho e de organização do trabalho e da atividade profissional e da sua crescente globalização e digitalização) assim como a crescente diversidade da demografia laboral atual não contribuem para desvanecer a existência de várias culturas de saúde e de segurança no trabalho.

Para além da formação e da informação

No atual contexto da sociedade do risco ocupacional, caracterizada pela diversidade dos riscos ocupacionais já identificados (e regulados) acrescem riscos ocupacionais novos e emergentes associados às novas formas de prestação e/ou organização do trabalho. Em simultâneo, as perspetivas psicológica e sociocultural do risco demonstram que trabalhadores e empregadores podem ter perceções e/ou "visões" distintas sobre o risco ocupacional. De facto, se os empregadores tendem a adotar uma perspetiva e conceptualização do risco e respetivas identificação, avaliação e controlo, em conformidade com o conhecimento científico e técnico já a perspetiva dos trabalhadores pode ser influenciada pelo seu contexto laboral diário, fruto da exposição (e reconhecimento) aos riscos ocupacionais e da aprendizagem do "seu" modelo de identificação, avaliação e controlo dos mesmos. O que é um risco ocupacional poderá ser, assim, distinto para empregadores e trabalhadores. De igual modo, a resposta perante os riscos tenderá a ser distinta, dando origem a culturas de segurança distintas, em conformidade com o demonstrado pelas doutrinas psicológica e sociológica do risco.

A lei positiva os princípios gerais de prevenção, mas tem por base uma conceptualização do risco de origem científica, em conformidade com a qual as pessoas responsáveis pela implementação das medidas de proteção e de prevenção atuarão. Sendo certo que a formação e a informação relativamente aos riscos ocupacionais inerentes à atividade e/ou posto de trabalho integram os princípios gerais de prevenção a literatura fornece-nos exemplos de como por força da eventual, existência de "culturas de segurança distintas" a identificação, avaliação e modo de controlo dos riscos se mantêm, também, distintos para empregadores e trabalhadores.

É neste contexto que a Agência Europeia de Segurança e de Saúde no Trabalho (AESST) reconhece o papel da educação no relatório intitulado "Segurança e Saúde Ocupacional e Educação: uma abordagem a toda a escola" (AESST, 2013). Neste relatório, a AESST realça a importância da integração da saúde e da segurança em programas de educação, defendendo um modelo baseado numa "abordagem de toda a escola combinado", abordagem na qual se inclui a educação de crianças e jovens e o incremento de "escolas saudáveis e sustentáveis", em parceria com as entidades públicas e inseridas nas políticas públicas de promoção da prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais (AESST, 2013).

No âmbito do contínuo esforço de promoção da saúde ocupacional, subscrevemos a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho no sentido de a par – e para além - da constante formação em contexto laboral ao abrigo da exigência legal, existir a necessidade de promover uma cultura de prevenção perante os riscos ocupacionais através, também, da educação. É necessário reforçar a sensibilidade – e o conhecimento e a perceção – para as questões da saúde e da segurança ocupacionais.

Do trabalho às escolas: em defesa da necessidade de educar para a saúde ocupacional

A educação, para além de ser um direito fundamental, contribui para o desenvolvimento da personalidade e para a transmissão de valores e de conhecimento científico e técnico (Leitão, 2014). A educação pode traduzir-se, nomeadamente, em "preparar e disciplinar a pessoa para a vida em sociedade e para o mundo" (Palma & Mendes, 2019), e pode materializar-se em habilidades e valores que geram mudanças intelectuais, emocionais e sociais no indivíduo e no aumento dos níveis de literacia, nomeadamente, em saúde (Palma & Mendes, 2019; Pedro, Amaral & Escoval, 2016) e em saúde ocupacional, em concreto.

A defesa da educação para a saúde ocupacional insere-se desde logo, em nosso entender, no âmbito do fortalecimento do direitos humanos e liberdades fundamentais em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e com o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. A importância da educação para os direitos humanos é, também, sublinhada pela Resolução adotada pela Organização das Nações Unidas, de setembro de 2015, no contexto da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

É, no seio desta educação, em geral, que se inclui a educação dos futuros trabalhadores, empregadores e decisores no âmbito das diversas políticas públicas, nomeadamente, as relativas à saúde e segurança ocupacionais. Assim se realça o papel da educação na promoção, respeito e defesa de direitos fundamentais, em concreto do direito à proteção da saúde da pessoa trabalhadora no trabalho.

Enquanto processo contínuo de influência sobre as pessoas e de ensinar-aprender mediante o qual o indivíduo constrói o conhecimento e através do qual se visa integrar o ser humano na sociedade e capacitá-lo para interagir com o meio (Palma & Mendes, 2019) a educação pode contribuir para a sensibilização, o alerta e a consequente adoção de comportamentos preventivos face aos riscos profissionais e nessa medida a educação apresentar-se, quiçá, como um primeiro mecanismo de prevenção de riscos ocupacionais como argumentam alguns autores (Gonçalves et. al., 2012). De facto, como a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) reconhece, a educação tem um papel essencial a desempenhar na preparação das novas gerações para as suas vidas adultas. Como refere a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho a educação permitirá abordar para as crianças e jovens os conceitos gerais de saúde, segurança e bem-estar e para os adolescentes e jovens adultos permitirá a aquisição gradual de competências sociais e profissionais e a promoção do conceito de saúde, segurança e bem-estar no trabalho (AESST, 2013). Como realça esta Agência, "se as crianças começarem a familiarizar-se com o tema da segurança e saúde à medida que aprendem a ler e escrever, esta questão passa a integrar naturalmente o seu modo de trabalhar, brincar e viver. Desenvolvem uma atitude positiva face à segurança e saúde que os acompanhará durante toda a sua vida profissional" (AESST, 2023, p.1).

As novas formas de trabalhar e de organizar o trabalho próprias de uma sociedade globalizada e de um mundo laboral tecnológica e cientificamente efervescente pautado pela profusão de riscos ocupacionais novos e emergentes de natureza mais difusa e complexa determinam que a transmissão de conhecimentos, a sensibilização das crianças e jovens sobre o trabalho em geral e sobre a sua importância na sociedade mas também sobre os riscos ocupacionais a que a pessoa trabalhadora pode ser ou estar exposta aquando do desempenho da sua atividade profissional seja implementada numa fase precoce do desenvolvimento da personalidade e da transmissão de valores e de conhecimento científico e técnico. A inclusão destas matérias no âmbito curricular é, pois, adequada e necessária contribuindo para uma sensibilização e tomada de conhecimento que no futuro serão uma valiosa ferramenta para a sua identificação e avaliação de riscos ocupacionais de uma perspetiva holística.

Conclusão

A educação permite dotar de habilidades e de conhecimentos que permitirão que os futuros trabalhadores, empregadores e a sociedade em geral sejam, naturalmente, partes interessadas na prevenção dos riscos

ocupacionais. Nas escolas é, desde logo, possível a integração das lições de saúde e de segurança no âmbito do currículo escolar, associado à organização de eventos e de projetos, parcerias com associações e entidades públicas e privadas. É crucial educar os jovens mesmo antes de estes chegarem ao mercado de trabalho para que estes possuam uma cultura de prevenção face aos riscos profissionais o mais precocemente possível. Contribuir para a promoção e o desenvolvimento de uma consciencialização coletiva que tenha presente que o desenvolver de uma atividade profissional pode comportar vários riscos em relação aos quais é necessária a sua prevenção, sendo, pois, necessário estar alerta, identificar e agir *ex ante* sobre os vários fatores de risco em constante evolução face aos desafios colocados nomeadamente pela tecnologia, pela robótica e pela economia digital que nos apresentam novas formas de prestação do trabalho e um constante surgir de riscos novos e emergentes. Este é um contributo de relevo para o desenvolver de competências e de habilidades que permitem detetar riscos e propor soluções assim como adotar atitudes e comportamentos enquadrados no âmbito de uma cultura de segurança e de saúde no trabalho. O desenvolvimento precoce de aprendizagens tem-se revelado eficaz e pode revelar-se eficiente na medida em que a efetividade da prevenção depende de cidadãos sensibilizados e devidamente preparados. A educação para a saúde ocupacional permitirá uma consciencialização para a saúde ocupacional transversal à população obviando, nomeadamente, à influência que fatores socioeconómicos e/ou culturais possam exercer sobre a perceção do(s) risco(s) ocupacional(ais) de determinados trabalhadores e/ou grupos de trabalhadores.

Mais do que um complexo técnico-legislativo, a prevenção de riscos ocupacionais passa por uma sensibilização e capacitação em construção e em cujos alicerces se encontra o exercício de uma cidadania consciente, formada e informada em relação aos riscos profissionais.

Referências

Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2023). *Integração da SST na educação*. EU-OSHA. https://osha.europa.eu/pt/themes/mainstreaming-osh-education.

Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2013). *Segurança e saúde ocupacional e educação: uma abordagem a toda a escola*. EU-OSHA. https://osha.europa.eu/en/publications/occupational-safety-and-health-and-education-whole-school-approach.

Areosa, J. (2014). As perceções de riscos ocupacionais no setor ferroviário. *Sociologia, Problemas e Práticas*, *75,* 83-107. https://journals.openedition.org/spp/1568.

Areosa, J. (2012). A importância das perceções de riscos dos trabalhadores. *International Journal of Working Condition*s, 3, 54-64. https://www.researchgate.net/publication/331315385.

Aven, T. (2020). *The science of risk analysis: foundation and practice*. Routledge.

Chouanière, D. (2017). Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environment*, *78* (1), 4-15. https://doi.org/10.1016/j.admp.2016.12.001.

Comissão Europeia. (2017). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Condições de trabalho mais seguras e mais saudáveis para todos – Modernização da política e da legislação da UE em matéria de saúde e segurança no trabalho*. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52017DC0012&from=PT.

Gonçalves, F., et al. (2012). Educação cidadã e temática da segurança e saúde ocupacional em Portugal e no Brasil: formação ou informação para a prevenção? *International Symposium on Occupational Safety and Hygiene*, 216-218. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7510/1/SHO2012_ResumoCitizen.pdf.

Granjo, P. (2006). Quando o conceito de "risco" se torna perigoso. *Análise Social*, *41*(181), 1167-1179. https://revistas.rcaap.pt/analisesocial/article/download/33738/23570/147755.

Granjo, P. (2004). *Trabalhamos sobre um barril de pólvora. Homens e perigo na Refinaria de Sines*. Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Gupta, P. (2016). *Fundamentals of toxicology. Essential concepts and applications*. BS Publications/Elsevier.

Hambach, R. at al. (2011). Worker´s perception of chemical risks: a focus group study. *Risk Analysis, 31*(2), 335-342. https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2010.01489.x.

Iavicoli, S, & Di Tecco, C. (2020). The management of psychosocial risks at work: state of the art and future perspectives. *La Medicina del Lavoro, 111*(5), 335-350. https://doi.org/10.23749/mdl.v111i5.10679.

Knight, J. (2016). *Science, risk and policy*. Taylor & Francis.

Leitão, A. (2014). Enquadramento jurídico-constitucional da política pública de educação. In M. L. Rodrigues (Eds.), *40 anos de políticas de educação em Portugal* (vol. I, pp. 91-108). Almedina.

Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf;jsessionid=0C6093F6EBD26FBE96E8F6E62DB1E825?sequence=1.

Nelkin, D., & Brown, M. (1984). *Workers at risk. Voices from the workplace*. University of Chicago Press.

Neto, H. (2014). Riscos psicossociais no trabalho: conceptualização e dimensões analíticas. In H. V. Neto, J. Areosa, & P Arezes (Eds.), *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* (pp. 24-47). Civeri Publishing.

Palma, J., & Mendes, V. (2019). Cidadania e educação fiscal: importância da inclusão no programa de ensino. In C. C. Palma (Coord.), *Políticas de cidadania e educação fiscal na lusofonia* (pp. 237-255). Almedina.

Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Heath Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*(3), 259-275. http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002.

Renn, O. (2004). Perception of risks. *Toxicology Letters*, *149*(1), 405-413. https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2003.12.051.

Renn, O. (1992). Concepts of risk: a classification. In S. Krimsky, & D. Golding (Eds.), *Social theories of risk*. Praeger.

Ricci, F. et al. (2020). Ethnic background and risk perception in construction workers: development and validation of an exploratory tool. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *33*(2), 163-172. https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01478.

Rundmo, T. (2000). Safety climate, attitudes and risk perception in Norsk Hydro. *Safety Science*, *34*(1-3), 47-59. https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00006-0.

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science, 236*, 280-285. https://science.sciencemag.org/content/236/4799/280.

Tarhouny, N. (2020). *Les risques psychosociaux au travail. Droit et prévention d' une problématique de santé publique*. L'Harmattan.

Tulloch, J., & Lupton, D. (2003). *Risk and everyday life*. Sage Publications.

Valléry, G., & Leduc, S. (2017). *Les risques psychosociaux. Que sais-je?* Presses Universitaires de France.

World Health Organization (2017). *WHO guidelines on protecting workers from potential risks of manufactured nanomaterials*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259671/9789241550048-eng.pdf.

ENSAIO PARA UM ENSINO PÓS-GRADUADO SAUDÁVEL

Pedro Vargues de Aguiar

Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Centro de Investigação em Saúde Pública, CISP | pedroaguiar@ensp.unl.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Inés Gabari
Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Universidad Pública de Navarra, España
igabari@unavarra.es

Revisor 3
Vasco Gil Calado
Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P., Portugal
vasco.calado@sicad.min-saude.pt

Citação:
Aguiar, P. V. (2025). Ensaio para um ensino pós-graduado saudável. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 19-29). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O ensino de nível pós-graduado da epidemiologia e estatística levanta diversos desafios, nomeadamente que se prendem com a adequabilidade da linguagem de ensino a alunos com formação académica heterogénea, assim como, o uso efetivo e eficiente dos conceitos escolares na prática profissional, de investigação epidemiológica e tomada de decisão ao nível de políticas de saúde. Para um ensino mais "saudável" identifiquei da minha experiência e reflexão pessoal cinco sugestões a discutir; substituir a autocracia docente pelo altruísmo docente, usar linguagem aplicada à formação dos alunos e com interação, incorporar conceitos já avaliados nos novos conceitos a abordar, ensinar conhecimento para além da informação, ensinar sempre com sentido de humor.

Palavras-chave: Epidemiologia; Estatística; Métodos de ensino; Ensino pós-graduado.

Introdução

Toda a minha vida me tenho dedicado a ensinar e orientar alunos universitários que necessitam de recorrer à epidemiologia e estatística, uma área académica que eu me lembrei de designar como Epiestatística. Esta área académica pode ser vista muito simplesmente como a aplicação dos conceitos de probabilidades e estatística à investigação epidemiológica, que por sua vez é desenvolvida segundo conceitos da própria epidemiologia.

Apesar de relevância e interesse da epiestatística, é uma área que levanta um grande desafio e esforço em termos intelectuais. Por um lado, se um docente se concentra exclusivamente em transmitir aos alunos conceitos da teoria da estatística, acaba por perder o foco instrumental de utilidade e aplicação prática. Por outro lado, se um docente se foca unicamente numa aplicação prática vazia de conteúdo teórico, acaba por não transmitir bases sólidas que permitam os alunos terem uma aplicação epidemiológica robusta e cientificamente válida. Este tipo de controvérsia é o que torna o ensino da epiestatística tão intuitivo, complexo e desafiante perante uma turma da área da saúde, ou até mesmo num trabalho de orientação individual. Esqueçam que a inteligência artificial vai resolver todas estas questões no futuro do ensino ou até na aplicação prática dos conceitos. De fato não desfazendo a importância da inteligência artificial para o futuro da ciência, o lado emocional e intuitivo humano a meu ver é relevante para uma aplicação válida e adequada da ciência. De facto, pelo menos neste momento e penso que nos próximos tempos, ninguém teria coragem para entrar num avião comercial pilotado exclusivamente por inteligência artificial.

Como sinto que estou sempre a aprender, tanto em termos de conhecimento como nas formas de o transmitir, resolvi fazer neste texto uma síntese de sugestões, do tipo *guidelines*, que permitam um académico refletir sobre o modo de ensinar a epiestatística, ou até mesmo outra área

do ensino académico, uma vez que muitas das sugestões aqui refletidas representam na generalidade princípios da comunicação e transmissão de ideias e conceitos.

Esta ideia do "bom" ou "mau" docente é muito comum no pensamento humano, pois de facto, qualquer pessoa se lembra no seu percurso académico de professores que foram uma autêntica inspiração positiva para a vida, e pelo contrário, outros que foram um exemplo negativo ou até mesmo traumático. É frequente ouvirmos os nossos amigos fazerem comentários "assim que tive o 10 na cadeira tive que esquecer aquela matéria e nunca mais quis ver aquilo à minha frente". Mas também é frequente ouvirmos comentários positivistas como "aquele professor de matemática fez-me gostar de matemática para sempre".

As sugestões por mim descritas começam por uma ideia enviesada do que até poderia ser identificado com o conceito *Ele é tão bom docente…*, seguido da discussão contraditória do que realmente eu tenho observado e intuído ser o mais adequado aos alunos.

Como já referi, tudo o que descrevo se baseia na minha reflexão e experiência pessoal, consequentemente, o que faz sentido para mim pode perfeitamente não ser fazer sentido nem ser válido para outro docente, da mesma ou outra área do ensino. Daí, eu ter apresentado as ideias descritas, como *sugestões para reflexão* do que me parece ser mais adequado a um ensino pós-graduado saudável.

Substituir a autocracia docente pelo altruísmo docente

Ele é tão bom docente e os alunos têm lhe tanto respeito que nem se lembram de fazer perguntas com medo de lhe importunar a aula

É muito fácil um docente fazer-se respeitar através uma atitude autocrata que provoque medo e tensão nos alunos. De facto, no final é o docente quem vai avaliar os alunos e atribuir-lhes classificações que podem de algum modo influenciar o seu futuro profissional.

Apesar desta atitude autocrata no ensino parecer aparentemente "funcionar", pelo menos os alunos estão "sossegados" na sala de aula, não é a mais adequada devido ao clima de tensão e medo criado pelo docente. Muitas vezes perante este ambiente, os alunos não acompanham a explicação do professor, têm medo de colocar questões de esclarecimento com medo de importunar a aula, e finalmente e de grande importância, os alunos têm medo de expor ao docente alguma fragilidade intelectual que lhe provoque um qualquer juízo negativo. Para além disto, num ambiente de tensão os alunos não colocam questões com medo de se expor ao ridículo perante os outros alunos.

A meu ver muita da atitude docente autocrata pode estar associada a alguma falta de experiência e confiança do docente perante uma turma de alunos. No entanto, se um docente quer mesmo ensinar, deve criar um ambiente de partilha de ideias em que os alunos se sentem livres de perguntar e discutir o que lhes é ensinado com sentido crítico e desejo de evolução. Na minha experiência, se o docente não está a impor aos alunos as suas ideias, mas sim a partilhar conceitos da sua prática pessoal que poderão ter uma importância relevante no futuro profissional dos alunos, estes acabem sempre por estar com atenção e a tentar aproveitar ao máximo tudo o que lhes é transmitido, pois no final sabem que serão eles os principais beneficiados.

Quando um docente começa a partilhar exemplos e ideias suas e os alunos começam a dar sentido e até a identificarem-se com esses exemplos, o docente pela sua intelectualidade acaba por ser inevitavelmente respeitado pelos alunos. De facto, os alunos percebem que o docente tem experiência na matéria, sabendo do que fala e por isso é aproveitar ao máximo tudo o que ele está a transmitir.

Naturalmente que não é necessário um docente saber tudo sobre um dado assunto, pois os docentes são seres humanos e não discos rígidos com informação acumulada. No entanto, tenho a ideia que apesar dos alunos terem pouco ou nenhum conhecimento numa dada matéria em formação, conseguem intuitivamente perceber se um docente tem conhecimentos robustos e alguma experiência nas matérias lecionadas. Daí o

docente só ter de expor essa experiência pessoal na matéria para ser respeitado pelos alunos. Basicamente, se o docente quer mesmo ensinar tem de se fazer respeitar por ninguém ter medo, ao contrário da ideia antiquada de se fazer respeitar pelos alunos por todos lhe terem medo, embora com o custo de ninguém conseguir de fato aprender algo útil e válido de modo relevante para a sua vida. De facto, é muito importante os alunos perceberem que o docente está na sala de aula realmente para dar e não para tirar ou castigar.

Usar linguagem aplicada à formação dos alunos e com interação

Ele é tão bom docente que só mesmo os melhores alunos é que conseguem perceber o que ele diz

Conseguem imaginar o tédio que seriam as missas em latim com uma assistência sem qualquer erudição nesta língua. Se o que os padres nessas épocas pretendiam era que ninguém entendesse nada do seu discurso, boicotando qualquer forma de comunhão com uma assistência incapaz de pôr em causa o seu discurso, então estavam no caminho certo. Agora transponham esta forma de comunicar para o ensino pós-graduado.

Um docente pode ser tentado a complicar os mais variados aspetos técnicos, de modo a mostrar aos alunos que aquela matéria é um assunto muito complexo e é por isso que merece ser tratado ao nível pós-graduado. O fato de certos aspetos técnicos serem mostrados aos alunos no modo mais complexo possível, pode tornar a comunicação em sala de aula muito mais difícil. De facto, a postura docente até deve ser mesmo inversa, ou seja, apesar do docente dominar os aspetos mais complexos, deve se esforçar por traduzi-los no modo mais simples possível e mais adequado ao tipo de cultura académica da sala de aula. Ou seja, se a cultura da sala de aula é investigação em saúde, então os diversos aspetos da teoria estatística devem ser adaptados com exemplos práticos da área da saúde. Muitas vezes para eu próprio estabelecer a comunicação com os alunos, depois de apresentar determinada técnica ou conceito mais teórico, peço aos alunos para eles próprios imaginarem exemplos da sua área de trabalho em que aquele conceito possa ser útil. Esses exemplos imaginados servem para se criar exercícios práticos para todos os alunos trabalharem à posteriori.

Muitas vezes até podemos usar exemplos em saúde da comunicação social para ilustrar alguma matéria lecionada. Aí podemos aproveitar para trabalhar também o espírito crítico da assistência. Lembro-me de questionar a assistência se alguém me conseguia explicar o que representava 95% de eficácia da vacina para o COVID. Foi curioso que todos tinham ouvido falar nesta percentagem na comunicação social, entre colegas e amigos, mas ninguém sabia de facto fazer ou explicar este cálculo. Como estávamos a lidar com essa matéria de cálculo, aproveitámos também para dar sentido ao que significava essa percentagem de eficácia. Já agora, também não me lembro de ninguém na comunicação social ter alguma vez explicado este resultado de forma simples e adaptado às pessoas, em especial para aquelas sem qualquer formação académica superior.

É muito importante fazer perguntas aos alunos para os integrar na discussão. De facto, a melhor técnica de comunicação numa aula de estatística é mostrar o conceito, exemplificá-lo e questionar a audiência de seguida. Só esta interação, em que os alunos sabem que podem ser questionados a todo o momento, é que efetivamente faz com que os alunos estejam integrados mentalmente no que está a ser apresentado na aula. Uma consequência desta integração dos alunos na exposição temática, é que eles naturalmente poderão dar sentido ao que está a ser exposto. Se um conceito não faz sentido para os alunos, muito dificilmente eles o vão integrar na sua atividade de investigação.

Uma aula de estatística de duas horas sem qualquer interação com os alunos, em que estes não são questionados, a meu ver acaba com os alunos só em presença física na sala de aula, sem qualquer envolvimento mental e intelectual. Tive o prazer de ter tido formação de epidemiologia com o professor Hofman da Universidade Erasmus e ele usava como técnica de ensino um vulgar *Quiz Show* com perguntas para a assistência. O certo é que às 8h da manhã conseguia prender a atenção de uma assistência com mais de uma centena de alunos.

Em suma, para um ensino mais saudável o docente deve tentar traduzir conceitos complicados em conceitos mais simples e adaptados à assistência. Pelo contrário o docente deve evitar transformar conceitos simples em conceitos demasiado complexos e com muita dificuldade de compreensão por parte da assistência. A interação com questionamento aos alunos é uma técnica fundamental para estes darem sentido aos conceitos.

Se existe necessidade de complexar os conceitos apresentados, então todo este aumento de complexidade deve ser acompanhado por uma explicação com exemplos que façam sentido aos alunos. É muito importante colocar os alunos a interagir entre eles e com o docente, estimulando igualmente o sentido crítico. De facto, queremos formar pessoas intelectualmente flexíveis, que possam discutir os diversos assuntos com sentido crítico e que ao mesmo tempo se consigam adaptar ao evoluir dos tempos.

Incorporar conceitos já avaliados nos novos conceitos a abordar

Ele é tão bom docente que não perde tempo a explicar o que já foi dado nos anos académicos anteriores

Um dos grandes problemas do ensino pós-graduado é a premissa que se os alunos já aprenderam certos conceitos em anos anteriores da licenciatura, ou em outro nível de formação académica, então não é necessário voltar a abordar estes conceitos. Deste modo, o docente pode otimizar mais o tempo de ensino com os novos conceitos que usam os "já adquiridos", em teoria. Penso que este é um dos maiores erros cometidos no ensino pós-graduado e tem sido alvo de grande discussão da minha parte com outros colegas.

Na realidade, penso que muitas das matérias abordadas em outros cursos académicos permitiram os alunos adquirirem certos conhecimentos, que por sua vez lhe permitiram atingir sucesso na classificação formal da unidade curricular. Para além deste "passar a cadeira", e muitas vezes com boa nota, os alunos também ganharam certamente alguma literacia nos temas. No entanto, e isto deve ser dito sem medo, na maioria dos casos os alunos não tiveram tempo para refletir, dar consciência, treinar e ganhar experiência no que aprenderam. Lembro-me de tantos alunos comentarem que até tiveram boa nota a estatística, mas que não fazem a mínima ideia de como a vão aplicar no trabalho de dissertação. Como se tivessem esquecido tudo depois do exame.

Deixem-me revelar alguns exemplos curiosos da minha prática de ensino da estatística; como sei que a maioria dos meus alunos já teve unidades de estatística e métodos quantitativos na sua formação académica, numa das primeiras aulas de estatística descritiva pergunto-lhes quem é que já ouviu falar do "desvio padrão". Como resposta obtenho que mais de 95% dos presentes colocam o braço no ar para confirmar que já ouviram falar do desvio padrão. Seguidamente pergunto-lhes quem é que quer explicar o significado do desvio padrão. Curiosamente posso dizer que menos de 5% dos alunos levantam o braço ficando a olhar uns para os outros algo sorridentes. Quando peço para esse grupo mais "elitista" me explicar finalmente o significado do desvio padrão começam a ver se ainda se lembram da fórmula, sem terem qualquer noção do seu verdadeiro significado e importância de aplicação. Mas outros exemplos interessantes têm surgido, como quando peço para os alunos que já tiveram unidades de epidemiologia me descreverem o significado do *Odds Ratio (OR)*, posso dizer que praticamente todos os alunos que o dizem saber, recitam a fórmula da razão dos produtos cruzados de uma tabela de contingências dois por dois entre um fator de risco e a doença. Na mesma, não há qualquer consciência do que é o *OR*. De facto, confunde-se uma fórmula com o significado de um conceito, esquecendo-se que a fórmula só existe para representação do conceito e nada mais.

De facto, de acordo com os dados até poderá haver várias fórmulas diferentes a representarem o mesmo conceito epidemiológico. Também, quando mostro um resultado comum em artigos epidemiológicos, que é a apresentação da média de uma característica numérica adicionada e subtraída do seu desvio padrão (até penso que deve ter sido uma das falácias de apresentação de resultados que pegou "moda"), todos os alunos mais "corajosos" pensam que fazer essa adição e subtração vai lhes permitir saber a amplitude de variação dos participantes nessa característica. De facto, os alunos não tinham ainda interiorizado que a média somada e subtraída de duas vezes o desvio padrão vai incluir aproximadamente 95% das observações, de acordo com

a distribuição normal. Daí, estes cálculos que devem ser feitos, dão-nos uma ideia da variação da característica na população em função do desvio padrão (mesmo com a limitação do pressuposto de normalidade). Finalmente, todos os alunos já ouviram falar do teorema do limite central com ampla aplicação em investigação epidemiológica, embora neste caso nem sequer costumem saber descrevê-lo, quer seja com, quer seja sem qualquer sentido do que estariam a descrever.

Com todos estes exemplos não quero dizer que os colegas docentes trabalharam mal antes de mim, nem de longe nem de perto se pode concluir isto. Quem tira uma carta de condução automóvel, não é culpa do instrutor nem do examinador que o condutor não saiba conduzir bem nos primeiros tempos de condução. No entanto, é culpa minha não introduzir os conceitos já ensinados nos temas que estou a abordar. Exemplificando, muito facilmente, antes de abordar análise de regressão logística posso "perder" algum tempo com uns exercícios de consciencialização do *OR*, uma vez que é a medida epidemiológica estimada pela regressão logística. Posso também recorrer a artigos epidemiológicos para tentar dar sentido a certas medidas, como o exemplo do desvio padrão. A regra de ouro de tudo o que se aborda em epidemiologia, por mais complexo que seja, é dar um sentido de utilidade e consciencialização prática, embora sustentado teoricamente, que seja útil aos alunos como futuros investigadores em estudos epidemiológicos.

Ensinar conhecimento para além da informação

Ele é tão bom docente que separa muito bem todas as matérias umas das outras sem as misturar e sugere sempre o uso dos métodos mais sofisticados na investigação

Quando comecei a ensinar sentia-me tentado a separar bem as matérias para os alunos apreenderem o máximo de conceitos possível na formação. No entanto, a minha experiência tem me mostrado que é muito mais saudável para os alunos estabelecer "pontes" de ligação entre os vários conceitos, de modo a dar-lhes uma maior "ginástica" intelectual para um uso efetivo dos conceitos.

Com a experiência de muitos anos a trabalhar em epiestatística, penso que já consigo distinguir um pouco o que é informação do que é um conhecimento mais robusto na área. Para mim a informação é o conjunto de conceitos que se podem acumular numa dada área de trabalho. Tem essencialmente a ver com a literacia, mais ou menos profunda numa dada área. O conhecimento tem mais a ver com as ligações entre os diferentes conceitos. Ou seja, o conhecimento depende necessariamente da experiência e reflexão profunda sobre os conceitos. De facto, saber os conceitos pode não ser tão difícil como ligá-los e dar-lhes um sentido efetivo. Também se pode encarar como resultado do conhecimento o uso eficiente e efetivo da informação. Eficiente porque o conhecimento permite-nos ser "poupado" e não perder tempo desnecessariamente. Efetivo porque neste contexto, o uso "saudável" da informação vai proporcionar uma aplicação prática com adequado sentido epidemiológico.

Posso mostrar dois exemplos de alunos que apesar de terem recebido "informação" não tinham adquirido propriamente um bom conhecimento na área de estudo. Um primeiro apresenta os resultados de um modelo estatístico de regressão, mas é incapaz de explicar o que a estimativa do parâmetro significa em termos epidemiológicos (de fato o aluno até comentou "o modelo é que calculou isso"). Um segundo aluno afirma que consegue fazer bem o modelo de regressão tal como aprendeu nas aulas, mas sente-se um bocado inseguro a descrever os resultados, com a sensação de que algo pode não estar bem feito. Como se sabe, grande parte das medidas de associação e efeito epidemiológicas podem ser estimadas por modelos de regressão linear generalizados. Temos como exemplos o *OR* estimado através da regressão logística, o Risco Relativo (RR), o Benefício Relativo (BR) e a Diferença de Riscos (DR) estimados por regressão Binomial e regressão de Poisson, a razão de taxas de incidência (RTI) estimada por regressão de Poisson e Binomial Negativa, o *Hazard Ratio* (HR) estimado por regressão de Cox sendo este um método específico da análise de sobrevivência. Mais ainda, para *outcomes* raros o *OR* aproxima-se do RR e como tal os efeitos estimados da regressão logística nesta situação de raridade podem ser assumidos como RR. Como se vê facilmente destes

exemplos, os modelos de regressão são estatísticos, mas os efeitos estimados terão um significado epidemiológico, daí ser fundamental o domínio dos conceitos epidemiológicos para a interpretação de resultados estatísticos. Neste sentido, é muito importante incluir nas sessões de estatística e epidemiologia estas ligações entre os diferentes conceitos. Vejamos mais alguns exemplos. Se desejar comparar dois riscos proporcionais posso muito simplesmente calcular o intervalo de confiança a 95% para a diferença de riscos e ver se este inclui o valor nulo. Ao não incluir o 0 concluo que a diferença de riscos é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%. No entanto, esta análise poderia ser feita de outros dois modos perfeitamente equivalentes. Ou seja, por um lado poderia dividir a diferença de riscos pelo seu erro padrão e com esta estatística de teste *Z* (normal standard) poderia concluir se a diferença era estatisticamente significativa, ao comparar o valor absoluto de *Z* com o valor crítico para o nível de significância de 5%, ou seja, com o valor z=1,96 (teste bilateral).

Por outro lado, poderia elevar ao quadrado o valor de *Z* calculado e assim obtinha uma estatística do Qui-quadrado com 1 grau de liberdade. Seguidamente poderia comparar este valor obtido com o quadrado do *Z* crítico para o nível de significância de 5%, ou seja, $X^2 = 3,84$ (teste bilateral). Este teste de hipóteses é o conhecido teste do Qui-quadrado, usualmente aplicado em tabelas dois por dois que cruzam fatores de risco com doenças. Como se vê deste exemplo temos 3 modos diferentes de fazer exatamente a mesma análise epidemiológica. Suponhamos agora que queremos comparar duas médias independentes, então o modo mais óbvio e assumindo a normalidade do *outcome* é usar o teste *t* para amostras independentes. Mas se fizer um modelo de regressão linear simples, com a variável grupo comparativo como variável independente e classificada binariamente (0/1), então o teste *t* do parâmetro de regressão é equivalente ao teste *t* para comparação de médias. Mais ainda, a estimativa do parâmetro de regressão representa a diferença das duas médias observadas. Esta análise comparativa de médias também poderia ser feita com a conhecida análise de variância ANOVA *One-Way* (a um fator). No entanto, havendo dois grupos independentes o resultado da probabilidade de significância do teste F da ANOVA (*Analysis Of Variance)* será equivalente à do teste *t*. Mais ainda, a estatística de teste F-*Snedecor* seria o quadrado da estatística *t* obtida, para além da mesma probabilidade de significância. Isto significa que fazer o teste *t* ou o teste *F* nesta situação comparativa de duas médias independentes seria exatamente o mesmo.

Curiosamente também é sabido que para amostras muito grandes o teste t tem muitos graus de liberdade, o que faz com que o valor de *t* se aproxime de *Z*, ou seja, 1,96 considerando a significância bilateral de 5%. Mas também já falámos que o quadrado de *Z* é um Qui-quadrado com um grau de liberdade, ou seja, o valor 3,84 para a mesma significância. Como também sabemos que o quadrado do *t* é um *F* na comparação de duas médias independentes, então para amostras grandes com muitos graus de liberdade e na comparação de dois grupos independentes temos que o $X^2 = F$ (tendo esta distribuição de F-*Snedcor* com 1 e elevado número de graus de liberdade respetivamente no numerador e denominador da estatística F). Ou seja, e para o nível de significância de 5%, temos que o valor crítico do Qui-quadrado de 3,84 também é igual ao *F* para o mesmo nível de significância. Ou seja, estes pequenos exemplos mostram-nos facilmente que é possível ligar supostamente "diferentes" conceitos da estatística.

Vejamos agora alguns exemplos da epidemiologia. Sabendo que uma pessoa pode ter uma dada incidência num período em observação, podemos calcular taxas de incidência TI em unidades de pessoas-tempo, isto é, a razão entre o total de incidências e o total do tempo observado em todas as pessoas. Com esta taxa de incidência podemos determinar também o risco ou incidência cumulativa para um dado período de tempo, digamos T, pela fórmula *1-EXP (- TI * T)*. Refira-se que o risco é uma proporção, embora a taxa de incidência seja em unidades de pessoas-tempo. O que se torna interessante nesta fórmula é que se a taxa de incidência cumulativa TI*T no tempo de observação T for muito pequena (digamos <0,05), então nessa situação a proporção de incidência cumulativa aproxima-se da taxa de incidência cumulativa TI*T. Isto significa que para taxas de incidência muito pequenas e intervalos de tempo de observação igualmente pequenos, o risco do evento é simplesmente obtido pela taxa de incidência multiplicada pelo tempo de seguimento.

Quando nós usamos um modelo de regressão de Poisson para modelar a incidência, então poderemos obter como efeito estimado a razão de taxas de incidência (assumido o modelo com função de ligação logarítmica). Também, estas taxas de incidência coincidirão com simples médias aritméticas de contagens de incidência, se cada pessoa for observada numa simples unidade de tempo, com possibilidade de incidências recorrentes. Neste caso, a razão de taxas de incidência será a razão de médias aritméticas de contagens, sendo esta a medida de efeito estimada, por exemplo através de um modelo de regressão de Poisson (com função de ligação logarítmica).

Esta última análise pode ser confundida com a situação em que a variável de *outcome* numérica contínua (ou na prática uma variável numérica com possibilidade de ter muitos valores diferentes) tem distribuição assimétrica à direita (média superior à mediana). Nesta situação a variável de *outcome* é usualmente logaritmizada de modo a se aproximar à distribuição normal. Temos como eventual exemplo desta variável *outcome* o custo do internamento hospitalar. Nesta situação quando faço uma regressão linear convencional usando a variável dependente logaritmizada, ao exponenciar o parâmetro de regressão *B* calculado irei obter uma razão de médias geométricas ao invés de aritméticas. Se eu fizer o cálculo *EXP (B) -1* tenho a variação percentual no *outcome* por unidade de aumento na variável de exposição. O que é interessante é que se a estimativa do parâmetro de regressão *B* for pequena (<0,05), então esta estimativa de *B* permitirá fazer diretamente a leitura da variação percentual no *outcome*, tal como acontece na fórmula que relaciona a taxa de incidência com o risco. Ou seja, seria possível dizer que o *B* representaria diretamente a variação percentual do custo médio de internamento por unidade de aumento da variável de exposição ou independente.

Com estas "brincadeiras" estatísticas podemos ver até que ponto todos estes aspetos estatísticos e epidemiológicos estão ligados entre si, consequentemente, ter conhecimento de aspetos como estes e ainda muitos outros, pode-nos dar uma maior segurança na modelação estatística e interpretação de resultados.

Dois conceitos de máximo interesse em epidemiologia são confundimento e modificação de efeito. Confundimento numa relação entre uma exposição e um *outcome* de saúde acontece, quando uma dada variável está associada simultaneamente à exposição e ao *outcome*, não dependendo da exposição. Por exemplo, se estamos a comparar dois grupos de tratamento face à resposta ao tratamento e os dois grupos de tratamento têm níveis de severidade diferentes, então se a severidade está associada à resposta ao tratamento irá haver confundimento na associação entre a exposição e a doença. Ou seja, o tratamento com doentes menos severos poderá ter melhores respostas que o grupo de maior severidade. Consequentemente, o efeito comparativo do tratamento encontrado irá estar enviesado pelo confundimento do nível de severidade. Observe-se que o nível de severidade não depende da exposição ao tratamento, tal como aconteceria com outras características do doente tal como a idade, o sexo, entre outras.

O professor Hofman da Universidade Erasmus costumava "brincar" com um exemplo, para os alunos refletirem sobre a possibilidade de presença desta interferência "confundimento" numa investigação epidemiológica. Ele referia que queria fazer um estudo caso-controlo para investigar a relação entre o tipo de sangue e o cancro da mama. Os casos seriam mulheres com uma idade média de 60 anos e de um modo muito divertido, ele apresentava os controlos como um grupo de bebés de 2 anos do sexo masculino. Perguntou para a assistência quem concordava com isto, ao qual praticamente toda a turma sorriu devido à absurdidade da situação. A grande surpresa foi ele ter concluído que podia perfeitamente fazer este desenho de estudo, porque não estando nem a idade nem o género associado ao tipo de sangue, então nunca poderiam ser variáveis de confundimento. Como tal a idade e o sexo dos controlos não teriam qualquer problema no desenho. De facto, o cancro de mama está associado à idade e ao sexo feminino, mas para serem variáveis de confundimento teriam de estar associadas simultaneamente tanto à exposição ao tipo de sangue como com o *outcome.* Seria como num ensaio clínico pensar que se a severidade dos doentes pode influenciar a resposta, então é um fator de confundimento do efeito comparativo dos tratamentos. No entanto, ao fazer a atribuição aleatória dos tratamentos, estes tenderão a ser homogéneos face a diversas características dos doentes incluindo a severidade. Deste modo, como a severidade é semelhante nos doentes dos dois grupos de tratamento, deixa

de estar associada a exposição e consequentemente, a severidade deixa de ser eventual fator de confundimento.

Em termos de análise estatística existem vários modos de lidar com o confundimento, de modo ao efeito da exposição ser "ajustado" para os eventuais fatores de confundimento. O modo mais típico de o fazer é usar modelos de regressão multivariáveis (com diversas variáveis independentes). Se por exemplo, eu colocar num modelo de regressão logística simultaneamente a variável de exposição e a variável de confundimento como variáveis independentes, então vou obter o *OR* da exposição ajustado para a variável de confundimento. Estes princípios podem ser aplicados para qualquer modelo linear generalizado, com qualquer medida de associação ou efeito epidemiológico.

Outro conceito da epidemiologia que eu observo causar algumas dificuldades nos alunos é a modificação de efeito. Esta surge quando um dado efeito de uma exposição com um *outcome* é modificado por uma terceira variável. Observe-se que, tal como no confundimento existe uma terceira variável a interferir com uma associação entre duas variáveis. É um conceito completamente diferente da associação dose resposta, que se refere a uma associação exclusiva entre duas variáveis; a dose de exposição e a resposta a essa dose. Um exemplo de modificação de efeito pode ser sugerido na relação da idade com o efeito comparativo de um tratamento *versus* placebo num ensaio clínico. Poderíamos estratificar a análise, de modo a obtermos o efeito comparativo do tratamento no estrato digamos de doentes com menos de 65 anos, e um outro efeito no estrato de doentes com pelo menos 65 anos. Ou seja, iríamos obter por exemplo dois benefícios relativos, um para o estrato dos mais novos e outro para o estrato dos mais velhos. Se houver diferença entre estes dois benefícios relativos, por exemplo o efeito é muito mais relevante nos mais novos que nos mais velhos, então existe uma sugestão de modificação de efeito, ou seja, a variável idade interfere com o efeito de tratamento modificando este no sentido que os mais velhos terão menos efeito.

Todo este pensamento epidemiológico da modificação de efeito pode ser traduzido no modo estatístico através de um simples termo "interação estatística". De fato a interação estatística é o modificador do efeito epidemiológico. Neste caso, poderíamos construir um modelo de regressão em que incluíamos como variáveis independentes a exposição e a variável modificadora de efeito, tal como no modelo de regressão para ajustar para o confundimento. No entanto, para além destas duas variáveis teríamos de incluir um novo termo "a interação estatística", que se obtém usualmente pelo produto entre a variável exposição e a variável modificadora de efeito. É esta interação estimada na componente linear do modelo de regressão, que se vai adicionar ao efeito da exposição de modo a modificá-lo. Assim, o efeito modificado é função da soma do parâmetro de regressão do modelo com o parâmetro de interação. No entanto, se a medida de efeito é uma razão, por exemplo o efeito é medido pelo *OR*, então esta soma com a interação terá como resultado o produto do *OR* do efeito do tratamento com o *OR* do efeito da interação (dado que na regressão logística ao estarmos a exponenciar uma soma de parâmetros *B* obtemos o produto dos *OR*). Os efeitos estimados pelo modelo e modificados pelo termo de interação serão equivalentes aos efeitos observados nos diferentes estratos, ou seja, considerando este exemplo do ensaio clínico, os Benefícios Relativos determinados nos dois estratos etários diferentes, deverão ser equivalentes aos mesmos efeitos estimados pelo modelo de regressão com termo de interação. Neste modelo de regressão o efeito de benefício relativo do tratamento versus placebo seria equivalente ao benefício relativo no estrato etário com menos de 65 anos. O produto deste benefício relativo pelo termo de interação permitiria obter o benefício relativo do mesmo tratamento *versus* placebo, embora agora para o estrato etário do mais velhos. Se o termo de interação da componente linear do modelo de regressão fosse nulo, então o cálculo do exponencial de 0 seria 1 que é o elemento neutro da multiplicação. Como tal, o benefício relativo seria idêntico nos dois estratos etários não havendo assim qualquer modificação de efeito.

Como se pode ver deste último exemplo, a análise de interação deve ser usada com efetivo sentido epidemiológico, neste caso a modificação de efeito. Não se deve incluir num modelo de regressão todas as interações possíveis se não fizerem qualquer sentido epidemiológico (apesar de já ter assistido a isto por diversas vezes).

Uma análise estatística num âmbito epidemiológico deve ser eficiente e eficaz como já foi referido como resultado do "conhecimento". Por vezes pode haver alguma tentação dos docentes e alunos de quererem usar análises mais sofisticadas num artigo, partindo da premissa que quanto mais sofisticada é a análise maior valor científico terá o artigo. Este pensamento é completamente enviesado da realidade, a meu ver. O nível de sofisticação da análise estatística deve acompanhar as necessidades dos objetivos de estudo e os dados a analisar. Do mesmo modo que um médico certamente não prescreve uma ressonância magnética para analisar uma "unha encravada no dedo do pé", também a análise estatística deve ser perfeitamente adequada às necessidades. Se o projeto epidemiologicamente só necessita de análise de distribuição de frequências, então pode ficar por aí. Se o projeto tem dados longitudinais que levam a um modelo linear generalizado com estrutura de correlação nas medições repetidas dos indivíduos, então serão essas as técnicas que devem ser usadas na investigação. Para além disto, tudo deve ser bem explicado na seção de métodos estatísticos, ou seja, que análises são feitas e porquê. Não deve ser apresentado um nome de um teste estatístico ou análise sem explicar, nem que seja de uma forma breve, o motivo do seu uso (embora também já tenha observado isto muitas vezes).

Na apresentação de resultados dos artigos também se deve ter em atenção o que realmente é relevante para a investigação e discussão de resultados. Já me aconteceu um aluno mostrar-me um quadro de resultados bem "bonito" que pretendia sumariar diversos resultados de meta-análise num único quadro. O quadro impressionava, pois, tinha lá todos os testes estatísticos incluindo ao efeito combinado com a estatística *Z* e valor *p*, os testes de homogeneidade de efeitos, os coeficientes de heterogeneidade I^2, tudo muito "certinho". No entanto, tinham-se esquecido de colocar no quadro o meta-efeito de cada meta-análise. Ou seja, quase se poderia dizer que o quadro de resultados das meta-análises tinha tudo menos o principal resultado da meta-análise. Este exemplo ilustra bem que tudo o que é apresentado num artigo deverá ser efetivo no que respeita ao seu sentido epidemiológico. Um outro exemplo que me mostraram e que revela uma completa falta de sentido epidemiológico, foi uma investigação que pretendia avaliar a evolução do nível de incapacidade de doentes com acidente vascular cerebral entre a entrada na urgência hospitalar e a alta hospitalar. O estudo estava bem "certinho", cheio de todas as análises estatísticas sofisticadas, mas curiosamente não havia uma única medida descritiva simples que mostrasse qual o nível médio de incapacidade à entrada e à saída do hospital. Este exemplo demonstra bem que muitas vezes os investigadores ao estarem demasiado preocupados com o nível de sofisticação metodológico, nomeadamente no que se refere a métodos estatísticos, quase que se esquecem do verdadeiro sentido da investigação.

Ensinar sempre com sentido de humor

Ele é tão bom docente que nas suas aulas nunca se vê ninguém a rir pois as suas matérias são algo muito sério

De facto, é preciso que os docentes percebam que a seriedade de uma aula universitária não é de todo comprometida pelo espírito humorista que o docente consiga introduzir na aula, muito pelo contrário.

Conseguem imaginar como é possível reter a atenção de quase 70 alunos de mestrado pós-laboral depois de um dia de trabalho, alguns deles do serviço nacional de saúde, até às 22.00h da noite? E ainda mais se o que estão a ensinar é estatística? De fato não é tarefa nada fácil. Uma das formas muito efetivas de ensinar é usar sentido de humor nas aulas. Cada vez mais em Portugal os docentes já perceberam que introduzir sentido de humor nas aulas acaba por ser um tónico fabuloso para "quebrar o gelo" perante matérias complexas, desdramatizar as dificuldades tanto de aprendizagem como do desconforto da aula ser num horário naturalmente difícil, e finalmente e não menos importante, criar proximidade, comunhão e "companheirismo" entre o docente e os alunos, e entre os próprios alunos entre si.

Lembro-me que num curso que assisti nos anos 90 do século passado, do professor Stanley Lemeshow que se celebrizou na estatística essencialmente pelo livro *Applied Logistic Regression*, ele começou a primeira

aula afirmando que “se só tivesse um único dia de vida de certeza que o iria passar numa aula de estatística pois são umas aulas tão *boring* que parece que o tempo nunca mais acaba”. Noutra aula ele começa por levantar a questão “se um avião com 4 motores em pleno voo atrasa a viagem 30min por cada motor avariado, quantos minutos o avião irá atrasar se avariar todos os 4 motores?”

Para se conseguir ensinar é preciso criar um ambiente de bem-estar e até informal sem perder o foco da seriedade do que está a ser tratado. Sempre tentei esta abordagem com os alunos e posso garantir que não me lembro de nenhuma situação em que tenha havido qualquer falta de respeito nas minhas aulas. Os alunos sabem bem distinguir o que é “brincar” do que é o vulgar “abuso” e por isso não há qualquer problema de tentar usar uma abordagem mais divertida numa aula. Mesmo quando o que ensinamos é “pesado” e complexo, uma abordagem mais divertida faz com que os alunos se esforcem mais para aprender devido à proximidade e desdramatização criada no ambiente da sala de aula.

Lembro-me uma vez de ter dado formação de epiestatística num ambiente médico hiperformal. Quando comecei a sessão formativa tive a sensação de que cada formando estava dentro de uma “muralha psicológica” completamente intransponível. Lembro-me de pensar na altura como é que seria possível entrar dentro destas muralhas para os formandos conseguirem tirar algum partido da minha formação. Os primeiros 10 minutos foram praticamente para esquecer, comigo a fazer perguntas, algumas até mais descomprometidas para tentar envolver uma assistência completamente “gelada”. No entanto, após este início algo assustador um dos formandos pergunta-me “diga-me lá, a estatística não é a ciência da mentira em que uma pessoa come por duas e outra não come nada, mas que afinal em média todos comeram alguma coisa?” Com outros formandos a desafiarem o ambiente com sorrisos eu vi finalmente a minha possibilidade de ouro para conseguir-me aproximar deles; “digam-me honestamente, será que os outros colegas também concordam com isso?” “Será que um resultado estatístico que conclui que um medicamento num ensaio clínico é eficaz não passa também de uma grande mentira, ou até que ponto até pode ser verdade com alguma probabilidade de erro nesta conclusão?”. Finalmente, com todos os formandos já completamente à vontade e livres para dizerem todas as suas “verdades” e todos os “disparates” que se lembravam, lá se conseguiu fazer a ação de formação, a meu ver e na opinião dos formandos até com bons resultados no final.

Basicamente, quem ensina deve-se lembrar sempre do verso do nosso grande “Zeca Afonso” e que tem muita aplicação na vida incluindo no ensino pós-graduado “O que faz falta é animar a malta, o que faz falta é acordar a malta”, e em especial em aulas de estatística em horários até às dez da noite. De facto, para se ter um ensino de excelência que todos desejamos não basta dizê-lo, pois essencialmente é preciso procurar fazê-lo. Para esse efeito, surge a clara necessidade de um ensino pós-graduado saudável.

Agradecimento

Ao professor Baltazar Nunes pela revisão do artigo

Referências

Aguiar, P. (2007). *Estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Guia prático de medicina.* Climepsi Editores.

Aguiar, P., & Vicente, V. (2023). *Practical epidemiology with generalized linear models*. Editora d’Ideias.

Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman & Hall.

Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Fletcher, G. S. (2012). *Clinical epidemiology: the essentials* (5th ed). Wolters Lippincott Williams & Wilkins.

Gordis, L. (2014). *Epidemiology* (5th ed). Elsevier Saunders.

Hosmer, D. W, & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

A PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA ATIVOS E SAUDÁVEIS NA ESCOLA

Adilson Marques
Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa; ISAMB, Universidade de Lisboa | amarques@fmh.ulisboa.pt

Élvio R. Gouveia
Universidade da Madeira | erubiog@staff.uma.pt

Tiago D. Ribeiro
CIPER, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa | tiagoribeiro@fmh.ulisboa.pt

Margarida Gaspar de Matos
Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa; ISAMB, Universidade de Lisboa | amarques@fmh.ulisboa.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Irma Brito
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal
irmabrito@esenfc.pt

Revisor 3
Em regime de anonimato

Citação:
Marques, A., Gouveia, É. R., Ribeiro, T. D., & Matos, M. G. (2025). A promoção de estilos de vida ativos e saudáveis na escola. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar (pp. 31-47). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

A escola desempenha um papel fundamental para a promoção da saúde, porque nela podem ser transmitidos os conhecimentos e ao mesmo tempo as crianças e os adolescentes podem ser capacitados para a tomada de decisões saudáveis. Contudo, a escola tem ficado aquém do seu potencial na promoção de estilos de vida ativos e saudáveis. Assim, é apresentada uma revisão sobre a pertinência e importância da escola para a promoção da saúde, realçando porque é um local ótimo para a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis. É também incluída uma abordagem da promoção da saúde na escola, explorando a evolução do conceito de promoção de saúde e como este tem vindo a ser incluído nas escolas, com destaque para Portugal, e são salientados os principais comportamentos relacionados com a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis na escola, entre os quais, a atividade física, a alimentação, o sono e o consumo de substâncias (álcool e tabaco). Conclui-se que os professores deverão ser capacitados para promover a saúde na escola, pelo que, a par de um espaço curricular que foque especificamente sobre a promoção em saúde nas escolas, a existência de uma unidade curricular de Educação e Promoção da Saúde Escolar, na formação inicial de professores, é uma condição *sine qua non* para que os futuros professores adquiram as competências que lhe permitirão promover a saúde em contexto escolar.

Palavras-chave: Atividade física; Bem-estar; Escola; Promoção da saúde.

Introdução

A saúde é definida, pela Organização Mundial de Saúde, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença (World Health Organisation [WHO], 1948, 100). É um conceito positivo, todavia pode-se dizer que é estático. Embora seja uma definição comummente usada e aceite pela comunidade profissional e científica, tem sido alvo de várias críticas (i.e., subjetividade, inalcançabilidade e falta de consideração de fatores culturais e sociais mais amplos) (Leonardi, 2018). Considerar a saúde um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja um objetivo. Todavia, é um objetivo inatingível, porque é humanamente impossível ter um estado de completo bem-estar (Huber et al., 2011). Como conceito inatingível, facilmente possibilita uma medicalização da existência humana, com o objetivo de alcançar tal estado. Por outro lado, sendo inatingível, facilmente se justificam ações abusivas dos estados sobre as populações, principalmente sobre minorias ou populações subjugadas, sempre com o pretexto da promoção da saúde. Sendo um conceito definido imediatamente após um conflito bélico que devastou a Europa, era

espectável que no conceito entrasse a ideia de paz social. Deste modo, embora seja passível de discussão, pode-se afirmar que o conceito é etnocêntrico, porque espelha a mente europeia e dos países que tinham entrado no conflito bélico no passado recente (Larsen, 2022).

Para tornar o conceito menos abstrato, foi-lhe dado um caráter dinâmico, podendo ser vista com um estado de adaptação ao meio e a capacidade de funcionar melhor nesse meio (Dubos, 1960). Da conferência de Alma-Ata, em 1978, resultou que a saúde passou a ser entendida como um recurso que deve ser acessível a todos, para o desenvolvimento das comunidades. Essa perspetiva ganhou um cariz comunitário. Na década de 80, houve uma clarificação do conceito, expressa pela Carta de Ottawa (WHO, 1986), na qual se entendia que a saúde é um recurso para vida diária. A saúde é claramente um conceito positivo, destacando-se os recursos pessoais e sociais, assim como as aptidões físicas.

Sendo algo tão importante, a saúde deve ser objeto de promoção. A promoção da saúde pode ser assegurada em vários contextos e ao longo do ciclo de vida. Todavia, se a sua promoção for feita nos contextos transversais a toda a população, por onde todos passamos em algum momento da vida, a probabilidade de haver uma mudança comportamental aumenta. Entre os vários locais onde se podem encontrar todas as pessoas destaca-se a escola, porque todas as crianças, adolescentes e jovens a frequentam. Assim, este capítulo tem como objetivo apresentar uma contextualização geral sobre a importância da escola para a promoção da saúde.

Contextualização sobre a promoção da saúde

A promoção da saúde tem sido vista como um paradigma de saúde, importante para enfrentar os problemas de saúde, decorrentes das mudanças que se verificam ao nível do estilo de vida. Essa mudança está associada a um novo quadro epidemiológico que se carateriza pelo aumento da incidência e prevalência das doenças crónicas (WHO, 2018). Assim, a promoção da saúde é um campo conceptual, político e metodológico de atuação sobre as condições socias e de vida com o objetivo de manter ou melhorar a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar (WHO, 2021).

O termo promoção da saúde surgiu pela primeira vez em 1945, numa tentativa de definir as quatro funções da medicina, sendo elas a prevenção da doença, restauração do doente, reabilitação e a promoção da saúde (Sigerist, 1945). O desenvolvimento do conceito de promoção da saúde acontece alguns anos depois, quando foi proposto o modelo de história natural da doença, conhecido como modelo ecológico (Leavell & Clark, 1958). O modelo considera a interação entre três elementos da denominada tríade ecológica, a saber, o agente etiológico, o hospedeiro e o ambiente. A doença seria resultante de desequilíbrios nas autorregulações existentes no sistema tridimensional. Neste modelo, a promoção da saúde está associada às medidas relacionadas com a habitação, acesso à educação e áreas de lazer, alimentação adequada, sendo considerada um eixo importante ao nível da medicina preventiva. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis de prevenção primária, destinada a desenvolver um estado de saúde ótimo.

Apesar do modelo ecológico reconhecer a promoção da saúde e dos aspetos sociais no processo da saúde e da doença, a comunidade profissional e científica continuou a valorizar as questões biológicas (Czeresnia, 2009). O significado da promoção da saúde não foi devidamente valorizado. Todavia, com o aumento dos custos em saúde, que na maior parte dos casos eram superiores aos resultados obtidos, houve necessidade de se repensar a forma de investimento, para que houvesse uma diminuição com despesas de saúde. Essa intenção económica fez ressurgir a ideia de promoção da saúde, como forma de reduzir os gastos em saúde através da prevenção.

Um marco histórico na área da promoção da saúde foi a publicação de um relatório, em 1974, pelo ministro da saúde canadiano (Lalonde, 1974). Pela primeira vez, a ideia de promoção da saúde apareceu expressa num documento governamental, elaborado para orientação política. Nesse documento, o conceito de campo de saúde é constituído pela biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização do sistema de

saúde. Fica claro que o documento tem como principal objetivo uma intervenção para minorar ou prevenir as doenças crónicas, apresentando uma orientação preventiva e uma referência explícita à necessidade de racionalização dos gastos com assistência à saúde. Dentro dessa perspetiva, mudanças nos comportamentos que caraterizam o estilo de vida saudável (por exemplo, alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas) são afirmadas como estratégias de promoção da saúde. Destaca-se o papel fundamental das condições gerais de vida para o estado de saúde.

A década de 80 foi importante no plano internacional para a promoção da saúde. As abordagens e orientações atuais da promoção da saúde situam-se a partir do marco histórico que foi a conferência de Ottawa, da qual resultou a carta de Ottawa (WHO, 1986). Nessa carta foi apresentado um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas para a promoção da saúde, sendo elas advogar, capacitar e mediar. Essas ações estão enquadradas em cinco áreas prioritárias. Primeiro, criar políticas saudáveis, colocando a promoção da saúde dentro das prioridades políticas, através da criação de dispositivos legais, medidas fiscais e mudanças organizacionais. Segundo, criar ambientes favoráveis para a promoção da saúde, através da proteção do meio ambiente e da entreajuda de modo que se crie uma sociedade mais saudável. Terceiro, reforçar a ação comunitária, de modo que as comunidades participem ativamente no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de promoção da saúde. Quarto, desenvolver competências pessoais para que os indivíduos tenham maior controlo sobre a sua saúde, tendo capacidade para ultrapassar problemas. Quinto, reorganizar os serviços de saúde, de modo que a promoção da saúde seja algo mais abrangente do que o tratamento e reabilitação.

A carta de Ottawa inovou ao estabelecer que as políticas de promoção da saúde expressam diversas abordagens, incluindo legislação, distribuição equitativa dos rendimentos e ações coordenadas para o desenvolvimento social (WHO, 1986). Sendo algo tão abrangente, muito para além dos serviços de saúde, houve um amplo debate, voltado para os comportamentos individuais, consciencializando as pessoas que a saúde é, entre outras coisas, muito determinada pelo estilo de vida.

Na década 90, a declaração de Jacarta (WHO, 1997) realçou vários aspetos importantes para o fortalecimento da promoção da saúde, expressando que é um investimento. Esse reconhecimento foi feito com base na evidência científica de vários casos analisados que demonstraram a eficácia da promoção da saúde (WHO, 2009). Assim, essa declaração veio reforçar a carta de Ottawa, e, muito do resultado sustentado na evidência, veio definir cinco áreas prioritárias para a promoção da saúde: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias na área da saúde; capacitar a comunidade e ouvir os indivíduos; e criar infraestruturas para a promoção da saúde.

Na sequência da carta de Ottawa (WHO, 1986) e declaração de Jacarta (WHO, 1997), a carta de Banguecoque (WHO, 2005) acrescenta alguns aspetos a ter em conta na promoção da saúde num mundo global. Os compromissos assumidos pelos países signatários da carta foram: tornar a promoção da saúde uma preocupação na agenda do desenvolvimento global; uma responsabilidade central para o governo; um dos principais focos das comunidades e sociedade civil; e uma exigência para boa prática corporativa.

Da análise dos quatro documentos, verifica-se que existem questões transversais a todos, sendo fundamentais para a promoção da saúde. Estas questões estão relacionadas com a responsabilidade política (dos governos), da sociedade civil e dos indivíduos. A capacitação individual e das comunidades é salientada. Em destaque também nestes documentos encontram-se a capacitação dos indivíduos e das comunidades, a cooperação entre o sector privado e a sociedade civil e a promoção de um financiamento sustentável para a promoção da saúde. A partir dessas recomendações, várias iniciativas foram sendo desenvolvidas, destacando-se a *Global School Health Initiative*, cujo objetivo é aumentar o número de escolas com capacidade de construírem um contexto saudável para viver, aprender e trabalhar (WHO, 2017).

A escola como local de promoção da saúde

Tradicionalmente, a educação para a saúde era entendida como a transmissão de conhecimentos científicos sobre temas de saúde. Sem descurar a importância da informação, na medida em que é difícil tomar decisões acertadas na ignorância, não é suficiente para mudar valores, atitudes e comportamentos. Promover a saúde significa capacitar os indivíduos para a tomada de decisão. Por isso, outro pressuposto importante consiste em garantir que as pessoas acreditam que podem influenciar as suas vidas, que podem fazer opções saudáveis, que podem mudar as atitudes e comportamentos. Assim sendo, a escola desempenha um papel fundamental para a promoção da saúde, porque nela podem ser transmitidos os conhecimentos e ao mesmo tempo as crianças e os adolescentes podem ser capacitados para a tomada de decisões saudáveis (Lee et al., 2019; Pulimeno et al., 2020).

A escola providencia um contexto único para a aprendizagem. É um local onde as diretrizes provenientes do poder político se fazem rapidamente sentir, lá encontram-se os profissionais mais qualificados para educar e todas as crianças e adolescentes têm obrigatoriamente de frequentar a escola. Para além disso, passam lá grande parte do seu dia, e as idades em que as crianças e adolescentes a frequentam são os períodos mais favoráveis para aprendizagem e modificações de comportamentos. Por estas razões, é a instituição, depois da família, que apresenta o maior potencial para melhorar a saúde das crianças, adolescentes e jovens.

Sendo um lugar com potencial para a promoção da saúde, várias experiências têm sido feitas para analisar o seu potencial na promoção da saúde, em vários países de diferentes regiões do mundo (Pulimeno et al., 2020). Os resultados de vários estudos têm demonstrado o sucesso de programas dinamizados em ambiente escolar para a promoção da saúde, através da melhoria dos conhecimentos e modificações de comportamento.

Nos Estados Unidos da América, em vários estados, tem sido atribuída uma grande ênfase à educação para a saúde, principalmente através de iniciativas relacionadas com a prática de atividade física, havendo recomendações específicas para as escolas (CDC, 2017). Procura-se atuar na prevenção, de forma a minimizar os problemas relacionados com o desmesurado aumento de peso da população, os comportamentos de risco relacionados com o consumo do tabaco e inatividade física. Estes problemas preocupam seriamente as autoridades e, ao manterem-se, prevêem-se graves consequências em termos sociais (Kann et al., 2018). Por este motivo, as escolas estão a ser equipadas com infraestruturas e pessoal qualificado, a fim de tornar eficaz a promoção da saúde e fornecer incentivos para o desenvolvimento de programas de saúde pública por meio da educação física e da melhoria dos índices de saúde, os quais as escolas procuram otimizar (CDC, 2017).

No Canada, para que as estratégias de promoção da saúde tivessem alcance nacional, definiu-se que a escola seria o melhor local para a sua implementação (Tessier et al., 2017). Isso é particularmente relevante, uma vez que programas de promoção da saúde na escola apresentam resultados positivos tanto ao nível da saúde como da relação custo-eficácia (Ekwaru et al., 2017). Assim, têm sido produzidas recomendações para que as escolas elaborem e dinamizem programas de promoção da saúde.

Na Austrália, têm sido implementadas iniciativas de promoção da saúde no âmbito escolar ao longo de vários anos (Armstrong et al., 2002). Nas escolas, a educação para a saúde é parte integrante do currículo formal e está em estreita ligação com a educação física, sendo, em muitos casos, ensinada pelos professores desta disciplina. O que se pretende, fundamentalmente, é que os jovens aprendam e assimilem comportamentos de saúde e tenham um estilo de vida ativo. O suporte organizacional e o apoio externo são importantes, ficando manifesto que as escolas com esses apoios têm mais oportunidades para continuarem.

No Reino Unido, o facto da população estar a tornar-se uma das mais obesas da Europa, levou o governo a declarar a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública e o maior desafio para o presente século (Agha & Agha, 2017). Como consequência, foram criados programas de promoção da atividade física junto das crianças e adolescentes a partir da escola. Tendo havido, por isso, um aumento de infraestruturas

desportivas e contratação de pessoal habilitado para o ensino das atividades físicas e desportivas. Esta tendência é semelhante ao que se tem observado na América do Norte e na Austrália.

Em Portugal, a preocupação com a saúde levou à criação do projeto Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde. Este foi um projeto nacional que tinha como objetivo melhorar a qualidade de vida dos alunos e reforçar o acesso aos cuidados de saúde. A partir da avaliação ao trabalho feito pelas escolas verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre as escolas da rede e as que não pertencia à rede (Loureiro, 2004). Apesar das diferenças existentes, considerou-se que ainda existia um longo caminho a percorrer no desenvolvimento de competências no âmbito específico da educação sexual, mas também ao nível organizativo e de envolvimento da comunidade. No entanto, foi evidente o impacto positivo da promoção da saúde em meio escolar, contando com o trabalho em parceria de vários ministérios e organizações. Considerando o potencial da escola, e o seu alcance nacional, foi criado o Programa Nacional de Saúde Escolar, que foi revisto recentemente (Direção-Geral da Saúde, 2015). Entre os seus objetivos destaca-se a promoção de estilos de vida saudáveis, a elevação da literacia em saúde da comunidade educativa e redução do impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar das crianças e adolescentes. Neste sentido, o programa naturalmente enfatiza a importância da atividade física e o papel que a escola deve desempenhar no aumento dos níveis de atividade das crianças e adolescentes ao longo do dia.

Para a promoção da atividade física em Portugal foi elaborada a estratégia nacional para a promoção da atividade física, saúde e bem-estar (Direção-Geral da Saúde, 2016). Nesse documento, aparece expresso que a escola é um dos contextos nos quais a atividade física deve ser promovida, com o objetivo de melhorar a saúde e qualidade de vida.

Resumindo, parece consensual, na literatura, a importância que a escola representa para o desenvolvimento de iniciativas com vista à promoção da saúde, e mais especificamente no desenvolvimento de hábitos relacionados com a prática de atividades físicas e desportivas (CDC, 2017; European Commision, 2015). Assim, as escola devem: 1) assegurar que todas as crianças e jovens participem no mínimo 30 minutos em atividade física com intensidade moderada a vigorosa durante o dia escolar; 2) oferecer programas de educação física relacionados com a saúde, baseados em evidências, que compreendam as normas nacionais para os alunos em todas as escolas; 3) aumentar as oportunidades para os alunos praticarem atividade física na escola, através de clubes, aulas e torneios desportivos; 4) promover o transporte ativo, sendo que os líderes devem trabalhar com as autoridades locais para assegurarem que os alunos tenham percursos seguros para caminharem e andarem de bicicleta de e para a escola; 5) proporcionar um programa de saúde baseado em evidências que enfatize os comportamentos motores e o aumento da atividade física e diminuição de comportamentos sedentários; 6) providenciar programas de preparação profissional que produzam professores altamente qualificados para ensinarem os programas de educação física e educação para a saúde.

Educação e promoção da saúde na escola em Portugal

Portugal integrou a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde em 1994. Desde 1997 os Ministérios da Saúde e Educação decidiram alargar as suas parcerias e criaram um grupo de trabalho para a criação de estruturas de apoio, com o objetivo de estabelecer uma colaboração entre as escolas e os centros de saúde. A ideia subjacente a essa ligação entre a escola e o Serviço Nacional de Saúde é a de aumentar os ganhos em saúde e reduzir o impacto económico da doença. Assim, enquadrado na Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, foi criada, em Portugal, a Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde.

A Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde foi um projeto nacional que teve como objetivo melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes e reforçar o acesso aos cuidados de saúde. Da avaliação dos trabalhos realizados pelas escolas que integravam a rede, verificou-se que os indicadores de saúde das crianças e adolescentes melhoraram (Loureiro, 2004). Apesar dos resultados, observou-se que ainda existia um longo caminho a percorrer no desenvolvimento de competências no âmbito da educação para a saúde,

mas também ao nível organizativo e de envolvimento da comunidade. Todavia, ficou evidente o impacto positivo da promoção da saúde em meio escolar, contando com o trabalho em parceria de vários ministérios e organizações.

O Ministério da Educação (2005) avaliou o programa de saúde escolar, analisando a evolução ocorrida entre 2000 e 2004. Dessa avaliação resultou um relatório que demonstrou que a abordagem tradicional da saúde (enfoque na prevenção das doenças) predominava, em detrimento de uma abordagem salutogénica (enfoque no ambiente e nos estilos de vida, como condição de bem-estar). Para implementar a promoção da saúde nas escolas, conforme mencionado no relatório, é necessário realizar uma avaliação qualitativa, monitorizar os processos e os resultados a médio e longo prazo, bem como apresentar evidências dos projetos de promoção da saúde.

A partir de 2005 os projetos educativos de escola passaram a incluir a área de educação para a saúde (Despacho n.º 25995/2005, de 16 de dezembro). Desde 2012, passou para a competência da Direção-Geral da Educação, através da Direção de Serviços de Educação Especial e Apoios Socioeducativos, a responsabilidade de conceber instrumentos de suporte às escolas, para implementar e acompanhar a educação especial e o apoio educativo na educação para a saúde e na ação social escolar (Portaria n.º 258/2012, de 28 de agosto). Todas essas competências e todo o trabalho desenvolvido em Portugal tem sido no sentido de acompanhar as diretivas da Organização Mundial de Saúde e da *Schools for Health in Europe*, organismos nos quais Portugal está representado e com os quais coopera na definição de políticas comuns.

Pode-se afirmar que a formação da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, que em Portugal depois deu origem à Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde, veio consolidar e reforçar a necessidade da criação de parcerias entre a educação e a saúde, através de legislação. As escolas e os centros de saúde passaram assim a partilhar responsabilidade na área da promoção da saúde.

Posteriormente, foi publicado o Referencial de Educação para a Saúde (Carvalho et al., 2017), documento que reconhece a escola como o espaço onde se aprende a gerir eficazmente a saúde e a agir sobre os fatores que a podem influenciar. O documento resulta de uma parceria entre a Direção-Geral da Educação e a Direção-Geral da Saúde, demonstrando o trabalho articulado que existe entre o sistema educativo e o sistema de saúde. Com esse referencial pretende-se que sejam estabelecidos um entendimento e uma linguagem comum sobre os temas, objetivos e conteúdos a abordar no âmbito da educação e promoção da saúde.

Apesar da organização legal da educação para a saúde nas escolas, a sua implementação é complexa. Os professores são a figura central do processo e a missão de desenvolver a educação para a saúde na escola passou a ser uma das suas responsabilidades. Neste sentido, os professores surgem como as figuras de destaque no processo de educação para a saúde no contexto escolar, sendo a referência para as crianças e adolescentes. Todavia, o facto de ser uma área que exige uma abordagem multidisciplinar, torna necessária a intervenção de outros profissionais, nomeadamente da área da saúde, para complementarem o trabalho dos professores na escola.

A educação e promoção da saúde na escola é uma área importante para o desenvolvimento positivo das crianças e adolescentes, sendo que a sua ação pode perdurar ao longo da vida. No contexto português, destacam-se os dispositivos legais e as recomendações que têm sido emanadas de vários grupos de trabalho que apontam para a sua importância, bem como o papel dos professores.

Sendo uma área multidisciplinar e ao mesmo tempo transversal às várias unidades curriculares dos ensinos básico e secundário, importa que todos os professores, na sua formação inicial, adquiram competências para promoverem a saúde na escola. A aquisição dessas competências é essencial, para que qualquer professor seja capaz de educar e promover a saúde, em atividades específicas e na lecionação da sua unidade curricular de especialidade.

Entre os professores, é importante salientar a contribuição significativa dos professores de educação física, uma vez que são os principais responsáveis por ensinar competências relacionadas com a motricidade humana e promover estilos de vida ativos, em coordenação com diversos outros comportamentos

relacionados com a saúde. Assim, neste contexto, a Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa assume especial relevância, por ser uma instituição formadora de professores de educação física. Por este motivo, é pertinente o desenvolvimento do conhecimento na área disciplinar de Pedagogia e Metodologias de Intervenção nas Atividades Motoras, o desenvolvimento de projetos de ensino e investigação na área da educação e promoção da saúde na escola.

A existência de uma unidade curricular de Educação e Promoção da Saúde Escolar é uma condição *sine qua non* para que os futuros professores adquiram as competências que lhe permitirão promover a saúde em contexto escolar.

Comportamentos relacionados com a saúde

Os comportamentos relacionados com a saúde são, normalmente, dicotomizados em comportamentos positivos ou negativos. Os comportamentos positivos são denominados apenas de comportamentos de saúde. Esses comportamentos contribuem para a promoção da saúde, prevenção e redução do risco e deteção precoce da doença ou deficiência (Short & Mollborn, 2015). A Organização Mundial de Saúde define comportamento de saúde qualquer comportamento que tem como objetivo promover, proteger ou manter a saúde (WHO, 1988). Os comportamentos negativos são aqueles que pela sua frequência e intensidade aumentam o risco de doença (Meader et al., 2016).

Entre os comportamentos mais comummente associados à saúde destacam-se a prática regular de atividade física (USDHHS, 2018; WHO, 2020), a redução dos comportamentos sedentário (WHO, 2020), a alimentação (Blundell et al., 2017) e o sono (Siegel, 2022). São comportamentos que pela sua ação têm um impacto mensurável ao nível da saúde e da qualidade de vida. Os comportamentos de risco que mais ameaçam a saúde dos adolescentes e jovens são principalmente o consumo de substâncias, tais como o tabaco (Ewing et al., 2014), álcool e drogas (USDHHS, 2014). Assim, esses comportamentos serão objeto de análise, com o objetivo de melhor compreender o seu impacto na saúde e qualidade de vida.

Atividade física e comportamento sedentário

Evidência

Os benefícios da atividade física para a saúde estão bem documentados. A prática regular de atividade física e a redução do tempo passado em comportamentos sedentários estão associadas à redução da mortalidade, por causas específicas e por todas as causas, redução do risco de doenças crónicas, tais como obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão, certos tipos de cancro, asma, doença de *Parkinson* e *Alzheimer* (USDHHS, 2018). Mais ainda, a prática regular de atividade física reduz o risco de multimorbilidade (Marques et al., 2018).

Em crianças, adolescentes e jovens, os benefícios da atividade física regular estão igualmente demonstrados. A prática de atividade física está associada à melhoria do perfil lipídico (Marques et al., 2016), aptidão cardiorrespiratória (Santos et al., 2017), saúde mental (Hu et al., 2023; Luo et al., 2023), densidade mineral óssea (Nogueira et al., 2014) e saúde cardiometabólica (Guinhouya et al., 2011).

Recomendações para a prática de atividade física

Apesar do conhecimento já existente sobre os benefícios da atividade física, uma parte substancial da população global não pratica atividade física em quantidade suficiente para colher os benefícios para a saúde (Guthold et al., 2018, 2020). No caso particular de Portugal, os dados mostram que é um dos países europeus com maior taxa de sedentarismo entre jovens e adultos (European Commission, 2018; Lopes et al., 2017; Marques et al., 2019). Neste cenário, a inatividade física é hoje o maior fator de risco comunitário para a saúde em Portugal, sendo a diminuição da sua prevalência um contributo significativo para evitar o aparecimento de doenças e promover a saúde pública. Este facto tem servido de suporte para o desenvolvimento de iniciativas

relacionadas com a promoção da saúde, através do incentivo à prática regular de atividade física. No entanto, para se comunicar o significado da prática regular de atividade física é importante indicar o tipo e a quantidade necessária para promover a saúde.

Para crianças com menos de 5 anos, recomenda-se a prática de pelo menos 180 minutos diários de atividade física (WHO, 2020). Para este escalão etário não há referências para os níveis de intensidade. Pretende-se que as crianças sejam fisicamente ativas através da brincadeira. Para crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, as recomendações para a melhoria da aptidão muscular, cardiorrespiratória e melhoria da saúde óssea são de, pelo menos, 60 minutos de atividade física diariamente, com intensidade moderada a vigorosa (WHO, 2020). O tempo recomendado deve ser o resultado da atividade física acumulada ao longo do dia, não tendo de ser obrigatoriamente seguida. As atividades praticadas devem ser fundamentalmente aeróbias, incluindo atividades de fortalecimento muscular pelo menos 3 vezes por semana. No caso de adultos e idosos, recomenda-se que acumulem pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física moderada ou 75 a 150 minutos de atividade física vigorosa ao longo da semana (WHO, 2020). Além disso, é aconselhável praticar exercícios aeróbicos durante 3 a 5 dias por semana e incluir atividades de fortalecimento muscular, flexibilidade e exercício neuromotor pelo menos duas vezes por semana. Estas recomendações visam melhorar a aptidão muscular e cardiorrespiratória, bem como reduzir o risco de doenças crónicas e depressão.

Alimentação

Evidência

A alimentação consiste na ingestão de alimentos que servirão para o fornecimento de energia para o funcionamento do organismo. Considerando as várias partes e funções do organismo, é importante que sejam ingeridos vários tipos de nutrientes e em quantidades apropriadas. Um dos maiores problemas de saúde pública é a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade (Blundell et al., 2017; Marques, Peralta, et al., 2018), em grande parte resultante de uma dieta desequilibrada, na qual há um excessivo consumo de alimentos, principalmente alimentos processados (Blundell et al., 2017). Deste modo, a alimentação é um tema importante a ser abordado, porque um desequilíbrio alimentar está associado ao risco de determinadas doenças crónicas.

O consumo da chamada *fast food* está fortemente associado ao aumento do peso e obesidade. O fácil e rápido acesso a alimentos processados, com elevados níveis de energia, aumenta o risco de obesidade e de doenças relacionadas com a obesidade, constituindo-se por isso um problema de saúde pública. Atualmente, o excesso de peso e a obesidade são os fatores de risco mais importantes das doenças não transmissíveis relacionadas aos anos de vida perdidos por doenças cardiovasculares (Bakhtiyari et al., 2022).

Recomendações para uma alimentação saudável

As recomendações enfatizam fundamentalmente uma dieta diversificada, de modo que sejam ingeridos todos os nutrientes. Todavia, deve haver uma distinção na porção dos nutrientes ingeridos, uma vez que o organismo não precisa de todos na mesma quantidade. Assim, várias recomendações têm sido feitas, considerando as porções que devem ser ingeridas. Algumas dessas recomendações existem sob a forma gráfica, de forma a facilitar a compreensão. Destacam-se a pirâmide alimentar, usada internacionalmente, e a roda dos alimentos, usada a nível nacional. Embora as recomendações devem variar, de acordo com o estilo de vida de cada pessoa, é unânime que devem ser respeitadas determinadas porções e que alimentos processados devem ser evitados (Andersson & Bryngelsson, 2007).

Sono

Evidência

O sono é uma necessidade fisiológica, indispensável para a vida. Trata-se de um processo que envolve mecanismos complexos em várias regiões do sistema nervoso central, estando relacionado com processos de desenvolvimento e maturação, como funções homeostáticas, reposição de neurotransmissores, modulação da sensibilidade dos recetores, remodelação de sinapses e consolidação da memória (Tarokh et al., 2016). Para as crianças e adolescentes, uma noite revigorante é ainda importante para o desenvolvimento físico, processos cognitivos, desempenho escolar e bem-estar psicológico (Suda et al., 2020; Tarokh et al., 2016). Por outro lado, a privação do sono está associada à fadiga física e problemas psicológicos (Owens et al., 2014), sendo por isso considerada um problema de saúde pública. Além disso, a privação do sono conduz à falta de motivação, desatenção e desregulação afetiva, bem como afeta negativamente a habilidade de tomar decisões (Owens et al., 2014). Em particular, as funções executivas de nível superior, para as quais a adolescência é um período crítico, são seletivamente afetadas pela perda de sono (Beebe, 2011). Para os adultos, a privação do sono está associada a efeitos adversos tais como o ganho de peso, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e depressão (Watson et al., 2015).

Recomendações para uma noite de sono

A duração diária do sono diminui, progressivamente, com o aumento da idade. Para cada idade há necessidades diferentes, que se devem refletir no número de horas de sono diárias. Assim, para as crianças, adolescentes, jovens e adultos recomenda-se que durmam: lactentes dos 4 aos 12 meses – 12 a 16 horas por dias, crianças de 1 a 2 anos – 11 a 14 horas por dia, crianças de 3 a 5 anos – 10 a 13 horas por dia, crianças de 6 a 12 anos – 9 a 12 horas sono noturno por dia, adolescentes de 13 a 18 anos – 8 a 10 horas sono noturno por dia, adultos – pelo menos 7 horas de sono por dia (Paruthi et al., 2016; Watson et al., 2015).

Consumo de substâncias (álcool e tabaco)

Evidência

O consumo de substâncias tais como álcool e tabaco é prejudicial para a saúde das crianças e adolescentes e têm um elevado potencial aditivo (Silva et al., 2018). O consumo precoce de bebidas alcoólicas está associado a problemas comportamentais e fisiológicos. Adolescentes que consomem bebidas alcoólicas têm maiores probabilidades de terem baixo rendimento escolar, consumirem outras substâncias de risco para a saúde e serem delinquentes (Ellickson et al., 2003). Em termos fisiológicos, um dos principais problemas é ao nível do cérebro. Crianças e adolescentes são muitos suscetíveis aos estímulos químicos, que podem criar uma dependência precoce, com fortes probabilidades de durar para o resto da vida. Outro problema fisiológico está relacionado com o fígado, porque ainda não têm capacidade para metabolizar completamente as moléculas de álcool, podendo causar danos físicos e cognitivos (Ewing et al., 2014). Relativamente ao tabaco, o uso na adolescência está associado a problemas respiratórios, pior qualidade de vida e problema mentais (USDHHS, 2014). Tal como acontece com o consumo de álcool, o uso do tabaco desde cedo também potencia a dependência precoce, neste case à nicotina, contribuindo para piores níveis de saúde (USDHHS, 2014).

Recomendações

Como o organismo das crianças e adolescentes, do ponto de vista da maturação cerebral e hepático, não está ainda preparado para receber as moléculas de álcool, a abstinência de bebidas alcoólicas é a opção mais saudável (Donaldson, 2009). Relativamente ao tabaco, não existe limiar de segurança, independentemente da idade (USDHHS, 2014). Por esta razão, a recomendação transversal para qualquer pessoa é a abstinência.

Importância da escola

Apesar do conhecimento atual dos benefícios da atividade física para a saúde e dos riscos associados ao tempo passado em comportamentos sedentários (USDHHS, 2018), de uma alimentação desequilibrada (Blundell et al., 2017), da privação do sono (Siegel, 2022), do consumo de bebidas alcoólicas (Ewing et al., 2014) e do uso do tabaco (USDHHS, 2014), muitos adolescentes e jovens não cumprem as recomendações para a prática saudável desses comportamentos (Marques et al., 2020), com implicações negativas para a saúde.

Como alguns desses comportamentos são o resultado de uma nova configuração demográfica, que deu origem a uma nova configuração epidemiológica que se carateriza pelo aumento da prevalência das doenças crónicas, é expectável que muitos adolescentes e jovens não venham a cumprir as recomendações desses comportamentos, tal como acontece atualmente (Marques et al., 2020). Por este motivo, a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis deve compreender planos e programas em permanente adaptação à realidade e com capacidade suficiente para despertar a atenção, criando recetividade e desejo de alterações de comportamentos. A instituição com potencial para influenciar os comportamentos das populações devido ao seu papel cultural, social e alcance populacional é, principalmente, a escola, sobretudo quando se trata de questões relacionadas com a educação.

O papel da escola na promoção da saúde não está apenas relacionado com o facto de ser um local por onde todos os jovens passam, mas, principalmente, pelo tempo que os alunos lá permanecem semanalmente, sendo uma agência educativa que apresenta um potencial efetivo para influenciar significativamente o comportamento dos mais jovens (WHO, 2017). Programas de promoção da saúde em contexto escolar têm o potencial de envolver os alunos. De referir ainda que a idade escolar representa um período crítico para a adoção de comportamentos de saúde, porque um estilo de vida saudável é o produto da sua promoção e desenvolvimento durante a adolescência (WHO, 2017). Por este motivo, a Organização Mundial de Saúde considera que os adolescentes e jovens devem constituir um grupo-alvo prioritário dos programas de educação para a saúde (WHO, 2017).

A importância da escola para a promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário

Para muitos adolescentes e jovens a escola é o único local em que praticam atividade física diária suficiente para beneficiarem a saúde. Programas de atividade física oferecido em contexto escolar são suscetíveis de influenciarem as atitudes dos adolescentes face às atividades físicas e desportivas. Como o contexto escolar pode ser alterado, experiências têm demonstrado que a alteração do ambiente escolar produz modificações nas crenças dos alunos, podendo levá-los a níveis de prática superiores por acreditarem que as suas habilidades podem ser melhoradas (Wang et al., 2002). Isso sugere que, se for proporcionado um ambiente social adequado, muitos adolescentes podem ficar motivados para a prática de atividade física dentro e fora da escola (Martins et al., 2018). Desta forma, a escola passa a ser um local onde o cumprimento dos diferentes objetivos é uma realidade.

A importância da escola para uma alimentação saudável

A liberdade de escolha que os adolescentes experimentam, como consequência natural do aumento da idade, está relacionado com a deterioração do consumo de alimentos saudáveis, como frutas e vegetais (Albani et al., 2017). A saúde dos adolescentes pode, assim, ficar comprometida, como resultado das escolhas alimentares. Para além disso, o consumo alimentar na adolescência está associado ao consumo na idade adulta (Lake et al., 2006). Deste modo, a aquisição de hábitos saudáveis na adolescência é importante, para aumentar as probabilidades da existência de bons hábitos na idade adulta. Por estes motivos, a alfabetização alimentar é importante desde cedo (Chatterjee & Nirgude, 2024). Isso pode ser feito na escola, de forma transversal, através de várias unidades curriculares, de acordo com os conteúdos específicos de cada uma.

Por exemplo, a biologia pode abordar o uso dos nutrientes para o funcionamento do organismo, a química pode ensinar a constituição dos alimentos e a sua energia, a educação física explicar o consumo da energia dos alimentos no desempenho físico. O processo de alfabetização deve ser implementado desde cedo, porque tem sido observado que muitos dos comportamentos erróneos por parte dos adolescentes resultam do desconhecimento das recomendações para uma alimentação saudável (Jørgensen et al., 2017).

A importância da escola para o sono

Um dos principais desafios para que os adolescentes e jovens durmam o tempo recomendado é vencer a falta de conhecimento sobre a importância do sono e qual a duração necessária para que seja revigorante (Gruber, 2017). Outro elemento crítico é a motivação para modificar fatores de estilo de vida, como o sono (Gruber et al., 2016). Embora o conhecimento seja importante, mudanças comportamentais para aumentar a consistência e a duração do sono são igualmente críticas. Os programas de educação para o sono, realizados em contexto escolar são uma forma de atingir adolescentes e jovens para os quais a privação do sono é um problema significativo. Vários programas educacionais realizados na escola, com o objetivo de promover a saúde do sono, têm demonstrado que aumentam o conhecimento dos adolescentes e jovens sobre os benefícios do sono para a saúde (Wing et al., 2015) e contribuem para o aumento do tempo passado a dormir (Gruber et al., 2016).

A importância da escola para a redução do consumo do álcool e uso do tabaco

A adolescência é uma das fases da vida que apresenta maiores riscos para a iniciação tabágica (USDHHS, 2014). Esse período de desenvolvimento também representa uma fase crítica para a prevenção do uso do tabaco. Os programas de intervenção nas escolas têm a vantagem única de atingir um grande número de jovens em situação de risco num curto período do tempo, tornando esses programas um dos métodos mais promissores para evitar o uso do tabaco. No entanto, os resultados dos vários estudos sobre a eficácia de programas escolares na prevenção do tabagismo são inconclusivos (Thomas et al., 2015). Apesar dos resultados não serem conclusivos, os programas em contexto escolar têm conseguido aumentar os conhecimentos dos adolescentes e jovens sobre os efeitos nefastos do tabagismo para a saúde, assim como a têm contribuído para o desenvolvimento de uma atitude negativa face ao uso do tabaco (Nishio et al., 2018). Para que os programas em contexto escolar sejam eficazes, recomenda-se que sejam através de influências sociais interativas ou programas de habilidades sociais, envolvendo várias sessões ao longo do ano letivo.

Sobre o consumo de álcool, a investigação tem demonstrado resultados semelhantes ao verificados nos programas de intervenção escolar com o objetivo de prevenir ou combater o tabagismo. Verifica-se que há um aumento dos conhecimentos sobre os efeitos do álcool na saúde, mas não há uma mudança real nos comportamentos em muitos adolescentes e jovens (Agabio et al., 2015). O maior efeito dos programas escolares verifica-se ao nível da prevenção, retardando o primeiro contacto dos adolescentes com o álcool (Caria et al., 2011). Assim, as escolas podem dar um contributo significativo na prevenção, reduzindo a ocorrência de problemas comportamentais relacionados ao álcool (Caria et al., 2011).

Conclusão

É evidente que a escola ainda não demonstrou todo o seu potencial, nem tem dado cabalmente o seu contributo para a saúde pública através da promoção de estilos de vida saudáveis. Vários fatores têm contribuído para esse facto, variando entre os países devido às particularidades dos sistemas educativos e de formação, aos programas nacionais de promoção da saúde pública e ao reconhecimento social e político. Nos países onde a promoção da saúde é um desígnio da educação, melhorias têm sido observadas, mas infelizmente em muitos outros países não é ainda uma preocupação que justifique a sua inclusão ao nível do currículo (UNESCO, 2014). Deste modo, mantém-se o desafio de promover a saúde na escola, de forma que

esta seja um local que trate a literacia em saúde das crianças e adolescentes, visando a adoção de um estilo de vida ativo e saudável.

Consubstancia-se a pertinência de formar professores, tanto na formação inicial como com ações de formação contínua, sobre a promoção da saúde na escola, capacitando-os para uma intervenção adequada às características e especificidades do contexto escolar. Existem ainda lacunas no conhecimento ao nível do impacto da formação de professores na promoção da saúde na escola, ao que se sugere futuras investigações sobre esta temática.

Referências

Agabio, R., Trincas, G., Floris, F., Mura, G., Sancassiani, F., & Angermeyer, M. C. (2015). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH, 11*(Suppl 1 M6), 102-112. https://doi.org/10.2174/1745017901511010102.

Agha, M., & Agha, R. (2017). The rising prevalence of obesity: part B-public health policy solutions. *International Journal of Surgery. Oncology*, *2*(7), e19. https://doi.org/10.1097/IJ9.0000000000000019.

Albani, V., Butler, L. T., Traill, W. B., & Kennedy, O. B. (2017). Fruit and vegetable intake: change with age across childhood and adolescence. *British Journal of Nutrition*, *117*(5), 759-765. https://doi.org/10.1017/S0007114517000599.

Andersson, A., & Bryngelsson, S. (2007). Towards a healthy diet: from nutrition recommendations to dietary advice. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, *51*(1), 31-40. https://doi.org/10.1080/17482970701284338.

Armstrong, T., Bauman, A., & Davies, J. (2002). *Physical activity patterns of Australian adults. Results of the 1999 national physical activity survey*. Australian Institute of Health and Welfare.

Bakhtiyari, M., Kazemian, E., Kabir, K., Hadaegh, F., Aghajanian, S., Mardi, P., Ghahfarokhi, N. T., Ghanbari, A., Mansournia, M. A., & Azizi, F. (2022). Contribution of obesity and cardiometabolic risk factors in developing cardiovascular disease: a population-based cohort study. *Scientific Reports*, *12*(1), 1544. https://doi.org/10.1038/s41598-022-05536-w.

Beebe, D. W. (2011). Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, *58*(3), 649-665. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.002.

Blundell, J. E., Baker, J. L., Boyland, E., Blaak, E., Charzewska, J., de Henauw, S., Fruhbeck, G., Gonzalez-Gross, M., Hebebrand, J., Holm, L., Kriaucioniene, V., Lissner, L., Oppert, J. M., Schindler, K., Silva, A. M., & Woodward, E. (2017). Variations in the prevalence of obesity among European countries, and a consideration of possible causes. *Obesity Facts*, *10*(1), 25-37. https://doi.org/10.1159/000455952.

Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R., Galanti, M. R., & Group, E. U.-D. S. (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, *48*(2), 182-188. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.003.

Carvalho, Á., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., Nunes, E., Amann, G., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J. P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Matias, R. (2017). *Referencial de educação para a saúde.* Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação.

CDC. (2017). *Increasing physical education and physical activity: a framework for schools*. Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services.

Chatterjee, P., & Nirgude, A. (2024). A Systematic Review of School-Based Nutrition Interventions for Promoting Healthy Dietary Practices and Lifestyle Among School Children and Adolescents. *Cureus, 16*(1), e53127. https://doi.org/10.7759/cureus.53127.

Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp. 43-59). Fiocruz.

Despacho n.º 25995/2005, de 16 de dezembro. *Diário da República*, n.º 240, Série II. Ministério da Educação. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Donaldson, L. (2009). *Guidance on the consumption of alcohol by children and young people.* Department of Health. http://www.cph.org.uk/wp-content/uploads/2013/09/Guidance-on-the-consumption-of-alcohol-by-children-and-young-people.pdf.

Dubos, R. (1960). *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*. Allen and Uniwin.

Ekwaru, J. P., Ohinmaa, A., Tran, B. X., Setayeshgar, S., Johnson, J. A., & Veugelers, P. J. (2017). Cost-effectiveness of a school-based health promotion program in Canada: A life-course modeling approach. *PLoS One*, *12*(5), e0177848. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177848.

Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, *111*(5 Pt 1), 949-955. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728070.

European Commision. (2015). *Expert group on health-enhancing physical activity. Recommendations to encourage physical eduction in schools, including motor skills in early childhood, and to create valuable authorities and the private sector*. European Commision.

European Commission. (2018). *Sport and physical activity. Special Eurobarometer 472*. European Commission, Directorate-General for Education and Culture and co-ordinated by Directorate-General for Communication. https://doi.org/10.2766/483047.

Ewing, S. W., Sakhardande, A., & Blakemore, S. J. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: a systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *Neuroimage Clinical*, *5*, 420-437. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.06.011.

Gruber, R. (2017). School-based sleep education programs: A knowledge-to-action perspective regarding barriers, proposed solutions, and future directions. *Sleep Medicine Reviews*, *36*, 13-28. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.10.001.

Gruber, R., Somerville, G., Bergmame, L., Fontil, L., & Paquin, S. (2016). School-based sleep education program improves sleep and academic performance of school-age children. *Sleep Medicine*, *21*, 93-100. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.01.012.

Guinhouya, B. C., Samouda, H., Zitouni, D., Vilhelm, C., & Hubert, H. (2011). Evidence of the influence of physical activity on the metabolic syndrome and/or on insulin resistance in pediatric populations: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, *6*(5-6), 361-388. https://doi.org/10.3109/17477166.2011.605896.

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*, *6*(10), e1077-e1086. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7.

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*, *4*(1), 23-35. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2.

Hu, S., Li, X., & Yang, L. (2023). Effects of physical activity in child and adolescent depression and anxiety: role of inflammatory cytokines and stress-related peptide hormones. *Frontiers in neuroscience*, *17*, 1234409. https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1234409.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*, d4163. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163.

Jørgensen, T. S., Rasmussen, M., Jørgensen , S. E., Ersbøll, A. K., Pedersen, T. P., Aarestrup, A. K., Due, P., & Krølner, R. (2017). Curricular activities and change in determinants of fruit and vegetable intake among adolescents: results from the Boost intervention. *Preventive Medicine Reports*, *5*, 48-56. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.009.

Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Lowry, R., Chyen, D., Whittle, L., Thornton, J., Lim, C., Bradford, D., Yamakawa, Y., Leon, M., Brener, N., & Ethier, K. A. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR. Surveillance Summaries*, *67*(8), 1-114. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1.

Lake, A. A., Mathers, J. C., Rugg-Gunn, A. J., & Adamson, A. J. (2006). Longitudinal change in food habits between adolescence (11-12 years) and adulthood (32-33 years): the ASH30 Study. *Journal of Public Health*, *28*(1), 10-16. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi082.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of the Canadians. A working document*. Minister of National Health and Welfare.

Larsen, L. T. (2022). Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition. *History of the Human Sciences, 35*(1), 111-131. https://doi.org/10.1177/0952695121995355.

Leavell, H., & Clark, E. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community an epidemiologic approach*. McGraw-Hil.

Lee, A., Lo, A. S. C., Keung, M. W., Kwong, C. M. A., & Wong, K. K. (2019). Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. *BMC public health*, *19*(1), 1088. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7425-6.

Leonardi F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, *48*(4), 735-748. https://doi.org/10.1177/0020731418782653.

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, A., Oliveira, L., & Nicola, P. (2017). *Inquérito alimentar nacional e de atividade física. IAN-AF, 2015-2016*. Universidade do Porto.

Loureiro, M. I. (2004). A study about effectiveness of the health promoting schools network in Portugal. *Promotion & Education*, *11*(2), 85-92. https://doi.org/10.1177/175797590401100205.

Luo, S., Feng, L., & Zhao, J. (2023). Relationship among subjective exercise experience, exercise behavior, and trait anxiety in adolescents. *BMC public health*, *23*(1), 1677. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16536-4.

Marques, A., Loureiro, N., Avelar-Rosa, B., Naia, A., & Matos, M. G. (2020). Adolescents' healthy lifestyle. *Jornal de Pediatria*, *96*(2), 217-224. https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.09.002.

Marques, A., Minderico, C., Martins, S., Palmeira, A., Ekelund, U., & Sardinha, L. B. (2016). Cross-sectional and prospective associations between moderate to vigorous physical activity and sedentary time with adiposity in children. *International Journal of Obesity*, *40*(1), 28-33. https://doi.org/10.1038/ijo.2015.168.

Marques, A., Peralta, M., Loureiro, N., Loureiro, V., Naia, A., & Matos, M. G. (2019). A atividade física dos adolescentes portugueses, resultados do estudo HBSC de 2018. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, *10*(1), 129-137.

Marques, A., Peralta, M., Naia, A., Loureiro, N., & de Matos, M. G. (2018). Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *European Journal of Public Health*, *28*(2), 295-300. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx143.

Marques, A., Santos, D. A., Peralta, M., Sardinha, L. B., & Gonzalez Valeiro, M. (2018). Regular physical activity eliminates the harmful association of television watching with multimorbidity. A cross-sectional study from the European Social Survey. *Preventive Medicine*, *109*, 28-33. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.015.

Martins, J., Marques, A., Rodrigues, A., Sarmento, H., Onofre, M., & Carreiro da Costa, F. (2018). Exploring the perspectives of physically active and inactive adolescents: how does physical education influence their lifestyles? *Sport, Education and Society*, *23*(5), 505-519. https://doi.org/10.1080/13573322.2016.1229290.

Meader, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., Power, C., White, M., & Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC public health*, *16*, 657. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6.

Nishio, A., Saito, J., Tomokawa, S., Kobayashi, J., Makino, Y., Akiyama, T., Miyake, K., & Yamamoto, M. (2018). Systematic review of school tobacco prevention programs in African countries from 2000 to 2016. *PLoS One*, *13*(2), e0192489. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192489.

Nogueira, R. C., Weeks, B. K., & Beck, B. R. (2014). Exercise to improve pediatric bone and fat: a systematic review and meta-analysis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *46*(3), 610-621. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3182a6ab0d.

Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, & Committee on Adolescence. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics*, *134*(3), e921-932. https://doi.org/10.1542/peds.2014-1696.

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *12*(6), 785-786. https://doi.org/10.5664/jcsm.5866.

Portaria n.º 258/2012, de 28 de agosto. Diário da República n.º 166, Série I. Ministério da Educação e Ciência. Portugal.

Pulimeno, M., Piscitelli, P., Colazzo, S., Colao, A., & Miani, A. (2020). School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health promotion perspectives*, *10*(4), 316–324. https://doi.org/10.34172/hpp.2020.50.

Santos, D. A., Marques, A., Minderico, C. S., Ekelund, U., & Sardinha, L. B. (2017). A cross-sectional and prospective analyse of reallocating sedentary time to physical activity on children's cardiorespiratory fitness. *Journal of Sports Sciences*, 1-7. https://doi.org/10.1080/02640414.2017.1411176.

Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current opinion in psychology*, *5*, 78-84. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002.

Siegel, J. M. (2022). Sleep function: an evolutionary perspective. *Lancet Neurol*, *21*(10), 937-946. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00210-1.

Sigerist, H. (1945). *Civilization and disease*. Cornell University Press.

Silva, C. F., Rocha, P., & Santos, P. (2018). Consumption of licit and illicit substances in Portuguese young people: a population-based cross-sectional study. *The Journal of international medical research*, *46*(8), 3042–3052. https://doi.org/10.1177/0300060518767588.

Suda, M., Nagamitsu, S., Obara, H., Shimomura, G., Ishii, R., Yuge, K., Shimomura, K., Kurokawa, M., Matsuishi, T., Yamagata, Z., Kakuma, T., & Yamashita, Y. (2020). Association between children's sleep patterns and problematic behaviors at age 5. *Pediatrics International* , *62*(10), 1189-196. https://doi.org/10.1111/ped.14267.

Tarokh, L., Saletin, J. M., & Carskadon, M. A. (2016). Sleep in adolescence: physiology, cognition and mental health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *70*, 182-188. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.008.

Tessier, C., Comeau, L., & Arcand, L. (2017). *Child and adolescent development in a school-based health promotion and prevention perspective*. Institut National de Santé Publique.

Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *5*(3), e006976. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006976.

UNESCO. (2014). *World-wide survey of school physical education. Report 2013*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

USDHHS. (2014). *The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS. (2018). *2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report*. U.S. Department of Health and Human Services.

Wang, C., Chatzisarantis, N., Spray, C., & Biddle, S. (2002). Achievement goal profiles in school Physical Education: differences in self-determination, sport ability beliefs, and physical activity. *British Journal of Educational Psychology*, *72*, 433-445. https://doi.org/10.1348/000709902320634401.

Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F., & Tasali, E. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the

American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, *38*(6), 843-844. https://doi.org/10.5665/sleep.4716.

World Health Organization. (1948). *Summary Reports on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html.

World Health Organization. (1988). *Health promotion glossary*. World Health Organization.

World Health Organization. (1997). The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. *International Journal of Health Education*, *35*(4), 133-134. https://doi.org/10.1080/13681222.1997.10806043.

World Health Organization. (2005). *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/.

World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion. Statements from global conferences*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01.

World Health Organization. (2017). *Global school health initiatives: achieving health and education outcomes*. https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes.

World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585.

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128.

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. https://iris.who.int/handle/10665/350161.

Wing, Y. K., Chan, N. Y., Man Yu, M. W., Lam, S. P., Zhang, J., Li, S. X., Kong, A. P., & Li, A. M. (2015). A school-based sleep education program for adolescents: a cluster randomized trial. *Pediatrics*, *135*(3), e635-643. https://doi.org/10.1542/peds.2014-2419.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR (PEpS-ME) NA VISÃO DE ALUNOS E ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Leonel Lusquinhos
Escola Superior de Enfermagem – Universidade de Évora | l.oliveira@esel.pt

Graça Simões de Carvalho
CIEC – Universidade do Minho | graca@ie.uminho.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Ana Pinto de Oliveira
Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, Universidade do Algarve, Portugal
acoliveira@ualg.pt

Revisor 2:
Em regime de anonimato

Citação:
Lusquinhos, L., & Carvalho, G. S. (2025). Promoção e educação para a saúde em meio escolar (PEpS-ME) na visão de alunos e encarregados de educação. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 49-68). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

As escolas têm-se tornado cada vez mais relevantes para a promoção da saúde e bem-estar das crianças e jovens e, atualmente, todas as escolas portuguesas são reconhecidas como Escolas Promotoras de Saúde (EPS). A auscultação dos alunos e de seus pais ou encarregados de educação (EE) sobre a Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar (PEpS-ME) é uma forma eficaz de conhecer essa realidade. Assim, o presente estudo pretende dar resposta às seguintes três questões de investigação: *(i)* que perceção os alunos e EE têm da escola? *(ii)* o que pensam os alunos e os EE sobre a educação para saúde na escola e o que consideram importante abordar? e *(iii)* de que forma tem sido implementada a educação para a saúde, na visão dos alunos e dos EE? Recorreu-se à técnica de inquérito com dois questionários semelhantes, um para os alunos do 9º ano de escolaridade e outro para os seus encarregados de educação (EE), que foram aplicados nos nove agrupamentos de escolas do Concelho de Braga. Os resultados mostraram que tanto os alunos como os EE consideram que a PEpS-ME é importante, que existe um bom o ambiente social da escola, havendo articulação entre a saúde e a educação, com o envolvimento ativo dos profissionais de saúde na escola, em particular dos enfermeiros. Os temas de saúde abordados vão ao encontro do preconizado nos documentos internacionais e nacionais orientadores das EPS. No entanto, encontraram-se aspetos a melhorar, como as Equipas de Educação para a Saúde (EES) das escolas que, no geral, não são conhecidas pelos alunos e EE, pelo que necessitam de se apresentar de uma forma mais efetiva a toda a comunidade educativa. Também ficou evidente a falta de participação dos alunos e dos EE no *design* e planeamento da PEpS-ME, embora os alunos, mas não os EE, participem ativamente no processo de implementação das atividades. Deste estudo conclui-se que, para além dos muitos aspetos positivos da implementação efetiva de atividades de PEpS-ME, é necessário que as EES das escolas se apresentem de uma forma mais efetiva a toda a comunidade educativa e envolvam os alunos e os EE no *design* e planeamento do programa de PEpS-ME.

Palavras-chave: Escola promotora de saúde; Saúde escolar; Comunidade escolar.

Introdução

Nas últimas décadas, as escolas têm-se tornado cada vez mais relevantes para promover a saúde e bem-estar das crianças e jovens. Atualmente, em Portugal, todas as escolas são reconhecidas como Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (SHE, 2013). Uma forma de conhecer a realidade da promoção da saúde em meio escolar pode ser conseguida através da auscultação dos alunos que a frequentam e dos seus pais ou encarregados de educação (EE), que é o foco do presente estudo.

O conceito de EPS surge na década de 1990, através da Organização Mundial de saúde (OMS), em que as escolas que aderissem a este projeto teriam de implementar um plano estruturado e sistematizado, com vista à melhoria da saúde de toda a comunidade escolar: alunos, pessoal docente e não docente, e a comunidade local (WHO, 1998). O conceito de EPS

assume ainda como finalidade melhorar os resultados escolares e facilitar ações em favor da saúde, gerando conhecimentos e habilidades nos domínios cognitivo, social e comportamental (DGE, 2014; IUHPE, 2009; SHE, 2013).

Neste sentido, a promoção da saúde na escola é definida como: "qualquer atividade que se leva a cabo para melhorar e/ou proteger a saúde de todos os utentes da escola" (IUHPE, 2010, p.2) e, por sua vez, a educação para a saúde em meio escolar consiste em:

> Uma atividade de comunicação que implica um ensino-aprendizagem respeitante a uma série de conhecimentos, crenças, atitudes, valores, habilidades e competências. Centra-se frequentemente em temas concretos como o tabaco, o álcool, a nutrição; ou pode abarcar também uma reflexão sobre a saúde com uma abordagem mais holística (IUHPE, 2010, p.3).

Assim, tanto os conceitos atuais de educação como de promoção da saúde partilham o facto de adotarem uma abordagem participativa e por isso utilizamos neste estudo a expressão Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar (PEpS-ME). Para uma eficaz PEpS-ME é necessário reunir esforços de forma a criar um ambiente escolar saudável, políticas e currículos escolares adequados a uma vida mais saudável (IUHPE, 2010). Por isso, uma escola promotora de saúde é mais do que uma escola que possui atividades de PEpS-ME, é uma escola que implementa uma abordagem holística, tendo como foco a obtenção de melhores resultados escolares e de ganhos em saúde através de uma abordagem sistemática, participativa e orientada para a ação (Vilaça et al., 2020).

Os sectores da Saúde e da Educação estão, por tudo isto, intrinsecamente ligadas no que à PEpS-ME diz respeito. Para que a articulação entre estes sectores funcione é necessário reunir um conjunto de quatro fatores (Faria & Carvalho, 2004; Rowling, 1997): *(i)* tempo para que cada parceiro perceba os ganhos que vai ter a partir dessa relação de parceria; *(ii)* desenvolver uma linguagem comum e de confiança mútua; *(iii)* desenvolver um plano de ação conjunto; e *(iv)* capacidade para saber perder algum território e/ou partilhar poder. Também o sentimento de pertença e de identificação com a comunidade educativa da escola por parte dos alunos, docentes, funcionários e encarregados de educação favorece a implementação de uma efetiva PEpS-ME, o que é conseguido através da participação efetiva de todos na promoção da saúde na escola (IUHPE, 2009).

A participação ativa dos alunos nos programas das EPS é fundamental e inclui práticas que envolvem a colaboração entre eles e outros vários grupos de atores (docentes, profissionais de saúde, entre outros) sobre questões relacionadas com a saúde, a fim de influenciar as tomadas de decisão em relação ao *design*, planeamento, implementação e avaliação de medidas de promoção da saúde (Potvin, 2007). De facto, o envolvimento ativo dos alunos na promoção da saúde nas escolas tem proporcionado efeitos muito positivos (Clift & Jensen, 2005; Griebler et al., 2017; Jennifer et al., 2014; Simovska, 2004), que se manifestam principalmente a três níveis (Griebler et al., 2017): *(i)* ao *nível individual*, com o aumento do sentimento de apropriação, motivação, atitudes positivas, habilidades, competências, conhecimentos e desenvolvimento pessoal; *(ii)* ao *nível da cultura escolar*, como no clima social, políticas escolares (organização e regras) e infraestruturas físicas; e *(iii)* ao *nível das interações sociais*, na relação entre alunos, entre alunos e adultos e entre adultos.

As intervenções de promoção da saúde devem ser de longo prazo para que permitam incentivar uma maior participação dos alunos com um envolvimento mais significativo (Beck & Reilly, 2017). Neste estudo, os alunos consideram a participação como uma oportunidade de serem ouvidos, logo, envolverem-se mais intensamente nas atividades de promoção da saúde. Também outros estudos em educação e em saúde revelam que dar voz aos alunos e envolvê-los como parceiros os beneficia, promovendo o desenvolvimento das suas competências e o controlo sobre suas vidas, melhorando também os resultados escolares (Morse & Allensworth, 2015).

Por outro lado, também um relato de Sormunen e colaboradores (2011) mostra que os pais consideram importante a colaboração entre a casa e a escola, atribuindo à escola a responsabilidade de criar essa

colaboração. Este estudo conclui que os alunos são alvo de atividades de promoção da saúde, mas que a participação da família nestas atividades geralmente é baixa, tendo os pais justificado isso pelo facto de terem de trabalhar, de terem dificuldade de encontrarem quem fique com as crianças em casa ou, ainda, considerarem que a escola não tem nada de "novo" para oferecer (Sormunen et al., 2011).

Na verdade, o efetivo envolvimento dos pais na escola contribui para a redução de problemas de comportamento dos alunos e para a melhoria nas interações sociais destes com os adultos (El Nokali et al., 2010). Este envolvimento dos pais implica o trabalho conjunto entre pais e profissionais da escola de forma a melhorar as aprendizagens, o desenvolvimento e a saúde das crianças e adolescentes (Jourdan 2011; CDC, 2012).

Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar em Portugal

Um dos aspetos fundamentais para o sucesso da implementação do conceito EPS prende-se com o diálogo e trabalho conjunto ao nível governamental dos ministérios da saúde e da educação, sendo necessário (IUHPE, 2009, p. 3):

> Garantir a existência de um compromisso contínuo, ativo e manifesto por parte dos governos e das autoridades competentes na implementação, na atualização, na monitorização e na avaliação da estratégia de promoção da saúde (uma forma eficaz de formalizar este compromisso é a assinatura de um acordo de colaboração entre os ministérios da saúde e da educação do governo nacional).

Em Portugal, esta parceria existe formalmente desde 1994, com a adesão à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (Loureiro, 1999; Faria & Carvalho, 2004; M.S. & M.E., 2006). Mais tarde, em 2014, os Ministérios da Saúde e da Educação, assinaram um protocolo assumindo que (DGS & DGE, 2017, p.5): "a promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa".

O Ministério da Saúde, com a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015), assume a dinamização nos serviços de saúde, particularmente das suas estruturas de saúde local para a inclusão da promoção da saúde em meio escolar no seu plano de atividades e para a constituição das equipas de saúde escolar para dar resposta às escolas da sua área de influência, incluindo a designação de um responsável por esta área, que coordena e articula com as estruturas escolares e a restante comunidade, como anteriormente previsto no protocolo de 2006 (MS & ME, 2006).

Assim, como o PNSE (DGS. 2015) um novo percurso na operacionalização da Saúde Escolar é iniciado, vindo na sequência da própria reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários (MS, 2009) e a respetiva criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que têm como missão "contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde" (MS, 2009, p.15438). Assim, os profissionais de saúde da maioria das UCC podem dedicar-se a tempo inteiro à PEpS-ME, uma vez que fazem parte da carteira básica de serviços destas unidades as "intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar" (MS, 2009, p.15440).

O PNSE (DGS, 2015, p.4) apresenta quatro objetivos principais:

- Promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos em saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos;

- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

Este programa PNSE (DGS, 2015) define, ainda, seis eixos estratégicos e respetivas áreas de intervenção: *(i)* capacitação; *(ii)* ambiente escolar e saúde; *(iii)* condições de saúde; *(iv)* qualidade e inovação; *(v)* formação e investigação em saúde escolar; e *(vi)* parcerias.

A Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), através do seu Departamento de Saúde Pública, delineou dois programas regionais em duas áreas de intervenção: a alimentação – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE); e a sexualidade – Programa Regional de Educação Sexual em Meio Escolar (PRESSE). O PASSE (ARSN, s/d) tem como missão promover conhecimentos e comportamentos alimentares saudáveis, bem como contribuir para um ambiente promotor da saúde, em especial no que se refere à alimentação. O PRESSE (Luís et al., 2012) apoia a implementação da educação sexual nas escolas, de uma forma estruturada e sustentada, envolvendo o trabalho conjunto entre os profissionais de educação e de saúde escolar.

Por seu lado, o Ministério da Educação, no âmbito dos protocolos de colaboração entre os dois ministérios (MS & ME, 2006; DGS & DGE, 2017), responsabiliza-se pela: *(i)* designação de uma equipa pelo órgão de gestão dos Agrupamentos/Escolas coordenada por um professor responsável pela área de promoção e educação para a saúde e que articule com as estruturas de saúde escolar e a restante comunidade; *(ii)* criação nos Agrupamentos/Escolas de um gabinete de apoio aos alunos no âmbito da educação sexual com o objetivo de criar um espaço para os jovens puderem esclarecer as suas dúvidas com docentes e profissionais de saúde de forma individual e confidencial.

Mais concretamente, no "Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde" (PAPES) da Direção-Geral da Educação estabelece três objetivos estratégicos (DGE, 2014, p.14): *(i)* universalizar o acesso à educação para a saúde em meio escolar; *(ii)* qualificar a oferta da educação para a saúde em meio escolar; *(iii)* consolidar o apoio aos projetos em meio escolar.

No mesmo programa PAPES (DGE, 2014, p.19) definem-se quatro áreas temáticas de intervenção: *(i)* saúde mental e prevenção da violência; *(ii)* educação alimentar e atividade física; *(iii)* comportamentos aditivos e dependências; e *(iv)* afetos e educação para a sexualidade.

Em síntese, a missão do PAPES é dotar os alunos com "os conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que lhes permitam valorizar e adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis ao longo da vida" (DGE, 2014, p.10).

Objetivos do estudo

Considerando a relevância do papel dos alunos na implementação da Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar, decidiu-se conhecer a realidade da PEpS-ME através da auscultação dos alunos e de seus pais ou encarregados de educação (EE), constituindo, assim, esse o foco do presente estudo. Desta forma, pretendeu-se dar resposta às seguintes três questões de investigação: *(i)* que perceção os alunos e EE têm da escola? *(ii)* o que pensam os alunos e os EE sobre a educação para saúde na escola e o que consideram importante abordar? e *(iii)* de que forma tem sido implementada a educação para a saúde, na visão dos alunos e dos EE?

Metodologia

Neste estudo, de natureza quantitativa, recorreu-se à técnica de inquérito com a construção de dois questionários semelhantes, um online e preenchido pelos alunos, em contexto de sala de aula através de um link de acesso ao questionário e outro em suporte de papel preenchido pelos encarregados de educação (EE), enviado pelos diretores de turma.

O questionário dos alunos compreende 14 itens de resposta fechada, umas de natureza dicotómica e outras múltipla, e ainda 3 itens de dados biográficos. Por sua vez, o questionário dos EE tem 16 itens também de resposta fechada, de natureza dicotómica e múltipla e ainda 4 itens de dados biográficos.

As perguntas de resposta fechada de ambos os questionários, alunos e EE, estão organizados em duas partes, a primeira relacionada com a visão sobre a escola e ambiente social, e a segunda relacionada com as atividades de promoção e educação para a saúde de que os alunos haviam sido alvo nos últimos doze meses.

No que se refere à primeira parte do instrumento, relativa à visão dos alunos e EE quanto à escola, recorreu-se a uma escala tipo *Likert* com quatro níveis de concordância ("discordo totalmente", "discordo", "concordo", "concordo totalmente"; e "não sei"), tendo como base os itens relacionados com as políticas de escola saudável, ambiente físico e social da escola, habilidades de saúde individuais e competências para ação, ligações à comunidade e serviços de saúde. Quanto ao ambiente social, relacionado com as relações entre a comunidade educativa (alunos, docentes, não docentes e EE), foi também utilizada uma escala tipo *Likert* com 4 níveis ("muito má", "má", "boa", "muito boa"; e "não sei"). Nestas questões em que os números de respostas na modalidade "muito má" foram residuais, foi realizada uma recodificação para dois níveis apenas: "má" (incluindo "muito má" e "má") e "boa" (incluindo "muito boa" e "boa").

Na segunda parte dos instrumentos foi solicitado aos alunos e EE que temáticas consideravam importantes para serem abordadas em promoção e educação para a saúde em meio escolar, respondendo também numa escala tipo *Likert* com 4 níveis ("nada importante", "pouco importante", "importante" e "muito importante").

A amostra de conveniência foi constituída por alunos do 9º ano de escolaridade e respetivos EE, de nove agrupamentos de escolas do Concelho de Braga (AGR-A; AGR-B; AGR-C, AGR-D, AGR-E, AGR-F, AGR-G; AGR-H, AGR-I).

A aplicação do questionário online aos alunos teve autorização da direção dos agrupamentos de escolas, da Direção Geral da Educação e dos EE dos alunos envolvidos, através da assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido para os seus educandos participarem na investigação. Também a aplicação do questionário aos EE teve o consentimento dos mesmos, através da assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido para participar na investigação. Para além disso, todo o estudo teve a aprovação da Comissão de Ética Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte (Parecer n° 44/2017).

Os dados foram analisados utilizando o IBM SPSS®, procedendo a estatística descritiva e testes de diferenças, recorrendo ao teste-*t*, ao nível de significância de 0,05, de forma a identificar diferenças entre grupos independentes (Martins, 2011).

Resultados

Características das amostras

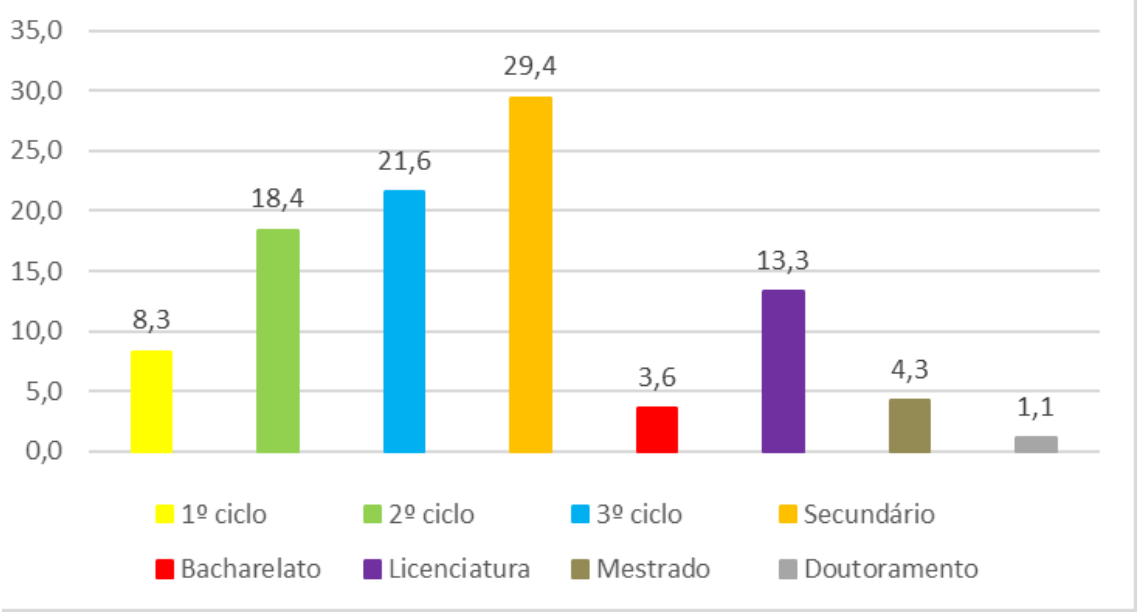
Participaram no estudo 597 alunos dos nove agrupamentos de escolas do Concelho de Braga. Destes, 53,8% eram raparigas, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, com média de idade de 14,7 ± 0,8 anos. Como esperado, a proporção entre rapazes e raparigas era equilibrada, mas nos 455 encarregados de educação encontrou-se uma elevada proporção de mulheres (81,8%), com idades compreendidas entre os 23 e 73 anos de idade, e com média de 44,4 ± 5,57 anos (Tabela 1).

TABELA 1
Caracterização da amostra por sexo e idade

	Sexo		Idade		
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Alunos	276 (46,2%)	321 (53,8%)	13	19	14,7 (0,8)
EE	81 (18,2%)	363 (81,8%)	23	73	44,4 (5,6)

Os encarregados de educação que tinham o nível do ensino secundário concluído constituíram o maior grupo (29,4%), enquanto o grupo com menor expressão foi o dos que tinham doutoramento (1,1%) (Figura 1).

FIGURA 1
Habilitações literárias dos Encarregados de Educação



A saúde na escola

Os dados detalhados sobre a perceção dos alunos e dos EE sobre vários itens relacionados com a saúde na escola encontram-se na Tabela 2. O teste do Alpha de Cronbach para os dois questionários mostrou que a correlação entre as respostas era aceitável ($0,8 > \alpha \geq 0,7$), com o valor de consistência interna 0,721 para o questionário dos alunos e 0,722 para o dos EE (Tabela 2).

No que se refere aos itens relacionados com as políticas de escola saudável (Tabela 2-A, itens 1-3), tanto os alunos como os EE concordam amplamente que a escola implementa medidas que promovem a saúde e o bem-estar de todos (77,2% (C+CT) dos alunos e 81,0% (C+CT) dos EE), que se preocupa com a saúde dos alunos (72,0% (C+CT) dos alunos e 82,8% (C+CT) dos EE) e que promove uma alimentação saudável através

da disponibilização de alimentos saudáveis na cantina e no bar (68,0% (C+CT) dos alunos e 66,8% (C+CT) dos EE).

TABELA 2
Perceção dos alunos e EE sobre a Saúde na Escola

item			NS n(%)	DT n(%)	D n(%)	C n(%)	CT n(%)
A	1	A	60 (9,7%)	15 (2,4%)	66 (11%)	422 (68,3%)	55 (8,9%)
		EE	51 (11,2%)	4 (0,9%)	31 (7,0%)	321(70,5%)	48 (10,5%)
	2	A	75 (12,1%)	22 (3,6%)	76 (12,3%)	388 (62,8%)	57(9,2%)
		EE	36 (7,9%)	6 (1,3%)	36 (7.9%)	319 (70,1%)	58 (12,7%)
	3	A	38 (6,1%)	45 (7,3%)	115 (18,6%)	348 (56,3%)	72 (11,7%)
		EE	45 (9,9%)	18 (4,0%)	88 (19.3%)	259 (56,9%)	45 (9,9%)
B	4	A	12 (1,9%)	23 (3,7%)	98 (15,9%)	340 (55,0%)	145 (23,5%)
		EE	11 (2,4%)	4 (0,9%)	40 (8,8%)	306 (67,3%)	94 (20,7%)
	5	A	13 (2,1%)	34 (5,5%)	139 (22,5%)	324 (52,4%)	108 (17,5%)
		EE	26 (5.7%)	10 (2,2%)	66 (14,5%)	272 (59,9%)	80 (17,6%)
	6	A	9 (1,5%)	223 (36,1%)	268 (43,4%)	101 (16,3%)	17 (2,8%)
		EE	107 (23,5%)	71 (15,6%)	171 (37,6%)	94 (20,7%)	12 (2,6%)
C	7	A	157 (25,4%)	90 (14,6%)	173 (28,0%)	177 (28,6%)	21 (3,4%)
		EE	152 (33,7%)	28 (6,2%)	138 (30,6%)	115 (25,5%)	18 (4,0%)
D	8	A	108 (17,5%)	55 (8,9%)	70 (11,3%)	272 (44,0%)	113 (18,3%)
		EE	155 (34,1%)	29 (6,4%)	56 (12,3%)	161 (35,5%)	53 (11,7%)
	9	A	153 (24,8%)	31 (5,0%)	48 (7,8%)	265 (42,9%)	121 (19,6%)
		EE	161 (35,4%)	13 (2,9%)	37 (8,1%)	183 (40,2%)	61 (13,4%)
E	10	A	49 (7,9%)	30 (4,9%)	78 (12,6%)	385 (62,3%)	76 (12,3%)
		EE	51 (11,3%)	6 (1,3%)	36 (7,9%)	294 (64,9%)	66 (14,6%)
	11	A	25 (4,0%)	22 (3,6%)	78 (12,6%)	395 (63,9%)	98 (15,9%)
		EE	44 (9,7%)	5 (1,1%)	22 (4,8%)	298 (65,5%)	86 (18,9%)

TABELA 3 (CONTINUAÇÃO)
Perceção dos alunos e EE sobre a Saúde na Escola

Consistência interna (Alpha de Cronbacl	**Alunos**	**0,721**
	EE	0,722

Também quanto ao ambiente físico da escola (Tabela 2-B, itens 4-6), os alunos e os EE concordam que a escola tem espaços de recreio e equipamentos que permitem a prática do exercício físico (78,5% (C+CT) dos alunos e 88,0% (C+CT) dos EE), que as salas da escola têm luz natural, aquecimento e janelas que permitem a entrada de ar fresco (69,9% (C+CT) dos alunos e 77,5% (C+CT) dos EE). Contudo, no que diz respeito ao facto das instalações sanitárias da escola estarem sempre limpas e terem ao dispor papel higiénico, sabonete para as mãos e papel ou secadores para as mãos, os alunos fortemente discordam (79,5%, DT+D), e os EE também discordam (53,2%, DT+D) ou não sabem (23,5%).

Na ligação da escola com a comunidade em atividades de promoção e educação para a saúde (Tabela 2-C, item 7), os alunos discordam (42,6% (DT+D)) e 25,4% não sabe. Por sua vez 33,7% dos EE não sabem e 36,8% discordam e discordam totalmente.

No que se refere aos serviços de saúde (Tabela 2-D, itens 8-9), 62,3% (C+CT) dos alunos e 47,2% (C+CT) dos EE concordam que a escola tem um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou outro) que colabora nas atividades de educação para a saúde, contudo 34,1% dos EE não sabe. Ainda, relativamente à participação dos serviços de saúde 62,5% dos alunos (C+CT) e 53,6% dos EE (C+CT) concordam que a escola tem um Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA) com um profissional de saúde pelo menos uma vez por semana.

Relativamente ao facto de a escola promover habilidades de saúde individuais e competências para ação (Tabela 2-E, itens 10-11), 74,6% (C+CT) dos alunos e 79,5% (C+CT) dos EE concordam que a escola permite, através de várias atividades, que os alunos melhorem o seu conhecimento sobre saúde para poderem escolher estilos de vida saudáveis, e que os conteúdos que são abordados nas aulas das diferentes disciplinas permitem que aprendam sobre como serem saudáveis (79,8% (C+CT) dos alunos e 84,4% (C+CT) dos EE).

Ambiente social na escola

Como referido na Metodologia, o nível "muito má" foi residual, pelo que se juntaram os valores de "má" com "muito má" e "boa" com "muito boa", Assim, no que concerne ao ambiente social, a quase totalidade dos inquiridos (96,8% dos alunos e 99,6% dos EE) considera que a relação entre alunos é boa, assim como a relação entre alunos e docentes (94,8% dos alunos e 98,5% dos EE), e os alunos e funcionários (94,0% dos alunos e 98,5% dos EE) (Tabela 3).

TABELA 4
Ambiente Social na Escola

Relação dos alunos com…		**Má** **n (%)**	**Boa** **n (%)**
Os colegas	Alunos	20 (3,2%)	598 (96,8%)
	EE	2 (0,4%)	450 (99,6%)

TABELA 5 (CONTINUAÇÃO)
Ambiente Social na Escola

Relação dos alunos com…		Má n (%)	Boa n (%)
Os professores	Alunos	32 (5,2%)	586 (94,8%)
	EE	7 (1,5%)	445 (98,5%)
Os funcionários	Alunos	37 (6,0%)	581 (94,0%)
	EE	7 (1,5%)	445 (98,5%)

Promoção e Educação para a Saúde na Escola

De forma a compreender o envolvimento dos alunos e EE nas equipas de EES das escolas, os participantes foram questionados relativamente ao facto de conhecerem, ou não, os elementos da EES, bem como da importância de pertencerem a esta equipa. A grande maioria dos alunos (68,2%) e dos EE (91,2%) afirma não conhecer a equipa, mas considerando importante a sua participação. E quando questionados sobre a importância da Educação para a Saúde em Meio Escolar a quase totalidade dos alunos (96,2%) e EE (99,8%) considera importante.

Atividades de Educação e Promoção da Saúde nos últimos 12 meses

A segunda parte do instrumento relaciona as atividades de educação e promoção da saúde em que os inquiridos tinham participado nos últimos 12 meses. Verificou-se que 71,5% dos alunos e 6,8% dos EE participaram em atividades PEpS-ME.

Quando questionados os EE sobre os motivos pelos quais não tinham participado em atividade de PEpS-ME, 64,7% dos mesmos afirmou não ter tido conhecimento que a escola tivesse organizado algum tipo de atividade e 23,1% referiu por as atividades terem sido realizadas em horário laboral (Tabela 4).

TABELA 6
Motivos dos EE por não participarem em atividades de saúde

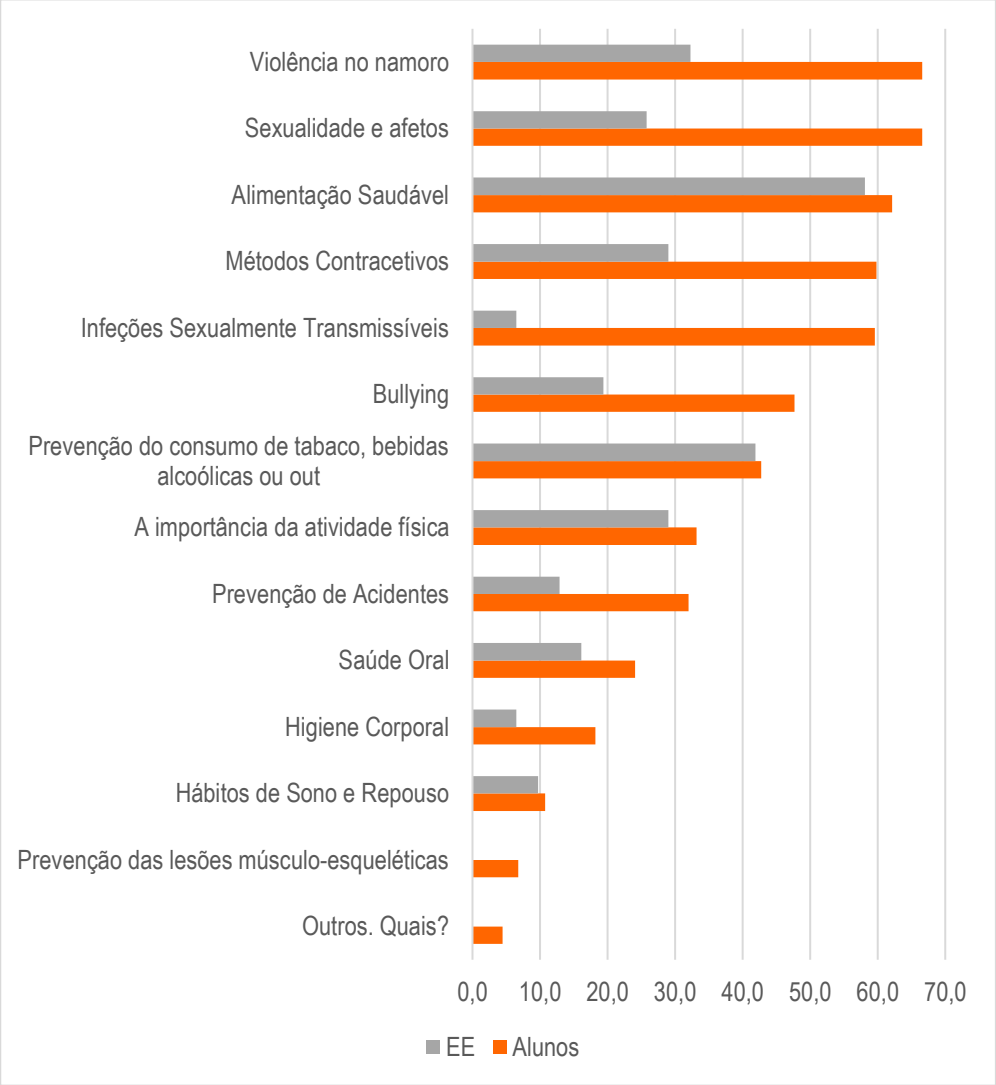
	n (%)
Não considero importante a minha presença neste tipo de atividades	2 (0,5%)
Tive conhecimento, mas no dia esqueci-me	11 (2,6%)
Não tenho tempo para participar nestas atividades	28 (6,7%)
Não pude estar presente por ser em horário laboral	96 (23,1%)
Não tive conhecimento que a escola tivesse organizado alguma atividade de promoção e educação para a saúde	269 (64,7%)

Dos alunos que participaram em atividades de PEpS-ME, a temática mais abordada, disseram ter sido relativa à sexualidade e violência no namoro (66,6%), seguida da alimentação saudável (62,1%) e métodos

contracetivos (59,8%). As menos abordadas foram as prevenções das lesões músculo-esqueléticas (6,8%) e hábitos de sono e repouso (10,7%) (Figura 2).

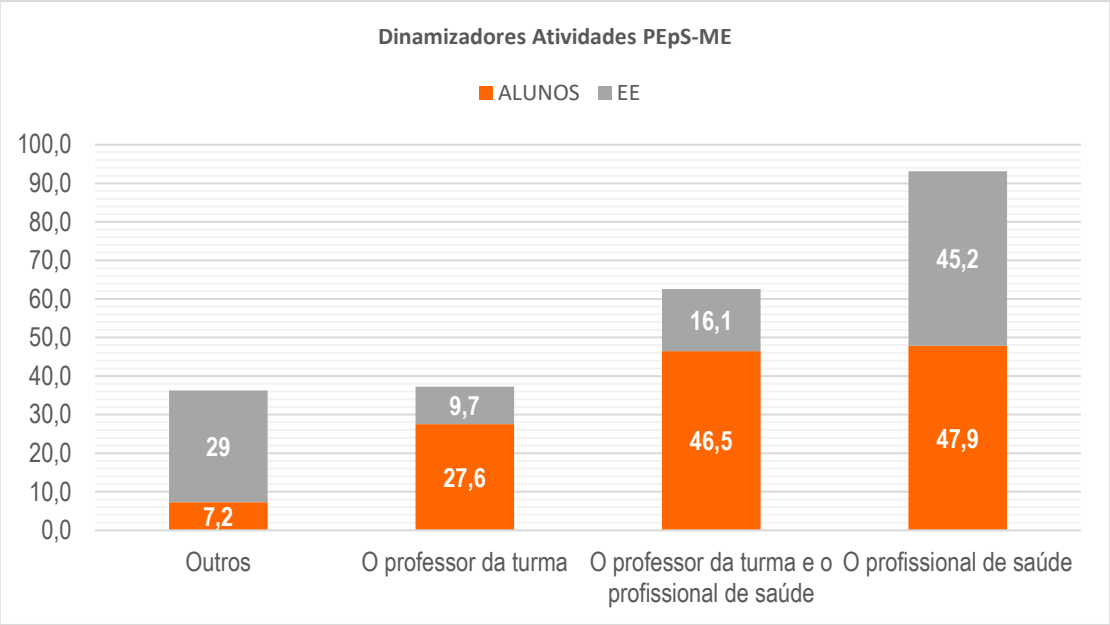
Quanto aos EE, a temática que dizem ter sido mais abordada foi a alimentação saudável (58,1%), seguida da prevenção de consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (41,9%) e violência no namoro (32,3%). Consideraram os hábitos de sono e repouso (9,7%) e as infeções sexualmente transmissíveis (6,5%) como sendo as menos abordadas (Figura 2).

FIGURA 2
Temáticas abordadas nos últimos 12 meses – ALUNOS e EE



Segundo os participantes no estudo, as atividades de saúde foram essencialmente dinamizadas pelo profissional de saúde que apoia a escola (47,9% dos alunos e 45,2% dos EE) (Figura 3).

FIGURA 3
Dinamizadores das atividades PEpS-ME - Alunos e EE



Áreas de Saúde prioritárias

De forma a identificar as áreas que os alunos e os EE consideram como prioritárias e importantes para serem abordadas em contexto escolar, foi-lhes solicitado que classificassem cada área temática numa escala tipo *Likert* com quatro níveis ("nada importante", "pouco importante", "importante" e "muito importante"), cujos resultados se encontram na Tabela 5. Esta parte do questionário dos alunos apresentou uma consistência interna excelente (α ≥ 0,9), tendo atingido o valor de 0,931; e a correspondente parte do questionário dos EE foi boa (0,9 > α ≥ 0,8) com o valor de 0,837 (Tabela 5).

Os alunos consideram como áreas relevantes a serem abordadas na escola, em primeiro lugar o *bullying* (65,2% - muito importante e 31,1% - importante), seguido da violência no namoro (59,2% - muito importante e 37,5% - importante) e da prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (58,4% - muito importante e 35,4% - importante) (Tabela 5).

Os EE consideram como áreas prioritárias, em primeiro lugar a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (84,7% - muito importante e 14% - importante), seguida do *bullying* (76,2% - muito importante e 22,4% - importante) e da alimentação saudável (71,8% - muito importante e 27,7% - importante) (Tabela 5).

TABELA 7
Áreas Temáticas consideradas prioritárias a serem abordadas na escola

		NI n (%)	PI n (%)	I n (%)	MI n (%)
Bullying	A	12 (2,0%)	10,0 (1,7%)	185,0 (31,1%)	387,0 (65,2%)
	EE	2 (0,4%)	4 (0,9%)	100 (22,4%)	340 (76,2%)

TABELA 8 (CONTINUAÇÃO)
Áreas Temáticas consideradas prioritárias a serem abordadas na escola

Violência no namoro	**A**	**13 (2,2%)**	**17,0 (2,9%)**	**213,0 (35,7%)**	**353,0 (59,2%)**
	EE	5 (1,1%)	8 (1,8%)	122 (27,5%)	309 (69,6%)
Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras	A	15,0 (2,6%)	21,0 (3,6%)	208,0 (35,4%)	343,0 (58,4%)
	EE	3 (0,7%)	3 (0,7%)	62 (14%)	375 (84,7%)
Alimentação Saudável	A	11,0 (1,8%)	14,0 (2,3%)	266,0 (44,6%)	306,0 (51,3%)
	EE	1,0 (0,2%)	1,0 (0,2%)	124 (27,7%)	321 (71,8%)
A importância da atividade física	A	7,0 (1,2%)	20,0 (3,4%)	270,0 (45,2%)	300,0 (50,3%)
	EE	0 (0,0%)	0 (0,0%)	155 (34,8%)	291 (55,2%)
Sexualidade e afetos	A	9 (1,5%)	22 (3,7%)	292 (49,0%)	273 (45,8%)
	EE	2 (0,5%)	16 (3,6%)	202 (45,6%)	222 (50,1%)
Prevenção de Acidentes	A	8 (1,3%)	36 (6,0%)	308 (51,6%)	245 (41,0%)
	EE	2 (0,5%)	8 (1,8%)	191 (43,0%)	243 (54,7%)
Hábitos de Sono e Repouso	A	15 (2,5%)	74,0 (12,5%)	301,0 (50,7%)	204,0 (34,3%)
	EE	4 (0,9%)	25 (5,6%)	179 (40,2%)	237 (53,3%)
Métodos Contracetivos	A	8 (1,3%)	18,0 (3,0%)	263,0 (44,1%)	307,0 (51,5%)
	EE	3 (0,7%)	13 (2,9%)	158 (35,7%)	269 (60,7%)
Infeções Sexualmente Transmissíveis	A	10 (1,7%)	10,0 (1,7%)	235,0 (39,6%)	338,0 (57,0%)
	EE	3 (0,7%)	5,0 (1,1%)	149 (33,6%)	287 (64,6%)
Prevenção das lesões músculo-esqueléticas	A	10 (1,7%)	95 (16,0%)	316 (53,3%)	172 (29,0%)
	EE	6 (1,4%)	23 (5,2%)	212 (47,9%)	202 (45,6%)
Saúde Oral	A	10 (1,7%)	29 (4,9%)	311 (52,3%)	245 (41,2%)
	EE	0 (0,0%)	14 (3,2%)	189 (42,6%)	241 (54,3%)
Higiene Corporal	A	9 (1,5%)	22 (3,7%)	289 (48,5%)	276,0 (46,3%)
	EE	1 (0,2%)	12 (2,7%)	181 (40,9%)	249 (56,2%)
Consistência Interna (alpha de Cronbach)				Alunos	0,931
				EE	0,837

De forma a verificar a existência de diferenças entre os alunos que consideram importante a participação nas EES e os que não consideram, quanto à visão que têm da sua escola recorremos ao teste *t* de Student. Comparativamente aos alunos que não consideram importante a sua participação na EES, os que consideram importante a sua participação vêm a sua escola de uma forma mais positiva, na medida em que concordam significativamente mais (p<0,05) que a sua escola implemente medidas que promovam a saúde e o bem-estar de todos, promova uma alimentação saudável, tenha um profissional de saúde que colabore nas atividades de educação para a saúde, promova atividades que permitam aos alunos adquirir conhecimentos para adotarem estilos de vida saudáveis e que os conteúdos abordados nas aulas permitam aprender sobre como ser saudável (Tabela 6).

Contrariamente aos alunos, os dados dos EE não apresentaram diferenças significativas (p>0,05) no que diz respeito a estes itens (Tabela 6).

TABELA 9

Diferenças entre os inquiridos que consideram importante a participação em atividades de PEpS-ME e os que não consideram quanto à visão de têm da escola

A escola implementa medidas que promovem a saúde e o bem-estar de todos.

	ALUNOS		EE	
	$\bar{x}$(Dp)	*p*	$\bar{x}$(Dp)	*p*
SIM	2,69(0,985)	0.003	2.69(1.067)	0.825
NÃO	2,30(1,204)		2.64(0,902)	

A escola promove uma alimentação saudável, através da disponibilização de alimentos saudáveis, na cantina e no bar.

	ALUNOS		EE	
	$\bar{x}$(Dp)	*p*	$\bar{x}$(Dp)	*p*
SIM	2,65(0,978)	0.016	2,52(1,068)	0.269
NÃO	2,39(1,000)		2,77(0,869)	

A escola tem um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou outro) que colabora nas atividades de educação para a saúde.

	ALUNOS		EE	
	$\bar{x}$(Dp)	*p*	$\bar{x}$(Dp)	*p*
SIM	2,43(1,343)	0.035	1,87(1,489)	0.068
NÃO	2,11(1,371)		1,27(1,549)	

A escola permite, através de várias atividades, que os alunos melhorem o seu conhecimento sobre saúde para poder escolher estilos de vida saudáveis.

	ALUNOS		EE	
	$\bar{x}$(Dp)	*p*	$\bar{x}$(Dp)	*p*

TABELA 10 (CONTINUAÇÃO)
Diferenças entre os inquiridos que consideram importante a participação em atividades de PEpS-ME e os que não consideram quanto à visão de têm da escola

SIM	**2,71(1,009)**	**0.021**	**2,72(1,107)**	**0.276**
NÃO	2,44(1,068)		2,45(0,912)	

Os conteúdos que abordados nas aulas, nas diferentes disciplinas, permitem aprender sobre como ser saudável.

	ALUNOS		EE	
	$\bar{x}$(Dp)	*p*	$\bar{x}$(Dp)	*p*
SIM	2,88(0,855)	0.008	2,84(1,065)	0.501
NÃO	2,62(0,932)		2,68(0,995)	

Discussão

Neste estudo pretendeu-se dar resposta às três questões de investigação acima referidas: *(i)* que perceção os alunos e EE têm da escola? *(ii)* o que pensam os alunos e os EE sobre a educação para saúde na escola e o que consideram importante abordar? e *(iii)* de que forma tem sido implementada a educação para a saúde, na visão dos alunos e dos EE? Desta forma, procedeu-se à análise dos questionários respondidos pelos alunos e pais ou encarregados de educação, recorrendo à estatística descritiva e inferencial, com o objetivo se identificar a perceção que têm da PEpS-ME, tendo por base a sua visão da escola, a implementação da PEpS-ME e as temáticas que consideram relevante serem abordadas.

No que concerne à Implementação de programas e projetos de PEpS-ME, constata-se que: i) as Áreas Temáticas abordadas nos programas e projetos de PEpS-ME são as recomendadas quer ao nível internacional quer nacional; ii) no que diz respeito à Metodologia, o planeamento é realizado pelas Equipas de Educação para a Saúde, os alunos e pais são consultados sobre as suas necessidades, mas não tomam decisões quanto ao trabalho a ser desenvolvido.

De acordo com os alunos e EE, os agrupamentos de escolas preocupam-se com a saúde e o bem-estar de toda a comunidade educativa, consideram o ambiente social bom, confirmam a articulação entre o setor da saúde e da educação e grande maioria dos alunos é alvo de intervenção no âmbito da PEpS-ME, o que não acontece com os EE.

Perceção dos alunos e EE sobre a escola

O estudo revela que, de uma maneira geral, os alunos e EE consideram que a sua escola adota políticas que fazem da escola um lugar saudável, que implementa medidas que promovem a saúde e o bem-estar de todos e que demonstra uma preocupação com a saúde dos seus alunos. Também classificaram a oferta alimentar como saudável, quer na cantina quer no bar. Estes resultados indicam que os agrupamentos escolares de Braga implementam medidas que promovem a saúde da comunidade educativa, bem como seguem as diretrizes emanadas pelos setores da educação e da saúde, no que à promoção da saúde diz respeito, em especial no que se refere à disponibilização de alimentação saudável à sua comunidade educativa. Estes resultados vão também ao encontro de um estudo finlandês (Aira, Välimaa, Paakkari, Villberg, & Kannas, 2014) com o objetivo de avaliar a perceção dos alunos relativamente à Educação para a Saúde, em que foi constatado que a maioria dos alunos têm uma visão positiva da educação para a saúde e que quanto mais

positivas são as atitudes em relação à escola, mais positivas são as perceções relativas à educação para a saúde.

Nas componentes de competências individuais de saúde e para a ação, quer os alunos quer os EE, consideram que os currículos escolares permitem adquirir conhecimentos sobre saúde, permitindo a escolha de estilos de vida saudáveis (Tabela 2). Este facto afirma o esforço da tutela da Educação, na implementação de uma promoção e educação para a saúde efetiva através da adequação dos currículos escolares, tal como preconizado pelas organizações internacionais (IUHPE, 2009; DGE, 2014; Vilaça et al., 2020).

O ambiente social da escola é caraterizado pelos alunos e pelos EE como um ambiente promotor de saúde, na medida em que consideram as relações entre os diferentes elementos da comunidade educativa como sendo bons (Tabela 3), indo ao encontro do preconizado internacionalmente (IUHPE, 2009; DGE, 2014; Vilaça et al., 2020) e corrobora os estudos de Murnaghan, Laurence, Bell, & Munro-bernard (2014) e Beck & Reilly (2017) que referem que os alunos consideram importante o estabelecimento de relações positivas entre alunos e os adultos.

No que diz respeito ao ambiente físico da escola, os alunos e os EE consideram que a escola tem espaços de recreio e equipamentos que permitem a prática do exercício físico que as salas da escola têm luz natural, aquecimento e janelas que permitem a entrada de ar fresco. Estes aspetos positivos estarão relacionados com a reconfiguração recente do parque escolar nacional, cujos espaços físicos das escolas foram requalificados. Também um estudo canadiano (Murnaghan, Laurence, Bell, & Munro-bernard, 2014) demonstrou que os alunos identificam como aspetos positivos da escola os ambientes escolares limpos e bem conservados, a disponibilidade de instalações para a prática de exercício físico e que as cantinas forneçam alimentação saudável, sem máquinas de venda automática.

Contudo, a grande maioria dos alunos (79,5%, Tabela 2) do presente estudo refere que as instalações sanitárias da escola não estavam limpas e não dispunham de sabonete e papel para as mãos, nem papel higiénico. No entanto, deve-se realçar que com a pandemia Covid-19 toda esta situação foi muito melhorada. Também um outro estudo (Hussan, Alamgir, & Shazad, 2015) mostrou que a maioria dos alunos consideravam que precisavam de instalações sanitárias adequadas e salas mais ventiladas. No que diz respeito aos EE, se bem que na sua maioria (43,4%) consideraram as condições das instalações sanitárias das escolas dos seus educandos inadequadas, uma parte considerável (23,5%) não soube responder, o que leva a crer que os EE não conhecem as instalações sanitárias da escola.

Neste estudo, a participação dos EE nas atividades de PEpS-ME é considerada, quer pelos alunos quer pelos EE, como residual. Na verdade, os EE apontaram como razões para não participarem nas atividades de PEpS-ME a falta de conhecimento dessas atividades e/ou o facto de se realizarem em horário laboral. Isto leva a considerar que poderão existir lacunas na comunicação da escola com os EE ou que as escolas não dinamizam atividades de PEpS-ME com eles. Estes resultados vão também ao encontro do estudo de Sormunen, Tossavainen, & Turunen (2011) em que as razões que levam aos pais não participarem em atividades de PEpS-ME é o facto de terem de trabalhar, não terem quem fique com as crianças e ainda que a escola não tem nada de "novo" para oferecer.

Segundo os participantes neste estudo, alunos e EE consideram que a escola tem um profissional de saúde que colabora nas atividades de promoção e educação para a saúde e que dinamiza o Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA). Este aspeto relaciona-se com a reconfiguração dos Cuidados de Saíde Primários e respetiva criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (MS, 2009), que permitiu uma operacionalização, por parte dos serviços de saúde, mais efetiva do Programa Nacional de Saúde Escolar e com a implementação das medidas do ministério da educação.

Implementação da PEpS-ME

Neste estudo, a PEpS-ME e a participação dos alunos e dos próprios EE na Equipa de Educação para a Saúde (EES) é afirmada pelos inquiridos (alunos e EE), como importante, o que vai ao encontro do estudo de

Sormunen, Tossavainen, & Turunen (2011). Contudo, é de salientar que a maioria dos alunos e dos EE não conhece a constituição da EES da sua escola, o que contraria as diretrizes internacionais e nacionais (IUHPE, 2009; DGE, 2014; Vilaça et al., 2020) para a efetiva implementação da escola promotora de saúde, que apela à participação e democratização da comunidade educativa. Esta participação tem efeitos tanto ao nível individual, como da escola enquanto organização e das interações com a comunidade (Simovska, 2004; Clift & Jensen, 2005; Jennifer et al., 2014; Griebler, Rojatz, Simovska, & Forster, 2017).

No entanto, os participantes deste estudo identificam o profissional de saúde como aquele que é o responsável pela dinamização da maioria das atividades (Figura 3), o que significa que os alunos não consideram que o profissional de saúde faça parte da equipa EES da sua escola. Tal facto leva-nos a considerar que as EES das escolas necessitam de se apresentar de uma forma mais evidente e efetiva à comunidade educativa.

No que diz respeito às atividades de PEpS-ME nos últimos 12 meses (anteriores à pandemia Covid-19), a maioria dos alunos foram alvo de pelo menos uma atividade, o que não aconteceu com os EE. A grande abrangência por parte dos alunos prende-se com a implementação do PNSE (DGS, 2015) por parte das UCC em articulação com as EES das escolas.

Os temas mais abordados em PEpS-ME, segundo os alunos, foram a sexualidade e violência no namoro, seguida da alimentação saudável e métodos contracetivos (Figura 4), o que está alinhado com o realizado a nível internacional (Hussan, Alamgir, & Shazad, 2015) e preconizado pelo PNSE (DGS, 2015). Tal facto também está relacionado com a implementação dos programas regionais PASSE e PRESSE. Estes resultados evidenciam que estes programas estão a ser implementados no terreno.

Já os EE referiram como temas mais abordados, a alimentação saudável, seguida da prevenção de consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância e violência no namoro (Figura 4). Também estes resultados corroboram a implementação dos programas PASSE (ARSN, s/d) e PRESSE (Luís etal., 2012).

Neste estudo foi possível constatar a articulação entre o setor da saúde e o da educação na implementação de atividades de PEpS-ME, tal como preconizado quer a nível internacional (IUHPE, 2009) quer nacional (DGE, 2014), sobre o trabalho conjunto entre os profissionais de saúde e os professores (IUHPE, 2009; DGE, 2014; Vilaça et al., 2020), uma vez que na visão dos alunos e EE as atividades foram dinamizadas, na sua maioria, pelo profissional de saúde ou por este em parceria com o professor (Figura 3).

Os alunos que participaram neste estudo consideram como as três principais temáticas a serem abordadas na PEpS-ME o *Bullying*, a violência no namoro e a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, incluindo comportamentos aditivos sem substância (Tabela 5). Estes resultados demonstram que os alunos não são, na sua maioria, ouvidos no planeamento das atividades de PEpS-ME, uma vez que o que consideram relevante não coincide com o que é efetivamente implementado, com a exceção da violência no namoro.

Os EE, por sua vez, consideraram como as três temáticas relevantes a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância, o *Bullying* e a alimentação saudável (Tabela 5). Assim é possível constatar que a escola vai mais ao encontro do que os EE consideram como relevante do que os alunos.

Os alunos que consideraram importante a sua participação nas EPS, também concordam mais que: *(i)* a sua escola implementa medidas que promovem a saúde e o bem-estar de todos; *(ii)* que a escola promove uma alimentação saudável; *(iii)* que a escola tem um profissional de saúde que colabora nas atividades de educação para a saúde; *(iv)* que a escola promove atividades que permitem aos alunos adquirir conhecimentos para adotarem estilos de vida saudáveis; e *(v)* que os conteúdos abordados nas aulas permitem aprender sobre como ser saudável (Tabela 2), tal como referido por Aira, Välimaa, Paakkari, Villberg, & Kannas (2014). Por fim, os alunos que consideram importante a sua participação na EPS, vêm a sua escola de uma forma mais positiva, relativamente aos que não consideram importante.

O estudo da PEpS-ME é complexo, na medida em que são vários os atores intervenientes neste processo (alunos, professores, funcionários, EE, profissionais de saúde, e outros agentes da comunidade) e são múltiplas as variáveis que participam neste processo: as políticas de escolas saudáveis, o ambiente físico e social da escola, as competências individuais de saúde e para a ação, a ligação à comunidade e os serviços de saúde.

Este estudo apresenta como limitações o facto de ter sido desenvolvido apenas numa região, o que não permite verificar a realidade nacional e apenas com alunos do 9ºano e respetivos encarregados de educação.

Conclusões

Com este estudo deu-se voz a dois dos importantes atores do processo de PEpS-ME, os alunos e os EE, de forma a conhecer como olham e sentem a sua escola. Em síntese, os respondentes consideram que as escolas implementam políticas de saúde, nomeadamente, ao nível da oferta de uma alimentação saudável, possuem um ambiente físico e social saudável e promotor de saúde; também os currículos das disciplinas, e as atividades desenvolvidas pela escola, permitem aos alunos adquirirem conhecimentos e ferramentas que lhes permitem optarem por escolhas e estilos de vida mais saudáveis. Estes dados permite-nos constatar a adoção pelas escolas das diretrizes ministeriais da saúde e da educação.

Nos nove agrupamentos de escolas do Concelho de Braga, este estudo permitiu identificar diversos aspetos relevantes na PEpS-ME:

- Tanto os alunos como os EE:
  - Preocupam-se com a saúde e o bem-estar de toda a comunidade educativa e, por isso, consideram a PEpS-ME muito importante;
  - Consideram que existe um bom o ambiente social da escola, o que revela que existem boas relações entre toda a comunidade educativa;
  - Entendem que há articulação entre a saúde e a educação, com o envolvimento ativo dos profissionais de saúde na escola, em particular dos enfermeiros, através da sua participação na dinamização das atividades com os alunos e EE.
- Os temas de saúde abordados nos nove agrupamentos de escolas vão ao encontro do preconizado nos documentos internacionais e nacionais orientadores das EPS, no entanto, as temáticas consideradas relevantes pelos alunos não são exatamente aquelas que são implementadas.
- Apesar de se terem obtido resultados muito positivos, há alguns aspetos a melhorar:
  - As equipas de Educação para a Saúde (EES) das escolas não são conhecidas pelos alunos e EE, pelo que necessitam de se apresentar de uma forma mais efetiva a toda a comunidade educativa;
  - Embora os alunos, mas não tanto os EE, participem ativamente no processo de implementação das atividades, verificou-se a falta de participação dos alunos e dos EE no *design* e planeamento da PEpS-ME, o que precisa de ser tomado em consideração.

Por tudo isto, urge agora a necessidade de perceber de forma mais pormenorizada *(i)* como a PEpS-ME está a ser implementada na prática pelos professores, diretores das escolas e enfermeiros de saúde escolar, *(ii)* se as escolas portuguesas adotam as seis componentes essenciais de uma EPS e *(iii)* quais os constrangimentos sentidos por estes profissionais relativamente à implementação de PEpS-ME. Estudos estes, a serem desenvolvidos num futuro próximo.

Agradecimentos

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito dos projetos do CIEC (Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho) com as referências UIDB/00317/2020 e UIDP/00317/2020.

Referências

Aira, T., Välimaa, R., Paakkari, L., Villberg, J., & Kannas, L. (2014). Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject. *Global Health Promotion, 21*(3), 6-18. https://doi.org/10.1177/1757975914523481.

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte (s/d). *PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar.* https://passe.com.pt/home.

Beck, A. J., & Reilly, S. M. (2017). What can secondary school students teach educators and school nurses about student engagement in health promotion? *A Scoping Review. Journal of School Nursing, 33*(1), 30-42. https://doi.org/10.1177/1059840516677825.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Parent engagement: Strategies for Involving Parents in School Health.* U.S. Department of Health and Human Services.

Clift, S., & Jensen, B. (Eds.). (2005). The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. Danish University of Education Press. https://repository.canterbury.ac.uk/item/84qw3/the-health-promoting-school-international-advances-in-theory-evaluation-and-practice.

DGE – Direção-Geral da Educação. (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde.* https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf.

DGS – Direção-Geral da Saúde e DGE - Direção Geral de Educação. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf.

DGS - Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf.

El Nokali, N. E., Bachman, H. J., & Votruba-Drzal, E. (2010). Parent involvement and children's academic and social development in elementary school. *Child Development, 81*(3), 988-1005. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01447.x.

Faria, H. A., & Carvalho, G. S. (2004). Escolas promotoras de saúde: fatores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22*(2), 79–90.

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: A systematic review. *Health Promotion International, 32*(2), 195-206. https://doi.org/10.1093/heapro/dat090.

Hussan, I., Alamgir, M. A., & Shazad, M. (2015). A study of health education and its needs for elementary school students. *Journal on School Educational Technology, 10*(3), 26–37. https://doi.org/10.26634/jsch.10.3.3128.

IUHPE - International Union for Health Promotion and Education. (2009). *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools.* http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health

(https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_POR.pdf).

IUHPE - International Union for Health Promotion and Education. (2010). *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action.* IUHPE. http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health (https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_POR.pdf).

Jennifer, M., Frazer, A., Berg, S., Labrie, T., Zebedee, J., & Naylor, P.-J. (2014).G health?: A student-led inquiry youth engagement project. *Journal of Child and Adolescent Behaviour, 2*(4). https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000153.

Jourdan, D. (2011). *Health education in schools. The challenge of teacher training. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action*. https://didier-jourdan.com/wp-content/uploads/2019/10/Jourdan-et-Institut-national-de-pre%CC%81vention-et-de%CC%81ducation-pour-la-sante%CC%81-2011-Health-education-in-schools-the-challenge-of-teac.pdf.

Loureiro, I. (1999) Disseminating the national network in Portugal. Network News: The European Network of *Health Promoting Schools, 5*, 13.

Luís, M. P., Gonzaga, M., Sousa, S., & Guimarães, C. (2012). *PRESSE - Guião de Formação de Professores.* https://www.acoliveira.pt/wp-content/uploads/2021/12/Guiao-PRESSE-Formacao-para-professores.pdf.

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Edições Psiquilibrios.

Morse, L. L., & Allensworth, D. D. (2015). Placing Students at the Center: The Whole School, Whole Community, Whole Child Model. *Journal of School Health, 85*(11), 785–794. https://doi.org/10.1111/josh.12313.

MS – Ministério da Saúde. (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (*Diário da República*: II Série, n.º 74, 16 de abril 2009). https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf.

MS - Ministério da Saúde e ME - Ministério da Educação. (2006). *Protocolo entre Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProtocoloME_MS.pdf.

Murnaghan, D., Laurence, C., Bell, B., and Munro-Bernard, M. (2014). Engaging Canadian youth in conversations: Using knowledge exchange in school-based health promotion. Gateways: *International Journal of Community Research and Engagement 7,* 85-100. https://doi.org/10.5130/ijcre.v7i1.3400.

Potvin, L. (2007). Managing Uncertainty Through Participation. In D.V. McQueen, I, Kickbusch, Potvin, L., Pelikan, M., Balbo, L., & Arel, T. (Eds.) *Health and Modernity* (pp. 103-128). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9_7.

Rowling, L. (1997). Partnerships for Health: Health Promoting Schools. Promotion & Education, 4(3), 15–16.

SHE – Schools foe Health in Europe (2013). *State of the art: Health promoting schools in Europe - Acting for better schools, leading to better lives.* https://www.radix.ch/media/o3ncq1h0/she_factsheet_1_2013.pdf.

Simovska, V. (2004). Student participation: A democratic education perspective - Experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research, 19*(2), 198–207. https://doi.org/10.1093/her/cyg024.

Sormunen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2011). Home-School Collaboration in the View of Fourth Grade Pupils, Parents, Teachers, and Principals in the Finnish Education System. *School Community Journal, 21*(2), 185–211.

Vilaça, T., Darlington, E., Velasco, M. J. M., Martinis, O., & Masson, J. (2020). *She school manual 2.0: A methodological guidebook to become a health promoting school.* Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE). https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/71403/1/Vila%c3%a7a%2c%20T.%20et%20al.%282019%29_SHE%20School%20Manual_2.0_eBook.pdf.

WHO - World Health Organization (1998). Health promotion glossary: Vol. WHO/HPR/HE (WHO (ed.). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELOS PARES DOS JOVENS DO BAIXO ALENTEJO – PROJETO EPPA

Teresa Tavares

Escola Secundária c/ 3.º ciclo D. Manuel I, Beja e Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação | teresa.tavares@ipbeja.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Em regime de anonimato

Revisor 3
Natália Cristina de Oliveira
Universidade Guarulhos - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Centro Universitário Adventista de São Paulo - Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
natcrisoliv@gmail.com

Revisor 4
Em regime de anonimato

Citação:
Tavares, T. (2025). Educação para a saúde pelos pares dos jovens do Baixo Alentejo – Projeto EPPA. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 69-84). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

De acordo com vários estudos realizados, nos últimos anos, os jovens portugueses têm manifestado alguns comportamentos de risco preocupantes, nas áreas da Saúde Física e Mental. Assim, surgiu Projeto EPPA – Educação para a Saúde pelos Pares dos Jovens do Baixo Alentejo, que visava contribuir para a promoção de educação para a saúde e tentar minimizar os comportamentos de risco, na população juvenil do Baixo Alentejo. O presente artigo tem como objetivo a descrição do Projeto EPPA, cujo mentor foi o Professor Machado Caetano e que pretendia formar jovens, para serem mediadores de educação para a saúde pelos pares. A metodologia assentou num relato e análise descritiva e crítica da experiência de educação entre pares, na abordagem preventiva de comportamentos de risco e na promoção de hábitos de vida saudável, com abordagem qualitativa. No âmbito do Projeto EPPA, foi dada formação geral e intensiva, a mediadores, por técnicos especialistas, durante um fim de semana, nos principais temas do Referencial de Educação para a Saúde e, posteriormente, os alunos mediadores selecionaram o grupo de colegas e o tema que queriam trabalhar com os seus pares, tendo, depois, formação mais especializada, na área/temática selecionada. Foram selecionados dez alunos do 12.º ano, das duas Escolas Secundárias, dos dois Agrupamentos de escolas de Beja e dez alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, para fazerem formação, no início do ano letivo 2018/2019 e, posteriormente prepararam em grupo quatro sessões, para apresentar a colegas do 10.º ano do Ensino Profissional e Regular, das duas Escolas Secundárias. No final das sessões, os mediadores fizeram a respetiva avaliação, que foi alvo de análise de conteúdo, tendo, na generalidade, os alunos consideraram as sessões bastante esclarecedoras. Os alunos mediadores foram envolvidos no projeto e participaram, com empenho, motivação e sentido de responsabilidade, quer no curso de formação intensivo, quer na planificação, desenvolvimento e implementação das sessões de sensibilização, para os seus pares educandos. Os mediadores avaliaram a formação, na generalidade, como muito boa. Devido ao enorme sucesso e adesão ao Projeto EPPA, principalmente pelos alunos do 12.º ano, suportado pelo elevado número de alunos inscritos, para participar no projeto, em 2019/2020 o projeto teve continuidade, que foi interrompida pela pandemia. Os alunos mediadores receberam, no final da formação e do ano letivo, dois "Diplomas de Mérito", pelo desempenho das suas funções como "Educadores de Pares".

Palavras-chave: Educação; Pares; Saúde.

Introdução

No âmbito do Conselho Consultivo do Baixo Alentejo, presidido pelo Professor Machado Caetano foi criado o Dia Local de Saúde do Baixo Alentejo, a 4 de dezembro de 2017. Nesse âmbito e de acordo o Referencial de Educação para a Saúde (RES, 2017) foi considerado pertinente, o desenvolvimento de ações na área da saúde juvenil, com vista à promoção e educação para a saúde em meio escolar e para o desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes.

O Professor Machado Caetano foi o grande mentor e impulsionador do Projeto EPPA (Projeto de Educação pelos Pares dos Jovens do Baixo Alentejo), com a ajuda da Doutora Rute Borrego, nutricionista e docente na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, do Instituto Politécnico de Lisboa.

Neste artigo, iremos proceder à descrição do projeto. Este projeto tinha como principal objetivo, munir jovens mediadores, de ferramentas e conhecimentos e desenvolver competências, que os capacitassem para dar sessões de esclarecimento aos seus pares. Com o projeto, pretendeu-se promover hábitos de vida saudável e prevenir comportamentos de risco, através da educação pelos pares, por se considerar uma estratégia, que pode ser mais eficaz.

Devido ao interesse e pertinência do projeto, este foi logo abraçado pelas Escolas Secundárias com 3.º ciclo, de ambos os Agrupamentos de Escolas e pela Escola Superior de Saúde de Beja, que se comprometeram a implementar o projeto, selecionando alunos para receberem formação para serem mediadores, bem como o respetivo público-alvo.

Contextualização teórica em Educação para a Saúde

A educação para a saúde configura-se um direito fundamental, tornando-se cada vez mais pertinente a abordagem desta temática nas instituições de ensino (Machado et al, 2021).

O RES (2017) é um documento que resultou de uma parceria entre a Direção-Geral da Educação e a Direção-Geral de Saúde, que estabeleceram um Protocolo de Colaboração em fevereiro de 2014, e o SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Este Referencial define os temas, objetivos e conteúdos a abordar na promoção e educação para a saúde nas escolas para crianças e jovens e fornece propostas de materiais, recursos e plataformas comunicacionais que lhe servem de suporte.

Segundo o Referencial de Educação para a Saúde (Carvalho, 2017):

> A Promoção e Educação para a Saúde (PES) em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. (p. 6)
>
> A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa. (p. 6)
>
> A PES tem um papel fulcral no desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes, razão pela qual contribui para as metas e objetivos definidos pela Organização Mundial de Saúde para a Saúde e Bem-Estar na Europa – Saúde 2020, para a Estratégia da EU2020, no que respeita ao crescimento sustentável e à educação inclusiva e para Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas. (p. 6)

No âmbito da promoção e educação para a saúde, os indivíduos devem ser envolvidos ativamente nas estratégias educativas que visam promover e desenvolver a autonomia e o poder de decisão para mudanças de comportamentos (Santos et al, 2017).

Como se pretendia promover hábitos de vida saudável nas escolas e prevenir comportamentos de risco, junto dos jovens, a educação pelos pares configurou-se uma boa estratégia a utilizar no Projeto EPPA. Ao capacitar os jovens mediadores, para dar sessões de esclarecimento aos seus pares, trabalharíamos primeiro com os futuros educadores e posteriormente, estes trabalhariam com os seus educandos, envolvendo muitos jovens, acabando ambos por receber informação rigorosa.

Segundo Dias (2006), educação pelos pares (*"peer education"*) é uma estratégia recente, mas já frequentemente utilizada na promoção da saúde, na prevenção de doenças e nos comportamentos de risco.

Educação pelos pares consiste numa partilha de conhecimentos, entre jovens capacitados e formados para isso (Carvalho, 2018), que, geralmente se autoidentificam como pertencendo ao mesmo grupo social, com características e interesses comuns (Dias, 2006) e que desenvolvem atividades educacionais com e para os seus pares, durante um determinado período do tempo, desenvolvendo os seus conhecimentos, atitudes, crenças, comportamentos e competências (Carvalho, 2018).

A Educação pelos Pares (EP), entendida como a troca de conhecimentos entre pessoas que têm o mesmo perfil e que partilham experiências semelhantes, facilita a troca de conhecimentos e práticas (Santos et al, 2017). Na adolescência, a EP constitui uma estratégia simples e adequada para abordar assuntos, como sexualidade, puberdade e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, entre outros, pois facilita a troca de informações e vivências entre adolescentes, que falam o mesmo tipo de linguagem (Santos et al, 2017).

Estas temáticas devem ser abordadas de acordo com a maturidade dos indivíduos e, portanto, os seus pares podem ser mais eficazes na transmissão destes conhecimentos, podendo promover algumas mudanças de comportamento, entre os jovens (Machado et al, 2021).

De acordo com Carvalho (2018), a Educação pelos Pares constitui um processo de influência educativa entre pessoas que partilham de características demográficas, sociais, culturais e vivenciais, e como tal, se identificam e aceitam reciprocamente como pares educadores e educandos.

A educação entre pares constitui uma estratégia vantajosa de abordagem de várias temáticas dentro do grupo, permitindo que os jovens se identifiquem com o tema que, ao ser abordado por outros jovens, diminui as barreiras culturais (Padrão et al, 2021).

Carvalho (2018) refere que, ao longo dos anos, de acordo com a literatura da especialidade, têm sido atribuídas características ideais dos pares educadores, sendo a credibilidade a atribuição mais frequentemente mais associada à eficácia das intervenções. A segurança e confiança que inspiram, bem como a confidencialidade para exercerem influência sobre os seus pares educandos, também é relevante (Carvalho, 2018). Igualmente é importante que o par educador seja acessível, tenha prestígio e carisma (Dias, 2006).

Na Educação pelos Pares, é de esperar que os colegas/pares ganhem mais facilmente a confiança do grupo do que os/as professores/as, técnicos/as ou especialistas, pois possuem experiências comuns e semelhantes, o que sugere que os pares educadores “sabem do que estão falando” (Carvalho, 2018).

Graças à proximidade e credibilidade dos pares educadores para com os seus pares, essa abordagem educativa tem sido largamente utilizada no âmbito da prevenção primária, com vista à redução dos fatores de risco e à promoção e incremento dos fatores de proteção, tanto em projetos comunitários, como em projetos escolares (Dias, 2006; Martins, 2014).

Se se criarem espaços de diálogo e de interação entre quem vive no contexto sobre a temática a ser trabalhada e que por ele é afetado, há um maior e melhor entendimento da realidade (Padrão et al, 2021).

Segundo Carvalho (2018), a evidente eficácia da Educação pelos Pares torna-a uma estratégia de educação e formação, que valoriza a intencionalidade e a participação educativa de todos os envolvidos, com influência positiva na construção de conhecimentos, na clarificação de atitudes, na mudança de comportamentos e no desenvolvimento de competências específicas (como, por exemplo, comportamentos de proteção, prevenção e promotores de saúde) e transversais (como as competências pessoais e sociais). Nesse sentido, o conceito de empoderamento é fundamental, pois são os pares que educam e é com os pares que se aprende, ou seja, os participantes, ao desenvolverem conhecimentos, atitudes e competências com os colegas/pares, desenvolvem as suas competências cognitivas, afetivas e comportamentais, definem os seus limites, até onde podem ir e o que podem fazer com o que aprenderam.

De acordo com Dias (2006), após a implementação de estratégias de educação pelos pares, os participantes salientaram a boa relação que estabeleceram com seus os educadores pares, que transmitiram as

informações e desenvolveram competências de uma forma compreensiva e integrada nos seus estilos de vida e padrões culturais, sem realizarem julgamentos ou avaliações negativas, como fariam formadores mais velhos. A influência dos pares assume uma importância ainda mais relevante durante a adolescência. Durante este processo de conquista de independência, a imagem dos adultos é muitas das vezes associada a figuras de autoridade, que mantêm uma certa distância, podendo perder credibilidade. Os pares tornam-se, durante a adolescência, um ponto de referência, proporcionando um sentimento de independência, identidade e reconhecimento, que reflete a natureza subjacente à educação pelos pares.

A educação pelos pares tem sido referida e utilizada também como uma estratégia que permite ampliar os efeitos dos profissionais de saúde. Os educadores de pares, ao realizarem sessões de educação para a saúde, fornecem conhecimentos e informações mais básicas, com uma linguagem mais acessível, semelhante à dos seus pares, libertando o profissional de saúde para outro tipo de atividades, que exijam competências mais técnicas e especializadas (Dias, 2006).

Nesta metodologia, os jovens atuam como facilitadores e multiplicadores de ações junto a seus pares, podendo realizar atividades como oficinas, atividades artísticas, rodas de conversas, dentre outras (Padrão et al, 2021).

Neste contexto, vários autores referem que a educação pelos pares revela dificuldades conceituais, metodológicas e operacionais, que poderão limitar a potencialidade dos processos e resultados inerentes a esta estratégia, sendo necessário desenvolver novos instrumentos, que permitam ultrapassar estas dificuldades e alcançar um maior conhecimento (Dias, 2006).

Contudo, para que esta estratégia de educação pelos pares seja eficaz, é fundamental o investimento na formação e capacitação dos pares educadores, bem como a supervisão e apoio para que os objetivos sejam alcançados. É primordial evitar a transmissão de informações pouco rigorosas ou desadequadas, ou até a promoção de comportamentos que se pretendiam eliminar (Dias, 2006).

Para além disso, nem sempre, os pares apresentam o perfil adequado e é necessário fazer essa identificação e triagem.

Para que esta estratégia seja mais eficaz, de modo a mudar comportamentos de risco e promover comportamentos de prevenção, deverá ser prolongada no tempo.

O RES (2017) identifica cinco temas globais: 1. Saúde Mental e Prevenção da Violência, com os Subtemas: a) Identidade; b)Pertença; c) Comunicação; d) Emoções; e) Autonomia; f) Interação; g) Risco; h) Proteção; i) Violência; j) Escolhas, desafios e perdas; k) Valores; l) Resiliência; 2. Educação Alimentar, com os Subtemas: a) Alimentação e influências socioculturais; b) Alimentação, nutrição e saúde; c) Alimentação e escolhas individuais; d) O Ciclo do alimento – do produtor ao consumidor; e) Ambiente e alimentação; f) Compra e preparação de alimentos; g) Direito à alimentação e segurança alimentar; h) Alimentação em meio escolar; 3. Atividade Física, com os Subtemas: a) Comportamento sedentário; b) Atividade física e desportiva; 4. Comportamentos Aditivos e Dependências, com os Subtemas: a) Comportamentos aditivos e dependências (CAD); b) Tabaco; c) Álcool; d) Outras substâncias psicoativas (SPA); e) Outras adições sem substância; 5. Afetos e Educação para a Sexualidade, com os Subtemas: a) Identidade e Género; b) Relações afetivas; c) Valores; d) Desenvolvimento da sexualidade; e) Maternidade e Paternidade; f) Direitos sexuais e reprodutivos.

Projeto EPPA – Educação Pelos Pares dos Jovens do Baixo Alentejo

Com a relevância e importância da promoção e educação para a saúde em meio escolar e a evidência do seu papel fulcral no desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes, foi criado um grupo de trabalho, presidido pelo Professor Machado Caetano e constituído por técnicos profissionais de saúde, das várias áreas temáticas a trabalhar, bem como, uma bibliotecária e professores das diferentes escolas, envolvidos no projeto.

Esta equipa começou a reunir no ano letivo 2017/2018, tendo a primeira reunião decorrido em dezembro de 2017, para começar a preparar o projeto, que iniciou a sua implementação nas escolas, no ano letivo 2018/2019.

Com vista à construção de um projeto de educação pelos pares, no âmbito da promoção da saúde dos jovens do Baixo Alentejo, realizou-se, de início, um diagnóstico de necessidades:

1. Identificação e caraterização dos intervenientes prioritários, realizado pelos Agrupamentos de Escolas de Beja e abrangendo tanto os mediadores, como o público-alvo;

2. Identificação das áreas de educação para a saúde prioritárias, inicialmente através de pesquisa bibliográfica e documental, nomeadamente o Referencial de Educação para a Saúde (2017) e ulteriormente, com a realização de um inquérito para auscultação dos alunos quanto às áreas da educação para a saúde que gostariam que fossem abordadas.

As áreas selecionadas pelos alunos, como prioritárias, foram:

1) Saúde Mental e Prevenção da Violência: identidade; pertença; emoções; risco; proteção; valores.

2) Educação Alimentar: alimentação, nutrição e saúde; alimentação e escolhas individuais; alimentação em meio escolar.

3) Comportamentos Aditivos e Dependências: álcool; outras substâncias psicoativas (SPA); outras adições sem substância.

4) Afetos e Educação para a Sexualidade: valores; desenvolvimento da sexualidade.

Tendo em conta Dias (2006), os responsáveis pelo planeamento do projeto consideraram vários fatores no processo de decisão sobre se a educação pelos pares seria a estratégia mais apropriada para o projeto a implementar, nomeadamente: os objetivos que se pretendem alcançar com o projeto; os grupos-alvo a quem o projeto se destina; o contexto ambiental e social onde se irá intervir, incluindo a epidemiologia da problemática a abordar, as características locais e as tendências culturais e sociais; os mecanismos comunitários que apoiam ou criam barreiras à educação pelos pares; a(s) instituição(ões) ou organização(ões) que será(ão) responsável(eis) pelo desenvolvimento do projeto, nomeadamente em relação à experiência de projetos nesta área e à relação que mantém com a comunidade; os recursos que dispõe, nomeadamente recursos humanos, a nível da disponibilidade, das competências e da motivação, e recursos financeiros, incluindo o financiamento, os custos inerentes ao projeto e as instalações e equipamento envolvidos; a forma como esta estratégia poderá ser integrada no contexto de uma resposta abrangente à saúde.

A fase de planeamento contemplou a organização do curso de mediadores de saúde juvenil. O curso pretendeu desenvolver competências nos jovens mediadores, dando-lhes formação e ferramentas, que lhes permitissem estar aptos a capacitar os seus pares (público-alvo), para fazerem escolhas individuais, conscientes, informadas e responsáveis, não exclusivamente na área da saúde, mas com grande impacto na sua vida.

Objetivos

O artigo tem como objetivo a descrição do Projeto EPPA e considerando o acima enunciado, foram definidos os seguintes objetivos, do projeto:

- Dotar os mediadores de saúde juvenil de conhecimentos e de metodologias relativas à educação para a saúde, nomeadamente nas áreas da saúde mental e prevenção da violência, afetos e educação para a sexualidade, saúde alimentar, comportamentos aditivos e dependências;

- Dotar os mediadores de saúde juvenil de conhecimentos que lhes permitam identificar, no contexto da juventude, as principais áreas de intervenção, de forma a poderem alterar e melhorar comportamentos em saúde;
- Capacitar os mediadores de saúde juvenil de instrumentos capazes de promover ações de educação pelos pares na área da saúde;
- Dotar os mediadores de saúde juvenil de capacidades empreendedoras, que promovam as suas capacidades de partilhar conhecimentos e competências com os seus pares, na área da saúde;
- Contribuir para a formação dos mediadores de saúde juvenil como agentes de educação para a saúde pelos pares, capazes de: identificar as etapas da dinâmica de grupos; conhecer técnicas de sensibilização e integração; conhecer técnicas de criatividade; responder às necessidades e motivações dos jovens; trabalhar de forma autónoma e em grupo.

Público-Alvo do Projeto

Na Escola Secundária c/ 3.º ciclo D. Manuel I do Agrupamento n.º 2 de Escolas de Beja, o público-alvo a quem se destinaram as sessões do projeto de educação para a saúde pelos pares foi constituído por alunos do 10.º ano do Ensino Profissional, tanto no ano letivo 2018/2019, como no ano letivo 2019/2020.

Os alunos do ensino profissional são, na sua maioria, alunos que provêm de percursos escolares instáveis, eles próprios muitas vezes provenientes de meios/famílias pouco estruturadas, tendo sido, por isso, selecionados para receberem as sessões de promoção da saúde, por muitas vezes, apresentarem comportamentos de risco.

Na escola Secundária c/ 3.º ciclo Diogo de Gouveia, do Agrupamento de Escolas n.º 1 de Beja, o público-alvo a quem se destinou o projeto de educação para a saúde pelos pares foram os alunos de três turmas do 10.º ano do ensino regular, do ano letivo 2018/2019, bem como no ano letivo 2019/2020.

Mediadores

Os trinta alunos mediadores de saúde juvenil, a beneficiar da frequência do curso, foram selecionados, de entre aqueles que reuniam as seguintes condições:

- Alunos que frequentavam o 12.º ano (em 2018/2019 foram selecionados apenas alunos do Curso de Ciências e Tecnologias, por ser de uma área mais afim da saúde, mas em 2019/2020, foi alargado a todos os alunos dos Cursos Científico-Humanísticos, devido ao manifesto interesse, no ano anterior), dos Agrupamentos n.º 1 e n.º 2 de escolas de Beja;

- Alunos com interesse futuro na área de formação académica/profissional da saúde e desporto;

- Alunos dos cursos de saúde e desporto do Instituto Politécnico de Beja (apenas em 2018/2019, mas devido à falta de adesão destes alunos, em 2019/2020 foram abertas apenas vagas para os alunos do 12.º ano, dos Cursos Cientifico-Humanísticos das duas escolas secundárias, dos Agrupamentos n.º 1 e n.º 2 de Beja).

Foi elaborada uma ficha de inscrição, onde os alunos se identificavam com nome, morada, localidade, contacto telefónico, endereço de e-mail, cartão de cidadão. Deveriam apresentar ainda três razões pelas quais pretendiam participar nessa ação, três expectativas que esperavam ver realizadas nessa ação, três receios que tinham em relação à sua participação nessa ação. Terminava com termo de responsabilidade, em que se comprometiam a cumprir os horários de apresentação e de término das atividades desta ação de formação, bem como a desenvolver as atividades de educação para a saúde junto dos seus pares, decorrentes desta ação de formação. Nessa ficha de inscrição, ainda autorizavam ou não a recolha de imagem e áudio para utilização em relatórios e/ou campanhas de divulgação e promoção do mesmo, bem como a utilização do seu e-mail para receber informação sobre o projeto, no período de duração do mesmo.

Foi elaborada também uma ficha para o/a encarregado/a de educação assinar, em como autorizava o seu/sua educando/a a frequentar o curso de formação intensiva, durante o fim de semana. Foi ainda solicitada autorização para a recolha de imagem e/ou registo áudio para utilização em campanhas de divulgação e promoção das atividades identificadas na ficha, para o envio de informações, no decorrer dessas atividades, através do endereço de e-mail indicado nesse documento. Também se solicitou autorização para o transporte em viaturas da Câmara Municipal de Beja do respetivo educando, sempre que necessário, no decorrer das atividades identificadas na ficha. Igualmente foi pedida autorização aos alunos mediadores e respetivos encarregados de educação, para serem utilizados os dados da avaliação da formação. Os alunos deveriam ainda escrever uma carta de motivação, a acompanhar a ficha de inscrição, que permitia servir como critério de seleção, sempre que houvesse mais candidatos do que vagas.

Desta forma, apostámos numa formação intensiva, em que alunos do 12.º ano e alunos do primeiro ano do Ensino Superior partilhassem as funções de mediadores juvenis, numa perspetiva de formação por pares, mas tendo em consideração que ela pudesse ser sustentável num prazo de dois a três anos.

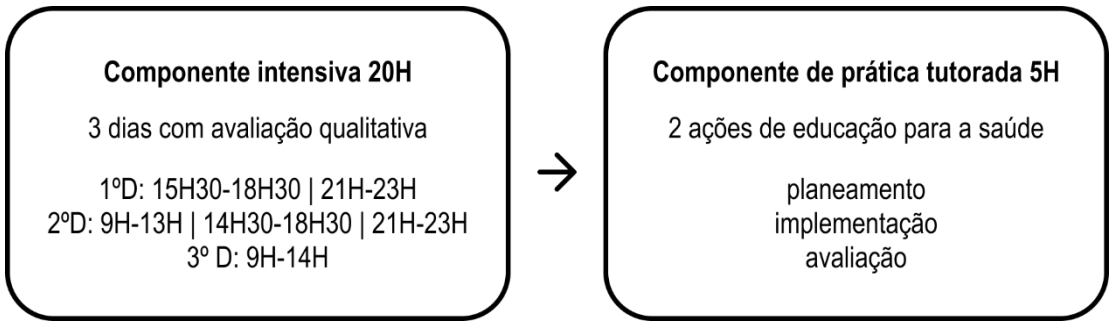
Em 2019/2020 os trinta mediadores foram apenas selecionados de entre os alunos candidatos das duas escolas secundárias c/ 3.º ciclo, dos dois agrupamentos de escolas de Beja, devido à desistência dos alunos da Escola Superior de Saúde.

Método

A metodologia do artigo assenta num relato e análise descritiva e crítica da experiência de educação entre pares, na abordagem preventiva de comportamentos de risco e na promoção de hábitos de vida saudável, com abordagem qualitativa, desenvolvida no Projeto EPPA.

O Projeto teve início com um curso de formação de mediadores teve a duração de 25 horas, divididas numa componente intensiva e numa componente de prática tutorada, conforme esquema da figura 1.

FIGURA 1
Estrutura do curso



No ano letivo 2018/2019, o curso decorreu no fim de semana de 19 a 21 de outubro de 2018 e em 2019/2020 decorreu de 25 a 27 de outubro de 2019.

O curso pretendeu proporcionar aos participantes a oportunidade de experienciar, refletir e vivenciar diferentes situações, quer na área da saúde, quer na área da educação não formal.

Todo o curso foi desenhado numa perspetiva de aprendizagem mútua e participativa, onde os intervenientes podiam e deviam comparar as suas abordagens e experiências na área da saúde, com vista a uma partilha de práticas. Procurando responder às diferentes formas de aprendizagem, o curso foi planeado visando criar uma diversidade de situações e metodologias de trabalho-aprendizagem.

Na componente intensiva foram potenciadas situações de trabalho individual em pequeno e/ou em grande grupo, procurando sempre proporcionar um momento de reflexão e transposição para a realidade no término de cada situação. No final desta componente, pretendeu-se que a equipa dos mediadores estivesse apta a construir, planear e realizar atividades com os estudantes do 10.º ano, o público-alvo, das suas sessões de esclarecimento e sensibilização.

Na componente de prática tutorada, que decorreu na tarde de uma sexta-feira de janeiro, foi potenciado o trabalho em equipa, em todas as fases de planeamento, implementação e avaliação, e com acompanhamento tutorado nas duas primeiras ações de educação para a saúde.

No final de cada sessão, os alunos fizeram a respetiva avaliação, através de resposta a breves questionários, onde apontavam pontos fortes e fracos e que foram sujeitos a análise de conteúdo.

Plano curricular

Com vista a atingir os objetivos propostos foi definido o seguinte plano curricular:

1. Estilos de Vida na Juventude, com os seguintes objetivos: dotar os mediadores de saúde juvenil de conhecimentos e de metodologias de educação para a saúde nas áreas da saúde mental e prevenção da violência, afetos e educação para a sexualidade, saúde alimentar, comportamentos aditivos e dependências; dotar os mediadores de saúde juvenil de conhecimentos que lhes permitam saber as principais áreas de intervenção na área da juventude, de forma a poder induzir alterações nos comportamentos erróneos.

Os conteúdos foram os seguintes: caracterização da população juvenil, suas preocupações, desafios e objetivos; identificação de estilos de vida saudáveis nos jovens; identificação e caraterização dos comportamentos dos jovens em saúde.

2. Metodologias e Intervenção em Educação para a Saúde Juvenil, com os seguintes objetivos: dotar os mediadores de saúde juvenil de conhecimentos e de metodologias de educação para a saúde nas áreas da saúde mental e prevenção da violência, afetos e educação para a sexualidade, saúde alimentar, comportamentos aditivos e dependências.

Os conteúdos basearam-se em: educação para a saúde em jovens nas áreas de saúde mental e prevenção da violência; afetos e educação para a sexualidade; saúde alimentar; comportamentos aditivos e dependências; comunicação em saúde; a importância das relações humanas na educação para a saúde; metodologias de educação para a saúde.

3. Técnicas e Dinâmicas de Trabalho em Grupo, com os seguintes objetivos: contribuir para a formação dos mediadores de saúde juvenil como agentes de educação para a saúde pelos pares, sendo capazes de: identificar as etapas da dinâmica de grupos; conhecer técnicas de sensibilização e integração; conhecer técnicas de criatividade; responder às necessidades e motivações dos jovens; trabalhar de forma autónoma e em grupo.

Os conteúdos assentaram em: estilos de liderança; competências para uma comunicação eficaz; estratégias motivacionais; o trabalho em equipa como forma de melhorar competências; métodos de gestão e mediação de conflitos; técnicas de trabalho em grupo e participação ativa.

4. Metodologias e Técnicas de Formação de Pares, com os seguintes objetivos: capacitar os mediadores de saúde juvenil de instrumentos capazes de promover ações de educação pelos pares, na área da saúde; dotar os mediadores de saúde juvenil de capacidades empreendedoras capazes de partilhar conhecimentos e competências, na área da saúde, com os seus pares; contribuir para a formação dos mediadores de saúde juvenil como agentes de educação para a saúde pelos pares.

Os conteúdos foram os seguintes: conceito e estratégias de aprendizagem ao longo da vida; conceito de educação pelos pares; compreender a importância dos pares nos comportamentos em saúde dos jovens; metodologias e técnicas de educação de pares; papel do educador para a saúde na educação de pares.

Todos os responsáveis por cada sessão preencheram previamente um plano da respetiva sessão, onde apresentavam o Título; Identificação dos Formadores; Data e Horário; Necessidades Espaciais; Objetivos da Sessão; Descrição da sessão; Materiais Necessários; Equipamento; Comentários adicionais; Resultados esperados da Sessão; Recomendações para futuras Ações.

A formação intensiva, tanto em 2018/2019 como em 2019/2020, começou com uma sessão de apresentação do projeto e da equipa, aos futuros mediadores e respetivos encarregados de educação e depois foi composta por sessões informativas, nas diferentes temáticas do RES (2017); dinâmicas de grupo; *energyzers*; trabalhos de grupo; apresentações e discussões de trabalhos; retrospetivas interativas e avaliação das sessões e do curso.

No final da formação, os alunos receberam um certificado de participação na formação de mediadores "Curso de mediadores de saúde juvenil – componente 1", inserido no projeto promovido pela Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo (ULSBA) - "Educação para a saúde pelos pares dos jovens do Baixo Alentejo", numa cerimónia presidida pelo Presidente do Conselho Consultivo da ULSBA e mentor do Projeto EPPA, Professor Machado Caetano, que decorreu numa sala de conferências do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, na presença de toda a organização do projeto, de entidades convidadas da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e das famílias dos jovens mediadores, onde, para além disso, os jovens deram o seu testemunho.

A componente prática tutorada decorreu numa sessão a 4 janeiro de 2019, para os alunos mediadores do ano letivo de 2018/2019 e a 10 de janeiro de 2020 para os mediadores de 2019/2020, tendo início às 15h e término às 21h, sendo constituídas as equipas de mediadores de saúde juvenil e distribuídas nos temas: saúde mental e prevenção da violência; afetos e educação para a sexualidade; saúde alimentar; comportamentos aditivos e dependências.

No dia 18 de janeiro de 2019, os mediadores participantes no primeiro ano de projeto EPPA e a 31 de janeiro de 2020 e os mediadores participantes no segundo ano do projeto, fizeram um juramento coletivo, numa cerimónia de compromisso que decorreu na Biblioteca Municipal de Beja, na presença de toda a organização do projeto, de entidades convidadas da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, da Câmara Municipal de Beja e das famílias dos jovens mediadores.

Compromisso do mediador de saúde:

Premissas: O que tem que saber: ter conhecimentos claros e experiência sobre o que vai partilhar; transmitir os conhecimentos de forma dinâmica e motivadora.

Como deve fazer: elaborar um plano de ação; respeitar as diferenças do público-alvo; ouvir e cativar; orientar e aconselhar; motivar para a mudança de comportamentos.

Valores pessoais e sociais: dedicação; empenho; simpatia; empatia; amor; carinho; paciência; tolerância; compaixão; altruísmo; amizade; companheirismo; responsabilidade; compromisso.

Compromisso: Eu comprometo-me a ser um mediador de saúde que honrará as premissas aqui apresentadas, a fim de promover hábitos de vida saudáveis junto dos meus pares."

A partir da sessão de compromisso do mediador de saúde, as equipas de mediadores, constituídas por alunos das duas escolas secundárias, dos dois agrupamentos e da Escola Superior de Saúde (estes alunos apenas participaram no primeiro ano do projeto, que decorreu em 2018/2019) começaram a trabalhar, no sentido de prepararem as sessões que iriam dar ao público-alvo (alunos do 10.º ano de Cursos de Científico-

Humanísticos do Agrupamento n.º 1 e dos cursos Profissionais do Agrupamento n.º 2), com a supervisão dos respetivos técnicos/especialistas de saúde, das respetivas áreas em que se encontravam a trabalhar.

No ano letivo 2018/2019, todas as sessões planificadas foram ministradas aos respetivos públicos-alvo, sem problema, tendo sido marcadas com a ajuda dos professores de ambas as Escolas c/ 3.º ciclo, dos dois Agrupamentos de Escolas de Beja.

Já no ano letivo 2019/2020, as sessões não foram todas aplicadas e concluídas, devido ao confinamento obrigatório provocado pela COVID-19, que obrigou à conclusão precoce do projeto, no seu segundo ano.

No final do ano letivo de 2018/2019, os alunos receberam um segundo certificado por terem completado o "Curso de mediadores de saúde juvenil – componente 2", inserido no projeto promovido pela Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo - "Educação para a saúde pelos pares dos jovens do Baixo Alentejo", que decorreu durante o ano de 2019, executando as ações de mediação de saúde junto dos seus pares, em ambas as escolas secundárias de Beja.

Resumidamente, o projeto que se iniciou com o fim de semana de formação intensiva teve as seguintes etapas principais: apresentação dos especialistas; sessões sobre as várias áreas temáticas ministradas pelos vários especialistas aos mediadores de saúde juvenil; organização dos grupos de trabalho por área temática e exploração dos temas a desenvolver com os pares (prática tutorada); definição das dinâmicas e atividades a desenvolver com os pares em contexto de sala de aula; planificação das sessões (elaboração de planos de sessão sobre cada área temática); reuniões intercalares com os vários especialistas no sentido de complementar ou supervisionar os materiais elaborados pelos mediadores de saúde juvenil; reunião final com os especialistas; operacionalização das várias sessões com os pares em contexto de sala de aula nos dois agrupamentos escolares de Beja.

Resultados e discussão

No primeiro ano de projeto, no ano letivo de 2018/2019, no final das sessões do fim de semana intensivo foi solicitada a avaliação das mesmas, através do preenchimento de breves questionários, onde os alunos deveriam apontar o mais positivo e o que poderia ser melhorado, relativamente à apresentação e a cada sessão em específico, tendo sido feita a análise de conteúdo, que se apresenta em seguida.

Relativamente à apresentação, foi avaliada como um bom começo; havia motivação por parte dos formadores, que conseguiram cativar; houve boa disposição; foi divertido; foi agradável; foi dinâmico; foi importante para a união do grupo.

Sobre a sessão de afetos e educação para a sexualidade, esta foi considerada informativa, esclarecedora, útil, dinâmica e interessante. Contudo, poderia ter havido uma melhor gestão do tempo, pois houve temas pouco aprofundados.

Os alunos consideraram a sessão sobre estilos de vida na juventude informativa, pertinente, dinâmica, interessante, criativa, inspiradora, divertida.

A sessão sobre saúde alimentar e nutrição foi avaliada pelos alunos, como informativa, esclarecedora, dinâmica, interessante, útil.

A sessão sobre metodologias e intervenção em educação para a saúde juvenil foi considerada informativa, educativa, esclarecedora sobre o que é ser formador na área da saúde. Contudo, poderia ter havido uma melhor gestão do tempo e foi demasiado teórica.

Em relação à sessão sobre saúde mental e prevenção da violência, os alunos avaliaram-na como tendo fornecido informação importante e pertinente, importantes alertas e esclarecimentos, dinâmica, mas consideraram pouco tempo, pois devido à pertinência do tema, gostariam que tivesse sido mais aprofundado.

Os alunos consideraram que a sessão sobre técnicas e dinâmicas de trabalho de grupo foi bem conduzida, permitindo uma boa aprendizagem, dinâmica, divertida, que promoveu a união do grupo.

Quanto à sessão sobre comportamentos aditivos e dependências, esta foi considerada como informativa, esclarecedora, interessante.

E relativamente à sessão sobre metodologias e técnicas de formação de pares os alunos revelaram confiança no conhecimento adquirido, considerando a sessão esclarecedora sobre o futuro da sua ação como educadores e dinâmica.

No final do curso de formação intensiva, em 2018/2019, os 28 alunos responderam a um breve questionário, com vista a uma avaliação geral da mesma, com treze questões, tendo sido feita uma breve análise de conteúdo.

Em relação à questão 1 "O conteúdo da formação foi adequado às tuas necessidades de formação?", vinte e sete alunos responderam que sim e um que não.

Considerando a resposta que deram à questão 1., os alunos deveriam responder à questão 2. "Como? Porquê?". Os alunos que responderam "Sim", na questão 1., justificaram com os bons conteúdos, que foram abordados de forma cativante e bem organizada; dinâmicas interativas; disponibilidade dos especialistas/formadores para esclarecer dúvidas; aquisição de conhecimentos e boas práticas, que dará competências aos mediadores, para transmitir informação; aprendizagem para motivar os jovens, saindo da zona de conforto; aprendizagem de dinâmicas de ensino, que ensinaram a lidar com várias situações; alunos saíram da formação com orgulho em si próprios, mais cientes do que os rodeia.

O aluno que respondeu "Não", na questão 1, justificou que o tema da saúde mental não foi falado e era considerado importante.

Na questão 3. "Como avalias o ambiente no grupo?", todos os alunos consideraram muito bom, ainda que alguns alunos fossem mais tímidos, mas, ao longo do curso, tornaram-se mais participativos e estabeleceram-se relações de amizade, estreitando-se laços. Dois alunos gostariam de ter tido mais tempo de formação.

De entre a grande variedade de respostas, os alunos consideraram, na generalidade, que houve uma grande dinâmica, interação entre formandos e entre estes e os formadores, cooperação, alegria, interajuda e respeito por todos; houve reconhecimento das elevadas capacidades de cada um; a mudança de ambiente (sala/jardim) trouxe uma energia diferente ao grupo; as atividades ajudaram a desvanecer a hesitação e a timidez inicial e a sentirem-se mais à vontade; ambiente no grupo enriqueceu as interações, proporcionando múltiplas ocasiões de aprendizagem.

Na questão 4. "Como foi a influência da dinâmica do grupo no teu processo de aprendizagem?" também se obtiveram respostas bastante variadas, tais como: teve bastante influência na aprendizagem, uma vez que o trabalho foi em equipa, permitindo obter melhores resultados, melhor aprendizagem e possibilitou o respeito pelas ideias de cada um; grupo bastante dinâmico e participativo; a dinâmica promoveu a desinibição, permitiu ouvir opiniões novas e diferentes, facilitando e potenciando a aprendizagem e o espírito de equipa; foi positivo ver pontos de vista diferentes, nos diferentes temas abordados.

Na questão 5. "Qual a tua apreciação sobre a metodologia de trabalho utilizada ao longo do curso?", os alunos consideram, na generalidade, que foi boa ou muito boa, bastante original e adequada, o que permitiu aos alunos aprenderem de forma diferente e bastante positiva; as atividades práticas e dinâmicas, interativas, integradoras, divertidas, muito agradáveis, mas com propósito claro e bem organizadas e motivadoras; boa metodologia, que deu frutos, tendo sido importante para fomentar o trabalho de equipa e para demonstrar situações de forma mais eficaz; a metodologia permitiu envolver os alunos, na identificação e resolução das situações/problemas, promovendo a sua autonomia, a participação, convidando a dar opiniões, a refletir sobre assuntos e isso ajudou na capacitação dos alunos.

Na questão 6. “O que podes dizer que aprendeste através da tua participação, neste curso?”, houve alunos a considerarem que aprenderam que é possível melhorar o desempenho de cada um, se o trabalho for produzido em equipa, onde há entreajuda e respeito pelas ideias de todos; aprenderam métodos de ensino e aprendizagem, sobre os temas tratados pelos especialistas, que lhes permite transmitir e replicar a informação, sobre a promoção da saúde, nos jovens; aprenderam a estar em público, a ser dinâmicos, participativos e motivadores; aprenderam sobre valores pessoais, competências e novas maneiras de ver e avaliar situações; aprenderam a conhecer o seu papel, perante a sociedade e a forma como transmitir os conhecimentos aos outros;

Em relação à questão 7. “Como mediador de saúde, o que sentes mais confiança em fazer, como resultado deste curso?”, os alunos referiram que se sentiriam mais à vontade para explorar e preparar os temas abordados em equipa e tentar transmiti-los aos pares, de forma a melhorar os seus estilos de vida; que sentem mais confiança em abordar todos os temas, de forma criativa, bem como ensinar e ajudar jovens, fazer jogos educativos (dinâmicas) e atividades, abordar e cativar o auditório.

Na questão 8. “Quais são os teus planos de continuidade, após este curso?”, os alunos foram unânimes e manifestaram interesse em aprofundar os conhecimentos na área da saúde e ensinar o que aprenderam aos seus pares mais novos; manifestaram interesse em continuar o projeto e em investir em novas formações nestas áreas, apostando no desenvolvimento pessoal.

Na questão 9. “Quais os tópicos que gostarias de aprofundar após este curso?”, os alunos também foram unânimes em considerar que gostariam de aprofundar todos os temas, havendo nove alunos cuja prioridade recaía no tema dos comportamentos aditivos e dependências, oito alunos priorizavam aprofundar saúde alimentar e nutricional, sete sobre afetos e educação para a sexualidade e quatro sobre saúde mental e prevenção da violência.

A questão 10. foi dividida em três partes, onde se pedia que os alunos fizessem comentários sobre o grupo de:

Participantes: Foram avaliados como respeitadores, com vontade de socializarem e aprenderem; muito interativos; com grande espírito de entreajuda e disponibilidade; ativos, interessados, participativos; havendo bom ambiente e simpatia; divertidos e agradáveis; a participação dos membros do grupo levou a uma melhor dinâmica e tornou a experiência mais agradável; grupo muito dinâmico, tendo o curso sido determinante para a vida pessoal e profissional; as trocas de opinião foram muito interessantes e enriquecedoras.

Especialistas: Foram avaliados como estando bem preparados, transmitindo os interessantes temas, de forma clara e eficaz; disponíveis a ajudar; dinâmicos, na sua maioria; por vezes, teriam beneficiado se houvesse uma maior dinâmica e mais tempo nas apresentações. Houve um aluno que não gostou da metodologia adotada no tema da violência, pois, preferia ter tido mais formação antes de iniciar o trabalho.

Formadores: Foram considerados excecionais; cinco estrelas; dedicados; prestáveis; excelentes profissionais e divertidos; criativos; cativantes e entusiastas; preocupados na integração, muito dinâmicos, interessantes e motivadores; prontos a tirar qualquer dúvida; incentivaram o grupo e tornaram a experiência possível; ensinaram muito; utilizaram uma metodologia adequada para a transmissão dos seus conhecimentos; bem preparados.

No final, foi solicitado que, em resumo, classificassem a formação, na sua generalidade, numa escala de 0 a 20, tendo a maior parte dos alunos classificado a formação, entre os 18 e os 19 valores, acrescentando que a consideraram muito boa; bastante bem preparada e muito dinâmica; interessante e informativa; eficaz, de forma divertida e interessante; muito positiva, pois aprenderam a saber transmitir aos outros.

No final do fim de semana de formação intensiva, em 2019/2020, os alunos foram convidados a escrever, em cinco folhas A3 diferentes “Eu aprendi…”; “Eu percebi…”; “Eu senti…”; “Gostava de dizer…”; “Gostava de agradecer…” e também avaliaram os especialistas, os formadores, o alojamento, os lanches, almoços e

jantares, numa outra folha A3, com o desenho de um alvo redondo, dividido em cinco partes (especialistas, formadores, alojamento, lanches, almoços e jantares), onde cada aluno marcava uma bolinha em cada parte, correspondendo o anel do centro do alvo à melhor classificação (4 pontos) e à medida que se afastavam do alvo, os anéis valiam 3, 2 e 1 ponto, respetivamente. Os formadores tiveram todas as bolinhas no anel central, dos quatro pontos; os especialistas tiveram, na sua maioria, bolinhas no anel dos 4 pontos, quatro bolinhas no anel dos 3 pontos e uma bolinha no anel dos dois e de um ponto. A avaliação do alojamento, que foi na Pousada da Juventude, de Beja teve mais bolinhas nos anéis dos 3 e dos 2 pontos, havendo duas bolinhas no anel dos 4 e de 1 ponto. O lanche de sábado, que foi partilhado, tendo cada participante (alunos, formadores, especialistas, professores acompanhantes) contribuído com o que quis, foi essencialmente avaliado com bolinhas no anel dos 4 e 3 pontos. Os almoços, que foram oferecidos pelo Instituto Politécnico de Beja e decorreram na respetiva cantina e os jantares, no Hospital José Joaquim Fernandes, de Beja, oferecidos pela ULSBA, foram essencialmente avaliados com bolinhas, no anel com 3 pontos, havendo uma bolinha no anel dos 4 pontos, três no de 2 pontos e uma no de 1 ponto.

Na folha "Eu aprendi…", as declarações dos alunos foram muito variadas, realçando-se: dinâmicas interessantes e cativantes, com conteúdos novos e que vão ajudar no futuro; a importância do trabalho em equipa, ouvindo e respeitando as opiniões dos outros; novas técnicas de comunicação, bem como a não ter medo de expor as ideias perante desconhecidos; a fazer novas amizades, rapidamente; novos conhecimentos, relacionados com a saúde; novas técnicas e dinâmicas motivacionais e a pensar fora da caixa.

Na folha "Eu percebi…", os alunos também escreveram afirmações muito variadas, tais como: que trabalhar em grupo é benéfico mais e produtivo; que com as ferramentas corretas, se pode ser um bom comunicador; que se podem fazer novas amizades, em pouco tempo; que violência no namoro é muito mais do que aquilo que imaginamos; que as pessoas são muito mais que aparências e nunca sabemos bem o que se passa na vida de uma pessoa; que somos capazes de mudar vidas e o mundo, se acreditarmos e se tentarmos; que todos juntos, podemos fazer a diferença; que as companhias que nos rodeiam têm um grande peso nas nossas vidas, podendo mudar a vida; que não devemos ter medo de arriscar.

Na folha "Eu senti…" os alunos também deram respostas muito variadas: no início estavam envergonhados, inseguros, mas rapidamente se sentiram parte integrante do grupo, confiantes e à vontade; senti-me de coração cheio e muito mais rica, a nível de conhecimentos, maturidade, de capacidade de comunicação; senti-me bem; senti muitas emoções; senti vontade de mudança, em mim, nos amigos e mundo que rodeia;

Na folha "Gostava de agradecer…" os alunos sentiram vontade de agradecer, essencialmente a todos os intervenientes no projeto, formadores, especialistas, colegas e ao seu mentor, o Professor Machado Caetano, considerando uma experiência única.

Na folha "Gostava de dizer…" os alunos acabaram por elogiar, novamente, a experiência, realçando que: correspondeu ou superou as expectativas; que gostaram da experiência, que foi enriquecedora, divertida e se sentiram realizados; que cresceram a nível pessoal e social; que esperam ser bons mediadores de saúde, para honrarem o projeto; que estas experiências deveriam ser mais regulares, apesar de serem cansativas.

Na cerimónia pública, de entrega dos certificados de participação na formação, que contou com a presença de toda a equipa envolvida no projeto, dos familiares e amigos dos alunos mediadores, estes apresentaram o seu testemunho, sobre as vivências no projeto, incluindo os resultados da avaliação da formação, apontando pontos fortes e pontos a melhorar, bem como as cinco folhas A3 que preencheram com "Eu aprendi…"; "Eu percebi…"; "Eu senti…"; "Gostava de dizer…"; "Gostava de agradecer…"

Em 2019/2020, como medida de melhoria do projeto, também se pretendia fazer uma avaliação ao desenvolvimento das sessões dadas pelos mediadores/educadores aos seus educandos pares, passando um breve questionário aos educandos pares, onde eles deveriam apontar aspetos positivos e aspetos a melhorar, nas sessões que receberam. Contudo, devido ao confinamento, que impediu a conclusão do projeto, esta avaliação não chegou a ser aplicada.

Conclusões

Podemos concluir que o projeto teve grande adesão, por parte dos mediadores (educadores pares), pois do primeiro para o segundo ano de implementação do projeto, tivemos um aumento de candidatos, tendo que se proceder à seleção baseada nos critérios estabelecidos, nomeadamente, na carta de motivação elaborada pelos alunos candidatos a mediadores. Os alunos mediadores foram envolvidos no projeto e participaram, com empenho, motivação e sentido de responsabilidade, quer no curso de formação intensivo, quer na planificação, desenvolvimento e implementação das sessões de sensibilização, para os seus pares educandos. Os alunos mediadores avaliaram o projeto, na sua generalidade como muito bom, tendo as formações sido bastante bem preparadas, informativas e muito dinâmicas, permitindo-lhes aprender a tirar benefícios do trabalho de grupo e a comunicar com público, de modo a transmitir os conhecimentos aos seus pares.

Os alunos educandos, alvo das sessões dadas pelos seus pares, gostaram bastante, sentindo-se à vontade e motivados a participar, nas sessões.

Considera-se assim, que o projeto cumpriu os objetivos propostos, apesar de ter sido interrompido, abrupta e imprevisivelmente, pelo confinamento condicionado pela pandemia provocada pela Covid-19. Contudo, é vontade de toda a equipa envolvida voltar a aplicar o projeto, nos próximos anos letivos.

Agradecimentos

Um especial agradecimento ao Professor Machado Caetano, o mentor do projeto e Presidente do Conselho Consultivo do Baixo Alentejo, que escolheu as escolas Secundárias e Superior de Saúde, de Beja, para aplicar o Projeto EPPA. À Dra. Rute Borrego, a principal organizadora e dinamizadora do projeto. À Câmara Municipal de Beja. À equipa de técnicos e profissionais de saúde, da ULSBA e do DICAD. Aos professores residentes dos Agrupamentos n.º 1 e n.º 2 de Beja e da escola Superior de Saúde.

Financiamento

Câmara Municipal de Beja, que pagou a Pousada da Juventude, para os alunos pernoitarem, durante o fim de semana de formação intensiva; à ULSBA e ao Instituto Politécnico de Beja, que patrocinaram as refeições dos alunos e dos professores e técnicos de saúde acompanhantes.

Referências

Carvalho, A. et al (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Ministério da Educação - Direção Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf.

Carvalho, C., & Pinheiro, M. R. (2018). De igual para igual: a educação pelos pares como estratégia educativa, transformadora e emancipatória. *Cadernos UniFoa*, *Edição 38,* 81-90. https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v13.n38.2638.

DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.* Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/.

Dias, S. F. (2006). *Educação pelos pares: Uma estratégia na promoção da saúde*. Universidade Nova de Lisboa. https://www.pnvihsida.dgs.pt/comunicacao-social/ficheiros/educacao-pelos-pares-pdf.aspx.

Gaspar, T. et al (2022). Health behavior school-aged children – A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia: dados de 2022. *Aventura Social.* https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022.pdf.

Machado, A. et al (2021). Conhece-te e transforma-te: Educação pelos pares na promoção da educação sexual e da igualdade de género. In T. Vilaça & I. C. Viana (Orgs.), *Formação, mediação e supervisão: desafios, desigualdades, emergências e respostas em tempos de covid-19* (pp. 73-98). Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/80069.

Martins, C. (2014). *Educação pelos pares para a sustentabilidade sociocultural: uma investigação centrada na prevenção do VIH/Sida em alunos/as do 8.º ano de escolaridade.* [Tese de doutoramento, Instituto de Educação da Universidade do Minho]. Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/34902.

Padrão, M. R. et al (2021). Educação entre pares: protagonismo juvenil na abordagem preventiva de álcool e outras drogas. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(7), 2759-2767. https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07322021.

Santos, M. P. et al (2017). Promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: educação por pares. *Revista Baiana de Enfermagem*, *31*(3), e21505. https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.21505.

SICAD. (2013). Plano de ação para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2016. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/61/SICAD_Plano_Acao_Reducao_CAD_2013-2016.pdf.

SICAD. (2013). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/61/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf.

SICAD. (2018). Relatório anual de 2017 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riadeDrogasEToxicodepend%C3%AAncias.pdf.

SICAD. (2018). Relatório anual de 2017 - A situação do país em matéria de álcool. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/146/RelatorioAnual_2017_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf.

SICAD. (2019). Relatório Anual de 2018 - A situação do país em matéria de álcool. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/161/RelatorioAnual_2018_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf.

SICAD. (2019). Relatório Anual de 2018 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/162/Relatorio_Anual_2018_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodependencias.pdf.

SICAD. (2020). Relatório Anual de 2019 - A situação do país em matéria de álcool. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/168/RelatorioAnual_2019_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf.

SICAD. (2020). Relatório Anual de 2019 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/

SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/Relatorio_Anual_2019_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodependencias.pdf.

SICAD. (2021). Relatório Anual de 2020 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/175/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependecnias_PT.pdf.

SICAD. (2021). Relatório Anual de 2020 - A situação do país em matéria de álcool. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/176/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf.

SICAD. (2022). Relatório Anual de 2021 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias.pdf.

SICAD. (2022). Relatório Anual de 2021 - A situação do país em matéria de álcool. *Fórum Nacional de Álcool e Saúde.* https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/180/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESPAÑA

M. Inés Gabari Gambarte

Universidad Pública de Navarra | igabari@unavarra.es

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
María García-Pérez Calabuig
Facultad de Educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España
mgarcia@edu.uned.es

Citação:
Gabari Gambarte, M. I. (2025). La educación para la salud em España. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 85-108). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMEN

La Educación para la Salud en España toma como punto de partida los dos conceptos clave de la expresión, el concepto de Salud integral propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1948) y el concepto de Educación para la salud como proceso que promueve y educa en factores que inciden sobre el individuo en particular y sobre la población general. El objetivo es reflejar el modo en el que, a través de la Educación para la Salud, se aborda el Objetivo Desarrollo Sostenible 3 'Garantizar una vida sana y promover un bienestar para todos en todas las edades', apoyándose en cuatro pilares: a) marco legislativo y políticas de salud pública; b) enfoques; c) prácticas efectivas existentes y d) retos y oportunidades. En el marco legislativo, el origen está en la Constitución española (1978) que recoge los derechos a la protección de la salud (artículo 43) y a la educación (artículo 27). Además, otras normativas fundamentales son: la estrategia de salud pública (2022), la ley general de sanidad (1986), la ley de Cohesión y calidad del sistema de salud (2003), la ley orgánica de educación LOMLOE (2020), el plan de calidad para el sistema nacional de salud (2022-2026) o el plan nacional sobre drogas en España. Los cuatro enfoques son: 1) promoción de la salud en la escuela, 2) educación sanitaria asumida por la atención primaria, 3) programas específicos de promoción para la salud y 4) campañas de sensibilización, cuya mirada prioritaria es la prevención. Las prácticas efectivas ponen el foco en experiencias de buena praxis que pueden ser extrapoladas a diversos contextos, seleccionamos ejemplos como la elaboración de materiales que realiza y ofrece la Administración General del estado a través del Catálogo de Publicaciones en materia de promoción de la salud o Aula Farmacia, entre otras. Centramos los desafíos de futuro de la EPS en España en cuatro niveles: la falta de recursos, las dificultades en la coordinación entre agentes, las desigualdades socioeconómicas que se relacionan directa y proporcionalmente con déficit de salud y las resistencias a los cambios en las prácticas individuales y colectiva y en la propia planificación y gestión. Para finalizar, señalamos herramientas que suponen una oportunidad de mejora, son: aportación de las tecnologías de la información y la comunicación y la IA; la implicación de las comunidades; el enfoque desde la prevención y la interdisciplinaridad, en la práctica y en la investigación para la innovación.

Palabras-clave: Educación para la salud; Salud integral; Campaña de sensibilización; Prevención; Programas de promoción de la salud.

Introducción

La Educación para la Salud (EPS) en España toma como punto de partida los dos conceptos clave de la expresión. En primer lugar, el concepto de Salud integral propuesto por la OMS (1948, p.1), que trasciende la visión restrictiva de la mera ausencia de enfermedad, el ampliamente conocido "estado de bienestar físico, social y mental, así como la capacidad de funcionar en la sociedad y no sólo la ausencia de enfermedades" (OMS, 2014, p. 1). Esta es una visión de salud global tanto a nivel individual como social, siendo una responsabilidad de todos: personal de sanidad, biólogos, psicólogos, orientadores, profesores, familias, alumnado. Como afirma Alcántara (2018):

> En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo una medición, cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada en el sector salud desde una política de Estado, que sea eficaz y perdure en el tiempo. (p. 102)

Del mismo modo, en un centro educativo, todos los integrantes tienen responsabilidades al respecto (Caracuel-Cáliz, Cepero-González, Padial-Ruz y Torres-Campos, 2018). Tal y como afirma Monsalve (2013) "las Escuelas como Promotoras de salud son una estrategia que permite la integración de elementos esenciales de Promoción de la Salud y de prevención de la enfermedad en el ámbito de una comunidad educativa" (p.107).

En segundo lugar, el concepto de EPS como proceso que promueve y educa en factores que inciden sobre el individuo en particular y sobre la población general. Se trata de un tipo de educación que repercute positivamente en el desarrollo integral y cuyo objetivo primordial es que la persona alcance un estado de bienestar tanto físico como psicológico, formando personalidades responsables y autónomas en la gestión de la propia salud y de la colectiva (Patiño, 2023).

Se pueden identificar tres metas fundamentales de la EPS. La primera se centra en favorecer conductas positivas orientadas a una vida saludable. La segunda pretende lograr cambios medioambientales que ayuden a mejorar el entorno en el que vivimos y la tercera se dirige a hacer partícipes y corresponsables a los individuos de su proceso del autocuidado de su salud (Cruz Roja Española, s.f.). Según Riquelme (2012), para la consecución de estas metas la EPS, lleva a cabo actividades basadas en fundamentos científicos y emplea metodologías, técnicas y herramientas didácticas específicas para generar un proceso educativo. Estas actividades se realizan bajo dos modalidades: *Individual,* también denominada como educación personalizada, y *Grupal-poblacional* para abarcar mayor número de individuos. Existe un amplio abanico de formatos, entre los más frecuentes se encuentran: sesiones educativas, talleres, orientación, consejería, actividades lúdicas o grupos de autoayuda.

En definitiva, la EPS, en tanto que "disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud" (Hernández-Sarmiento, Jaramillo-Jaramillo, Villegas-Alzate, Álvarez-Hernández, Roldan-Tabares, Ruiz-Mejía, C., & Martínez-Sánchez, , 2020, p. 490) es entendida como un proceso que: promueve y educa en factores que inciden sobre la población en general y sobre cada individuo en particular; enseña conductas e incentiva el cambio para crear comportamientos saludables; informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables; propugna cambios ambientales necesarios; dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos y promociona cambios educativos enfocados a mejorar la salud de todas las personas.

Pilares que sustentan la EPS en España

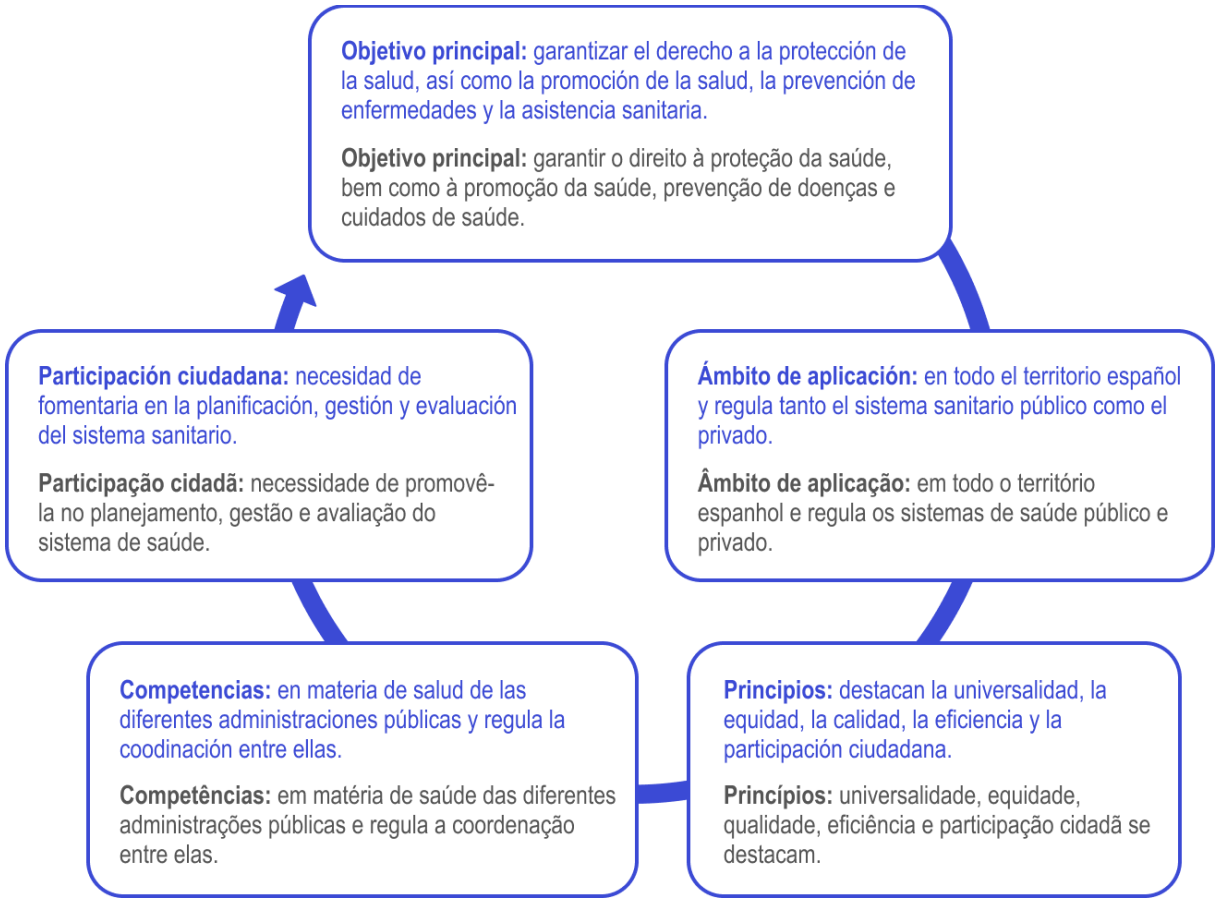
Se han seleccionado cuatro: a) el marco legislativo y las políticas de salud pública en España; b) los enfoques; c) las prácticas efectivas existentes y d) los retos y oportunidades.

1. El marco legislativo

El origen se encuentra en la CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978) que recoge dos derechos fundamentales como son el de protección de la salud (art. 43) y el de la educación (art. 27). Y, dado que la EPS se considera una herramienta clave para mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la carga de enfermedades, se han ido implementado diversas políticas y programas de salud pública en todo el país, incluyendo la ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN en el Sistema Nacional de Salud, *ESP (2022) 'Mejorando la salud y el bienestar de la población'*.

Otra normativa de gran interés es la LEY GENERAL DE SANIDAD, ley 14/1986 de 25 de abril que establece que la promoción y la educación para la salud son elementos clave para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Además, defiende que la educación para la salud debe ser considerada una actividad fundamental en la atención sanitaria. Esta Ley ha ido sufriendo modificaciones en posteriores Leyes orgánicas como las que recoge la novena edición de 12 de junio de 2015. El objetivo principal de la Ley es garantizar el derecho a la protección de la salud, así como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la asistencia sanitaria. Su ámbito de aplicación se extiende por todo el territorio español y regula tanto el sistema sanitario público como el privado. Entre sus principios destacan la universalidad, la equidad, la calidad, la eficiencia y la participación ciudadana. Regula las competencias en materia de salud de las diferentes administraciones públicas y la coordinación entre ellas y sobre considera la necesidad de fomentar la participación ciudadana en la planificación, gestión y evaluación del sistema sanitario (ver Figura 1).

FIGURA 1
Ley 14/1986 General de Sanidad (España)

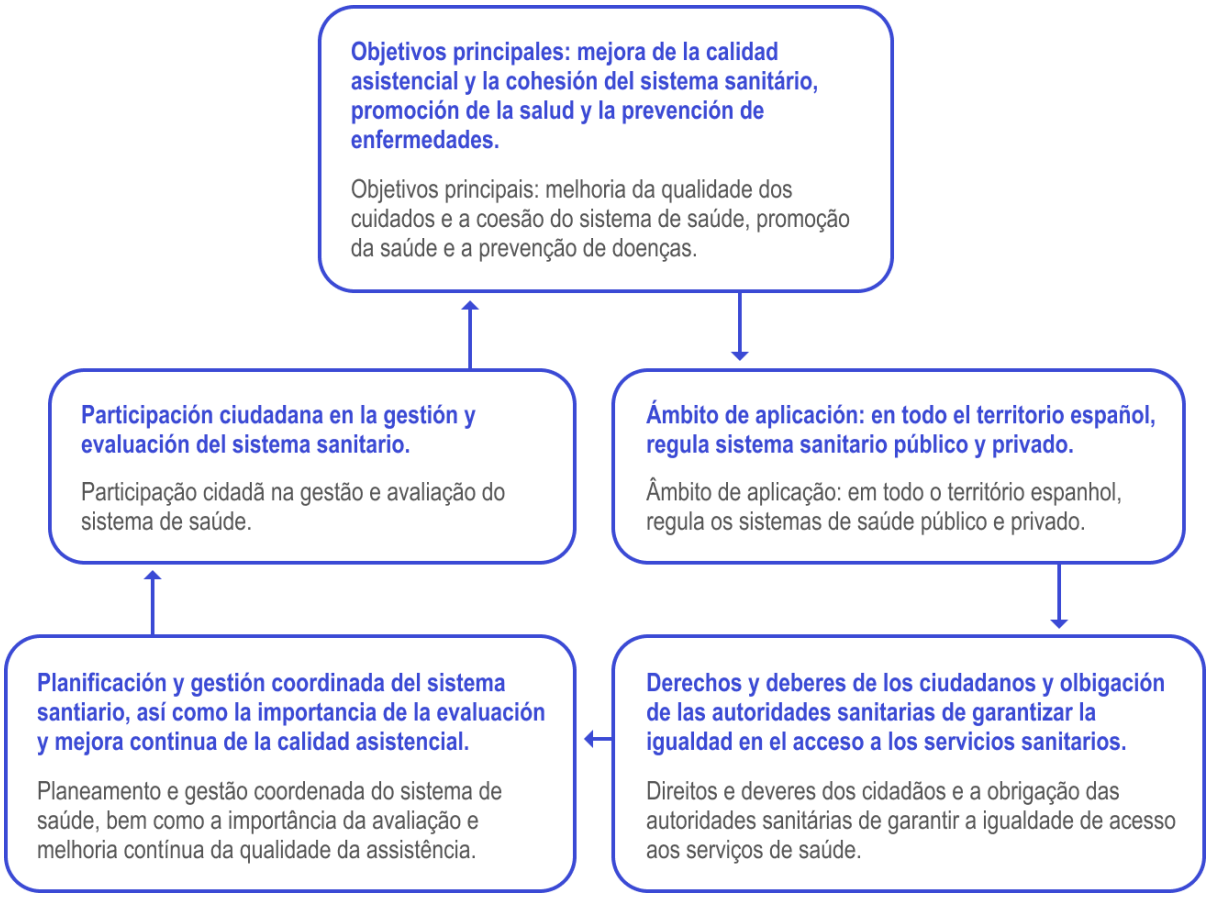


Nota. elaboración propiá

A la anterior norma se suma la LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ley 16 de 28 de junio de 2003 y sus modificaciones en posteriores leyes orgánicas, que establece la obligación de los servicios de salud de fomentar la educación sanitaria de la población, así como la promoción de hábitos de vida saludables. Tiene como objetivos principales la mejora de la calidad asistencial y la cohesión del sistema sanitario, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Su ámbito de aplicación se extiende a todo el territorio español y regula sistema sanitario público y privado. Incorpora los derechos y deberes de los ciudadanos y la obligación de las autoridades sanitarias de garantizar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios. Se ocupa de la planificación y gestión coordinada del sistema sanitario, así como la

importancia de la evaluación y mejora continua de la calidad asistencial y pone especial énfasis en la participación ciudadana en la gestión y evaluación del sistema sanitario (ver Figura 2).

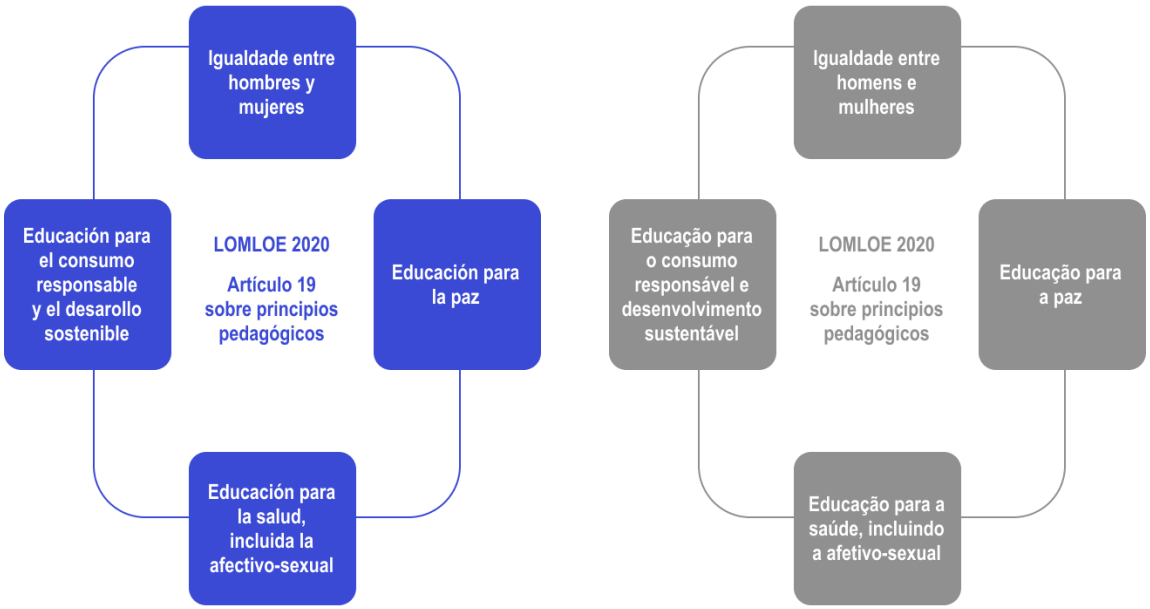
FIGURA 2
Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad Del Sistema Nacional de Salud (España)



Nota. elaboración propiá

En este apartado ocupa un lugar específico la última aprobada, la LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN 3/2020 (LOMLOE), que establece la obligatoriedad de incluir contenidos relacionados con la educación para la salud en el currículo educativo, en educación primaria y en educación secundaria, como son: higiene personal, alimentación sana y variada, ejercicio físico, cuidado del medioambiente, contextos seguros y saludables, sexualidad, descanso o abuso de sustancias, entre otros. En su artículo 19 sobre principios pedagógicos, esta Ley recoge que desde todas las áreas del currículo se promoverá: la Igualdad entre hombres y mujeres; la Educación para la paz; la Educación para la salud, incluida la afectivo-sexual y la Educación para el consumo responsable y el desarrollo sostenible (ver Figura 3).

FIGURA 3
Ley Orgánica de Educación 3/2020 (España) contenidos promovidos desde el currículo



Nota. elaboración propiá

Dentro del marco legislativo encontramos también el PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2022-2026) que establece la necesidad de fomentar la educación para la salud como uno de los objetivos clave en la promoción de la salud en España y cuyo objetivo es dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la cohesión del sistema; garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. El Plan se estructura en seis áreas de actuación (ver Figura 4): 1)Salud y prevención; 2)Equidad; 3)Recursos humanos; 4)Excelencia clínica; 5)Tecnología de la información y 6)Transparencia. Concretamente en el área de Salud y prevención la Estrategia 1 'Proteger la salud' se ocupa de fortalecer los servicios de sanidad exterior, de reforzar la vigilancia epidemiológica y de gestionar riesgos ambientales para la salud. La Estrategia 2 'Salud y hábitos de vida' se ocupa de analizar la evidencia sobre la efectividad de estrategias de promoción de salud y prevención primaria, de impulsar el desarrollo de la Atención Primaria y de prevenir: obesidad, consumo de alcohol (en menores de 18) y accidentes domésticos.

FIGURA 4

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en España (2022-2026)



Nota. elaboración propiá

Por último, en este ámbito normativo contamos con el PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, que es un conjunto de estrategias y acciones coordinadas por el Gobierno para prevenir y reducir los riesgos y daños asociados al consumo de drogas y sustancias psicoactivas. Se encarga de diseñar y desarrollar políticas públicas en materia de drogas, así como de coordinar y supervisar su implementación por parte de las diferentes administraciones públicas En este contexto, la Figura 5 incluye la imagen de la Estrategia Nacional sobre adicciones (2021-24).

FIGURA 5
Estrategia nacional sobre adicciones (2021-24) en España



Nota. fuente https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

En resumen, las principales normas legales que regulan los diferentes aspectos de la EPS en España tienen como base la Constitución Española. En el desarrollo de los derechos fundamentales ocupan un lugar fundamental: la Estrategia de Prevención de la salud y promoción (ESP), cuyo lema es 'Mejorando la salud y el bienestar de la población'; la Ley General de Sanidad, cuyo objetivo principal es garantizar el derecho a la protección de la salud, así como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la asistencia sanitaria; la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud, cuyo objetivo se plantea la mejora de la calidad asistencial y la cohesión del sistema sanitario y la Ley Orgánica de Educación que establece la obligatoriedad de incluir contenidos relacionados con la educación para la salud en el currículo educativo, en educación primaria y en educación secundaria. A esta regulación se unen Planes como el de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud o el Plan Nacional sobre Drogas.

A continuación, tal y como anunciábamos al inicio del texto, dedicamos el punto siguiente a la descripción del segundo pilar que sustenta la EPS en España y que se centra en los enfoques diversos desde los que se aborda.

2. Los enfoques

Entre el amplio abanico de enfoques que se adoptan para desarrollar la EPS en España, hemos seleccionado cuatro que se concretan en:

2.1. La promoción de la salud en la escuela: la educación en salud es un componente importante en el currículum escolar en España orientado al desarrollo de competencias clave de comunicación lingüística, de matemáticas y ciencia y tecnología, digital, de aprender a aprender, sociales y cívicas, sentido de la iniciativa y espíritu emprendedor, así como de conciencia y expresiones culturales. En su adquisición se promueve la adopción de estilos de vida saludables y se fomenta la prevención de enfermedades y lesiones. Además, se llevan a cabo campañas de sensibilización y se ofrecen talleres y actividades relacionadas con la salud.

Un lugar central lo ocupa la pertenencia a las Red SHE de ESCUELAS PARA LA SALUD EN EUROPA que se centra en apoyar a organizaciones y profesionales en campo del desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela en todos los países, proporcionando una plataforma europea. Se plantea hacer de las escuelas promotoras de salud y de la salud escolar una parte más integrada en las políticas que

se desarrollan entre los sectores educativo y sanitario en Europa. En este marco, en España surgen Redes autonómicas de Escuelas Promotoras de Salud, mediante dos modos diferentes de participación (Ver Figura 6).

2.1.1. Comunidades que han creado sus propias redes de escuelas promotoras de salud (por ejemplo Aragón, Canarias, Cantabria, Extremadura).

FIGURA 6
Redes autonómicas de Escuelas Promotoras de Salud en España



Nota. elaboración propiá

2.1.2. Otras Comunidades, se integran en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud mediante diferentes convocatorias (por ejemplo: Asturias, Valencia y Navarra). En Navarra concretamente las Escuela Promotoras de Salud se basan en el concepto positivo de la salud y del bienestar y en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del niño (UNICEF, 2006), promocionando valores de la red SHE como Equidad, Sostenibilidad, Inclusión, Empoderamiento y Competencia de acción y Democracia en sus diferentes campañas y recursos (Ver Tabla 1). Una de sus intervenciones se centra la elaboración de recursos didácticos y de divulgación en ámbitos como: la alimentación saludable, el ejercicio físico, la prevención de adicciones y de accidentes, el bienestar emocional y afectivo-sexual y los autocuidados en general, entre otros.

TABLA 1
Valores y Pilares de la Red SHE en C.F. Navarra (España)

VALORES	PILARES
Equidad	Participación
Sostenibilidad	Calidad educativa
Inclusión	Evidencia
Empoderamiento y Competencia de acción	Escuelas y comunidades
Democracia	Enfoque global de la salud

2.2. *La educación sanitaria asumida por la atención primaria*, está implicada en el impulso de estilos de vida saludables en los colectivos. La atención primaria de salud es un ámbito clave para la educación sanitaria. Los profesionales de la salud llevan a cabo actividades educativas para pacientes y familias, con el fin de fomentar la prevención de enfermedades y mejorar el manejo de enfermedades crónicas.

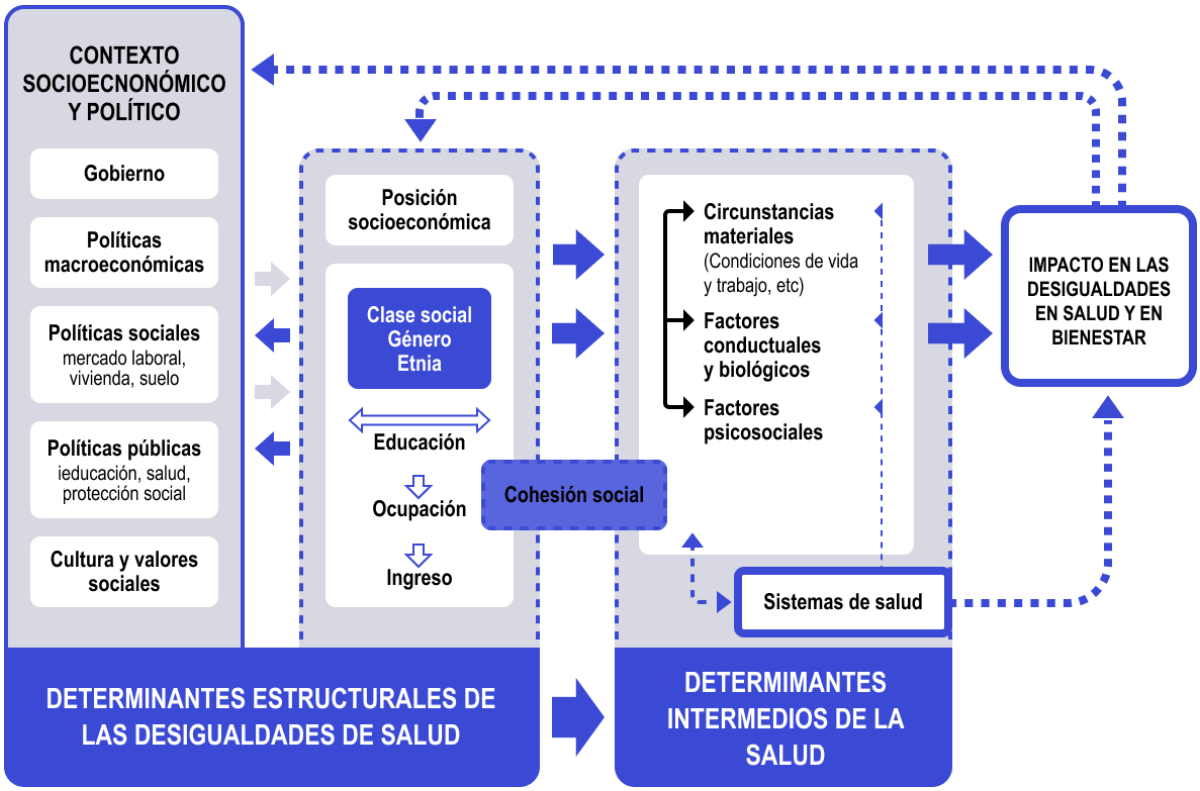
Al respecto, Córdoba y Nebot (2005, p.154) recogen las Estrategias de intervención adecuadas a las distintas etapas del proceso de cambio propuestas por Prochaska y Di Clemente, recogidas en la Tabla 2.

TABLA 2
Estrategias de intervención en educación sanitaria de atención primaria

ETAPAS	***ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN***
PRECONTEMPLACIÓN	*Proporcionar más información* *Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia)* *Personalizar la valoración*
CONTEMPLACIÓN	*Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta* *Ofrecer apoyo* *Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio* *Proporcionar material de ayuda*
ACCIÓN	*Ofrecer apoyo* *Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas*
MANTENIMIENTO	*Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas*
RECAÍDA	*Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída Proporcionar información sobre el proceso de cambio Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar Ofrecer apoyo (no condicionado a la conducta)*

En este ámbito, la OMS señala dos rubros de Determinantes que condicionan la Promoción de la Salud desde la atención sanitaria y que son: los determinantes estructurales de las desigualdades en salud y los determinantes intermedios en la salud. Al respecto, De la Guardia y Ruvalcaba (2020, p. 85) incluyen la representación propuesta por Solar e Irwin (citado en Who, 2007, p. 48) describiendo el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud recomendado por la OPS/OMS para su abordaje y que menciona estos dos grandes rubros de determinantes (ver Figura 7).

FIGURA 7
Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OPS/OMS



Nota. fuente Solar, O. & Irwin, A. (2007, p. 48). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy andPractice) WHO

La educación sanitaria pretende conseguir que la población adquiera conocimientos básicos en cuestiones sanitarias para prevenir enfermedades, tratamientos en caso de urgencias, nutrición adecuada, etc. Es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Para la consecución de sus metas, planifica y diseña un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente todos los actores, como parte de las actividades institucionales.

En definitiva, el objetivo fundamental de la educación sanitaria pretende hacer de la salud un bien colectivo, formando a la población para que pueda contribuir en su salud de manera participativa y responsable, cambiando conductas perjudiciales y consolidando las saludables. Se fundamenta en la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, para mejorar los determinantes de salud de toda la población y permitir el aprendizaje de hábitos de vida saludable.

2.3. *Los programas específicos de promoción para la salud*, que se desarrollan desde diferentes administraciones e instituciones en muy diversos ámbitos, como la promoción de la salud en el trabajo (Red española de empresas saludables), la promoción de la salud en el deporte y la actividad física,

la prevención del tabaquismo o la promoción de la salud mental (en cuyo seno encontramos un tema de actualidad como la prevención del suicidio). Nos detendremos brevemente en cada uno de estos ámbitos:

2.3.1. *Promoción de la salud en el trabajo*

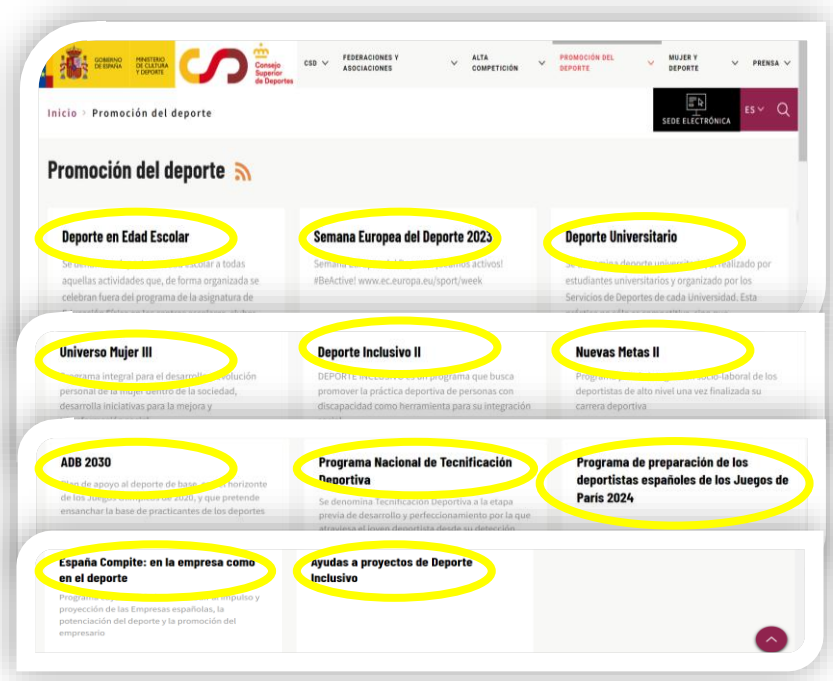
Desde 1996, el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el Trabajo en España impulsa la difusión de la imagen de Promoción de la Salud desde un nuevo concepto de gestión de la salud en el trabajo, más allá del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales. En concreto, en el año 2013 la Red Española de Empresas Saludables del INSST puso en marcha el proyecto 'Empresas Saludables' inspirado en la visión de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) y su lema: "Trabajadores sanos en empresas saludables". Este impulso va a suponer que cualquier empresa u organización, independientemente de su tamaño, titularidad o sector, pueda manifestar su compromiso solicitar su adhesión a la Declaración de Luxemburgo y si cumple con los criterios de calidad elaborados por la ENWHP puede pedir su reconocimiento como buena práctica en promoción de la salud en el trabajo.

En el *website* del INSST se pueden consultar los numerosos cursos y jornadas de formación que se celebran de manera continuada.

2.3.2. *Programas de promoción de la salud en el deporte y la actividad física*

El principal impulsor de la salud en el ámbito del deporte y de la actividad física en España es el propio Consejo Superior de Deportes del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. En su sitio web puede consultarse la pestaña dedicada a las diferentes esferas (ver Figura 8)

FIGURA 8
Web del Consejo Superior de Deportes (España)



Nota. adaptado de https://www.csd.gob.es/es/promocion-del-deporte

A nivel regional, desde los Gobiernos Autonómicos de las diferentes comunidades también se destinan recursos para la Promoción de la Salud en el ámbito deportivo, por ejemplo en la Región de Murcia encontramos el *Programa de Actividad Física Terapéutica* (Plan A+D); en Cáceres, región de Extremadura, los *Programas de Ejercicio Físico para la Promoción de la salud 'salud y autonomía personal'* o en Madrid el *Programa de prescripción de actividad Física y ejercicio físico* de la Consejería de cultura, turismo y deporte y Consejería de sanidad de la Comunidad, financiado con Fondos *Next Generation,* son solo algunos de los ejemplos.

Ayuntamientos, universidades, centros educativos y clubes deportivos son otros organismos e instituciones que abordan la EPS a través de programas y actividades diversas de prevención y promoción de la salud, que van desde la práctica de Yoga, talleres de risoterapia, práctica de baile, aprendizaje de deportes diversos, participación en torneos y un largo etc. (Ayuso, Medina y Molina, 2018; González-Valero, Zurita-Ortega, Puertas-Molero, Chacón-Cuberos, Garcés y Sánchez, 2017; Pulido, Sánchez-Oliva, Sánchez-Miguel, González-Ponce y García-Calvo, 2016).

2.3.3. Prevención del tabaquismo

Los Programas de prevención del tabaquismo son numerosos y, al igual que ocurría con los programas anteriores, se fomentan, patrocinan, subvencionan, diseñan y llevan a cabo desde diversas entidades. Algunos ejemplos son: el *Programa de Prevención y control del tabaquismo* del Principado de Asturias (2019-2023); el *Programa de intervención sobre tabaquismo en educación secundaria* ITES Plus del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; el *Programa de atención al tabaquismo* del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) o el *Programa de prevención y control del consumo de tabaco 'Por un Madrid sin tabaco ¿te apuntas a dejar de fumar?*' de la Estrategia 'Madrid una ciudad saludable' 2020-2024, entre otros.

Un dato relevante al respecto es que en el mes de febrero de 2023, el Ministerio de Sanidad comenzó a financiar *Todacitan*, un medicamento para dejar de fumar en 25 días. Tras la retirada del 'champix' va a ser el único fármaco financiado por la Seguridad Social. Los estudios reflejan que la eficacia es del 76%, lo que supone que dejan de fumar 3 de cada 4 sujetos que lo toman (Aguiló, 2022).

2.3.4. Promoción de la salud mental

Son muy numerosas propuestas que encontramos, pero consideramos que la referencia obligada es al Plan de Acción de Salud Mental (2022-2024) de la Dirección de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, que tiene como objetivo

> … contribuir a la mejora de la salud mental de forma que permita afrontar los efectos en la salud mental de la crisis sanitaria y social generada por la pandemia del COVID-19 y los efectos de otros factores de distinta índole que afectan a la salud mental en la actualidad. El documento define las acciones prioritarias emprendidas por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España para la consecución de las líneas estratégicas incluidas en la «Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026» incluyendo indicadores y resultados esperados. (https://consaludmental.org/centro-documentacion/plan-accion-salud-mental-2022-2024/)

Cabe también destacar que en el ámbito de la salud mental uno de los temas que mayor preocupación ha despertado en los últimos tiempos es la prevención del suicidio. Tal y como señala Gabilondo (2020) en el Informe SESPAS,

Analizar la aplicabilidad en España de intervenciones que funcionan bien en culturas y modelos asistenciales diferentes, y realizar los ajustes pertinentes, es también un aspecto prioritario. Por otro

lado, sería aconsejable colocar el problema en el foco de la salud pública y no únicamente de la psiquiatría, lo que ayudaría a conseguir la necesaria visión transversal y la implicación de sectores ajenos a la salud mental (p. 32).

2.4. *Las campañas de sensibilización*, cuya mirada prioritaria es la prevención, son frecuentes en el los contextos de riesgo como VIH, enfermedades cardiovasculares o cáncer.

En relación con el VIH, el Ministerio de Sanidad tiene como objetivo: promover actitudes de respeto hacia las personas con infección por el VIH, sensibilizando e informando sobre el derecho a la igualdad de oportunidades que evitan situaciones de discriminación (Ministerio de Sanidad - Prensa y comunicación - Prevención del VIH. Frente al VIH, no bajes la guardia). La Campaña Día Mundial del Sida está Enmarcada en el Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH (noviembre de 2018)

En lo que respecta a las Prevención de las enfermedades cardiovasculares, cabe destacar que, según la agencia EUROSTAT, en 2021 la esperanza de vida al nacer en la UE era de 80,1 años. A nivel de países, la esperanza de vida al nacer más alta se registró en España (83,3 años), Suecia (83,1 años), Luxemburgo e Italia (ambos 82,7 años), mientras que la más baja se registró en Bulgaria (71,4 años), Rumania (72,8 años) y Letonia (73,1 años). En concreto, la región de la UE con mayor esperanza de vida al nacer fue Madrid (85,4 años), seguida de Navarra (84,8 años) y la región finlandesa de las Islas Åland (84,6 años). Le siguen Castilla y León y la Provincia Autónoma de Trento con 84,3 y 84,2 años, respectivamente, y después Estocolmo (84,1 años) con otras tres regiones españolas: Cantabria y País Vasco (ambas con 84,0 años) y Galicia (83,9 años). El top 10 también incluye Île-de-France y Rhône-Alpes en Francia y la Provincia Autónoma de Bolzano en Italia, todas con 83,8 años.

No es de extrañar que la promoción de hábitos saludables para prevenir las enfermedades cardiovasculares ocupe un lugar central en las acciones de EPS. Baste como ejemplo la campaña de concienciación dirigida a población entre 40 y 60 años iniciada por la Comunidad de Madrid, con el lema 'Consejos de Corazón' (Estilos de vida saludables y prevención de enfermedades cardiovasculares | Comunidad de Madrid). Esta campaña, que podría representar a muchas otras, consta de cinco ejes temáticos sobre factores de riesgo, instando a la ciudadanía a la alimentación sana, con un mayor consumo de verduras, legumbres y la reducción de sal y azúcar; realización de actividad física cada día y evitación del sedentarismo; reducción del consumo de alcohol y no fumar; gestión del estrés, con técnicas como el yoga o la meditación y, por último, control del colesterol, la presión arterial y el mantenimiento de un peso adecuado.

En cuanto a la prevención del Cáncer, en enero 2023 la Asociación Española Contra el Cáncer lanzó la campaña 'Todos contra el cáncer' para comunicar a la ciudadanía que esta enfermedad afecta o afectará a todos, ya sea directamente, o indirectamente a través de un ser querido o cercano. Desarrollada con la agencia LLYC, este trabajo hace un llamamiento a la ciudadanía a elegir la prevención, detección precoz y la investigación para alcanzar el 70% de la supervivencia en cáncer en 2030.

2.5. *La EPS en los medios de comunicación*

Los medios de comunicación son un canal importante para la educación en salud en España. Su empleo sirve como vía para llevar a cabo campañas de sensibilización y para ofertar programas y documentales sobre temas de salud, como las siete promociones del Programa Educativo CUIDATE PLUS que tiene como objetivo enseñar a los niños y niñas de los colegios públicos y privados de la

Comunidad de Madrid (10-12 años) a cuidar de su salud y de la de sus familias, con el fin de mejorar su formación en prevención y en autocuidado, así como en el uso responsable de las tecnologías, de manera integrada con la programación curricular de cada curso. Está diseñado para enseñar conceptos básicos en alimentación, salud bucodental, primeros auxilios, actividad física y nuevas tecnologías y a través de talleres impartidos por profesionales sanitarios mediante la colaboración de sociedades, colegios profesionales y entidades especialistas en salud.

Mención especial merece el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación. En 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una serie de normas para una comunicación responsable sobre la conducta suicida en los medios de comunicación que el Ministerio de Sanidad en España va a recoger en el Manual titulado *Recomendaciones para le tratamiento del suicidio por los medios de comunicación, Manual de apoyo para sus profesionales*, cuya recomendación principal se recoge en la siguiente cita:

Las cifras de suicidio en España, aunque con tasas menores que en el resto de Europa, hacen necesario que se superen los hábitos tradicionales que abogaban por silenciar el suicidio en la prensa, un problema que sigue siendo tabú en múltiples entornos ciudadanos. Estamos ante un nuevo reto en el que es imprescindible la implicación y la colaboración directa de los medios de comunicación. Debemos dotarnos de nuevas reglas para el tratamiento informativo (elaboración de noticias, reportajes, etc.) que permitan hacer llegar a la población la información adecuada sobre los recursos disponibles que ayuden a cumplir los objetivos de prevención. El silencio informativo no es una opción. El sensacionalismo, tampoco (p.6).

Tras describir los dos primeros pilares que sustentan la EPS en España, el primero dedicado al marco legislativo y las políticas de salud y el segundo a los enfoques, dedicamos el siguiente apartado a la descripción del tercero de los pilares y que se ocupa de las prácticas efectivas existentes.

3. Las prácticas efectivas existentes

La educación para la salud en España se lleva a cabo a través de diversas prácticas, incluyendo

- la educación formal en las escuelas,
- la educación comunitaria
- la promoción en los lugares de trabajo
- la educación para la salud en las clínicas y hospitales

Las prácticas efectivas ponen el foco en experiencias de buena praxis que pueden ser extrapoladas a diversos contextos. En este apartado algunos ejemplos representativos son:

- *Materiales* que realiza y ofrece la Administración General del estado a través del Catálogo de Publicaciones en materia de promoción de la salud. Por ejemplo, el Material para docentes: aprender sobre salud y la promoción de la salud en las escuelas: conceptos y actividades claves de Paakkari, Simovska y Pedersen (2020) que se divide en tres secciones: a) Selección de conceptos clave; b) Procesos participativos y resultados de aprendizaje y c) Ejemplos de actividades de enseñanza y aprendizaje. El objetivo es que sirva de ayuda a los docentes y otros educadores a fomentar el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan al alumnado crear competencias y emprender acciones relacionadas con la salud, el bienestar y desempeño escolar.

- *Experiencia PERSEO de control de la obesidad*, la innovación educativa en hábitos saludables de la Junta de Andalucía, (con la implicación de tres de sus consejerías), o Aula Farmacia, entre otras, que

se enfoca en la promoción de hábitos de vida saludable y prevención del consumo de drogas entre adolescentes. Se basa en un enfoque participativo y comunitario, involucrando a los jóvenes, sus familias, los profesores y otros miembros de la comunidad en la implementación de acciones para la promoción de la salud.

- *Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable*, en centros docentes de Andalucía sostenidos con fondos públicos (excepción universitarios). Con dos modalidades: a) Creciendo en Salud centros de enseñanzas de educación infantil, especial y primaria y b) Forma Joven para centros educativos de enseñanzas de educación secundaria
- *Programa de salud sexual y reproductiva de Salud Pública* del Ayuntamiento de Madrid, dirigido a los y las adolescentes, jóvenes y personas en edad fértil en vulnerabilidad social, personas de colectivos LGTBQIA (TLGBQI), así como a todas las poblaciones intermedias (del ámbito docente, del sanitario, de la mediación social, etc.) que trabajan con estas poblaciones.
- *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS) de la Sociedad española de medicina de familia y comunitaria (semFYC). Sus objetivos son (https://papps.es/objetivos/):

    1. Estimular la calidad assistencial en los centros de atención primaria promoviendo la integración de un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de Atención Primaria.

    2. Detectar las dificultades que genera su implantación, así como identificar las necesidades de personal e infraestructura precisas para llevarlo a la práctica.

    3. Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a la evidencia científica, datos de morbimortalidad, los recursos disponibles y los resultados de las evaluaciones de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria.

    4. Promover la formación e investigación sobre la prevención en Atención Primaria, realizando proyectos específicos relacionados con el programa.

- Aula Innova+, programa Aula de la Farmacia. La primera edición tiene lugar en enero 2022. Se lleva a cabo en farmacias comunitarias y se enfoca en la educación sobre el uso responsable y seguro de medicamentos. Incluye la realización de actividades educativas y la distribución de material informativo sobre los riesgos y beneficios de los medicamentos. Los formatos son:
    - un informativo noticiario de la materia del capítulo del que se trate
    - un concurso televisivo, el experto escoge opción correcta y la comenta
    - un programa de medianoche con una entrevista distendida sobre el tema
    - un reality show de las vivencias de un o una profesional farmacéutico a la hora de implementar lo aprendido y dificultades con las que se puede encontrar.

El listado de propuestas agotaría la extensión del presente capítulo, baste con las referidas para hacerse una idea del amplio abanico de intervenciones existentes bajo el paraguas de prácticas efectivas en la EPS en España.

Por último, el cuarto pilar pilares que sustentan la EPS en España completa la visión ofertada por el primero, dedicado al marco legislativo y las políticas de salud, el segundo centrado en la descripción de los enfoques el tercero que aborda prácticas efectivas existentes, añadiendo un planteamiento de los retos y oportunidades.

4. Los retos y oportunidades

Centramos los desafíos de futuro de la EPS en España en cuatro niveles, que no se excluyen entre sí: la falta de recursos, las dificultades en la coordinación entre agentes, las desigualdades socioeconómicas que se

relacionan directa y proporcionalmente con déficit de salud y las resistencias a los cambios en las prácticas individuales y colectiva y en la propia planificación y gestión.

4.1. La falta de recursos. La educación para la salud requiere de recursos y financiación adecuada para poder llevar a cabo programas efectivos. La falta de recursos puede limitar la capacidad de los programas para llegar a su público objetivo, sin embargo, el gasto en sanidad en España ha caído durante el pasado año 2023. El Gobierno anunció a Bruselas que lo recortaba tres décimas, pese a haberse disparado las listas de espera hasta niveles récord. En 2025 seguirá sin alcanzar el 7% prometido por Sánchez.

4.2. Dificultades en la coordinación. La educación para la salud en España se lleva a cabo por diferentes actores, como las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud y las organizaciones comunitarias. La coordinación entre estos actores puede ser difícil, lo que puede limitar la efectividad de los programas (ver Figura 9).

FIGURA 9
Marco conjunto em la Promoción de la Salud



Nota. fuente González Fernández, J. A. et. al (2017)
http://www.congresoactivosgrx.es/2017/05/20/la-coordinacion-interinstitucional-en-promocion-de-la-salud/

4.3. Desigualdades socioeconómicas. Las desigualdades socioeconómicas pueden influir en la salud de las personas y limitar su acceso a programas de educación para la salud.

Es necesario garantizar que estos programas sean accesibles y adaptados a las necesidades de todas las poblaciones.

- **"Mapeos de activos en salud"**: proyecto de promoción de la salud basada en activos en salud en los barrios desde un enfoque de equidad en salud y derechos humanos.
- **«Comunidades activas en salud»**: proyecto para la promoción de la visibilización e inclusión de personas y colectivos en riesgo de exclusión social con especial impacto en la salud a través del «cruces de saberes».

4.4. Resistencia al cambio. La educación para la salud a menudo implica cambios en los comportamientos y hábitos de vida, lo que puede generar resistencia al cambio por parte de algunas personas. Es necesario trabajar en estrategias efectivas de comunicación y motivación para lograr cambios positivos en la salud.

A modo de conclusión. Oportunidades

Para finalizar, señalamos algunas herramientas que suponen una oportunidad de mejora, y que son comunes a otros ámbitos. En primer lugar, la indudable aportación de las tecnologías de la información y la comunicación, con el valor 'añadido' que está suponiendo la IA en su reciente extensión a nivel de usuario. En segundo lugar, la implicación de las comunidades, que no es un factor nuevo, pero sigue siendo imprescindible. En tercer lugar, el enfoque desde la prevención, que tan evidente ha sido en el tiempo de pandemia y postpandemia por el SARS-Cov-2. La interdisciplinaridad, tanto en la práctica como en la indagación rigurosa que supone la investigación para la innovación, es una oportunidad que es preciso fortalecer para la mejora de la EPS en España (ver Figura 10).

FIGURA 10
Oportunidades para la EPS en España



Nota. elaboración propiá

1. *Uso de TIC:* como las redes sociales, aplicaciones móviles y plataformas en línea, IA, pueden ser utilizadas para llevar a cabo programas de educación para la salud y llegar a una audiencia más amplia. Al respecto Marina y Feliz en un estudio realizado en 2020, titulado Percepción en la búsqueda de información y educación para la salud en entornos virtuales en español, en el que participan n=974 sujetos, apuntan que:

> Se está produciendo un crecimiento continuo de las búsquedas en Internet de información para la salud, que son realizadas por la casi totalidad de los encuestados y en menor grado las de educación para la salud, siendo las tecnologías más utilizadas el ordenador y el Smartphone que es utilizado preferentemente por los más jóvenes[21,22], lo que coincide con estudios de referencia. Las redes sociales más utilizadas en todas las edades son Facebook y YouTube, se trata de redes que permiten la relación de profesionales, pacientes y familiares de estos o de grupos de salud y la descripción de cuidados y autocuidados.
>
> El acceso a búsquedas para la salud se realiza con una frecuencia semanal o diaria por más de una tercera parte de los encuestados y el resto lo realiza esporádicamente según situaciones vitales -embarazo, hijos pequeños, personas dependientes- o en relación con pruebas, enfermedades o síndromes, tanto de ellos como de familiares y allegados (Marina y Feliz, 2020, p.13)

Otro reciente estudio en este ámbito es el titulado: Educación para la salud, prevención y promoción comunitaria a través de la página de *Facebook* de un centro de salud de atención primaria. Rodríguez-

González (2021, p. 58) describe la experiencia que se inicia en 2018 con la creación de una página para el centro de salud de Altamira con el objetivo de "acercarse al/la usuario/a y promover la educación para la salud, la prevención y la promoción de la salud comunitaria, además de convertirla en un activo de salud más a disposición de la comunidad". Se encuentra que a lo largo de dos años la página cuenta con más de mil usuarios, la mayoría mujeres y que las actividades con mayores índices de participación son las de carácter comunitario.

En cuanto a la controvertida contribución de la IA a la educación, es extensible también a la EPS, ámbito en el que cuestiones de vulnerabilidad, barreras de acceso o discriminación pueden aparecer de manera notable. Según Flores (2023),

> …diversos especialistas, verdaderas autoridades en este campo tecnológico, se preguntan si la Inteligencia Artificial Futura (IAF) ¿tendría inteligencia real, entendimiento real, creatividad real? Así también, ¿tendría identidad, integridad moral, libre albedrío? Para Boden (2022), «estas no son preguntas científicas, sino filosóficas […]hay quien diría que no tiene importancia: lo importante es lo que harán realmente las IAF. No obstante, las respuestas podrían afectar a cómo nos relacionamos con ellas». Por su parte, Gabriela Ramos, subdirectora General de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO, con la reciente «Recomendación sobre la Ética de la Inteligencia Artificial» (Urbán,2021) sostiene que: «lo que sucede es que siempre tratamos de perseguir, pero se debe contemplar todo el ciclo de la inteligencia artificial desde la investigación, el desarrollo, la implementación, la evaluación del impacto, la retroalimentación, el desarrollo de los algoritmos, el marco conceptual de los algoritmos… Todos estos pasos requieren la reflexión ética y requieren de establecer controles».

Se presenta una gran oportunidad para la EPS, pero su aparición viene cargada de interrogantes sobre los que será preciso detenerse, si pretendemos garantizar derechos a nivel comunitario.

2. *Implicación de la comunidad:* La educación para la salud puede involucrar a la comunidad y a diferentes actores locales, lo que puede aumentar la efectividad y la relevancia de los programas. En este sentido encontramos numerosas evidencias en la literatura científica, como la recogida por Domínguez, Dueñas y Palomares (2020) que analizan la Mejora de hábitos de vida saludable y calidad de vida en una comunidad de aprendizaje a través de programas de educación comunitaria sobre salud, encontrando que:

> …el desarrollo de programas de educación comunitaria para la salud que se implantan en la escuela es efectivo en el alumnado y, en definitiva, en toda la comunidad educativa. Muchos estudios denotan la necesidad de comprender la situación actual del alumnado extranjero y de otras etnias y abordar el tema a través de programas de prevención, sensibilización y actuación para mejorar los estilos de vida desde las competencias de las instituciones sanitarias y educativas, y además amparar el proceso de plena integración en la sociedad (Jiménez, Dalmau, Gargallo y Arriscado, 2019). (p.178)

En este sentido, el estudio realizado por Pérez, Marugán, Bachiller y Casado (2023,) sobre el Impacto en la salud del programa de intervención comunitaria «Educación para la salud en la adolescencia», en el que participan 407 sujetos con edades comprendidas entre los 13 y 17 años, señalan que:

> Tras los resultados favorables de este estudio, proponemos que se fomenten las intervenciones comunitarias, no solo desde la cartera de servicios de Atención Primaria en colaboración con los activos comunitarios, sino también desde los programas formativos MIR y EIR, para mejorar sus competencias en salud comunitaria y abordar la educación en la adolescencia desde un enfoque multidisciplinario. (p. 6)

3. *Enfoque en la prevención:* La prevención de enfermedades y la promoción de hábitos de vida saludables son fundamentales para la educación para la salud. Enfoques preventivos pueden ayudar a reducir los costos sanitarios y mejorar la calidad de vida de las personas.

En este punto cabe resaltar la propuesta de la Organización Interparlamentaria de la WHO libro IPU, *Salvar vidas y movilizar ingresos: una guía de acción parlamentaria sobre los impuestos en favor de la salud* (2023)

en el que señala que se ha demostrado que los impuestos para la salud funcionan, refiriéndose a los impuestos existentes sobre el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas. Y apunta que en el año 2019 perdieron la vida 41 millones de personas en todo el mundo como consecuencia del padecimiento de enfermedades no transmisibles (ENT) y prevenibles, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el cáncer. Enumera cinco beneficios de los impuestos para la salud: 1) pueden ayudar a salvar vidas, en la próxima década morirán por ENT hasta 150 millones de personas, estas enfermedades se agravan con el consumo de alcohol, tabaco y bebidas azucaradas; 2) puede ayudar a movilizar los ingresos, mediante subida de precios; 3) puede fortalecer los sistemas de atención a la salud, reduciendo proporcionalmente la atención a sujetos con ENT; 4) puede hacer frente a desigualdades en materia de salud, dado el círculo viciosos que existe entre pobreza y ENT y 5) puede ayudar a alcanzar los ODS (meta 3.4 y meta 3.8).

4. *Colaboración interdisciplinar:* La educación para la salud puede involucrar a diferentes disciplinas, como la medicina, la psicología, la educación y la comunicación, lo que puede enriquecer la perspectiva y efectividad de los programas. En este punto, es de interés referir el libro *Los ocho ámbitos de la educación para la salud en la escuela*, en el que un nutrido grupo interdisciplinar de expertos, coordinado por Gavidia (2016), recoge propuestas sobre el desarrollo de competencias en los ámbitos de la alimentación y la actividad física, las adicciones, la educación afectivo-sexual, la higiene, la salud mental y emocional, la prevención de accidentes y educación salud vial y la salud ambiental. En referencia a la necesaria colaboración interdisciplinar recoge la trayectoria de proyectos que deberían tomarse como referentes de cara a futuros planteamientos, en este sentido refiere que:

> En España se han puesto en marcha estrategias interdisciplinares y mixtas (alimentación-actividad física), como la estrategia NAOS "Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad y Salud" de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN, 2005 y 2007; Ballesteros, 2007), y el programa PERSEO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación, 2012) dirigidas al medio escolar, con el objetivo de que niños y jóvenes adopten hábitos de alimentación saludable, junto con la estimulación de la práctica de deporte y actividad física. En estos proyectos se ha contado con la aportación de profesionales (psicólogos, economistas…) procedentes no solo del campo educativo, con lo que se defiende la aproximación interdisciplinar y multiprofesional. La estrategia NAOS tiene un enfoque integral que trasciende los ámbitos sanitario y educativo, pretendiendo cambiar el entorno social mediante la sensibilización de la población sobre el problema de la obesidad. Esta estrategia contempla la perspectiva de género y de equidad ya que las mujeres y los grupos socialmente más desfavorecidos sufren más frecuentemente los problemas alimentarios. El programa PERSEO tiene como objetivo habituar a los escolares a una dieta saludable a través de los menús escolares y estimularles a la práctica de deporte y actividad física. (p.108)

Y en relación con la EPS en el ámbito de la alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico, señalan los autores que:

> La alimentación es uno de los temas más trabajados en la escuela, pero suele tener como eje el concepto de nutrición, habiendo pocos proyectos que tengan un enfoque conjunto de la alimentación y la actividad física, y que, además, estén centrados en los problemas que tienen los adolescentes en estos temas. Un estudio de los materiales educativos de diferentes Autonomías sobre la alimentación y la actividad física (Pérez de Eulate, Gavidia y Llorente, 2013) muestra que los proyectos de las Comunidades no contemplan las orientaciones actuales sobre la Educación alimentaria, tanto en lo referente a la conveniencia de relacionarla con la actividad física, como a plantearla desde una perspectiva social y ecológica. Sin embargo, sí que atienden a las dimensiones disciplinares e individuales de la salud, así como al problema de la obesidad. Entre los proyectos educativos promovidos por las diferentes comunidades autónomas que defienden la conveniencia de un enfoque conjunto de estas dos áreas podemos citar los publicados por el Ministerio de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo (Aznar y Webster, 2005), la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria (López et al., 2010), y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2012). (p.109)

5. *Investigación e innovación,* en relación con el logro de los ODS y, por tanto, implicada en temas que incluyen la perspectiva de género, la sostenibilidad y el cuidado del medio. Son numerosos los organismos e instituciones que tienen como objetivo impulsar la investigación y la innovación en materia de EPS en España. Entre ellas, destaca el Centro de Investigación, Desarrollo y Educación para la Salud (CIDIES) que nace en 2014 como iniciativa conjunta de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) y la Fundación Tecnología y Salud, con el propósito de desarrollar una amplia gama de servicios, programas y campañas dirigidas a usuarios del sistema sanitario desde una perspectiva que articule la innovación tecnológica con la educación para la salud. En su *website* recoge sus tres ejes de actuación prioritarios, que son:

> …la investigación sobre las tendencias y el impacto de la tecnología aplicada a la educación para la salud, para influir en la toma de decisiones de los gestores sanitarios e identificar las oportunidades y necesidades de actuación en ese campo; la formación continuada de los profesionales sanitarios, para favorecer su participación en procesos de educación para la salud con apoyo tecnológico; y la transferencia de conocimientos a los pacientes y la población general, a través de actividades de información y sensibilización.

No se puede obviar el papel de las Universidades en la investigación, a través de Grupos interdisciplinares. Al respecto en la Red Interdisciplinar de Investigación Educativa (RETINDE) podemos localizar los numerosos grupos de investigación censados en las Universidades españolas, algunos resultados relacionados directamente con la EPS son (ver Tabla 3):

TABLA 3
Grupos de Investigación universitaria española em ámbito EPS

UNIVERSIDAD	GRUPO DE INVESTIGACIÓN
Alcalá	Discapacidad, enfermedad crónica y accesibilidad a los derechos
Alicante	Ciencias de la actividad física y el deporte
Almería	Investigación en el ámbito educativo y de la salud
Autònoma de Barcelona	Infància i Adolescència en Risc Social (IARS)
Autónoma de Madrid	Actividad física, educación y salud
	Estilos de vida, actividad física y comportamiento alimentario
Barcelona	Pedagogia hospitalària en neonatologia i pediatria
	Educacio superadora de desigualtats
	Pedagogia social (GPS) per la cohesió i la inclusió social
Burgos	Terapia, familia y salud
Cádiz	Análisis de la exclusión y de las oportunidades socio-educativas
Cantabria	Investigación en desarrollo socio-emocional, bienestar y educación
Castilla-La Mancha	Educación y salud
Complutense de Madrid	Psicosociobiología de la violencia: educación y prevención
Pública de Navarra	Educación y salud

TABLA 3 (CONTINUACIÓN)
Grupos de Investigación universitaria española em ámbito EPS

Sevilla	Educación: salud, medioambiente y ciudadanía Educación física: salud y deporte
València	Actividad física, educación y sociedad Educación y diversidad LGTBIQ+
Valladolid	Grupo de Investigación para el Estudio de la Educación Física, la Actividad Física Recreativa y el Deporte en el Marco Europeo
Vic	Educación física
Vigo	Educación, Actividad Física y Salud. GIES

Además de la actividad investigadora que se lleva a cabo desde los Grupos de investigación, la universidad también se constituye como un entorno promotor de salud. En España Red de Universidades Saludables (REUPS). Según recoge su propio *websit*e, la universidad reúne varias de las características de los entornos referidos en la carta de Otawa de 1986 como entornos que apoyan la salud. Por un lado, es un centro de trabajo, por otro es un centro educativo y, además, es una institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los cuadros del futuro. Algunos ejemplos del compromiso de esta Red con la promoción de la salud son:

1) El 19 de julio de 2023 REUPS se une a la iniciativa de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) para solicitar a los dirigentes políticos la regularización del tabaco en menores.

   La Red Española de Universidades Promotoras de Salud, REUPS, se une a la iniciativa promulgada por la Asociación Española Contra el Cáncer, AECC, junto con otras 9 entidades sociales (Confederación Estatal de Asociaciones de Estudiantes, el Consejo de la Juventud de España, Plataforma de Infancia, Fundación FAD Juventud, Plataforma Juvenil de España, Scouts de España, Talento Para el Futuro, Lo Que De Verdad Importa y Fundación Ricky Rubio), en la que se le solicita a los principales partidos políticos de España la inclusión en sus programas electorales de medidas para proteger a los menores del tabaco y sus derivados. Esta medida está enmarcada en la campaña electoral para las próximas elecciones del 23 de julio. A través de una carta, se les expresa la preocupación por la falta de un marco jurídico que regule la exposición al humo en los medios y las plataformas digitales, siendo estas una de las vías de normalización de nuevos dispositivos -como los vapeadores- con un público eminentemente joven. En base a la Declaración de Madrid "Por una generación libre de humo" y teniendo en cuenta que la población más joven es el objetivo de la industria tabacalera con el propósito de introducirles en el tabaquismo, se les solicita expresamente la erradicación de toda forma de publicidad y promoción del tabaco y de los nuevos productos (tanto los que incluyen nicotina como los que no) de las plataformas audiovisuales, de las redes sociales y de otras plataformas cuyo objetivo es la población juvenil. Asimismo, se les pide la regularización de los puntos de venta de estos productos con la finalidad de limitar el acceso a los menores.

2) El 22 de diciembre de 2022 la REUPS consigue el reto 10.000 donaciones de sangre

   El objetivo del reto era, llegar a conseguir las 10.000 donaciones de sangre entre todas las universidades que pudieron adherirse a esta iniciativa. Este año se diferencia de los anteriores en que el reto ha abarcado todo el mes de octubre en lugar de sólo una semana, con el fin de facilitar que los municipios que tienen más de una universidad puedan organizarse mejor con los Centros

de Transfusión Sanguínea para realizar las donaciones en sus campus. Asimismo, también se facilita la celebración de más de una campaña de donación de sangre en cada universidad durante este mes. Por este motivo, el número a alcanzar para cumplir con el objetivo de donaciones ha ascendido de 5.000 a 10.000, llegando a conseguir un total de 10.371 donaciones de sangre. Esta cifra es muy importante porque de una única donación de sangre se llegan a extraer plaquetas, glóbulos rojos y plasma que pueden destinarse a diferentes personas, por lo que una sola donación de sangre podría salvar hasta tres vidas. Esto significa que, en este reto, las donaciones conseguidas en la REUPS podrían llegar a 31.113 personas. Entre las personas que acudieron a donar, se encontraban aproximadamente unas 4.400 que lo hicieron por primera vez. Esto también es importante porque supone la concienciación de gente joven que puede seguir participando en campañas como esta en el futuro

A este recurso se unen las prácticas innovadoras de la mencionada RED SHE de escuelas saludables o los programas autonómicos (p. ej. Madrid sanitario investiga e innova) que ya han sido referidos en apartados previos.

En definitiva, tomamos como referencia las ideas de De la Guardia y Ruvalcaba (2020) cuando afirmamos que la educación para la salud es una oportunidad para lograr el aprendizaje y mejorar la alfabetización sanitaria de la población, a nivel personal de autocuidado y a nivel colectivo. En España, como en otros países, es preciso actuar desde enfoques preventivos encaminados a la consecución de metas que afectan a todas las personas, el reto inmediato es el logro de los ODS de la Agenda UNESCO 2030.

Referencias

Aguiló, M. C. (2022). Actualización en tabaquismo, abordaje desde la farmacia comunitaria y tratamientos farmacológicos de elección. *An Real Acad Farm*, *88*(3), 311-321.

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, *9*(1), 93-107.

Ayuso, R. , Medina, J. L., & Molina, M. C. (2018). Educación para la salud en la escuela. Análisis reflexivo a través de la legislación educativa. *Campo Abierto. Revista de Educación*, *37*(2), 203-216.

Caracuel-Cáliz, R. F., Torres-Campos, B., Padial-Ruz, R., & Cepero-González, M. M. (2018). La escuela como agente de socialización y su influencia en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables y no saludables. *ESHPA, Education, Sport, Health and Physical Activity, 2*(2), 207-216.

Córdoba, R., & Nebot, M. (2005, p.154). Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Medicina clínica*, *125*(4), 154-157.

Cruz Roja Española (s.f). Salud y Educación para la salud. https://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/001.pdf.

De la Guardia, M. A., & Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, *5*(1), 81-90. https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215.

Domínguez, F. J., Dueñas, J. R. & Palomares, A. P. (2020). Mejora de hábitos de vida saludable y calidad de vida en una comunidad de aprendizaje a través de programas de educación comunitaria sobre salud. Espiral. *Cuadernos del profesorado*, *13*(27), 170-179.

Flores-Vivar, J., & García-Peñalvo, F. (2023). Reflections on the ethics, potential, and challenges of artificial intelligence in the framework of quality education (SDG4). [Reflexiones sobre la ética,

potencialidades y retos de la Inteligencia Artificial en el marco de la Educación de Calidad (ODS4)]. *Comunicar, 74*, 37-47. https://doi.org/10.3916/C74-2023-03.

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, *34*, 27-33.

Gavidia, V. (coord..) (2016). *Los ocho ámbitos de la educación para la salud en la escuela*. Tirant lo blanch.

González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Puertas-Molero, P., Chacón-Cuberos, R., Garcés, T. E., & Sánchez, M. C. (2017). Educación para la salud: implementación del programa" Sportfruits" en escolares de Granada. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, *6*(2), 137-146.

Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., ... & Martínez-Sánchez, L. M. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*, *20*(2), 490-504.

IPU, I. P. U., & World Health Organization. (2023). *Salvar vidas y movilizar ingresos: una guía de acción parlamentaria sobre los impuestos en favor de la salud*. World Health Organization.

Marina Ocaña, J. y Feliz Murias, T. (2020). Percepciones en la búsqueda de información y educación para la salud en entornos virtuales en español. *Revista española de salud pública*, *92*, 1-18.

Monsalve Lorente, L. (2013). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista internacional de educación y aprendizaje, 1*(1), 107-122.

Ministerio de sanidad. Secretaria técnica (2016). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación, Manual de apoyo para sus profesionales.* https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/MANUAL_APOYO_MMCC_SUICIDIO_03.pdf.

Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos.* https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf.

Patiño, P. J. (2023). Sobre el aprendizaje en Salud y para la salud. *Medicina*, *45*(1), 49-57Riquelme, M. (2012). Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria*, *14*, 77-82.

Paakkari, L., Simovska, V. y Pedersen, U. (2020). *Materiales para docentes. Aprender salud y promoción de la salud en las escuelas. Conceptos claves y actividades*. Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Pérez, L., Marugán, J. M., Bachiller, M. R. y Casado, V. (2023). Impacto en la salud del programa de intervención comunitaria «Educación para la salud en la adolescencia». *Gaceta Sanitaria,* 37, 1-8.

Pulido, J. J. P., Sánchez-Oliva, D., Sánchez-Miguel, P. A., González-Ponce, I., & García-Calvo, T. (2016). Proyecto MÓVIL-ÍZATE: Fomento de la actividad física en escolares mediante las Apps móviles. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (30), 3-8.

Rodríguez-González, A.-M. (2021). Educación para la salud, prevención y promoción comunitaria a través de la página de Facebook de un centro de salud de atención primaria. *Revista española de comunicación en salud*, *12*(1), 58-66. https://doi.org/10.20318/recs.2021.5307.

Solar O., & Irwin A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy andPractice). In WHO. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS (p.48).

UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf.

Normativa

España. Gobierno de España. Cortes Generales (1978). Constitución española. *Boletín Oficial del Estado*, *311*, 29313-29424. https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1).

España. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, ESP (2022) 'Mejorando la salud y el bienestar de la población'. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf.

España. Gobierno de España. Jefatura del Estado. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 29313-29424. https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con.

España. Gobierno de España Jefatura del Estado. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, *128,* 20567-20588. https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16.

España. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. (2020). *Plan Nacional sobre drogas*. https://pnsd.sanidad.gob.es/.

España. Gobierno de España. Ministerio de sanidad. Servicios Sociales e Igualdad (2020). Plan Nacional sobre adicciones. PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES 2021-24 (https://www.sanidad.gob.es/).

INOVAR O ENSINO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Irma Brito

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & UICISA:E | irmabrito@esenfc.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Inés Gabari
Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Universidad Pública de Navarra, España
igabari@unavarra.pt

Revisor 2
Em regime de anonimato

Revisor 3
Em regime de anonimato

Citação:
Brito, I. (2025). Inovar o ensino sobre promoção da saúde. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 109-120). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O conceito Promoção da Saúde está muitas vezes associado à Educação para a Saúde, levando a que estudantes e profissionais de saúde considerem que estão a fazer promoção da saúde com palestras. Inovar na Promoção da Saúde é uma proposta de desenvolvimento científico-pedagógico que visa consolidar as Competências de Promoção da Saúde de estudantes de ensino superior na saúde. Baseia-se na proposição de que quem faz promoção da saúde terá competências científico-pedagógicas de promoção de saúde, ou seja, é um profissional que investe no potencial salutogénico das pessoas e grupos, na redução das desigualdades em saúde e na maximização do acesso à saúde. Propõe-se a introdução gradual e colaborativa da capacitação e avaliação de Competências de Promoção da Saúde em estudantes de cursos de licenciatura da área da saúde, com a abordagem de Pesquisa-ação Participativa em Saúde. A partir do referencial do projeto *Developing Competencies and Profissional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*, que define padrões profissionais orientadores na formação eficaz de agentes promotores da saúde, pretende-se o desenvolvimento de competências pela mobilização conhecimentos, habilidades e valores para a mudança das práticas sobre capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades. Exige o envolvimento dos departamentos de uma instituição de ensino da saúde na infusão curricular da promoção da saúde no currículo, sem alterar o plano de estudos; e com benefícios científico-pedagógicos para os docentes. O gestor deste processo terá de ter competências de gestão educacional, nomeadamente: inteligência conectiva, liderança e utilização de metodologias de *blended-learning* na coordenação, supervisão, controlo e avaliação de trabalho colaborativo de diversas equipas pedagógicas. Esta proposta ainda não foi validada, mas almeja ser uma estratégia para melhorar resultados em saúde sensíveis às intervenções de promoção da saúde tais como: literacia em saúde, mudança comportamental, reorganização dos serviços de saúde, mobilização comunitária e advocacia em saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Competências de Promoção da Saúde; Ensino de saúde; Pesquisa-ação Participativa em Saúde.

Introdução

Promoção da saúde é investir no potencial salutogénico das pessoas, famílias e grupos comunitários, na redução das desigualdades em saúde e na maximização do acesso à saúde. Em saúde comunitária o foco de intervenção são todos os processos de vida das pessoas/famílias ao longo do ciclo vital assim como as problemáticas de grupos comunitários relacionadas com a saúde e bem-estar. Ao nível dos cuidados de saúde primários, estes focos determinam cuidados de promoção da saúde, prevenção da doença, assistência básica, reabilitação, reinserção ou apoio a uma morte digna. Inclui também os processos influenciados por determinantes sociais e/ou comerciais: de saúde pública (endemias, pandemias e catástrofes); de grupos (por exemplo famílias vulneráveis, comunidades escolares ou de trabalho); ou de desenvolvimento comunitário.

O Ministério da Saúde de Portugal enfatiza a Promoção da Saúde em diversos contextos da rede de cuidados, para fazer face ao incremento das doenças crónicas. Então, tem criado vários grupos de trabalho relacionados com a promoção da saúde. Decorrente das recomendações de Ottawa (World Health Organisation [WHO], 1986), e porque a escolaridade mínima tornou-se obrigatória, este ministério agilizou a parceria entre os cuidados de saúde primários e a rede de instituições de educação, com o compromisso de melhorar a saúde de toda a comunidade. No entanto, esse processo não foi homogéneo. Pela abertura, acessibilidade e escassez de recursos nas escolas, estas tornaram-se local de exercício *adhoc* de habilidades pedagógicas de enfermeiros e outros profissionais de saúde e educação. Mas a reorganização do Plano Nacional de Saúde Escolar (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015) e dos cuidados de saúde primários impôs o planeamento e a concertação das intervenções de Promoção da Saúde, incentivando o planeamento por projeto entre as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e os agrupamentos de escolas. Mas determinou também a necessidade de fazer investigação, estabelecer parcerias e avaliar esses projetos de saúde escolar. Apesar do envolvimento de quase todas as UCC na operacionalização deste plano a nível nacional, são poucos os estudos realizados que abordem estas práticas e ainda mais escassos os que apresentam resultados em saúde sensíveis às intervenções de promoção da saúde realizadas. Acontece que o conceito Promoção da Saúde ainda está muitas vezes associado à Educação para a Saúde, levando a que estudantes e profissionais da saúde considerem que estão a fazer promoção da saúde com palestras ou campanhas de informação. Este falso conceito terá de ser alterado de modo a alterar as práticas na academia e na praxis.

O termo promoção da saúde está associado a um conjunto de valores e a uma combinação de estratégias. Os valores são: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. As estratégias são: ações do estado traduzidas em políticas públicas saudáveis; da comunidade com reforço da ação comunitária; das pessoas, através do desenvolvimento de habilidades pessoais e familiares; do sistema de saúde com a reorientação do sistema de saúde; das parcerias intersectoriais ao garantir responsabilização múltipla (WHO, 1986).

Xavier et al. (2019) afirmam que há mais de 30 anos que a promoção da saúde tem vindo a ter um significado de extrema relevância a nível mundial, mas tem sido influenciado pelo modelo da saúde biomédico. Por isso há necessidade emergente de mudança que possa abranger outros campos de ação mais amplos, envolvendo toda a sociedade de modo a melhorar a qualidade de vida e de saúde dos indivíduos e das comunidades envolventes. Como qualquer prática de saúde, devem ser baseados na evidência científica e focalizados na melhoria contínua dos cuidados prestados ao indivíduo, família e comunidade (Netto et al., 2016). Os avanços na promoção da saúde estão marcados pelo recente desenvolvimento de competências baseadas em padrões profissionais, essenciais para verter a teoria em ações eficientes. Desta forma, desenvolver competências de promoção da saúde consiste em adquirir habilidades e recursos nos diferentes domínios de aprendizagem: saber, saber fazer e saber ser.

Entende-se por promoção da saúde as políticas, planos e programas de saúde com ações para evitar que indivíduos, famílias e grupos se exponham a fatores determinantes de doença/problema ou protegê-los da exposição a agentes causais em contextos de risco. Um profissional de saúde com competências de promoção de saúde investe para reduzir desigualdades na saúde, usando as recomendações de Ottawa: desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento da ação comunitária, criação de ambientes saudáveis, construção de políticas públicas saudáveis e reorientação dos serviços de saúde. De acordo com a Declaração Nairobi (WHO, 2009), as Competências de Promoção da Saúde (CPS) dos profissionais de saúde podem ser melhoradas com definição de padrões e reorientação dos atuais e futuros profissionais, o que permitirá desenvolver massa crítica e colocar a saúde em todos os setores (WHO, 2017). Tal é possível no ensino da saúde dado que urge avaliar resultados sensíveis às intervenções de promoção da saúde nas práticas de base comunitária: resposta às intervenções e evolução positiva ou negativa do status dos fenómenos na fase diagnóstica.

Em 2008 realizou-se a Conferência de Galway (Mcqueen, 2009) com o objetivo de elaborar diretrizes sobre competências em promoção e educação em saúde [Consenso de Galway], apresentando sete domínios

(Allegrante et al., 2009). O projeto *Developing Competencies and Profissional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* [CompHP] teve por objetivo o consenso sobre métodos para implementação dos padrões em promoção da saúde, visando a inovação e melhores práticas (Barry et al., 2012). No CompHP as competências essenciais para desenvolver ações eficazes em promoção da saúde abrangem: valores (equidade, justiça social, ética, autonomia dos indivíduos), habilidades (princípios conceituais da promoção da saúde) e conhecimentos. Estão listadas em 46 competências e 9 domínios: [1] Favorecimento de mudanças, [2] Advocacia em saúde, [3] Parceria, [4] Comunicação, [5] Liderança, [6] Diagnóstico, [7] Planeamento, [8] Implementação e [9] Avaliação e Pesquisa (Dempsey et al., 2011). Cada domínio especifica conhecimentos, habilidades e critérios de desempenho mínimo no referido domínio (Batter-Kirk & Barry, 2013, 2019). O Projeto CompHP, financiado pela União Europeia em 2012, objetivou o consenso sobre padrões profissionais para a construção da capacidade em promoção da saúde. Este referencial CompHP estabelece padrões profissionais orientadores na formação eficaz dos agentes promotores da saúde, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências, de modo que possam mobilizar conhecimentos, habilidades e valores para a mudança das práticas e políticas, num processo de capacitação de indivíduos, famílias e comunidades. (Xavier et al., 2019).

Por não existir um instrumento de avaliação validado em Portugal, após revisão da literatura e contacto com a autora do projeto, identificou-se Lang (2020), na Áustria, que desenvolveu um questionário de autoavaliação de competências em promoção da saúde, construída sob o referencial CompHP. Optou-se por traduzir, adaptar culturalmente e validar esta escala em enfermeiros. Este instrumento já foi traduzido e validado para português na tese de mestrado realizada por Barbosa, Simões & Brito (2021) no âmbito do VII Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, sob orientação da autora.

Pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS)

Cioffi et al. (2010) defendem que o envolvimento dos profissionais na pesquisa melhora as práticas, serviços e políticas de saúde, o que otimiza a saúde e bem-estar das populações (pessoas, famílias, grupos comunitários e ambiente). Afirmam que os enfermeiros deveriam estar mais envolvidos na definição das prioridades em saúde e que para tal devem garantir um lugar na pesquisa em saúde.

Como uma prática social, a pesquisa interfere na realidade: a escolha dos temas e das questões; a opção do pesquisador que direciona o olhar para determinado "objeto" da sociedade; e a forma como utiliza os dados e resultados para legitimar certas visões e leituras da realidade, em detrimento de outras. As simplificações metodológicas e a superestrutura da pesquisa quantitativa podem, eventualmente, empobrecer a captação da realidade dos fenómenos em estudo. Por outro lado, a abordagem qualitativa permite a identificação de nuances de intensidade e essência ao longo da extensão do fenómeno. Mas o método, na pesquisa qualitativa, não pode ser banalizado pois deve atender às exigências da pesquisa em função do objetivo definido. A pesquisa participante procura reduzir o risco de direcionamento do processo de investigação, quando liderada exclusivamente pelo pesquisador (Martines et al., 2013).

O potencial da pesquisa participativa é avaliado pela seriedade com que os participantes percebem a relação estabelecida com os investigadores e que indica o tipo de postura do pesquisador. A utilização e apropriação da pesquisa-ação participativa por diferentes campos do conhecimento, tem permitido a cocriação de conhecimento científico envolvendo os atores sociais, gerando dados para a educação, a resolução de problemas de saúde e para a mudança social (International Collaboration for Participatory Health Research [ICPHR], 2013; Brito, 2018a; Alves et al., 2022). Entendemos que a pesquisa-ação participativa em promoção da saúde possa ser uma forma de incentivo à pesquisa e à disseminação de boas práticas, evidenciando melhor os resultados das intervenções.

A pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS) é um paradigma de pesquisa e não um método de pesquisa. Com esta abordagem, o conhecimento é cocriado dialogicamente, incorporando múltiplas perspetivas e tipos

de conhecimento. Deste modo entendemos que, na prática, ao envolver os participantes no processo de pesquisa, facilita-se a objetivação das necessidades sentidas, mas também das necessidades reais não sentidas, dimensões muito importantes quando se trata de promoção da saúde.

A *International Collaboration for Participatory Health Research*, fundada em 2009 por o Grupo de Pesquisa de Saúde Pública do Centro de Pesquisa Social de Berlim, o Instituto Wellesley em Toronto e a Universidade Liverpool John Moores, tem por missão reforçar o papel da pesquisa-ação participativa no desenho de intervenções e na tomada de decisão sobre questões de saúde. Este grupo congrega e consolida o conhecimento internacional sobre a aplicação da PaPS em várias temáticas e perspetivas (Wright et al., 2010), gerando consensos sobre terminologia e princípios que garantem qualidade na pesquisa. O primeiro consenso publicado por este grupo define a PaPS como sendo uma abordagem que proporciona às pessoas afetadas por um problema de saúde a possibilidade de influenciar a forma como esses fenómenos são sujeitos ou objetos de pesquisa (ICPHR, 2013). Nesse documento desenvolveu-se um conjunto de princípios que orientam o desenho, condução e avaliação da PaPS ou para realizar revisão de literatura que contribua para aumentar o corpo de conhecimento internacional sobre a temática. Também houve consenso quanto aos seus princípios (ICPHR, 2013):

I. Participação é um imperativo democrático. Público-alvo, pesquisadores, comunidade e organizações comunitárias envolvem-se desde a formulação da questão à sua disseminação;
II. Impacte além da produção de conhecimento académico;
III. Primazia do contexto comunitário (local);
IV. Reflexividade com valores explícitos, garantindo autenticidade, transparência e transferibilidade;
V. Os resultados são práticos, relacionais (de processo), credíveis e válidos para o contexto em que são produzidos;
VI. A qualidade de cada etapa define a qualidade da pesquisa.

A PaPS representa para a saúde comunitária um referencial teórico-metodológico, por ser uma abordagem sustentada numa posição paradigmática particular, de pesquisa-intervenção centrada nos sujeitos-alvo, colaborativa e visando mudança social. Trata-se de uma mudança de paradigma investigativo que permite a cocriação de conhecimento científico, favorecendo políticas de saúde mais bem-adaptadas às comunidades e grupos de pessoas. Por isso, encontra-se alinhada com os princípios da promoção da saúde. A participação do grupo-alvo é fundamental, podendo conjugar uma variedade de métodos, instrumentos e técnicas de produção de dados tanto qualitativos como quantitativos, para incrementar a participação, a educação popular, o poder social democrático e, ao mesmo tempo, a geração de um conhecimento cocriado dialogicamente. A reflexividade participativa é importante para promover uma visão profunda das dinâmicas grupais e respostas individuais, assim como o *empowerment* dos participantes (ICPHR, 2013).

A formação em pesquisa ação participativa tem sido protagonizada pela autora na ESEnfC (Portugal) desde 2012 com cursos internacionais de Pesquisa-ação Participativa em Saúde (Brito, 2018b). Note-se que esta formação está alinhada com as diretrizes assumidas pelo ICPHR para uma formação internacional, desenvolvidas em workshops, cursos, seminários e congressos. Resultante das suas experiências, a autora acredita que as mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde têm de partir da base da sua formação. Então têm de ser dotados de ferramentas que lhes permitem desenvolver capacidades de mobilizar competências na atuação da promoção da saúde. Por isso a autora colocou como limite conscientizar sobre a forma como se ensina promoção da saúde, testando a aplicabilidade da PaPS.

A proposta que se apresenta objetiva analisar se um processo de PaPS em instituições de ensino em saúde melhoraria as competências de promoção da saúde (CPS) dos estudantes e, consequentemente o enfoque na melhoria da qualidade das estratégias de promoção da saúde por estes realizadas em ensino clínico.

A questão de partida é: Será que introduzir nos currículos dos cursos de saúde melhorias sobre conceitos e práticas de promoção da saúde influenciaria o ganho de CPS e incentivaria o planeamento por projeto e a investigação nesta temática?

Proposta Inovar a Promoção da Saúde

Inovar a Promoção da Saúde é o projeto de PaPS que visa consolidar as competências de promoção da saúde (CPS) nos estudantes de saúde, como estratégia para melhorar os resultados em saúde sensíveis às intervenções de promoção da saúde realizadas por profissionais de saúde. Consiste na introdução gradual e colaborativa da avaliação de CPS nos cursos de saúde assim com a introdução de conteúdos sobre promoção da saúde no formato infusão curricular.

Nesta proposta, a abordagem de PaPS garante o envolvimento de todos os departamentos de uma instituição de ensino da saúde para garantir que a infusão curricular da promoção da saúde no currículo não altera o plano de estudos, mas pode trazer benefícios científico pedagógicos. É uma proposta que pretende gerar uma reflexão sobre questões que surgiram no grupo de pesquisadores do ICPHR, processo que pode explicitar a afirmação (ou não) da abordagem de PaPS na academia e na praxis de saúde. Note-se que esta proposta ainda não foi validada, mas pretende ser uma estratégia para melhorar os resultados em saúde sensíveis às intervenções de promoção da saúde tais como literacia em saúde, mudança comportamental, reorganização dos serviços de saúde, mobilização comunitária e advocacia em saúde.

A proposta desenrola-se ao longo de 5 anos, por etapas. Num esquema (figura 1) apresenta-se o percurso a desenvolver, seguido do plano de atividades esquematizado em tabelas, por anos letivos.

Ano 1 [Construir colaborativamente]. Para iniciar o processo de transformação, dinamizam-se reuniões dialógicas que mobilizem os docentes a identificar situações de ensino e aprendizagem de CPS. Ao mesmo tempo decorre o processo de adaptação do instrumento CompHP já traduzido (Barbosa et al., 2021) e de construção colaborativa de guias de prática simulada em promoção da saúde.

Ano 2 [Promoção da saúde para o autocuidado na transição para o ensino superior]. Inicia-se a implementação do processo de avaliação CompHP no 1º ano da licenciatura, após realizarem intervenções de promoção da saúde que visem o autocuidado. Sugere-se que estas intervenções sejam baseadas na educação pelos pares, ou seja, jovens educam jovens em regime de voluntariado (projetos de extensão com enfase na promoção de estilos de vida saudável).

Ano 3 [Promoção da saúde para o desenvolvimento da pessoa e da comunidade]. Nesta fase implementa-se no 1.º e 2.º ano da licenciatura, por infusão curricular, práticas simuladas para aprendizagem de CPS. Aqui é importante salientar que o enfoque das práticas simuladas não seja centrado apenas no treino de procedimentos técnicos. Urge introduzir desafios de promoção da saúde tais como: adesão ao regime terapêutico, cessação tabágica, gestão da sobrecarga do cuidador, primeira ajuda em saúde mental, entre outros. A simulação de intervenções de promoção da saúde permitirá o treino em ambiente controlado e a validação/consolidação de práticas pedagógicas.

Ano 4 [Avaliação das competências de promoção da saúde em situações reais]. Os estudantes que participaram nas fases anteriores iniciam as suas práticas clínicas. Por isso analisam-se as estratégias de promoção da saúde desenvolvidas pelos estudantes em ensino clínico refletindo sobre o potencial para melhorar os resultados em saúde sensíveis a essas intervenções. Podem usar-se metodologias narrativas como reflexões críticas ou relatos de experiência.

Ano 5 [Consolidação das competências de promoção da saúde]. Nesta fase o processo já deve estar consolidado e, por isso, importa catalisar a iniciativa. Advoga-se sobre os desafios técnicos e éticos da promoção da saúde no ensino da saúde e mobiliza-se outros docentes e instituições na disseminação deste modelo.

Como esta proposta tem uma abordagem de pesquisa-ação participativa, cada Unidade Cientifico-Pedagógica terá a sua produção científica, ou seja, definirá os produtos a desenvolver no âmbito deste processo de transformação. A coordenação deste processo exigirá o desenvolvimento de competências de gestão

educacional, nomeadamente: inteligência conectiva, liderança e utilização de metodologias de *blended-learning*.

A proposta possibilitará ainda aos docentes participarem em:

- coordenação de programas, metodologias de ensino e linhas gerais de investigação, com enfase na promoção da saúde;
- investigação científica e desenvolvimento experimental;
- renovação do movimento de contexto promotor de saúde;
- consultoria a outras instituições de ensino superior que pretendam implementar processos similares.

FIGURA 1
Representação do percurso científico pedagógico de Inovar a Promoção da Saúde (elaboração da autora)



O desenvolvimento de competências contribui para a formação de profissionais mais eficazes, orienta a formação académica, cria mecanismos que assegurem a qualidade do trabalho e incentivem a prestação de serviços baseados em evidências. A proposta Inovar a Promoção da Saúde é um processo de mobilização de docentes para garantir que os estudantes de saúde adquiram uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que lhes possibilite desempenhar tarefas com excelência, considerando o padrão de promoção da saúde CompHP.

Como resultado esperado a longo prazo, almeja-se que os estudantes-alvo sejam profissionais de saúde capazes de: dinamizar processos de promoção da saúde em qualquer contexto de cuidados; assegurar infraestruturas para a promoção da saúde; coordenar e dinamizar programas de intervenção no âmbito da promoção da saúde em diferentes contextos; e ainda coordenar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde coletivos de defesa da saúde de grupos e comunidades. Apresenta-se de seguida a proposta sintetizada em quadros, por anos letivos.

TABELA 1

Atividades a desenvolver no percurso científico pedagógico de Inovar a Promoção da Saúde (elaboração da autora)

Proposta de atividades	
Ano 1	**Construir colaborativamente**
Objetivos	Conscientizar sobre desafios técnicos e éticos da promoção da saúde no ensino da saúde Mobilizar para a identificação de situações de aprendizagem de CPS no plano de estudos da licenciatura e construção colaborativa de guia de prática simulada em promoção da saúde Adaptar CompHP para avaliação de CPS em situações de aprendizagem
População-alvo	Docentes de todas as unidades científico pedagógicas
Descrição da atividade	Dinamizar reuniões dialógicas nos departamentos da instituição de ensino na saúde. Os docentes, a partir de dinâmicas de grupo, refletem criticamente sobre a necessidade de incluir no ensino de saúde a aprendizagem de CPS, segundo o referencial CompHP. Quem considerar pertinente e exequível procederá à revisão dos conteúdos das unidades curriculares para incluir situações de aprendizagem de CPS (infusão curricular). Estas servirão para gerar um manual didático de práticas simuladas CompHP traduzido e adaptado para avaliação das CPS (inclui pré-teste)
Tempo	Três reuniões de 3h por departamento: [1].Conscientizar, [2].Mobilizar; [3].Trabalhar em pequenos grupos
Ano 2	**Promoção da saúde para o autocuidado na transição para o ensino superior**
Objetivo	Autoavaliar criticamente o estilo de vida objetivando a adoção de práticas de autocuidado na transição para o ensino superior Desenvolver estratégias de promoção de autocuidado e estilos de vida saudável Aplicar CompHP para avaliação de CPS em situações de aprendizagem
População-alvo	Estudantes do 1.º ano da licenciatura
Descrição da atividade	No 1.º ano da licenciatura realizam-se atividades de promoção do autocuidado, no âmbito do projeto de extensão de Promoção da Saúde. Por exemplo: avaliação do estilo de vida no ingresso e atividades extracurriculares para reflexão crítica sobre autocuidado na transição para o ensino superior. No final do ano letivo aplica-se o CompHP para avaliação das CPS face às diferentes situações de aprendizagem vivenciadas nas atividades extracurriculares e de educação pelos pares Reuniões de reflexão crítica com docentes e estudantes
Tempo	No ingresso e ao longo do 1.º ano Reuniões mensais de coordenação e supervisão

TABELA 1 (CONTINUAÇÃO)

Atividades a desenvolver no percurso científico pedagógico de Inovar a Promoção da Saúde (elaboração da autora)

Proposta de atividades	
Ano 3	**Promoção da saúde para o desenvolvimento da pessoa e da comunidade**
Objetivo	Treinar CPS com recurso ao guia de prática simulada em promoção da saúde Aplicar CompHP para avaliação de CPS em situações de aprendizagem
População-alvo	Estudantes do 1.º e 2.º ano da licenciatura
Descrição da atividade	Implementar no 1.º e 2.º ano da licenciatura, por infusão curricular, as várias situações de aprendizagem de CPS construídas no ano 1 e 2
Tempo	Ao longo do ano letivo Reuniões bimensais de coordenação e supervisão
Ano 4	**Avaliação das competências de promoção da saúde em situações reais**
Objetivo	Analisar se as estratégias de promoção da saúde desenvolvidas pelos estudantes em ensino clínico têm potencial para melhorar os resultados em saúde sensíveis às intervenções de promoção da saúde
População-alvo	Estudantes do 3.º e 4.º ano da licenciatura
Descrição da atividade	Os estudantes em ensino clínico fazem reflexão critica ou narrativa sobre situações vivenciadas que mobilizaram CPS. Os docentes fazem a apreciação crítica das CPS adquiridas e comparam com os resultados do CompHP. Estes dados são discutidos entre equipas e apresentados num seminário
Tempo	Ao longo do ano letivo e seminário no final do ano Reuniões no final de cada ciclo de ensino clínico
Ano 5	**Consolidação das competências de promoção da saúde**
Objetivo	Advogar sobre desafios técnicos e éticos da promoção da saúde no ensino da saúde Mobilizar outros docentes/instituições para a aprendizagem de CPS e construção colaborativa de novos guias de prática simulada em promoção da saúde. Divulgar os resultados no meio científico e nos midia
População-alvo	Docentes de UCP aderentes e outras instituições

TABELA 1 (CONTINUAÇÃO)
Atividades a desenvolver no percurso científico pedagógico de Inovar a Promoção da Saúde (elaboração da autora)

Descrição da atividade	Dinamização de reuniões dialógicas nos departamentos da instituição de ensino na saúde. Os docentes são convidados a refletir criticamente sobre as suas vivências de ensino/aprendizagem da CPS e sua utilidade no ensino de saúde Aperfeiçoamento do manual didático Produção de material científico e de disseminação Organização de seminário internacional Candidatura a financiamento para translação
Tempo	Três reuniões de 3h por UCP: [4]Trabalhar em equipas; [5]Advogar; [6]Disseminar

Em cinco anos objetiva-se a cocriação duma estratégia de ensino/aprendizagem de CPS, por infusão curricular, que:

- coloque as competências de promoção da saúde visíveis e como recurso importante dos profissionais de saúde com vista a reduzir, globalmente, os problemas de saúde pública e comunitária;
- incremente investigação e partilha de práticas de promoção da saúde;
- advogue pela reformulação de políticas de saúde e/ou cargos de liderança comunitária;
- fundamente maior investimento em cuidados de saúde primários.

Para a proposta Inovar a Promoção da Saúde, os indicadores de acompanhamento e execução, assim como os recursos encontram-se listados abaixo.

Inovar a Promoção da Saúde contribuirá para três eixos da missão das instituições de ensino superior (ensino, investigação e extensão) e o desenvolvimento da promoção da saúde nas vertentes científica, pedagógica e de cooperação com a sociedade.

TABELA 2
Processo de avaliação do percurso científico pedagógico de Inovar a Promoção da Saúde (elaboração da autora)

Indicadores de acompanhamento e execução	**Recursos**
N.º docentes envolvidos/N.º total docentes N.º estudantes envolvidos/N.º total estudantes N.º participantes externos nos seminários N.º reuniões com utilização de metodologias de *B-learning* N.º situações de aprendizagem de CPS em atividades extracurriculares N.º situações de aprendizagem de CPS em prática simulada/unidade curricular	Aplicativo de gestão de equipas Plataforma e-learning Dois facilitadores por equipa/UCP Projetos de extensão em Promoção da Saúde Docentes com interesse em ensinar CPS Documentos para reuniões Materiais para jogos pedagógicos CompHP. Avaliação de CPS Maquetização e impressão manual didático

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)
Processo de avaliação do percurso científico pedagógico de Inovar a Promoção da Saúde (elaboração da autora)

Indicadores de acompanhamento e execução	Recursos
N.º situações de aprendizagem de CPS em ensino clínico/unidade curricular e UCP Nível de satisfação e impacte no desempenho docente e académico das pessoas envolvidas Guia de prática simulada em promoção da saúde (final do ano 2) Publicações científicas e nos média Indicadores de resultados em saúde sensíveis às intervenções de promoção da saúde realizadas	Sala para dinâmicas de grupo e videoconferência Espaço e apoio logístico para seminários

Conclusão

Inovar a Promoção da Saúde ambiciona envolver docentes em desenvolvimento experimental no ensino da saúde. Preconiza-se a infusão curricular, ou seja, a sua implementação não altera o plano de estudos vigente, respeita a prestação do serviço docente habitualmente distribuído, assim como o acompanhamento e orientação de estudantes. Como a participação é um fenómeno muito complexo e pouco previsível, o maior desafio coloca-se quando se quer mobilizar a academia e profissionais de saúde a participar voluntariamente em pesquisas e utilizando abordagens participativas. Trata-se de análise de práticas, uma metodologia que deve ser desenvolvida e praticada nos processos de fortalecimento de programas de ensino na saúde. Por outro lado, o processo de constituição de redes de cooperação pode incentivar uma transformação bem-sucedida e sustentável na instituição de ensino.

Mobilizar docentes para implementar esta proposta exige estratégias que ativem a inteligência conectiva, agregando o conhecimento de todos e valorizando as suas diversidades. Das várias formas de gerar inteligência conectiva, as dinâmicas de grupo e jogos pedagógicos são excelentes para mobilizar equipas para resolverem problemas de forma séria e apaixonada, motivando-os a competirem positivamente. Conjugar jogos pedagógicos com metodologias de *blended-learning* (educação presencial e à distância) pode facilitar processos de trabalho, aumentando interesse e produtividade. No entanto os jogos e as plataformas deverão ser amigáveis e adequados à cultura, interesses e habilidades dos intervenientes. Estes processos com recurso a e-learning e trabalho em equipa exigem competências de gestão educacional complexas.

Acreditamos que melhorando as CPS de futuros profissionais de saúde, naturalmente se vão constituir redes de pesquisa e prática e se instala uma cultura de PaPS. Acrescenta-se ainda que a pesquisa participativa baseada na comunidade está atualmente a ser incluída em vários anúncios de financiamento de projetos, por isso, aumentar as competências dos enfermeiros que já fazem projetos de intervenção pode ser uma vantagem no acesso a mais recursos para investigação e inovação. Poderá vir a incrementar, nos docentes envolvidos, a realização de atividades de investigação, criação cultural e de extensão que se traduz em valorização social do conhecimento produzido.

Agradecimentos

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a todos os que nela trabalham, em especial aos professores com quem aprendi a ser docente do ensino superior. Este projeto foi elaborado para as provas no concurso a professora coordenadora em que a autora participou e obteve aprovação.

Financiamento

Este projeto não tem financiamento.

Referências

Allegrante, J. P., Barry, M. M., Auld, M. E., Lamarre, M. C., & Taub, A. (2009). Toward international collaboration on credentialing in health promotion and health education: The Galway consensus conference. *Health Education & Behavior, 36*(3), 427-438. https://doi.org/10.1177/1090198109333803.

Alves, H., Gibbs, L., Marinkovic, K., Brito, I., & Sheikhattari, P. (2022). Children and adolescents' voices and the implications for ethical research. *Childhood, 29*(1), 126-143. https://doi.org/10.1177/09075682211061230.

Barbosa, S., Simões, M. F., & Brito, I. (2021). *CompHP: Competẽncias de promoção de saúde dos enfermeiros* [Trabalho não publicado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Barry, M. M., Battel-Kirk, B., Davison, H., Dempsey, C., Parish, R., Schipperen, M., Speller, V., Zanden, G., & Zilnyk, A. (2012). *The CompHP Project Handbooks*. International Union for Health Promotion and Education.

Battel-Kirk B., & Barry M. M. (2013). Developing competency-based accreditation for health promotion in Europe. *Revista de Medicina, 92*(2), 87-96.

Battel-Kirk, B., & Barry, M. (2019). Implementation of health promotion competencies in Ireland and Italy: A case study. *International Journal of Environment Research and Public Health, 16*(24), 4992. https://doi.org/10.3390/ijerph16244992.

Batter-Kirk, B., & Barry, M. (2019). Evaluating progress in the uptake and impact of health promotion competencies in Europe. *Health Promotion International, 35*(4), 779–789. https://doi.org/10.1093/heapro/daz068.

Brito, I. (2018a). Participatory health research in the education of health and social professionals. In M. T. Wright & K. Kongats (Coords.), *Participatory health research, voices from around the world* (pp. 41–54). Springer.

Brito, I, Daher, D., Ribas, C., Príncipe, F., Mendes, F., Homem, F., Alves, H., Berardinelli, L., Barbieri-Figueiredo, M. C., Silva, M. C., Martins, M. E., Miranda, N., Acioli, S., Correa, V., Saboia, V., & Pinheiro V. (2018b). Participatory health research international experience from four Portuguese-speaking countries. In M. T. Wright & K. Kongats (Coords.), *Participatory health research, voices from around the world* (pp. 219-237). Springer.

Cioffi, J., Wilkes, L., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2010). Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: Experiences of community nurses and allied health professionals. *Contemporary Nurse, 36*(1-2), 61-70. https://doi.org.10.5172/conu.2010.36.1-2.061.

Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M. M. (2011). *The compHP core competencies framework for health promotion handbook*. International Union of Health Promotion and Education. http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/nerovnosti/2011/5._CompHP_Core_Competencies_Framework_for_Health_Promotion_Handbook_revised.pdf.

Dhawan, E., & Joni, S. N. (2015). *Get big things done: The power of connectional intelligence*. St. Martin's Press.

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional saúde escolar*. https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf.

International Collaboration for Participatory Health Research. (2013). *What is participatory health research?* http://www.icphr.org/position-papers.

Lang, G. (2020). Developing and validating a self-assessment tool for health promotion competencies with training participants in Austria. *Health Promotion International, 36*(3), 630-640. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa073.

Martines, W. R., Machado, A. L., & Colvero, L. de A.(2013). A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva, 7*(2), 203-211. https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1354.

Mcqueen, D. V. (2009). El consenso de Galway. *Global Health Promotion, 16*(2), 64–65. https://doi.org/10.1177/1757975909104110.

Netto, L., Silva, K. L., & Ruas, M. S. (2016). Desenvolvimento de competências para promoção da saúde e mudança no modelo assistencial. *Texto & Contexto Enfermagem, 25*(2), 1-7. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71446259025.

World Health Organization. (1986). *Carta de Ottawa, promoção da saúde*. https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.

World Health Organization. (2009). *Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion*. http://www.ngos4healthpromotion.net/wordpressa4hp/wp-content/uploads/2017/04/Nairobi_Call_to_Action_Nov09.pdf.

World Health Organization. (2017). *Health in all policies*. https://www.myctb.org/wst/WHOeplatform/Pages/Default.aspx.

Wright, M. T., Roche, B., Unger, H., Block, M., & Gardner, B. (2010). https://doi.org.10.1093/heapro/dap043.

Xavier, S. P., Pereira, A. P., Moreira, M. R., Martins, A. K., Ferreira, H. S., & Machado, M. F. (2019). Competências em promoção a saúde à luz do projeto Competencies Health promotion (CompHP): Uma revisão integrativa. *Ciência, Cuidado e Saúde, 18*(1), 43421. https://doi.org.10.4025/cienccuidsaude.v18i1.43421

EDUCAÇÃO PARA A PROTEÇÃO CIVIL NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: PROJETANDO UM ESTUDO DE CASO

Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas
Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira | gmagno@staff.uma.pt

Liliana Maria Gonçalves Rodrigues de Góis
Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira | lilianagr@staff.uma.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
María García-Pérez Calabuig
Facultad de Educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España
mgarcia@edu.uned.es

Citação:
Freitas, G., & Góis, L. (2025). Educação para a proteção civil na região autónoma da Madeira: projetando um estudo de caso. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 121-131). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Neste novo paradigma de incerteza que vivemos, numa sociedade pós-moderna e globalizada que se tornou mais complexa e mais exposta aos riscos, aumenta a sensação de vulnerabilidade e exacerba o sentimento de insegurança nos cidadãos. A segurança, entendida como um direito fundamental dos cidadãos, deverá ser prioritária na definição de políticas de proteção civil e de segurança comunitária, atendendo à basilar importância que assume no desenvolvimento social e económico do país. Urge mais e melhor reflexão sobre este direito, não apenas política, mas, sobretudo, científica, ambicionando a tão elementar cultura de segurança e de responsabilidade, individual e coletiva, onde a educação deve assumir um papel basilar na construção da cidadania ativa. Assumindo o desafio de contribuir para esta reflexão, propomos um projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica do Departamento de Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira. Esta proposta de investigação tem por tema a educação para a proteção civil na Região Autónoma da Madeira e partiu da inquietação que o investigador sentiu em conhecer como é que esta está a ser implementada. Apesar de alguma pesquisa já efetuada, recorreremos à revisão de literatura para conhecer o estado da arte sistematizando a informação e transformando-a em conhecimento sobre a problemática em estudo. Objetivamos descrever o contexto político-legal regional no âmbito da proteção civil e da educação para a proteção civil, clarificar o conceito de educação para a proteção civil, identificar o currículo para a educação para a proteção civil, identificar as representações sobre as práticas educativas para a proteção civil, descrever as práticas educativas para a proteção civil, analisar a relação entre o currículo, as representações e as práticas educativas para a proteção civil e avaliar se a teoria e a prática para a educação para a proteção civil promovem, à saída da escolaridade obrigatória, uma cultura de proteção civil. O trabalho empírico assenta num estudo de caso de natureza qualitativa. Para a recolha de dados optamos pela entrevista que poderá ser complementada com outras técnicas. Os resultados desta investigação contribuirão para o debate da educação para a proteção civil democrática e promotora de uma cidadania ativa, compreendendo o papel da escola na definição e implementação das políticas educacionais para a proteção civil, e para a afirmação do papel da Universidade da Madeira na construção da segurança comunitária, promovendo uma comunidade resiliente e com uma cultura de proteção civil.

Palavras-chave: Proteção civil; Educação; Currículo.

1. Definindo a Investigação

Qualquer investigação parte de "…uma situação considerada como problemática… que causa uma inquietação, e que… exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado." (Fortin, 1999, p. 48). Efetivamente, a problemática emergiu com a inquietação do investigador melhor compreender o fenómeno da educação para a proteção civil (EpPC), atendendo ao seu envolvimento e à sua experiência profissional neste âmbito.

1.1. A Problemática

Neste novo paradigma de incerteza que vivemos, numa sociedade pós-moderna e globalizada que se tornou mais complexa e mais exposta aos riscos, aumenta a sensação de vulnerabilidade e exacerba o sentimento de insegurança nas pessoas (Amaro, 2020; Gonçalves et al., 2020). Neste contexto, o debate social e político, nos seus diferentes níveis de governação - internacional, nacional, regional e local, deverá priorizar a segurança como um direito fundamental de cidadania (Ponto 1 do Artigo 27.º da Constituição da República Portuguesa) (Amaro, 2020; Gonçalves et al., 2020).

Neste sentido, no contexto da segurança nacional e face às ameaças internas e externas, emerge a necessidade de se definirem políticas de proteção civil (PC) (pilar da segurança nacional), sustentadas e participadas (envolvimento direto dos vários atores da sociedade civil), atendendo à basilar importância que assume no desenvolvimento económico e social do país (Amaro, 2020; Gonçalves et al., 2020). Deste modo, fica evidente que a segurança interna, nomeadamente a PC, também, diz respeito à construção cívica e seu desenvolvimento na comunidade, através da promoção de uma cultura de PC (Amaro, 2020; Lopes & Amaro, 2020). Assim, faz sentido definir políticas de EpPC, assumindo o contexto escolar um papel basilar na implementação dessas políticas e, consequentemente, na construção de uma cidadania ativa (Amaro, 2020; Galvagni, 2020; Lopes & Amaro, 2020). Neste sentido, é fundamental que no desenvolvimento de um modelo de PC se envolva institucionalmente a escola como contexto ativo e diretamente interessado no processo de crescimento social (Galvagni, 2020).

Nesta linha de pensamento, idealmente a difusão da cultura de PC deveria ser garantida através de uma política educacional destinada a essa causa, sendo o contexto escolar o dinamizador natural de tal política (Galvagni, 2020; Gonçalves et al., 2020; Lopes & Amaro, 2020), no entanto, em estreita parceria com o município (freguesia / comunidade), pela sua proximidade às populações e pelo seu conhecimento do território e das suas vulnerabilidades (Presidência do Conselho de Ministros, 2021). Neste contexto e atendendo ao princípio da subsidiariedade (Fino, 2022; Presidência do Conselho de Ministros, 2021) e à apreciação feita pela *United Nations Office for Disaster Risk Reduction* (2022), no projeto do núcleo de PC do Funchal (NPCF) parece estarem reunidas as condições para se promover uma verdadeira parceria entre a escola e a comunidade, para uma efetiva promoção da cultura de segurança através da educação para a cidadania, apostando no desenvolvimento de cada estudante como pessoa, visando o seu bem-estar individual e o da sua comunidade e, acima de tudo, do planeta onde vive (Sousa, 2020).

Porém, a nível nacional e regional, somos confrontados com uma série de orientações para a sensibilização, a informação, a educação, o ensino e a formação (os diferentes conceitos vão sendo utilizados de acordo com os diferentes autores que abordam a problemática) da criança, do jovem e da sociedade civil em geral no âmbito da segurança, nomeadamente da PC, a serem implementadas no contexto escolar (educação formal) (Presidência do Conselho de Ministros, 2021; Saúde et al., 2015), mas, também, por outros atores da sociedade civil (educação não formal) (Presidência do Conselho de Ministros, 2021; Serviço Regional de Proteção Civil [SRPC, IP-RAM], 2022).

Por agora, vamos assumir os conceitos de educação formal e de educação não formal discutidos por Coombs, Prosser e Ahmed (1973). Segundo os autores, a educação formal é aquela que é implementada em contexto escolar, desde a escola primária à universidade. Por sua vez, a educação não formal é entendida como qualquer atividade organizada fora do sistema formal de educação. Cientes de que estas definições estão fortemente condicionadas pela dimensão física do espaço como forma de diferenciá-las, fica o compromisso de expandir a pesquisa sobre a atual discussão destes conceitos durante a implementação do projeto de investigação, nomeadamente na revisão da literatura (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 1999).

Neste contexto, é pertinente esclarecer como é que o fenómeno da EpPC está a ser operacionalizado, compreendendo o papel da escola, assim como o dos outros atores da sociedade civil que, também, assumem esta responsabilidade.

2. Delimitação do Campo de Estudo

No âmbito da educação formal, definimos como campo de estudo uma escola do ensino básico e secundário de um Concelho da Região Autónoma da Madeira (RAM) (comunidade educativa – alunos, docentes e famílias), onde esteja a ser implementada a EpPC. Esta não está, ainda, identificada uma vez que das pesquisas efetuadas o investigador não conseguiu encontrar evidência de que a EpPC esteja a ser implementada nas escolas da RAM de uma forma estruturada e contínua. Assim, pretendemos obter esta informação através de informantes privilegiados com responsabilidade executiva na Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia e na Direção Regional de Educação e posteriormente selecionar uma escola, preferencialmente, com os ensinos básico e secundário. Ainda no âmbito da educação formal, e pela importância que se reveste o papel das universidades na construção de uma comunidade resiliente e com uma cultura de PC através da formação e da investigação, importa obter informação junto de um informante com responsabilidade na direção do Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP) em PC da Escola Superior de Tecnologias e Gestão (ESTG) da Universidade da Madeira (UMa).

Quanto à educação não formal, procuraremos obter informação junto das entidades que assumem a responsabilidade de promover a cultura de PC da população, nomeadamente da comunidade escolar, através de ações de informação e sensibilização. Neste sentido, obteremos informação junto de informantes com responsabilidades executivas na Secretaria Regional de Saúde e PC, no Serviço Regional de PC da RAM (SRPC, IP-RAM), na Vereação de uma Câmara Municipal da RAM com o pelouro da PC e nos núcleos locais de PC.

Atendendo, também, a que as políticas nacionais de PC têm em atenção a cooperação entre os Estados-Membros da União Europeia (UE), nomeadamente através do Mecanismo de PC da UE (MPCUE), faz sentido obter informação junto de um informante com responsabilidade na redação do relatório da Proteção Civil Europeia (RescEU), neste caso no mandato 2014-2019.

2.1. Questão de Investigação

Escolhido o domínio de interesse transpusemo-lo para uma questão que orientará a investigação a empreender (Fortin, 1999). Neste sentido, definimos como questão de investigação "Como é que a educação para a proteção civil está a ser implementada na Região Autónoma da Madeira?"

2.2. Objetivo Geral

Compreender como é que a EpPC está a ser implementada na RAM.

2.3. Objetivos Específicos

- Descrever o contexto político-legal nacional e regional no âmbito da PC e da EpPC;
- Clarificar o conceito de EpPC;
- Identificar o currículo para a EpPC;
- Identificar as representações sobre as práticas educativas para a PC;
- Descrever as práticas educativas para a PC;
- Analisar a relação entre o currículo, as representações e as práticas educativas para a PC;
- Avaliar se a teoria e a prática para a EpPC promovem, à saída da escolaridade obrigatória, uma cultura de PC.

3. Implicação do Investigador

A escolha desta problemática foi fortemente influenciada pelo percurso académico e pela experiência profissional do investigador. Licenciado em enfermagem, especialista e mestre em enfermagem comunitária, ao longo dos nove anos (1999 a 2008) que prestou e geriu cuidados (em contexto de cuidados de saúde primários), desenvolveu vários projetos de intervenção comunitária, promovendo a saúde e prevenindo a doença e suas complicações, recorrendo à educação para a saúde. Estes eram implementados em diferentes contextos da comunidade, nomeadamente em escolas, e a prevenção de acidentes e os primeiros socorros eram problemáticas trabalhadas. É de referir que neste período cumpriu o serviço militar obrigatório (janeiro a junho de 2000), sendo o responsável pela instrução em saúde no Regimento de Guarnição número três do Funchal e pela elaboração do manual de instrução da especialidade de socorrismo.

Enquanto docente no ensino superior politécnico da Escola Superior de Saúde (ESS) da UMa (de 2008 até a presente data), desde o ano letivo 2010-2011 que está envolvido na elaboração e lecionação (na licenciatura em enfermagem e nos CTeSP) de unidades curriculares no âmbito dos primeiros socorros e técnicas de sobrevivência, nomeadamente suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa (SBV-DAE). É de referir que, ao abrigo do protocolo estabelecido entre a ESS da UMa e o SRPC, IP-RAM, desde o ano letivo 2014-2015, o investigador contribuiu na formação de trezentos e sessenta e cinco operacionais de desfibrilhação automática externa. Indo ao encontro da missão da UMa, nomeadamente na colaboração com a comunidade, no âmbito dos protocolos estabelecidos entre a ESS e diversas instituições da comunidade, o investigador tem ministrados várias sessões de formação no âmbito dos primeiros socorros, nomeadamente em escolas.

No entanto, foi a frequência neste doutoramento que proporcionou a abertura de novos horizontes, ainda, não alcançados pelo investigador. Efetivamente todas as aprendizagens que foi desenvolvendo no domínio das ciências da educação, nas diferentes unidades curriculares do curso, permitiram-lhe olhar para o fenómeno da EpPC com uma outra abrangência, nomeadamente compreendendo a importância da democratização da educação na construção de uma cidadania ativa, basilar na promoção de uma cultura de PC. Percebeu, também, a relevância do contexto escolar para a implementação das políticas educativas, nomeadamente de PC, aliando a educação à investigação e envolvendo as comunidades locais nos seus próprios processos de aprendizagem, promovendo o seu empoderamento, uma cultura de PC e, consequentemente, a sua resiliência na gestão dos riscos.

4. Opções Metodológicas

Cientes de que este é um projeto em construção, não assumimos que as opções metodológicas estão decididas definitivamente, uma vez que com a sua implementação teremos a oportunidade de o ir ajustando à realidade que formos encontrando. No entanto, neste capítulo damos a conhecer o que antevemos metodologicamente para a implementação deste projeto de investigação.

O processo investigativo em educação exige permanente congruência e interação entre o modelo teórico de referência e as estratégias metodológicas que constituem dimensões fulcrais neste processo. Assim, emerge a pertinência do investigador delimitar epistemologicamente o paradigma de investigação adotado e analisar os fundamentos teóricos e práticos das metodologias e técnicas de investigação que emanam desse paradigma. Implícita neste processo está a certeza de que toda a investigação se enquadra num conjunto de condicionantes espaciais, temporais, sociais e históricas que justificam as suas opções metodológicas (Bogdan & Biklen, 1994; Flick, 2004).

Pela natureza do comportamento da pessoa, que resulta de um processo sócio-histórico, nomeadamente nos seus processos de aprendizagem, faz sentido valorizar mais a metodologia de investigação qualitativa em educação, enfatizando a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das perceções pessoais (Bogdan & Biklen, 1994; Stake, 2010).

Dos vários métodos qualitativos a que se pode recorrer, o estudo de caso é um método muito utilizado, nomeadamente na área da educação, e pode ser entendido como uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu contexto da vida real, sobretudo quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos (Fino, 2003; Yin, 2015), como é o caso da EpPC na RAM.

4.1. Investigação Qualitativa em Educação

A educação, entendida como uma ciência social, objetiva, entre outros, estudar fenómenos ligados à vida das pessoas em sociedade, nomeadamente os seus processos de aprendizagem. Neste sentido, é importante identificar e compreender as relações que as pessoas estabelecem entre si e as que estabelecem com o contexto onde os fenómenos se verificam. Assim, faz sentido procurar entender as ações das pessoas e das representações que estas formam a respeito de si próprias e do contexto onde vivem e interagem com as "coisas" que acabam por influenciar os seus processos de aprendizagem (Barata, 2007).

A investigação em educação, que era dominada, sobretudo, pelo paradigma quantitativo (experimental, científico, positivista, com mensuração, definições operacionais, teste de hipóteses e estatística), sofre uma significativa transformação, nos anos oitenta do século XX, passando a valorizar mais a metodologia de investigação qualitativa (naturalista, descritiva, interpretativa, construtivista, etnográfica), enfatizando a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das perceções pessoais (Bogdan & Biklen, 1994). Desde então, ainda segundo os mesmos autores, a investigação na área científica da educação tem sido cada vez mais influenciada por métodos qualitativos, colhendo uma atitude positiva por parte dos investigadores face às mudanças que se têm vindo a verificar, não só na condução da investigação, mas também, a nível pedagógico.

Na verdade, investigação qualitativa significa um raciocínio baseado principalmente na perceção e na compreensão humana (Stake, 2010) e está cada vez mais implementada nas ciências sociais (Flick, 2004). Neste sentido, passam a coexistir a entrevista em profundidade, a observação, a análise textual e a etnografia com as estatísticas experimentais, enfatizando-se a mudança social, a etnicidade, o género, a idade e a cultura e expande-se o conhecimento da relação entre o investigador e o processo de investigação (Bogdan & Biklen, 1994). No entanto, a investigação qualitativa não deverá ser entendida como uma oposição à quantitativa, mas como outra possibilidade de investigação que se articula com os métodos quantitativos num continuum metodológico (Bogdan & Biklen, 1994; Yin, 2015).

Epistemologicamente subjetivista, a investigação qualitativa tem na sua essência cinco características: (1) a fonte direta dos dados é o contexto ecológico natural e o investigador é o principal agente na recolha desses dados (por exemplo através da entrevista); (2) os dados que o investigador recolhe são principalmente de carácter descritivo (ricos em pormenores descritivos sobre pessoas, locais ou conversas); (3) os investigadores qualitativos interessam-se, sobretudo, pelo processo em si, e não propriamente pelos resultados; (4) a análise dos dados (de complexo tratamento estatístico) é feita de forma indutiva e (5) o investigador procura compreender os comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação. Neste sentido, as estratégias metodológicas utilizadas na investigação qualitativa permitem recolher dados descritivos que possibilitam ao investigador observar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural (Bogdan & Biklen, 1994; Stake, 2010).

Na investigação qualitativa os sujeitos da investigação são parte de um todo no seu contexto natural e não reduzidos à operacionalização de variáveis isoladas e a dados estatísticos, onde determinadas características do comportamento humano são ignoradas. Assim, para melhor conhecer os seres humanos, a nível do seu pensamento e comportamento, deverá utilizar-se dados descritivos, obtidos através dos registos das opiniões e da observação dos comportamentos da pessoa no seu contexto, estando o investigador completamente envolvido nesse mesmo contexto, dado que este método de investigação se baseia, sobretudo, em conversar, ouvir e permitir a expressão livre dos participantes. Da inevitável subjetividade do próprio investigador na

descoberta do conhecimento, emerge a importância de recorrer a uma maior diversificação de procedimentos metodológicos na investigação (observação, a entrevista e a análise dos materiais), ambicionando um melhor conhecimento do ser humano no seu contexto (Bogdan & Biklen, 1994; Stake, 2010).

No entanto, dos vários registos que o investigador poderá elaborar durante o processo de investigação, nomeadamente o texto expresso através da linguagem escrita, estes carregam uma polissemia de significados das palavras que se dizem em determinado contexto. Perante isto, é necessário compreender o que as palavras significam. Nesse sentido, a análise hermenêutica dá-nos a possibilidade de identificar e destacar, na descrição do texto, o que se encontra por de trás do imediatamente apreendido (conteúdo latente ou informações suplementares) (Espósito, 2021; Guillen, 2019).

4.2. Hermenêutica fenomenológica na educação

Na abordagem qualitativa em investigação importa esclarecer o significado da palavra em determinado contexto, identificando o que se mostra como significativo. Neste sentido, a hermenêutica proporciona-nos a oportunidade de olhar para o texto, interpretá-lo e explicitar a interpretação e compreensão do fenómeno pesquisado. Neste contexto, faz sentido entender a pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, e consequentemente o que se entende por fenomenologia (Espósito, 2021; Guillen, 2019).

A existência do homem e a forma como vive, experiência, perceciona e descreve o mundo é o foco central para a fenomenologia, ou seja, o mundo como é vivido e interpretado pelo homem. Neste sentido, procura-se descrever fenómenos experienciados de forma consciente e desprovida, quanto possível, de pressupostos e preconceitos. Assim, qualquer coisa que seja experienciada e descrita por quem a vivenciou, pode ser entendida como um fenómeno (perfume, ruído, lembrança, qualidade ou atributo), ou seja, algo que se faz presente na consciência da pessoa. Fundamentalmente, a fenomenologia centra-se na descrição direta da experiência na sua essência, ou seja, tal e qual como se apresenta à consciência, não se preocupando com a explicação ou génese do fenómeno. Deste modo, o conhecimento produzido é o resultado da experiência vivenciada pela pessoa (na sua forma individual), não passando da descrição dessa mesma experiência. Isto significa que as vivências (objeto de estudo) são os dados absolutos na perspetiva fenomenológica, levando em consideração, apenas, o que está presente na consciência dos sujeitos (Espósito, 2021; Guillen, 2019).

Se por um lado se defende que os estudos qualitativos permitem um melhor conhecimento das características do comportamento humano, por outro são alvo de inúmeras críticas, por exemplo, pela sua subjetividade, pelo envolvimento pessoal do investigador, por ser tendenciosa, pela lentidão das suas contribuições para tornar a ciência melhor e mais disciplinada, contribuindo pouco para o avanço da prática social, pelos elevados custos, pelos riscos éticos, entre outras (Stake, 2010). Assim, é fulcral que o investigador seja escrupuloso em todo o processo de investigação, nomeadamente nas suas escolhas dos procedimentos metodológicos (Bogdan & Biklen, 1994; Stake, 2010).

Neste sentido, dependendo do autor, vários são os métodos qualitativos a que se pode recorrer, nomeadamente a etnografia (Amado, 2014; Fino, 2008; Fortin, 1999; Lapassade, 1991, citado por Fino, 2003), o estudo de caso (Amado 2014; Fino, 2003; Stake, 2010; Yin, 2015), a fenomenologia (Fortin, 1999), a teoria fundamental (Fortin, 1999), a autobiografia (Amado 2014) e a investigação-ação (Amado 2014; Coutinho et al., 2009). No entanto, a opção do método não deverá ser pragmática, por exemplo por preferência do investigador, mas em função da natureza da realidade em análise (Amado, 2014), do problema ou questão que se pretende investigar (Amado, 2014; Yin, 2015), do controlo que o investigador tem sobre os comportamentos dos sujeitos da investigação e do grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em detrimento de acontecimentos históricos (Yin, 2015).

Nesta linha de pensamento, parece-nos fazer sentido recorrer ao estudo de caso como metodologia de investigação científica de cariz qualitativo para respondermos à nossa questão de investigação e atingir os objetivos enunciados.

4.3. Estudo de Caso na Investigação Qualitativa em Educação

Yin (2015) refere-nos que o estudo de caso seria preferencial em detrimento dos outros quando 1) o tipo de questão da investigação é "como?" ou "porquê?"; 2) o investigador tem pouco controle sobre os eventos comportamentais efetivos e 3) o estudo se foca em fenómenos contemporâneos em detrimento de fenómenos históricos. Neste sentido, o estudo de caso é um método muito utilizado na investigação qualitativa, que pode ser entendido como uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo (caso - unidade de análise: EpPC) no seu contexto da vida real (RAM – escola e comunidade), sobretudo quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos (Fino, 2003; Yin, 2015).

Nesta perspetiva, o estudo de caso permite conhecer e descrever os acontecimentos e não controlar as causas do comportamento dos participantes. Caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo. É um método que se baseia no trabalho de campo, estudando e procurando compreender os fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos no seu contexto real, recorrendo para isso, à observação, à entrevista e aos respetivos registos (Fino, 2003; Yin, 2015). Para além disto, esta metodologia permite ao investigador alterar os métodos da recolha de dados e estruturar novas questões de investigação. Então, deve-se recorrer a este tipo de metodologia para caracterizar e compreender melhor a particularidade de uma dada situação ou um fenómeno em estudo e não para conhecer propriedades gerais de toda uma população, ou seja, esta metodologia de investigação não tem o propósito de generalizar os resultados obtidos, mas sim de conhecer profundamente casos concretos e particulares (Yin, 2015).

Podemos, então, afirmar que o estudo de caso é um método de pesquisa abrangente uma vez que existem muitas variáveis de interesse, baseia-se em várias fontes de evidências e parte do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a recolha e a análise dos dados obtidos (Yin, 2015).

4.4. Técnicas de Recolha de Dados

Sendo a realidade que se pretende estudar através do estudo de caso (fenómeno contemporâneo no seu contexto da vida real e com limites entre si por definir) complexa, pode ser difícil conhecê-la, explorá-la e interpretá-la recorrendo, apenas, a uma técnica de recolha de dados. Efetivamente, no método de estudo de caso, o processo de recolha de dados é complexo (Yin, 2015) uma vez que são os materiais em bruto, recolhidos pelo investigador no contexto que se encontra a estudar, que constituem os dados (Bogdan & Biklen, 1994; Yin, 2015). Assim, das várias técnicas de recolha de dados que podemos utilizar, recorreremos à análise documental e à entrevista (Amado, 2014; Fortin, 1999; Stake, 2010; Yin, 2015). A entrevista é uma "…estratégia dominante para a recolha de dados…" (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134) e versátil, uma vez que possibilita a interação do investigador com o entrevistado e pode complementar outras técnicas, explorando resultados não esperados, validando os resultados obtidos ou aprofundando-os, o que pode levar ao esclarecimento das intenções da investigação (Amado, 2014; Fortin, 1999; Stake, 2010; Yin, 2015).

4.5. Técnicas de Análise e Interpretação de Dados

Para que se produza conhecimento científico no processo de investigação, após a recolha de dados, há que organizar, analisar e tratar esses mesmos dados, tarefas estas exigentes e complexas, nomeadamente no paradigma qualitativo. Neste sentido, procuraremos apresentar os dados e, não menos importante, interpretá-los, ou seja, explicar o que os dados significam em relação ao problema de investigação (Bardin, 1977; Bogdan & Biklen, 1994). Assim, recorreremos às técnicas de análise de conteúdo, dado que é muito utilizada nas pesquisas qualitativas como forma de tratamento dos dados colhidos (nomeadamente quando se recorre à entrevista) e à triangulação (Bardin, 1977; Coutinho, 2008; Fortin, 1999).

Diz-nos Bardin (1977) que a análise de conteúdo é uma técnica que procura a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respetiva interpretação. A mesma autora apresenta-nos três etapas que devemos seguir cronologicamente para aplicar a análise de conteúdo: a pré-análise que consiste na fase de organização da análise de conteúdo; a exploração do material onde se definem as unidades de codificação e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, onde a partir dos resultados brutos, o investigador procurara torná-los significativos e válidos.

A interpretação dos resultados obtidos pode ser feita através da inferência, que é uma técnica de tratamento de resultados que poderá apoiar-se no modelo clássico da comunicação, nomeadamente nos seus elementos constitutivos como o emissor, o recetor, a mensagem o médium, procurando investigar as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores) (Bardin, 1977).

Neste contexto, a análise de conteúdo é fundamental na garantia da qualidade dos dados e validade do estudo (Amado, 2014; Bardin, 1977). Porém, pelo natural e possível recurso a diferentes fontes de evidência (entrevista, análise documental, observação ou notas de campo), importa, ainda, salientar a importância da triangulação como recurso para aumentar a fiabilidade dos dados e das conclusões dos estudos qualitativos (Coutinho, 2008; Fortin, 1999), nomeadamente no estudo de caso.

O uso de múltiplas fontes de evidência permitirá a triangulação de fontes de dados, na procura de garantir a consistência dos resultados encontrados (Amado, 2014; Yin, 2015). Neste sentido, a triangulação é uma abordagem exploratória que se consona com a investigação nas várias disciplinas e consiste em comparar os dados obtidos com o recurso a vários processos distintos de observação (Coutinho, 2008; Fortin, 1999), ou seja, é "…o ponto de articulação dos componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente a um mesmo fenómeno." (Fortin, 1999, p. 322).

Nesta, emprega-se "…uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno." (Fortin, 1999, p. 322). Neste sentido, poderemos recorrer a diferentes tipos de triangulação, nomeadamente a triangulação das teorias, dos métodos, dos dados e dos investigadores (Coutinho, 2008; Fortin, 1999).

5. Questões Éticas da Investigação e Proteção de Dados

O acesso a toda esta informação sobre a pessoa no seu contexto natural, assim como a sua relação com o investigador, pode levantar questões éticas. Logo, é fundamental atender aos direitos fundamentais das pessoas que participam numa investigação (Fortin, 1999).

Sendo a ética "…a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta" (Fortin, 1999, p. 114), importa conhecer o seu "…conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida das pessoas e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta" (Fortin, 1999, p. 114). Efetivamente, é fundamental uma atitude e conduta orientadas pelos princípios éticos na relação entre o investigador e as pessoas que participam no processo de investigação. Neste sentido, no decurso da nossa investigação, vamos ter em consideração a Carta de Ética proposta pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (SPCE, 2020). Como quadro de referência, inspira e apoia os investigadores a refletirem sobre os padrões éticos para uma decisão contextualizada, autónoma e esclarecida, não só na relação com os participantes da investigação, mas também, na relação com a comunidade de investigadores, com os estudantes e profissionais da educação, com os promotores da investigação e com as comunidades e a sociedade em geral.

Iremos atender, ainda, ao regulamento do Centro de Investigação em Educação da UMa (CIE-UMa), tendo como referência o European Code of Conduct for Research Integrity (Artigo 20º – Princípios Éticos), ao Código de Conduta da UMa, com incidência no seu número 14 (Atividades de investigação) e às orientações da Comissão de Ética da UMa e do encarregado da proteção de dados (Lei n.º 58/2019; Rodrigues, 2023; SPCE, 2020).

6. Concluindo

Mais do que insistir nas denominadas limitações da investigação qualitativa (sobretudo segundo o olhar dos positivistas), nomeadamente do estudo de caso (Yin, 2015), importa evidenciar as possibilidades que esta nos oferece para respondermos à nossa questão de investigação e atingirmos os objetivos enunciados. Assumindo claramente que o propósito desta investigação é responder a uma inquietação do investigador, nomeadamente compreender em maior pormenor o fenómeno da EpPC no contexto regional, é natural que, também, assumamos a sua subjetividade. Logo, a subjetividade do investigador poderá interferir na implementação deste projeto de investigação. Na verdade, a construção de um conhecimento em educação, na assunção da valorização da subjetividade do investigador, enquanto ferramenta de pesquisa, valoriza "…as perceções, conceções e representações não só dele próprio, como dos sujeitos de investigação" (Sousa, 2011, p. 81).

Não nos move a generalização, mas a compreensão da peculiaridade e singularidade do fenómeno no seu contexto natural. Como nos elucidam Stake (2010) e Yin (2015), o verdadeiro objetivo do estudo de caso é a particularização, não a generalização. Assim, faz todo o sentido a opção pelo estudo de caso, uma vez que através deste o investigador estuda e procura compreender os fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos no seu contexto real, recorrendo para isso, à entrevista, à observação e aos respetivos registos (Fino, 2003; Yin, 2015). Ora, atendendo aos propósitos teóricos da investigação qualitativa, nomeadamente o de compreender os fenómenos da perspetiva dos atores sociais, depreendemos que o investigador que opta pelo método do estudo de caso centra-se no processo de construção do conhecimento, onde a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo (Fino, 2003; Yin, 2015).

Cientes das críticas apontadas ao estudo de caso (Yin, 2015), não nos inibiremos de utilizar uma abordagem predominantemente hermenêutica, de modo a esclarecer o significado das palavras no contexto, identificando o que se mostra como significativo. Neste sentido, a hermenêutica proporcionará a oportunidade de olharmos para o texto, interpretá-lo e explicitar a interpretação e compreensão do fenómeno pesquisado (Espósito, 2021; Guillen, 2019). Na verdade, num estudo de caso, "Os resultados deduzidos dependem fortemente da capacidade de integração do investigador." (Fino, 2003, p. 6).

Por tudo isto, parece-nos que faz sentido o que antevemos metodologicamente para a implementação deste projeto. Na verdade, o estudo de caso oferece oportunidades significativas ao facilitar o estudo de inúmeras realidades educativas (Yin, 2005), onde a presente investigação se poderá enquadrar.

Estamos convictos de que os resultados desta investigação contribuirão para o debate da EpPC democrática e promotora de uma cidadania ativa, compreendendo o papel da escola na definição e implementação das políticas educacionais para a PC. Porém, também, acreditamos que com esta investigação contribuiremos para uma melhor articulação entre os vários atores intervenientes na EpPC, nomeadamente formal e não formal.

Ambicionamos, ainda, contribuir para a afirmação do papel da UMa na construção da segurança comunitária, promovendo uma comunidade resiliente e com uma cultura de PC, complementando a sua atual vertente formativa nesta área com a investigação. Efetivamente, há que afirmar o papel das universidades e dos centros de investigação na construção de uma comunidade resiliente e com uma cultura de PC, nomeadamente através da EpPC.

Financiamento

FCT/UIB/04083/2020.

Referências

Amado, J. (Ed.) (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra. http://doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2.

Amaro, A. D. (2020). Segurança comunitária e proteção civil. *Revista Territorium*, *27*(I), 5-16. https://doi.org/10.14195/1647-7723_27-1_1.

Barata, O. S. (2007). *Introdução às ciências sociais*. Bertrand Editora.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.

Coombs, P. H.; Prosser, C., & Ahmed, M. (1973). *New paths to learning for rural children and youth*. International Council for Educational Development.

Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, *12*(1), 5-15. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7884/1/005a015_ART01_Coutinho%5brev_OK%5d.pdf.

Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, *13*(2), 355-379. http://hdl.handle.net/1822/10148.

Espósito, V. H. C. (2021). Pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica e hermenêutica em educação: trajetórias. Motricidades: *Revista SPQMH*, *5*(2), 225-234. https://doi.org/10.29181/2594-6463-2021-v5-n2-p225-234.

Fino, C.N. (2003). FAQs, etnografia e observação participante. *Revista Europeia de Etnografia da Educação*, 3, 95-105. http://hdl.handle.net/10400.13/806.

Fino, C.N. (2008). A etnografia enquanto método: um modo de entender as culturas (escolares) locais. In C. Escallier & N. Veríssimo (Eds.) *Educação e cultura* (pp. 43-53). DCE - Universidade da Madeira. http://hdl.handle.net/10400.13/809.

Fino, C.N. (2022). *Educação: autonomia, subsidiariedade e periferia* [Resumo]. XVII Colóquio CIE-UMa Educação e Desenvolvimento Comunitário, Universidade da Madeira, Funchal, Portugal. https://xviicoloquiocieuma.wordpress.com/livro-de-resumos/.

Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Artmed.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação. Da conceção à realização*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Galvagni, A. (2020). *The promotion of a civil protection culture in the schools as an effective way of prevention*. In BuildERS Project EU (Ed.). https://buildersproject.eu/blog/post/21/the-promotion-of-a-civil-protection-culture-in-the-schools-as-an-effective-way-of-prevention.

Gonçalves, A.B., Vieira, A. & Costa, F. (2020). Crises e proteção civil. In M. Oliveira, H. Machado, J. Sarmento & M. C. Ribeiro (Eds.), *Sociedade e crise(s)* (pp. 85-90). UMinho Editora. https://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/70390/1/13.%20Crises%20e%20prote%C3%A7%C3%A3o%20civil.pdf.

Guillen, D. (2019). Qualitative research: Hermeneutical phenomenological method. *Propósitos y Representaciones*, *7*(1), 201-229. http://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267.

Lopes, L.M.C. N. & Amaro, A.D. (2020). Riscos e cultura de segurança em proteção civil. *Revista Territorium*, *27*(I), 145-153. https://doi.org/10.14195/1647-7723_27-1_11.

Presidência do Conselho de Ministros (2021). Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2021, aprova a Estratégia Nacional para uma Proteção Civil Preventiva 2030. https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/112-2021-169418566.

Rodrigues, L. (2023). Ethical procedure in scientific research. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, *36*(7), 78-84. https://doi.org/10.9734/jesbs/2023/v36i71238.

Saúde, A., Costa, E., Fernandes, J.J., Esteves, M. J., Amaral, M. L., Almeida, P., & André, T. L. (2015). *Referencial de educação para o risco - Educação pré-escolar, ensino básico (1.º, 2.º e 3.º ciclos) e ensino secundário*. Ministério da Educação e Ciência. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_Risco/documentos/referencial_risco_outubro.pdf.

Serviço Regional de Proteção Civil. (Ed.) (2022). *Sensibilização*. https://www.procivmadeira.pt/pt/formacao/sensibilizacao-2.html.

Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. (Ed.) (2020). *Carta ética*. http://www.spce.org.pt/regulacaoeticodeontologia.html.

Sousa, J. M. (2011). Criação de conhecimento em contexto de pós-modernidade. In C. Fino & J.M. Sousa (Eds.) *Pesquisar para mudar (a educação)* (pp. 65-85). CIE-UMa.

Sousa, J. M. (2022). *O papel da educação no empoderamento da pessoa* [Conferência]. XVII Colóquio CIE-UMa Educação e Desenvolvimento Comunitário, Funchal, Portugal.

Stake, R.E. (2010). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Artmed Editora.

Unitet Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2022). *A civil protection of proximity: making a resilient community.* UNDRR. https://www.undrr.org/publication/civil-protection-proximity-making-resilient-community.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Bookman.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR: PERSPECTIVAS EDUCACIONAIS E INTERVENÇÕES

PERSPETIVANDO A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL A PARTIR DA FORMAÇÃO SOCIOEMOCIONAL DOCENTE

Isabel Valente
Universidade de Aveiro | isabelvalente@ua.pt

Marlene Migueis
Universidade de Aveiro | migueis@ua.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Cristina Zukowsky-Tavares
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
cristina.tavares@unasp.edu.br

Revisor 2
Em regime de anonimato

Revisor 3
Em regime de anonimato

Citação:
Valente, I., & Migueis, M. (2025). Perspetivando a educação para a saúde mental a partir da formação socioemocional docente. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 135-145). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora

RESUMO

Reconhecendo-se a importância de uma educação para a saúde que inclua a promoção da saúde mental nas escolas, bem como a destruição dos estigmas associados a esta, torna-se crucial refletirmos criticamente sobre o que poderá ser feito para que o espaço escolar se constitua como local de bem-estar, afeto e conforto para professores e alunos. Partindo-se do potencial da figura do professor enquanto exemplo e educador, bem como da sua formação, importa considerar a sua atitude e comportamento na gestão e promoção da sua própria saúde mental, assim como o impacto que tal poderá ter no seu trabalho e alunos. Face à crescente falta de docentes, torna-se essencial compreender (i) o papel que o desenvolvimento da competência socioemocional poderá desempenhar no bem-estar psicológico docente; (ii) o seu contributo para atenuar fatores indutores de stress, *burnout* docente e abandono da carreira docente; e (iii) seu impacto no bem-estar psicológico dos alunos e seus resultados académicos. Para que tal aconteça, será necessário perspetivar o desenvolvimento da Competência Socioemocional como parte integrante da formação docente. É, pois, nossa intenção (iv) relacionar a função que a formação socioemocional docente assume nas diferentes etapas da carreira docente, distinguindo o seu contributo para o bem-estar docente quando integrado na formação inicial ou como estratégia de intervenção e formação contínua docente. A nível metodológico procedeu-se a uma revisão sistemática de artigos sobre a integração da aprendizagem socioemocional na formação docente nas bases de dados ERIC e SCOPUS dos últimos cinco anos (2018-2023) com base no protocolo PRISMA 2020 para responder às questões de investigação já enunciadas. Os resultados mostram uma relação positiva entre a Competência Socioemocional e o bem-estar psicológico docente; a interdependência entre a Competência Socioemocional docente, o bem-estar dos alunos e seus resultados académicos; o impacto positivo da integração da Formação Socioemocional nos cursos de formação inicial para uma preparação mais eficaz dos futuros professores para a gestão dos desafios da carreira profissional; e como este poderá atuar como moderador de efeitos de *burnout* quando integrado na formação contínua docente.

Palavras-chave: Competência socioemocional; Bem-estar psicológico; Formação de professores.

Introdução

A preocupação com o estado anímico dos professores e o impacto deste no seu trabalho e na interação com alunos é relativamente recente, fruto da redução no número de docentes a nível mundial. Com efeito, em 2005, a OCDE reporta dificuldades *"in recruiting enough qualified teachers to replace the large numbers who will retire in the next 10-15 years"* (2005, p. 5) o que resultou no aumento da rácio professor-alunos, na deterioração das condições de aprendizagem e na sobrecarga do trabalho docente. Em 2008, a UNESCO apela à criação de um "sistema de ensino que atraia, retenha um corpo docente bem-formado, motivado [...], assegurando o seu

desenvolvimento profissional contínuo" (UNESCO & OIT, 2008) para garantir a atratividade da carreira docente.

Em Portugal, de acordo com o Relatório TALIS de 2018 (OECD, 2019), 84% dos professores inquiridos destacaram a docência como primeira escolha, pelo desejo de fazerem uma diferença positiva no desenvolvimento das crianças e da sociedade em geral. Por outro lado, a Comissão Nacional de Educação revela que 53% docentes tem atualmente mais de 50 anos, mostrando sinais de cansaço e exaustão exacerbados pelos constrangimentos COVID-19 (CNE, 2021). Estes decorrem dos desafios emergentes em contexto escolar fruto de sucessivas mudanças políticas e socioeconómicas que constituem uma nova panorâmica sociocultural mais rica e diversa (Moreno, 2019; OECD, 2022; UN, 2022) e do desfasamento existente entre a formação e os desafios do quotidiano docente (Corcoran & O'Flaherty, 2022; Schonert-Reichl, 2019; Yin et al., 2019). Por conseguinte, a carreira docente revela-se pouco atrativa e mais suscetível à ocorrência de *burnout* (Dias et al., 2021; Hellebaut et al., 2023).

É, pois, urgente uma mudança que devolva o fôlego a estes profissionais, sendo necessário explorar o potencial do bem-estar psicológico docente e seu impacto tal como é descrito no relatório da OCDE, *Teachers' well-being: A framework for data collection and analysis:*

> *Modern education systems evolve in a context of growing teacher shortages, frequent turnover, and a low attractiveness of the profession. In such a context where these challenges interrelate, there is an urgent need to better understand the well-being of teachers and its implications on the teaching and learning nexus* (OECD, 2020, p. 4).

Partindo-se da noção que o bem-estar psicológico decorre de uma maior proficiência ao nível da competência socioemocional (Lucas-Mangas et al., 2022; Zhang et al., 2023) e atendendo que até 2030 "mais de metade dos professores do quadro (57,8%) deverá aposentar-se" (CNE, 2019, p. 10), torna-se fundamental perceber o papel da competência socioemocional docente como forma de assegurar a consecução da ODS 4 – "Garantir o acesso a educação equitativa e de qualidade", prioridade da Agenda 2030.

Paralelamente, importa considerar os aspetos indutores de stress, *burnout* e sua preponderância na taxa de abandono da carreira docente. Num estudo de Dias et al. (2021) realizado em Portugal com 262 professores concluiu-se que, apesar de não existir uma correlação entre o *burnout* docente e o nível de ensino lecionado, existe uma correlação significativa e positiva entre a exaustão dos docentes e o número de alunos em sala de aula; a idade e o número de anos de experiência e o *burnout* docente. Assim, quanto maior o número de alunos na sala; quanto mais velhos e experientes os professores, maior a sua propensão para o desenvolvimento de distanciamento e *burnout*. Surgem também estudos que confirmam a existência de uma correlação entre o *burnout* e aspetos organizacionais como o clima e cultura escolares, o tipo de liderança, processos de tomada de decisão, de cooperação e apoio em contexto escolar (Amitai & Houtte, 2022; Mota, 2021; Tian et al., 2022).

Reconhecendo, pois, que a sobrecarga de trabalho docente em Portugal está acima da média dos países da OCDE (OECD, 2014), a elevada taxa de envelhecimento dos docentes portugueses (CNE, 2021), a importância de aspetos relacionados com o clima organizacional escolar e a relação entre o desenvolvimento da competência socioemocional e o bem-estar psicológico, torna-se prioritário compreender como assegurar a saúde e bem-estar psicológico docente de modo a garantir-se também a saúde mental e os resultados académicos dos alunos.

Enquadramento - Sobre a Competência Socioemocional e Bem-estar psicológico

De acordo com o exposto e os conceitos-chave enunciados – Competência Socioemocional (CSE), Bem-estar psicológico e Formação de Professores, debruçar-nos-emos agora sobre as circunstâncias que permitiram a sua génese.

Se inicialmente Salovey and Mayer (1990) definem inteligência emocional como habilidade de processar informação sobre emoções próprias e dos outros para gerir pensamentos e comportamentos; Goleman (1995) afirma que as competências de caráter são mais preponderantes para o sucesso dos sujeitos do que o quociente de inteligência. Já a organização (CASEL)CASEL - *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning*, apresenta o conceito de aprendizagem sociemocional como processo pelo qual os indivíduos compreendem e gerem as suas emoções de acordo com objetivos positivos; são empáticos, estabelecem relações positivas e tomam decisões responsáveis (2022). É a partir da implementação da aprendizagem socioemocional para alunos que se destaca a importância do alinhamento dos professores para a concretização bem-sucedida deste tipo de aprendizagens (Jennings & Greenberg, 2009). Torna-se assim fundamental considerar o desenvolvimento socioemocional docente, uma vez que os docentes se constituem como exemplos e promotores da CSE nos alunos (Carvalho et al., 2021; Schonert-Reichl et al., 2017).

Paralelamente, o conceito de Bem-estar psicológico surge associado à carreira de professor pela conjugação de aspetos que caraterizam a realidade docente atual: elevadas taxas de *burnout* docente (García-Carmona et al., 2019; UNESCO, 2022; Yin et al., 2019) e abandono da carreira docente (Madigan & Kim, 2021; OECD, 2020) com sérias implicações para a formação socioemocional e académica dos alunos (Jennings & Greenberg, 2009; Schonert-Reichl et al., 2017; WHO & UNESCO, 2021).

Dá-se, então, uma clara aproximação das áreas de estudo sobre o *burnout* docente e seu bem-estar psicológico. Os estudos mais recentes confirmam o impacto da CSE nos indicadores de *stress* e *burnout* docente (Hellebaut et al., 2023; Lucas-Mangas et al., 2022; Moldavan et al., 2022) contribuindo para a melhoria do bem-estar psicológico docente.

Define-se, por conseguinte, bem-estar psicológico como aquele que resulta da interdependência entre autoaceitação, relações positivas, autonomia, domínio ambiental, propósito de vida e crescimento pessoal segundo Ryff and Keyes (1995). Enquanto para Ryan e Deci (2000) o bem-estar psicológico resulta da satisfação de necessidades básicas de autonomia, competência e relacionamento, as quais influenciam a motivação dos sujeitos, os seus valores, modo de vida, a sua satisfação e vitalidade. Logo, todos os aspetos que se constituem como limitadores à consecução deste tipo de necessidades são vistos como potencialmente indutores de *stress* e *burnout* contribuindo para a exaustão emocional, despersonalização e reduzido sentimento de autoeficácia docente prejudicando o seu trabalho e relações em contexto laboral (Maslach et al., 2001).

Objetivos e metodologia de investigação

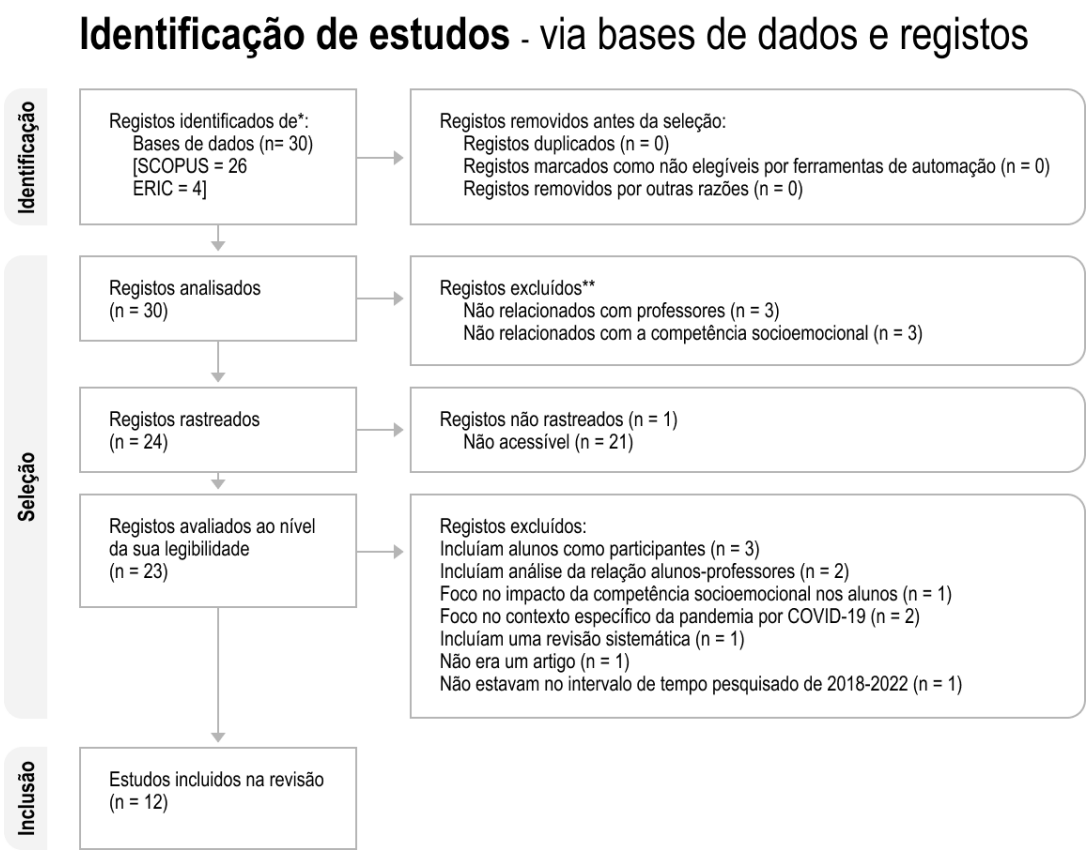
Esta revisão sistemática visa compreender como a formação socioemocional docente (FSE) se poderá constituir como um meio para a melhoria do bem-estar psicológico docente (Jennings et al., 2017; Oliveira et al., 2021; Schonert-Reichl et al., 2017) a partir do protocolo PRISMA (Page et al., 2021) assegurando-se o rigor e a transparência na seleção dos artigos que se constituem como corpus.

Tendo em mente os objetivos estipulados: (i) a relação entre a competência socioemocional e o bem-estar psicológico docente; (ii) os fatores indutores de *stress*, *burnout* docente e abandono da carreira docente; (iii) o impacto da CSE docente nos alunos, seu bem-estar e resultados académicos; e (iv) a integração da formação socioemocional docente na formação de professores (inicial ou contínua), procedeu-se à seleção dos artigos tendo em conta os critérios abaixo mencionados.

Os critérios de inclusão abrangiam os artigos de revisão ou pesquisa sobre a Competência Socioemocional e o bem-estar-psicológico docente nos últimos cinco anos (2018-2022), nas bases de dados ERIC e SCOPUS em dezembro de 2022. Os termos utilizados foram *"teacher education" AND "Social emotional" competence AND "teacher well-being"*, sendo que obtivemos como resultados: 26 artigos na SCOPUS e 4 na ERIC. Após o *screening* inicial, excluíram-se os artigos que envolviam alunos como participantes; artigos sobre a relação alunos-professores; os artigos com enfoque no impacto da CSE nos alunos em contexto COVID-19, o que

resultou na seleção de 10 artigos da base de dados SCOPUS e 2 artigos da base de dados ERIC, tal como consta do Apêndice.

FIGURA 1
Diagrama de Fluxo PRISMA, 2020



Apresentação de resultados

1. Sobre a relação entre a competência socioemocional e o bem-estar psicológico docente

Dos artigos selecionados, apenas sete referem diretamente a CSE como essencial ao bem-estar psicológico dos docentes. Quatro destes preveem a integração da FSE na formação inicial para melhor preparar os professores para agir sobre o seu bem-estar psicológico, motivação, resiliência e autorregulação (Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Moldavan et al., 2022; Schonert-Reichl, 2019); três artigos preveem a integração da FSE na formação contínua docente para reduzir o impacto do *stress* e *burnout* na docência e restante sistema educativo (Ansley et al., 2021; Jennings et al., 2019; Martínez-Monteagudo et al., 2019).

Dung and Zsolnai (2022) e Schonert-Reichl (2019) apontam falhas na integração de conteúdos socioemocionais, comunicacionais e organizacionais nos planos curriculares de formação para explicar as elevadas taxas de abandono da carreira. Martínez-Monteagudo et al. (2019) concluem sobre a preponderância dos fatores internos no *burnout* docente, propondo o desenvolvimento da CSE para moderar indicadores de *stress* e favorecer o bem-estar docente.

Ansley et al. (2021) e Jennings et al. (2019) analisam o impacto de programas online para a FSE e gestão de *stress* docente comprovando a sua exequibilidade e a melhoria na gestão de stress e autoeficácia docentes (Ansley et al., 2021), bem como níveis melhorados de *mindfulness*, autorregulação e gestão de tempo (Jennings et al., 2019), contribuindo para a redução dos sintomas associados ao *burnout* docente.

2. *Sobre os fatores indutores de stress, burnout e abandono da carreira docente*

Nove dos artigos analisados destacam a existência de uma correlação entre baixos níveis de competência socioemocional docente e elevados níveis de *stress*, *burnout* e consequente abandono da carreira docente (Allen et al., 2022; Ansley et al., 2021; Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Greenier et al., 2021; Jennings et al., 2019; Martínez-Monteagudo et al., 2019; Moldavan et al., 2022; Schonert-Reichl, 2019).

Martínez-Monteagudo et al. (2019), Dung and Zsolnai (2022) e (Jennings et al., 2019) associam elevados níveis de *stress* e exaustão mental a uma reduzida autoeficácia e gestão emocional pobre, o que explica a insatisfação, o *stress* e o abandono da carreira docente. Ansley et al. (2021) e Jennings et al. (2019) afirmam o impacto negativo destes aspetos na qualidade da educação e no ambiente da sala de aula. Todavia, Ansley et al. (2021) destaca a gestão intencional e consciente dos desafios como mediadora de *burnout*, enquanto Greenier et al. (2021) salienta que a regulação emocional e o bem-estar docente predizem *work engagement*. Logo, professores com menor capacidade de regulação emocional e bem-estar, serão mais propensos a uma reduzida motivação profissional, autoeficácia, insatisfação e consequente abandono da carreira docente.

Paralelamente, três dos artigos analisam os fatores de *stress*, mediante o desequilíbrio entre as exigências e recursos laborais (Baeriswyl et al., 2021; Camacho & Parham, 2019; Kwon et al., 2021), partindo do modelo de *Job Demands-Resources* (JD-R) proposto por Demerouti et al. (2001).

Baeriswyl et al. (2021) investigam como a indisciplina, os conflitos com pais e a sobrecarga de tarefas leva à exaustão emocional docente, propondo o prolongamento de horário para minorar a sobrecarga de tarefas e *stress* emocional associado. Kwon et al. (2021) afirmam que os recursos ao nível do ambiente, cultura e clima escolares têm uma relação mais direta com o bem-estar docente do que recursos como salários ou benefícios sociais/fiscais, propondo a melhoria do clima e ambiente escolares como moderadores de desequilíbrios entre tarefas e recursos laborais. Já Camacho and Parham (2019) salientam o mau comportamento, agressões e falta de motivação como indutores de stress docente, recomendando acompanhamento psicológico individualizado para a gestão de eventos traumáticos, a formação para a resolução de conflitos, a implementação de programas de mentoria docente para melhorar o clima das organizações e a formação intercultural e socioemocional docente para melhorar a ação educativa com um impacto claro ao nível da atitude e comportamento dos alunos.

3. *Sobre o impacto da competência socioemocional docente nos alunos, seu bem-estar e resultados académicos*

Reconhecendo o impacto da Competência Socioemocional docente nos alunos, importa clarificar aspetos onde tal é mais visível.

a) *No relacionamento entre alunos-professores e gestão de sala de aula*

Sete dos artigos analisados referem o impacto negativo de uma reduzida competência socioemocional docente na interação alunos-professores, sendo necessário investir-se na proximidade entre alunos e docentes que garanta uma resposta mais adequada às necessidades académicas e emocionais dos alunos (Ansley et al., 2021; Baeriswyl et al., 2021; Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Greenier et al., 2021; Jennings et al., 2019; Moldavan et al., 2022), o que favorecerá a criação de um espaço seguro para a resolução de conflitos e desafios (Ansley et al., 2021; Kwon et al., 2021; Schonert-Reichl, 2019) e um maior sentimento de autoeficácia docente, contrariando-se o distanciamento e a despersonalização que carateriza os indivíduos em *burnout* (Ansley et al., 2021; Camacho & Parham, 2019).

b) *Na qualidade da instrução e resultados académicos dos alunos*

Cinco artigos afirmam que uma reduzida CSE docente prejudica também a qualidade da instrução dada com consequências negativas para a aprendizagem e resultados académicos dos alunos (Ansley et al., 2021; Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Moldavan et al., 2022; Schonert-Reichl, 2019).

A exaustão emocional, o distanciamento e despersonalização parecem comprometer a lecionação ditando falhas no ajustamento desta ao perfil dos alunos (Ansley et al., 2021; Martínez-Monteagudo et al., 2019; Schonert-Reichl, 2019). Paralelamente, ao prejudicar-se a aprendizagem da leitura, escrita e raciocínio, coloca-se em perigo a aquisição de outras competências como a empatia, a consciência e responsabilidade social ou a gestão emocional (Jennings et al., 2019; Schonert-Reichl, 2019).

Por conseguinte, o *burnout* docente e a reduzida eficácia do seu trabalho parecem impactar diretamente as aprendizagens e os resultados académicos dos alunos, o que, na perspetiva de Ansley et al. (2021) e Moldavan et al. (2022) reflete uma capacidade diminuída de dar resposta aos desafios do seu quotidiano.

c) No bem-estar e aprendizagem socioemocional dos alunos

Seis artigos defendem a interdependência entre a CSE docente e o bem-estar dos alunos (Ansley et al., 2021; Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Jennings et al., 2019) ao determinar o modo como realizam a sua aprendizagem socioemocional (Jennings et al., 2019; Martínez-Monteagudo et al., 2019; Schonert-Reichl, 2019). Logo, o modo como os professores atendem e valorizam os seus alunos tem impacto direto no bem-estar de ambos. Todavia, Ansley et al. (2021) e Jennings et al. (2019) referem também que o *stress* docente poderá também ter um efeito de contágio sobre os alunos.

Segundo Martínez-Monteagudo et al. (2019) é essencial reconhecermos o poder do exemplo dos professores sobre os alunos, pois os primeiros influenciam a forma como os segundos aprendem e desenvolvem a sua CSE. Corcoran and O'Flaherty (2022) salientam a importância de uma eficaz preparação dos docentes a nível socioemocional, bem como uma renovada consciência do seu papel na modelação de atitudes e comportamentos dos alunos. Schonert-Reichl (2019) defende a promoção de caráter socioemocional para potenciar o desenvolvimento do pensamento crítico, resolução de problemas, comunicação, colaboração e autorregulação nos alunos (Marques & Cayolla, 2018; Susskind & Susskind, 2019).

4. Sobre a integração da formação socioemocional docente na formação de professores (inicial ou contínua)

Um terço dos artigos analisados referem a FSE em contexto inicial de formação docente (Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Moldavan et al., 2022; Schonert-Reichl, 2019), destacando o seu papel na efetiva preparação dos futuros professores para dar resposta aos desafios do seu quotidiano profissional. Esta deverá incluir aprendizagens ao nível do bem-estar, autorregulação, motivação, gestão de sala, qualidade da instrução, relacionamento com pares e alunos, perspetivando-se um impacto positivo no ambiente e aprendizagens escolares (Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Schonert-Reichl, 2019).

Moldavan et al. (2022) defendem que tal poderá ser feito a partir de uma plataforma digital – *EduBeing*, articulada com a prática em contexto educativo para efeitos de reflexão sobre o bem-estar psicológico e como o agir eficazmente sobre este.

Paralelamente, cinco dos artigos analisados referem a FSE em contexto de intervenção/formação contínua, sendo que três dizem respeito a ferramentas criadas para combater o *burnout* docente: (i) ferramenta de avaliação holística do estado mental docente – *Holistic Teacher Assessment* (Allen et al., 2022); (ii) plataforma digital para promoção de competências de gestão de desafios do quotidiano profissional com recurso a práticas de gestão de *stress*, *mindfulness* e restruturação cognitiva para combater a exaustão emocional e aumentar a eficácia docente (Ansley et al., 2021); e (iii) um programa centrado no *mindfulness* para promover a CSED -

CARE (Cultivating Awareness and Resilience in Education), combinando-se a formação sobre conteúdos emocionais, consciência *mindful* com práticas de compaixão para a redução do stress docente (Jennings et al., 2019).

Martínez-Monteagudo et al. (2019) definem perfis docentes e sua propensão para o desenvolvimento do *burnout* para efeitos de intervenção mais atempada. Greenier et al. (2021) investiga como a regulação emocional e o bem-estar psicológico poderão preconizar um maior compromisso e dedicação profissionais, agindo como mediadores de esgotamento docente. Em ambos os casos, se destaca a necessidade de atuar cada vez mais cedo no sentido de prevenir o *burnout* docente.

Conclusões

A CSE concorre para a operacionalização do bem-estar psicológico, devendo promover-se a formação de professores para que saibam agir eficazmente sobre o seu bem-estar psicológico, sua motivação, resiliência e autorregulação, estando assim mais bem preparados para enfrentar os desafios do seu quotidiano (Corcoran & O'Flaherty, 2022; Dung & Zsolnai, 2022; Greenier et al., 2021; Jennings et al., 2019; Kwon et al., 2021; Moldavan et al., 2022; Schonert-Reichl, 2019).

Apêndice

1. Base de dados	2. Autores e data de publicação	3. Título
SCOPUS	Corcoran and O'Flaherty (2022)	"Social and emotional learning in teacher preparation: Pre-service teacher well-being"
SCOPUS	Jennings et al. (2019)	"Long-term impact of the CARE program on Teachers' self-reported social and emotional competence and well-being"
SCOPUS	Kwon et al. (2021)	"Testing holistic conceptual framework for early childhood teacher well-being"
SCOPUS	Moldavan et al. (2022)	"Design and pedagogical implications of a digital learning platform to promote well-being in teacher education"
SCOPUS	Allen et al. (2022)	"Supporting every teacher: Using the Holistic Teacher Assessment (HTA) to measure social-emotional experiences of educators"
SCOPUS	Martínez-Monteagudo et al. (2019)	"Trait emotional intelligence profiles, burnout, anxiety, depression and stress in secondary education teachers"
SCOPUS	Ansley et al. (2021)	"The impact of an online stress intervention on burnout and teacher efficacy"
SCOPUS	Greenier et al. (2021)	"Emotion regulation and Psychological well-being teacher work engagement - a case of British and Iranian English language teachers"

Apêndice (Continuação)

SCOPUS	Baeriswyl et al. (2021)	"How homeroom teachers cope with high demands: effect of prolonging working hours on emotional exhaustion"
SCOPUS	Schonert-Reichl (2019)	"Advancements in the Landscape of Social and Emotional Learning and Emerging Topics on the Horizon"
ERIC	Dung and Zsolnai (2022)	"Teachers' social and emotional competence: A new approach of teacher education in Vietnam"
ERIC	Camacho and Parham (2019)	"Urban teacher challenges: What they are and what we can learn from them ."

Referências

Allen, P., Bergès, I., Joiner, R., & Noam, G. (2022). Supporting every teacher: Using the Holistic Teacher Assessment (HTA) to measure social-emotional experiences of educators. *Teaching and Teacher Education*, *119*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2022.103827.

Amitai, A., & Houtte, M. V. (2022). Being pushed out of the career: Former teachers' reasons for leaving the profession. *Teaching and Teacher Education*, *110*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2021.103540.

Ansley, B., Houchins, D., Varjas, K., Roach, A., Patterson, D., & Hendrick, R. (2021). The impact of an online stress intervention on burnout and teacher efficacy. *Teaching and Teacher Education*, *98*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103251.

Baeriswyl, S., Bratoljic, C., & Krause, A. (2021). How homeroom teachers cope with high demands: Effect of prolonging working hours on emotional exhaustion. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.02.002.

Camacho, D., & Parham, B. (2019). Urban teacher challenges: What they are and what we can learn from them. *Teaching and Teacher Education*, *85*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.06.014.

Carvalho, J., Oliveira, S., Roberto, M., Gonçalves, C., Bárbara, J., Castro, A. d., Pereira, R., Franco, M., Cadima, J., Leal, T., Lemos, M., & Marques-Pinto, A. (2021). Effects of a Mindfulness-Based Intervention for Teachers: a Study on Teacher and Student Outcomes. *Mindfulness,*12, 1719-1732. https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-021-01635-3.

CASEL. (2022). *Fundamentals of SEL*. https://casel.org/fundamentals-of-sel/what-is-the-casel-framework/.

CNE. (2019). *Regime de Seleção e Recrutamento do Pessoal Docente da Educação Pré-Escolar e Ensinos Básico e Secundário*. https://www.cnedu.pt/content/edicoes/estudos_e_relatorios/Estudo_Selecao_e_Recrutamento_de_Docentes_julho2019.pdf.

CNE. (2021). *Estado da Educação 2020*. Conselho Nacional de Educação. https://www.cnedu.pt/content/edicoes/estado_da_educacao/EE2020_WEB_04.pdf.

Corcoran, R., & O'Flaherty, J. (2022). Social and emotional learning in teacher preparation: Pre-service teacher well-being. *Teaching and Teacher Education*, *110*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2021.103563.

Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The Job Demands–Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499-512. https://doi.org/1037/0021-9010.86.3.499.

Dias, P., Peixoto, R., & Cadime, I. (2021). Associations between burnout and personal and professional characteristics: a study of Portuguese teachers. *Social Psychology of Education*, 965-984. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11218-021-09640-z.

Dung, D. T., & Zsolnai, A. (2022). Teachers' social and emotional competence: A new approach of teacher education in Vietnam. *Hungarian Educational Research Journal*, *12*(2), 131-144. https://doi.org/10.1556/063.2021.00050.

García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2019). Burnout syndrome in secondary school teachers: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education*, *22*, 189-208. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11218-018-9471-9.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence - Why it can matter more than IQ*. New York : Bantam Books.

Greenier, V., Derakhshan, A., & Fathi, J. (2021). Emotion regulation and psychological well-being in teacher work engagement: A case of British and Iranian English language teachers. *System*, *97*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.system.2020.102446.

Hellebaut, S., Haerens, L., Vanderlinde, R., & Cocker, K. D. (2023). Burnout, motivation, and (de-)motivating teaching style in different phases of a teaching career. *Teaching and Teacher Education*, *129*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2023.104168.

Jennings, P., Brown, J., Frank, J., Doyle, S., Yoonkyung Oh, Davis, R., Damira Rasheed, DeWeese, A., DeMauro, A., Cham, H., & Greenberg, M. (2017). Impacts of the CARE for Teachers Program on Teachers' Social and Emotional Competence and Classroom Interactions. *Journal of Educational Psychology*, 1-20. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/edu0000187.

Jennings, P., Doyleb, S., Yoonkyung Oh, Rasheed, D., Frank, J., & Brown, J. (2019). Long-term impacts of the CARE program on teachers' self-reported social and emotional competence and well-being. *Journal of School Psychology*, *76*, 186-202. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.07.009.

Jennings, P., & Greenberg, M. (2009). The Prosocial Classroom: Teacher Social and Emotional Competence in Relation to Student and Classroom Outcomes. *Review of Educational Research,*, *79*(1), 491-525. https://doi.org/10.3102/003465430832569.

Kwon, K.-A., Ford, T., Jeon, L., Malek-Lasater, A., Ellis, N., Randall, K., Kile, M., & Salvatore, A. (2021). Testing a holistic conceptual framework for early childhood teacher well-being. *Journal of School Psychology*, *86*, 178-197. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.03.006.

Lucas-Mangas, S., Valdivieso-León, L., Espinoza-Díaz, I. M., & Tous-Pallarés, J. (2022). Emotional Intelligence, Psychological Well-Being and Burnout of Active and In-Training Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*. https://doi.org/10.3390/ijerph19063514.

Madigan, D. J., & Kim, L. E. (2021). Towards an understanding of teacher attrition: A meta-analysis of burnout, job satisfaction, and teachers' intentions to quit. *Teaching and Teacher Education*, *105*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2021.103425.

Marques, P., & Cayolla, R. (2018). *A era dos super-humanos*. Atual Editora.

Martínez-Monteagudo, M., Inglés, C., Granados, L., Aparisi, D., & García-Fernández, J. (2019). Trait emotional intelligence profiles, burnout, anxiety, depression, and stress in secondary education teachers. *Personality and Individual Differences*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.01.036.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 397-422.

Moldavan, A., Edwards-Leis, C., & Murray, J. (2022). Design and pedagogical implications of a digital learning platform to promote well-being in teacher education. *Teaching and Teacher Education*, *115*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2022.103732.

Moreno, C. (2019). *Identidade profissional docente: perceções dos professores sobre a (des)motivação e a (in)satisfação.* [Universidade Católica Portuguesa]. http://hdl.handle.net/10400.14/28816.

Mota, A. I. (2021). *Burnout em professores do ensino básico e secundário: variáveis pessoais, organizacionais e de sala de aula* [Universidade do Minho]. Braga. https://hdl.handle.net/1822/79614.

OECD. (2005). *Attracting, Developing and Retaining Effective Teachers - Final Report: Teachers Matter*.

OECD. (2014). *Education Policy Outlook in Portugal*. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/0e254ee5-en.pdf?expires=1685203506&id=id&accname=guest&checksum=DB18E46609B80716A5EB87E03490C526.

OECD. (2019). *TALIS 2018 Results (Volume I): Teachers and School Leaders as Lifelong Learners*. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/1d0bc92a-en/index.html?itemId=/content/publication/1d0bc92a-en.

OECD. (2020). *Teachers' well-being: A framework for data collection and analysis*. OECD Education Working Papers No. 213, Issue.

OECD. (2022). *Education at a Glance 2022: OECD Indicators* O. Publishing.

Oliveira, S., Roberto, M., Veiga-Simão, A., & Marques-Pinto, A. (2021). A Meta-analysis of the Impact of Social and Emotional Learning Interventions on Teachers' Burnout Symptoms *Educational Psychology Review*(22), 1779-1808. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10648-021-09612-x.

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, a. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, u. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Evan Mayo-Wilson, McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Research Methods and Reporting*, *372*(71). https://doi.org/doi.10.1136/bmj.n71.

Ryan, & Deci. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68-78. https://doi.org/10.1037110003-066X.55.1.68.

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719-727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719.

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, *3*(9), 185-211. https://doi.org/https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD.

Schonert-Reichl, K. (2019). Advancements in the Landscape of Social and Emotional Learning and Emerging Topics on the Horizon. *Educational Psychologist*, *54*(3), 222-232. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00461520.2019.1633925.

Schonert-Reichl, K., Kitil, M., & Hanson-Peterson, J. (2017). *To reach the students, teach the teachers - a national scan of teacher preparation and social & emotional learning. A report prepared for the Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL)*.

Susskind, R., & Susskind, D. (2019). *O futuro das profissões*. Gradiva.

Tian, J., Zhang, W., Mao, Y., & Gurr, D. (2022). The impact of transformational leadership on teachers' job burnout: the mediating role of social-emotional competence and student-teacher relationship. *Journal of Educational Administration*, *60*(4), 369-385. https://doi.org/10.1108/JEA-04-2021-0075.

UN. (2022). *Transforming Education: An urgent political imperative for our collective future*. Vision Statement of the Secretary-General on Transforming Education. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2022/09/sg_vision_statement_on_transforming_education.pdf.

UNESCO. (2022). *Transforming teaching from within – Current trends in the status and development of teachers*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000383002.

UNESCO, & OIT. (2008). *A Recomendação da OIT/UNESCO de 1966 relativa ao Estatuto dos Professores.* https://eurocid.mne.gov.pt/sites/default/files/repository/content/event/42250/documents/160495por-1.pdf.

WHO, & UNESCO. (2021). *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059.

Yin, H., Huang, S., & Chen, G. (2019). The relationships between teachers' emotional labor and their burnout and satisfaction: A meta-analytic review. *Educational Research Review*, *28*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100283.

Zhang, W., He, E., Mao, Y., Pang, S., & Tian, J. (2023). How Teacher Social-Emotional Competence Affects Job Burnout: The Chain Mediation Role of Teacher-Student Relationship and Well-Being. *Sustainability*, *15*. https://doi.org/https://doi.org/10.3390/su15032061~.

BEM-ESTAR DO ESTUDANTE NA PÓS-GRADUAÇÃO E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Mariana da Silva de Lima
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Brasil. Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, Portugal | marianalima@ifce.edu.br

Thayana Maria Lopes de Lima
Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, Portugal | thayanamarialopes@gmail.com

Jorge Conde
Laboratório de Investigação em Ciências Aplicadas à Saúde do Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal. Departamento de Fisiologia Clínica da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal | jconde@estesc.ipc.pt

Jorge Bonito
Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora, Portugal. Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores da Universidade de Aveiro, Portugal | jbonito@uevora.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Henrique Pereira
Departamento de Psicologia e Educação / Faculdade de Ciências Sociais e Humanas / Universidade da Beira Interior, Portugal
hpereira@ie.uminho.pt

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Lima, M., Lima, T., Conde, J., & Bonito, J. (2025). Bem-estar do estudante na pós-graduação e implicações na saúde mental: uma revisão narrativa de literatura. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 147-155). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Uma realidade bastante comum entre os universitários no sistema académico vigente é o alto índice de perturbações mentais, que se registam no âmbito da graduação e, cada vez mais frequente, em estudantes de pós-graduação. As cobranças diversas da vida académica e a competitividade inerente ao ambiente universitário estão constantemente a desafiar a saúde mental dos estudantes, resultando em perturbações psíquicas que podem influenciar a sua carreira e o seu desenvolvimento profissional. Levando em consideração esta realidade, este artigo objetiva examinar, através de uma revisão bibliográfica narrativa, aspetos relacionados com a saúde mental na pós-graduação e as implicações para o seu desenvolvimento profissional, a sua aprendizagem e o seu bem-estar. Foram considerados três temas principais: o bem-estar e a pós-graduação, o papel das instituições e dos programas de pós-graduação, e a relação supervisor-supervisando e as suas implicações no desenvolvimento profissional. Foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* e Google Académico, com os seguintes descritores: "bem-estar e pós-graduação", "relação supervisor-supervisando e saúde mental", "saúde mental e pós-graduação", "saúde mental e doutoramento". As investigações selecionadas passaram por uma triagem com base na leitura dos resumos, sendo excluídos aqueles que não estavam diretamente relacionados com o objeto de estudo. Foram analisadas 17 publicações de revistas científicas. Nessa análise foram considerados unicamente trabalhos publicados entre 2017 e 2023. Os trabalhos foram analisados na sua integralidade, passando por um processo de classificação e a seguir foram compilados a partir dos eixos centrais da pesquisa já apresentados. A relação supervisor-supervisando foi um dos elementos mais destacados na pesquisa como influenciador da saúde mental dos supervisandos, além da questão financeira e a pressão para manter um nível de produtividade que inviabiliza um convívio familiar saudável e momentos de lazer satisfatórios. Os dados recolhidos mostram que o modelo académico vigente afeta a saúde mental e o bem-estar dos estudantes, sendo necessário prestar maior atenção à questão das perturbações mentais na academia, de modo que os futuros profissionais e investigadores possam gozar de uma boa qualidade de vida ao longo de seus estudos académicos.

Palavras-chave: Saúde mental; Sofrimento mental; Pós-graduação.

Introdução

A entrada num curso de pós-graduação é uma conquista importante na vida dos estudantes que almejam seguir investindo na sua qualificação para uma

melhor colocação no mercado de trabalho. Após a conclusão da graduação inicial, a escolha por uma área do conhecimento específica e a construção da carreira gera grandes expectativas de melhores empregos no futuro e reconhecimento na carreira. Essa etapa é permeada de planeamento e de grandes esforços pela grande parte dos estudantes que, muitas vezes, decidem reorganizar as suas vidas para um melhor aproveitamento dos cursos de pós-graduação que escolhem (Fiorin et al., 2014; Silva-Ferreira et al., 2019).

Um profissional com o grau de mestre e/ou de doutor, ainda que não siga carreira académica, apresenta maiores possibilidades de se colocar melhor no mercado de trabalho. Ou seja, tanto tem mais chances de conseguir a vaga que ambiciona como também melhores salários. No entanto, além de tempo e dinheiro, outros recursos pessoais têm sido cobrados ao estudante para que ele conclua um curso de mestrado ou de doutoramento.

Diversas são as investigações que questionam até que ponto o ambiente académico é responsável pelo alto índice de problemas psíquicos nos estudantes de pós-graduação (Levecque et al., 2017; Lipson et al., 2019; Lopez & Jimenez, 2019). Esse questionamento é de extrema importância por diversos motivos. Primeiramente, porque estamos falando da saúde dos estudantes, motivo que, por si só, já se configura com algo suficientemente importante para que se foque nessa questão. Em segundo lugar, estamos falando da formação de futuros profissionais das mais diversas áreas que, teoricamente, saem com a saúde mental fragilizada para atuarem no mercado de trabalho, o que tem grande potencial de comprometer a sua atuação na sociedade. Por fim, quando se fala da formação de investigadores, a questão do bem-estar e de problemas psíquicos nestes indivíduos pode influenciar a qualidade da investigação realizada, comprometendo uma área estratégica para o desenvolvimento das sociedades.

Este artigo tem por objetivo realizar uma análise acerca do bem-estar dos estudantes de pós-graduação e das implicações da presença de fatores stressantes no seu desenvolvimento profissional.

Metodologia

O presente trabalho é o resultado de um estudo descritivo, baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa. Para o efeito, foi realizada uma pesquisa de literatura científica nas bases de dados *on-line*/portais de pesquisa Google Académico e *Scientific Eletronic Library Online*. As palavras-chave e operadores booleanos utilizados durante as buscas nas bases de dados foram: “bem-estar AND “pós-graduação” *OR* “relação supervisor-supervisando *and* saúde mental” *OR* “saúde mental *AND* pós-graduação” *OR* “saúde mental *AND* doutoramento”. Adotou-se como critério de inclusão apenas os trabalhos datados dos últimos cinco anos, ou seja, trabalhos publicados a partir de 2017.

Os documentos selecionados passaram por uma triagem, através de leitura dos seus resumos, sendo excluídos aqueles que não se adequavam ao objeto de estudo. Além do critério cronológico, consideraram-se outros critérios de inclusão: limitados a estudos primários revisados por pares e escritos em castelhano, inglês ou português. Os artigos selecionados foram estudados integralmente, passaram por um processo de classificação e a seguir foram compilados a partir dos eixos centrais da investigação já apresentados.

Após a leitura dos artigos selecionados, foram delimitadas temáticas centrais através dos quais se classificou cada artigo, levando em consideração o assunto principal tratado em cada investigação analisada.

Resultados e discussões

Após a leitura dos resumos, 28 artigos foram lidos em sua integralidade e analisados, o que resultou na seleção de 17 artigos para compor a amostra final. Para o desenvolvimento deste estudo sobre o bem-estar do estudante e a relação de supervisão na pós-graduação, três temas principais foram abordados: o bem-estar e a pós-

graduação, o papel das instituições de ensino superior e dos programas de pós-graduação e, por fim, a relação entre supervisor-supervisando e as suas implicações no desenvolvimento profissional.

O bem-estar e o desenvolvimento do pós-graduando

A perceção que os estudantes de doutoramento possuem das suas atividades ligadas ao curso, da sua carga de trabalho e da sua inter-relação com aspetos pessoais, está intimamente ligada ao seu bem-estar. Esse facto influencia a sua aprendizagem e produtividade, tanto quantitativa como qualitativa, afetando também o seu desenvolvimento profissional (Rezende et al., 2017). Daí a importância de se conhecerem os fatores que estes estudantes percecionam como barreiras para o seu avanço na carreira, bem como para o alcance dos seus objetivos a médio e longo prazo. Adicionalmente, será relevante que se conheçam as estratégias que os doutorandos utilizam para lidar com estas barreiras. Este conhecimento será valioso para que se estruture uma dinâmica de intervenções que promova atitudes e comportamentos, de modo a facilitar a gestão da carreira de cada indivíduo.

Para se iniciar a análise da questão, pode observar-se que um dos fatores que mais gera descontentamento nos estudantes é a impossibilidade de articular de maneira tranquila a vida familiar com os compromissos académicos. A este respeito, Pizón et al. (2020), ao estudarem a realidade dos estudos de doutoramento no Brasil, perceberam que o conflito trabalho-família foi um dos principais geradores de stresse:

> algumas variáveis intervenientes como a falta de tempo para dar conta das múltiplas responsabilidades e conciliar as atividades académicas com a família, amigos e lazer, são problemáticas que afetam os estudantes (e.g. "conciliar trabalho, pesquisa e família", "Falta de tempo"). (Pizón et al., 2020, p. 197)

Levecque et al. (2017) conduziram um estudo com estudantes de doutoramento de universidades da Bélgica. O estudo teve o cuidado de comparar o sistema académico da Europa (que, em geral, é muito similar entre os diversos países) e o sistema académico dos Estados Unidos da América. Os autores perceberam que ambos os sistemas são muito similares, ressalvado algumas particularidades como, por exemplo, um melhor suporte financeiro para os estudantes europeus. Este estudo revela que uma maior quantidade de doutorandos, que apresentou certo grau de sofrimento psicológico, afirmou sentir que as exigências académicas e os familiares estavam em constante conflito com as suas vidas (Levecque et al., 2017). Evans et al. (2018), ao estudarem o que afeta o nível e bem-estar de estudantes de pós-graduação (90% de doutorandos) de 26 países, num total de 234 instituições, encontraram o sentimento de incapacidade em conciliar o trabalho e a vida pessoal como uma das principais queixas.

A gestão familiar é um elemento muito valorizado na vida adulta, pois é na família que geramos alto grau de afetividade, onde se cultivam os valores e se estabelecem os vínculos mais próximos. Em regra, todos tentam sempre procurar e construir as melhores condições sociais para os seus familiares, seja através do avanço na carreira, o que remete para a possibilidade de uma estabilidade e segurança económica, seja por intermédio da construção de uma afetividade segura e harmoniosa entre os membros da família. Ora, é relevante ressaltar que a família, em muitos momentos da vida, é encarada como lugar de segurança afetiva e de harmonia, o que deveria funcionar como *locus* de descanso psíquico e de tranquilidade. No entanto, o ritmo das sociedades atuais, dentro e fora da academia, tem deturpado o sentimento em relação à família, transformando-se num fator de preocupações devido às inseguranças implantadas na mente pelas adversidades, incluindo as que se passam no ambiente académico (López & Jiménez, 2019). Esse sentimento faz com que o estudante se foque muitas vezes no alcance das suas metas e objetivos profissionais, o que gera um sentimento constante de dívida para com os familiares, conflito que pode conduzir a sofrimento psíquico.

Um outro fator que é levado em consideração quando se fala de bem-estar e saúde mental na sociedade está relacionado com a perceção do sucesso profissional. A perceção de êxito na pós-graduação conduz o

estudante a sentir que está a alcançar os seus objetivos, para além do reconhecimento social e do retorno financeiro satisfatório com as atividades que está a desenvolver. O conceito da perceção do sucesso é de natureza social e culturalmente construído, variando muito de acordo com os paradigmas vigentes da sociedade onde está inserido o indivíduo.

Em países de cultura eminentemente ocidental, as pessoas possuem a tendência a encarar o êxito como algo ligado a poder financeiro e à aquisição de bens. No entanto, isso não significa que nestes países não se valorize as relações interpessoais e um nível adequado de saúde física, mental e emocional, como elementos que compõem a vida de uma pessoa bem-sucedida. A perceção de ter obtido êxito na carreira, elemento que influencia o bem-estar dos estudantes de pós-graduação, é algo composto por duas vertentes: a objetiva, de perceção de sucesso, que abrange reconhecimento relacionado com a promoção e o ganho financeiro, e a subjetiva, relacionada com a satisfação das suas atividades laborais, reconhecimento social, identidade com o cargo que se ocupa e valores quanto à ética das atividades desenvolvidas.

Na revisão da literatura encontraram-se alguns estudos que relacionam a perceção de sucesso do bem-estar na pós-graduação (Levecque et al., 2017; Pizón et al., 2020). No ambiente académico, esta questão é algo que está relacionada com a sobrecarga de trabalho e o alcance das metas planeadas. Quando ocorrem, aumentam a probabilidade de "fidelização institucional", processo pelo qual o estudante se identifica e se compromete inconscientemente com a instituição. De certa forma, essa é uma perceção de sucesso no âmbito académico que pode influenciar o sucesso futuro do estudante ao dar-lhe um maior sentido de propósito nas suas atividades de investigação, resultando numa maior identificação com a carreira. Outro fator importante é a sensação de incerteza, que muitos estudantes manifestam ao longo da pós-graduação. Não é incomum muitos relatarem que se sentem inseguros pelo facto de não saberem se conseguirão inserção no mercado de trabalho após a conclusão do curso. Isso acarreta muitos sintomas de ansiedade e stresse (Costa & Nebel, 2018).

O sexo também apareceu como um dos fatores que influenciam o grau de stresse. Artes (2018), ao estudar o perfil dos estudantes de pós-graduação no Brasil, encontrou uma disparidade considerável no corpo discente, tanto no que diz respeito ao sexo quanto à raça. No seu estudo, para cada 100 doutorandos homens, havia 77 mulheres a frequentarem doutoramento. Relativamente à raça, o estudo revela dados mais preocupantes: para cada 100 doutorandos brancos havia unicamente 19 doutorandos negros.

Silva (2017), ao estudar os relatos de mulheres negras pós-graduadas, com o objetivo de entender as peculiaridades de sua trajetória académica, constatou que as investigadoras negras enfrentavam diversas dificuldades específicas associadas à cor da sua pele, relativamente a um tipo de racismo estrutural e simbólico dentro da academia, que se configuram como mais uma dificuldade para o desenvolvimento profissional destas estudantes. Silva e Euclides (2018) realizaram um estudo da trajetória de professoras doutoras, que se auto reconhecem como negras, em duas regiões distintas do Brasil. As autoras encontraram relatos de conflitos racistas e um estado constante de resistência dentro do ambiente laboral para antagonizar uma tendência de desqualificação da atuação profissional dessas docentes.

> Cada uma das investigadoras interpeladas, dentro das suas possibilidades e realidades, lança mão de dispositivos diversos para o enfrentamento de modo a não se intimidarem, reafirmando cotidianamente a sua inserção no universo científico, quer seja no ativismo em sala de aula, quer seja na discussão em seus respetivos grupos de estudos e pesquisas. (Silva & Euclides, 2018, p. 160)

A questão racial, assim como as diferenças de oportunidades entre os sexos, pode ser um fator adicional de stresse e um elemento desestimulante ao longo da carreira dessas investigadoras. Os ambientes académicos muitas vezes podem configurar-se como locais que prejudicam a autoconfiança dessas profissionais, o que pode contribuir, inclusive, com a manutenção de um baixo índice de negros e mulheres no topo da carreira académica (Espírito-Santo et al., 2023).

Existem muitas outras investigações já concluídas que analisam a questão do bem-estar mental do estudante

de pós-graduação, tanto a nível de mestrado como de doutoramento, bem como estudantes das mais diversas áreas da ciência. É consenso que a questão da saúde mental e o bem-estar está relacionada com a resiliência individual de cada um, mas também com as caraterísticas do ambiente onde o estudante se encontra inserido, ou seja, as caraterísticas do ambiente académico (Cesar et al., 2018; Mejia-Smith & Gushue, 2017). Por conta disto, é necessário também analisarmos o papel das instituições nesse contexto.

O papel das instituições e dos programas de pós-graduação

Um dos aspetos importantes a ser analisado na questão do bem-estar e do desenvolvimento académico dos estudantes de doutoramento é a função que as instituições exercem nesse contexto. A primeira caraterística que se pode destacar é a pressão institucional por publicações e pelo bom desempenho do estudante diante do júri de defesa da dissertação / tese.

> Se já não bastasse todo esse stresse psicológico, há também a preocupação com a defesa em si. Tratando-se de um evento público, a defesa é o principal ritual existente no ciclo do doutoramento, e talvez o momento mais importante na vida académica de um estudante. Esse momento, no entanto, pode vir a tornar-se um acontecimento totalmente constrangedor e humilhante para o doutorando, dependendo dos comentários feitos pelos membros do júri. (Costa & Nebel, 2018, p. 222)

Parece importante que ao longo do curso o estudante possa ter o apoio dos seus pares e dos seus supervisores, para que desenvolva uma segurança e tranquilidade no momento de diálogo da banca. Este é o momento que pode marcar o estudante de maneira positiva ou negativa, influenciando consideravelmente a sua carreira académica e a sua autoestima profissional.

Acerca do produtivismo académico, a grande maioria dos estudantes, que já participaram de investigações que tratam do tema, afirma que se sente demasiadamente pressionada para que se adeque ao produtivismo académico, para que veja publicados artigos científicos em revistas indexadas, a fim de contribuir com os bons índices de qualidade do curso. Isso faz com que os pós-graduandos se sintam pressionados e deixem de reservar tempo para sua vida pessoal e para o seu autocuidado.

Ainda que se entenda o dilema em que se encontram as direções dos cursos de pós-graduação, visto que a avaliação pela qual os cursos passam colocam muito mérito no número de publicações, é importante que se analise essa caraterística da produtividade através do viés do estímulo à baixa qualidade das investigações. Este sistema valoriza o aspeto quantitativo ao invés do qualitativo. A necessidade apresentada aos estudantes, por um maior número de artigos, não estimula o ineditismo nem a inovação da ciência, conduzindo ao fenómeno de falsas coautorias para que se possa cumprir as “metas” estabelecidas acerca do número de publicações (Hilário et al., 2018).

Os supervisores são parte da instituição e têm grande potencial de influenciar o bem-estar dos estudantes pós-graduandos. Muito se tem considerado sobre a relação entre estudantes e supervisores. O sistema de produtividade, assente na quantidade, atinge também os supervisores, colocando-os muitas vezes em estado constante de competição uns com outros, prejudicando o trabalho docente na área da supervisão. Além disso, essa dinâmica de trabalho pode ser algo bastante desgastante, levando académicos a estados de stresse e prejudicando a relação e a saúde e bem-estar de todos os envolvidos (Toribio-Ferrer & Franco-Bárcenas, 2016).

Outra preocupação dos estudantes de doutoramento é relativa à sua situação financeira (Cesar et al., 2018; Evans et al., 2018). A competitividade entre os pares em busca de bolsas de investigação, além da incerteza de financiamento, faz com que os estudantes se sintam pressionados. A preocupação com o currículo acaba por ter um cunho financeiro. Aqueles estudantes que pretendem prosseguir uma carreira académica, ou mesmo aqueles que objetivam alcançar o mercado de trabalho, precisam de um bom currículo para serem bem avaliados. E isso equivale a um custo determinado. Construir um bom currículo envolve custos de

qualificação em formação, participação em eventos académicos, custos de publicação, entre outros. Os estudantes vivem numa atmosfera constante de competição, que contribui para um ambiente laboral pouco favorável à sua saúde mental e ao bem-estar.

A relação supervisor-supervisando

O conceito de supervisão ainda é ambíguo para muitos supervisores e supervisandos, sendo a sua clarificação necessária para que se tenha uma perspetiva sólida e uniforme desse importante conceito. A supervisão na pós-graduação pode ser compreendida como um processo dinâmico, interpessoal direto, no qual docentes e estudantes interagem através de um processo organizado. Esse processo é considerado multifacetado, abrangendo aspetos académicos, administrativos e humanos (Gohar & Qouta, 2021). Oparinde (2021) ensina que supervisionar é aprender, desaprender e reaprender.

O propósito da supervisão na pós-graduação consiste em guiar o investigador na realização de tarefas de pesquisa científica, fornecendo a orientação necessária para superar dificuldades; ensinar métodos adequados de pesquisa e fornecer experiências, conhecimentos e habilidades essenciais (Gohar & Qouta, 2021). É responsabilidade da supervisão contribuir para o aprimoramento do pensamento crítico, criativo e das habilidades de pesquisa. O processo de orientação pode seguir dois modelos: o modelo *hands-off*, no qual o estudante estrutura a sua própria investigação; e o modelo *hands-on*, en que a investigação é organizada pelo orientador. Podem, ainda, ser considerados outros modelos de natureza mais ampla: o modelo tradicional, a supervisão em grupo e o modelo misto (Massi & Giordan, 2017).

A supervisão na pós-graduação é um dos fatores mais importantes para o progresso do estudante. Ela deve ser conduzida de forma horizontal, estabelecendo uma relação educativa e formativa. Além disso, ela promove o envolvimento com a produção académica-científica e com a carreira profissional. A supervisão representa a fonte mais importante de apoio e orientação em termos de pesquisa, bem como aspetos académicos, sociais, psicológicos e administrativos. É nesse processo colaborativo que o estudante tem a oportunidade de identificar os seus pontos fortes e fracos, permitindo reconhecer as suas habilidades e os seus conhecimentos e, assim, desenvolver sua autoconfiança (Lopes et al., 2020).

Para que o supervisor seja eficaz dentro desse contexto, ele deve desempenhar múltiplos papéis, sendo um guia de apoio, um instrutor de investigação, um mentor e um entusiasta do conhecimento. Segundo James e Baldwin (1999), o supervisor deve "conhecer os alunos e avaliar cuidadosamente as suas necessidades; estabelecer expectativas razoáveis e acordadas; iniciar contato regular e dar *feedback* de alta qualidade; inspirar e motivar os alunos; ajudar se surgirem crises académicas e pessoais" (citados em Oparinde, 2021, p. 244). A fim de garantir a efetiva realização desses aspetos no processo de orientação, torna-se fundamental estabelecer uma comunicação eficaz entre orientador e orientando, na qual sejam abordadas questões especificas relacionadas com a investigação e a vida de pós-graduando (Oparinde, 2021).

Nessa relação surgem muitas expectativas, tornando fundamental compreender as de cada parte. Isso possibilita a realização das adaptações necessárias, a minimização de conflitos e a conclusão bem-sucedida do trabalho de formação do investigador e construção do conhecimento. A esse respeito, Machado et al. (2018) destacam as principais caraterísticas que professores e estudantes julgam ser ideais no perfil do orientador e orientando. Para o orientador ideal, na perceção de professores e estudantes, as caraterísticas são: ética, honestidade, justeza, acessibilidade e disponibilidade. Para o orientando, foram identificadas a ética, a honestidade, a justeza, o comprometimento, a dedicação e o esforço. Em síntese, os orientadores valorizam caraterísticas técnicas em oposição aos orientandos, que enfatizam as componentes mais afetivas e pessoais nos orientadores, como determinantes do bom funcionamento da investigação e da relação orientador-orientando.

Estratégias de intervenção para o contexto da pós-graduação

A análise da literatura permitiu elencar algumas possíveis estratégias de intervenção para a pós-graduação. Costa e Nebel (2018) propõem, como estratégia inicial, a criação de unidades especializadas de atendimento psicológico a mestrandos e doutorandos, com a participação de profissionais da saúde, como psiquiatras e psicólogos. Além disso, sugerem a promoção de eventos académicos destinados a discutir a temática do bem-estar psicológico na pós-graduação. Inegavelmente, o bem-estar e a saúde mental devem ser pautas prioritárias na pós-graduação, uma vez que muitas universidades tratam de forma secundária as questões relacionadas com os serviços de apoio e de acolhimento (Bianchetti & Martins, 2019).

Uma segunda estratégia envolve a oferta de formação específica para orientadores. Com base nas discussões das últimas décadas, sobre a importância do papel do orientador, alguns autores argumentam que o processo de orientação requer um ensino com especificidade e funções próprias, que possa ser considerado uma "pedagogia da orientação". Justifica-se, por isso, a necessidade de uma formação mais abrangente para o orientador, que abarque aspetos pedagógicos, científicos e psicossociais (Bianchetti & Martins, 2019; Massi & Giordian, 2017). Uma terceira estratégia envolve a criação de grupos de investigação e ações coletivas de orientação, permitindo enfrentar a questão da gestão do tempo disponível e a do grande número de estudantes para orientação.

De acordo com Bianchetti (2022), os grupos de investigação e as orientações coletivas proporcionam um ambiente diversificado para os investigadores. Permite-lhes interagir e partilhar conhecimento, uma vez que muitos deles se encontram em diferentes estágios de formação e atuação. Isso abre a possibilidade de estabelecer parcerias académicas, em ambiente que promove o desenvolvimento de competências, tanto para orientadores quanto para os futuros orientadores. Por outro lado, a orientação em grupo facilita a realização de encontros de estudo, onde diversos investigadores podem discutir o andamento dos seus trabalhos, permitindo a análise de textos que ampliam e diversificam as leituras e as perspetivas.

Como quarta estratégia de intervenção, destaca-se a importância da realização de um diagnóstico por parte das universidades e dos programas de pós-graduação a respeito das condições formativas e psicossociais, tanto dos orientadores quanto dos orientandos. Parece fundamental que os responsáveis pela tomada de decisões nas universidades estejam bem informados sobre o bem-estar e a saúde mental dos seus estudantes e do corpo docente.

Gohar e Qouta (2021) enfatizam a necessidade de intervenções por parte desses tomadores de decisão, especialmente a implementação de ações personalizadas, adaptadas às necessidades de cada grupo. Pode-se, também, considerar intervenções no âmbito do desenvolvimento de documentos regulamentadores da supervisão académica, como a criação de um código de conduta que abranja os direitos e deveres tanto do supervisor como do estudante. Além disso, seria adequada a implementação de programas formativos para estudantes, complementando as atividades de orientação, em que se abordassem alguns tópicos, como por exemplo, a revisão de literatura, ética da investigação, entre outros (Massi & Giordan, 2017).

Conclusão

Com a revisão da literatura destacamos, primeiramente, a relação direta existente entre a qualidade da relação orientador-orientando e o bem-estar do pós-graduando. A colaboração saudável e intelectual de estudantes e supervisores é primordial para gerar investigadores novos, confiáveis, flexíveis que, no que lhe concerne, serão excelentes supervisores no futuro, dadas as suas habilidades para aprender, desaprender e reaprender. Além disso, a qualidade da supervisão também impacta a qualidade da investigação.

Em segundo, questiona-se se a estrutura organizacional da pós-graduação conspira contra ou a favor do bem-estar, do trabalho e da produção do conhecimento, ou se foi construída, apenas, para um estudante geral e abstrato. Esses questionamentos estimulam a refletir sobre nossa própria prática profissional, ou seja, se

estamos a contribuir para alimentar esse círculo vicioso em torno de eficácia, produtividade, competitividade, com isso, reforçando ainda mais a cultura de mercado dentro das universidades.

Referências

Artes, A. (2018). Dimensionando as desigualdades por sexo e cor/raça na pós-graduação brasileira. *Educação em Revista*, *34*, e192454. https://doi.org/10.1590/0102-4698192454.

Bianchetti, L. (2022). Grupos de pesquisa e formação de orientadores: depoimentos de pesquisadores. *Cadernos de Pesquisa*, *52*, e08943. https://doi.org/10.1590/198053148943.

Bianchetti, L., & Martins, F. S. (2019). O discente da pós-graduação stricto sensu: desistências e resistências, induções externas e adoecimentos. In M. I. C. Vitória, & P. T. Costa (Orgs.), *Anais do X CIDU – Congresso Ibero-americano de docência universitária* (Eixo temático 1). EDIPUCRS. https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/cidu/assets/edicoes/2018/arquivos/11.pdf.

Cesar, F. C. R., Sousa, E. T., Ribeiro, L. C. M., & Oliveira, L. M. A. C. (2018). Estressores da pós-graduação: Revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagen, 23*(4), e57460. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.57460.

Costa, E. G., & Nebel, L. (2018). O quanto vale a dor? Estudo sobre a saúde mental de estudantes de pós-graduação no Brasil. *Polis – Revista Latinoamericana, 17*(50), 207-227. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682018000200207 .

Espírito-Santo, G., Palma, A., Vasconcelos, R. V., Assis, M. R., & Loterio, C. P. (2023). Desigualdades interseccionais nos programas de pós-graduação stricto sensu em educação física. *Educação e Pesquisa*, *49*, e252722. https://doi.org/10.1590/S1678-4634202349252722por.

Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018). Evidence fora mental health crisis in graduate education. *Nature Biotechnology, 36*(3), 282-284. https://doi.org/10.1038/nbt.4089.

Fiorin, P. C., Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2014). Perceção de mulheres sobre trabalho e maternidade. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 15*(1), 25-35. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n1/05.pdf.

Gohar, A. S., & Qouta, M. M. (2021). Challenges of improving the quality of academic supervision of postgraduate studies at the faculty of education, Damietta University. *Journal of Educational Issues*, *7*(1), 113-137. https://doi.org/10.5296/jei.v7i1.18292.

Hilário, C. M., Grácio, M. C. C., & Guimarães, J. A. C. (2018). Aspetos éticos da coautoria em publicações científicas. *Em Questão*, *24*(2), 12-36. https://doi.org/10.19132/1808-5245242.12-36.

Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy*, *46*(4), 868-879. https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.02.008.

Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased rates of mental health service utilization by US college students: 10-year population-level trends (2007–2017). *Psychiatric services, 70*(1), 60-63. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800332.

Lopes, E. F. B., Souza, G. B., Silva, L. S. A., Galete, J., Cabanha, M. W. C., Oliveira, J. H. M., Vieira, A. S. C. S., Hairrman, R. S., Menezes, I. R., Nakamura, L., Aoyagi, G. A., Assis, M. F. B. R., & Simões, E. A. P. (2020). A relação entre orientador e orientandono processo de produção científica. *Brazilian*

Journal of Development, *6*(1), 3854-3868. https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-273.

López, J. R. P., & Jiménez, W. M. V. (2019). Estrés laboral y desarrollo de trastornos psicosomáticos en estudiantes de posgrado. *Psicología y Salud, 29*(2), 177-186. https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2584.

Machado, D. P., Tonin, J. M. F., & Clemente, A. (2018). Orientador e orientando ideais: similaridades e dissimilaridades na percepção de professores e alunos. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, *15*(35), 32-47. https://doi.org/10.5007/2175-8069.2018v15n35p32.

Massi, L., & Giordan, M. (2017). Formação do orientador de pesquisas acadêmicas: um estudobibliográfico nacional e internacional. *RBPG-Revista Brasileira de Pós-Graduação*, *14*(33). https://doi.org/10.21713/2358-2332.2017.v14.1375.

Mejia-Smith, B., & Gushue, G. V. (2017). Latina/o college students' perceptions of career barriers: Influence of ethnic identity, acculturation, and self-efficacy. *Journal of Counseling & Development, 95*(2), 145-155. https://doi.org/10.1002/jcad.12127.

Oparinde, K. (2021). Postgraduate supervision: A heuristic approach to learning, unlearning, and relearning. *Asian Journal of University Education*, *17*(4), 243-250. https://doi.org/10.24191/ajue.v17i4.16202.

Pizón, J. H., Sanchez, G. M., Machado, W. L., & Oliveira, M. Z. (2020) Barreiras à carreira e saúde mental de estudantes de pós-graduação. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 21*(2), 189-201. http://dx.doi.org/10.26707/1984-7270/2020v21n206.

Rezende, M. S., Miranda, G. J., Pereira, J. M., & Júnior, E. B. C. (2017). Stress and academic performance among accounting graduate students in Brazil. *Education Policy Analysis Archives, 25*(96). https://doi.org/10.14507/epaa.25.2931.

Silva, M. A. B. (2017). Relatos de uma mulher negra na pós-graduação: trajetória educacional. *Intinerarius Reflectionis*, *13*(1), 1-20. https://www5.pucsp.br/nexin/artigos/download/relatos-de-uma-mulher-negra.pdf.

Silva, J., & Euclides, M. S. (2018). Falando de género, raça e educação: trajetórias de professoras doutoras negras de universidades públicas dos estados do Ceará e do Rio de Janeiro (Brasil). *Educar em Revista, 34*(70), 51-66. https://doi.org/10.1590/0104-4060.58760.

Silva-Ferreira, A. V., Martins-Borges, L., & Willecke, T. G. (2019). Internacionalização do ensino superior e os impactos da imigração na saúde mental de estudantes internacionais. *Avaliação, 24*(3), 594-614. https://doi.org/10.1590/S1414-40772019000300003.

Toribio-Ferrer, C., & Franco-Bárcenas, S. (2016). Estrés académico: el enemigo silencioso del estudiante. *Salud y Administración*, *3*(7), 11-18. https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/49/46.

INTERVENÇÃO COLABORATIVA PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL ENTRE E COM ESTUDANTES DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Liliana Raphaela Brandim Goergen
UFCSPA | liliana.goergen@ufcspa.edu.br

Cleidilene Ramos Magalhães
UFCSPA | cleidirm@ufcspa.edu.br

Fúlvia da Silva Spohr
UFCSPA | fulvia@ufcspa.edu.br

Arbitragem científica:
Revisor 1
Fátima Leal
Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora, Portugal
fhleal@uevora.pt

Revisor 2
Nilza Pereira de Araújo
Universidade Federal de Roraima, Brasil
nilza.araujo@ufrr.br

Citação:
Goergen, L., Magalhães, C., & Spohr, F. (2025). Intervenção colaborativa para a promoção de saúde mental entre e com estudantes de Educação Básica. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 157-163). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Esse estudo visa apresentar resultados preliminares de uma pesquisa em Ensino na Saúde, de natureza qualitativa, que pretende fomentar a educação em saúde entre adolescentes através do desenvolvimento de competências emocionais. A pesquisa situa-se na promoção da saúde de estudantes de duas escolas da rede pública do ensino básico, em um município no interior do sul do Brasil, considerando o aumento significativo da demanda por atendimentos em saúde mental por essa população durante e pós-pandemia. Objetivo: Nesse contexto, este relato tem como objetivo descrever a metodologia utilizada para o planejamento de ações educativas com os adolescentes, na perspectiva da educação popular, considerando a autoria dos sujeitos na construção de conhecimentos. Método: Participaram das oficinas 19 estudantes, entre 12 e 18 anos, matriculados no 7º, 8º e 9º anos do ensino básico. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante concordância dos pais/responsáveis, ocorrendo durante as atividades escolares. A proposta foi organizada considerando uma carga horária total de nove horas de atividade em cada escola, distribuídas em seis atividades, denominadas Oficinas MoviMente-Se. O planejamento didático das atividades foi organizado de maneira a oportunizar o desenvolvimento do pensamento crítico e o protagonismo dos participantes por meio da escuta, do diálogo, da problematização e emergência de temas geradores comuns à realidade vivida pelos adolescentes em uma sistematização e construção compartilhada dos conhecimentos. Cada oficina foi planejada de forma participativa, considerando os conhecimentos prévios dos participantes, articulados ao eixo norteador do estudo: desenvolvimento da educação emocional. A primeira oficina consistiu no levantamento de demandas dos adolescentes e as demais no desenvolvimento das dimensões das competências emocionais – consciência emocional, regulação emocional, autonomia pessoal, competência social e competência para a vida e bem-estar, a partir das demandas elencadas pelos estudantes. Resultado: Como resultado preliminar, obtivemos três pistas metodológicas para a organização de atividades considerando o planejamento de ações educativas voltadas a adolescentes: a) Contextualização da realidade dos participantes, suas demandas e levantamento de conhecimentos prévios; b) Definição das estratégias didáticas com base nos objetivos de aprendizagem, no caso deste estudo a promoção da educação emocional; e c) Alinhamento entre os conteúdos e objetivos de aprendizagem, a metodologia proposta e os interesses e demandas dos participantes. Conclusões: Por fim, sugere-se que metodologias participativas, quando utilizadas em contextos de educação em saúde com adolescentes, repercutam de maneira favorável para a construção da consciência crítica e reflexiva, implicando no protagonismo e na promoção da saúde emocional dessa população.

Palavras-chave: Saúde mental; Adolescências; Educação em saúde.

Introdução

Este estudo visa apresentar os resultados preliminares de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida no sul do Brasil, que pretende fomentar a educação em saúde entre adolescentes, por meio do desenvolvimento de competências emocionais. A pesquisa situa-se na perspectiva da promoção da saúde de estudantes de duas escolas da rede pública do Ensino Básico, de um município no interior do sul do Brasil, considerando o aumento significativo da demanda por atendimentos em saúde mental por essa população durante e pós-pandemia. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/CNS/MS) sob n. 61066322.4.0000.5345 e submetido e aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) através do parecer de n. 5.642.714. Atualmente, a pesquisa encontra-se na etapa final de elaboração de um produto educacional, em formato de guia orientador, voltado a trabalhadores que atuam na área da adolescência.

Contextualização da pesquisa

Observou-se um aumento significativo na demanda por atendimento em saúde mental por parte de adolescentes, tanto antes, durante e após a pandemia. Durante os anos de 2019, 2020 e 2021, as escolas foram impactadas pelos rumores, confirmação e medidas de controle de infecção e distanciamento social adotadas para conter a propagação da Covid-19. Paralelamente, houve um aumento na busca por serviços de saúde mental entre os jovens. Em relação a esses anos, o registro eletrônico de atendimento, no município em questão, revelou 87, 135 e 195 solicitações, respectivamente. Esses números refletem o total de pessoas que procuraram atendimento individualmente pela primeira vez, seja para acolhimento, tratamento, orientação ou avaliação.

Além dos pedidos de atendimento, outro aspecto relevante foi a demanda das escolas por palestras destinadas a professores e alunos, com o objetivo de prevenir e promover o cuidado com a saúde mental de ambos os públicos.

Entre os problemas mais frequentemente mencionados por essa faixa etária, destacam-se: "dificuldades de relacionamento com a família", "tentativas de suicídio", "perturbação depressiva", "distúrbio de ansiedade/estado de ansiedade", "sinais/sintomas psicológicos diversos", "sinais/sintomas relacionados ao comportamento dos adolescentes", "sensação de ansiedade/nervosismo/tensão" e "tristeza/sensação de depressão".

Nesse sentido, aumenta a preocupação e reflexões sobre como organizar a rede de serviços para atender a essa crescente demanda, bem como promover e desenvolver ações educativas de saúde em colaboração com esses adolescentes. O foco principal é o desenvolvimento da educação emocional, permitindo-lhes construir recursos emocionais para lidar com as diversas circunstâncias da realidade e aprender a assumir a responsabilidade por seu próprio autocuidado.

Desse modo, essa pesquisa se propôs a trabalhar justamente com a metodologia participativa, uma vez que essa oportuniza visibilidade aos adolescentes, por meio da ressignificação das práticas de educação e saúde em que serão sujeitos, a partir de sua participação e engajamento em oficinas de desenvolvimento de competências socioemocionais.

Referenciais teóricos

Ao longo do tempo, o conceito de saúde tem se ampliado, considerando diversas determinações e reformulando suas práticas. Anteriormente, a saúde era predominantemente abordada a partir da perspectiva da doença e suas disfunções, o que resultava em um modelo curativo, centrado no hospital e na terapia medicamentosa. No entanto, os conceitos de saúde e doença passaram a levar em conta outros aspectos,

como a subjetividade e a autonomia do indivíduo. Novas práticas e conhecimentos foram incorporados às ações de saúde, como o acolhimento, a responsabilização do cuidado, o vínculo e o trabalho multiprofissional (Raimundo & Da Silva, 2020).

Somente em 2001, por meio da Lei n. 10.216 (Lei n. 10.216, 2001), foram estabelecidos o modelo assistencial em saúde mental e a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental. Isso evidencia que esse tema ganhou espaço e relevância tardiamente, e mesmo atualmente há muito a ser consolidado politicamente e como um espaço de saúde. Como resultado dessa demora, estigmas associados à loucura surgiram, o que dificulta o acesso dessas pessoas aos serviços necessários. Portanto, fica evidente a necessidade de criar espaços educativos de saúde que, desde cedo, desconstruam essas crenças e enfatizem a importância do diálogo e da interação como prática de autocuidado.

A saúde mental está relacionada às experiências que vivenciamos ao longo da vida e à forma como as enfrentamos. Existem fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, bem como fatores de proteção que auxiliam no desenvolvimento da capacidade de lidar com adversidades (Organização Pan-Americana da Saúde [Opas], 2020).

A promoção da saúde, em seu primeiro objetivo, busca reduzir os altos custos em saúde decorrentes da influência do modelo biomédico. Atualmente, entende-se que a promoção está fortemente ligada a práticas contextualizadas que pressupõem o processo de transformação social (Buss & Carvalho, 2009). A promoção de saúde resgata a concepção da saúde como uma produção social, promovendo a prevenção, a educação e a participação de diferentes setores na concretização desse processo (Silva et al., 2019).

Nesse sentido, a escola desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, devido à sua abrangência e alcance. Como espaço de ensino e aprendizagem, sua missão é formar cidadãos críticos, abrangendo todos os aspectos do desenvolvimento de uma pessoa. De modo que, durante a adolescência, um período de transição significativo na vida de uma pessoa, a escola desempenha um papel fundamental (Koehler et al., 2021).

A adolescência, como alvo desta pesquisa, é compreendida como um período diverso e multifacetado, que engloba diversas experiências, condições de vida, características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual (Ministério da Saúde, 2010).

É importante considerar que o Brasil, sendo um país de dimensões continentais e com culturas distintas, possui diferentes formas de vivenciar essa fase. Existem grupos populacionais diferentes, heterogêneos, com fronteiras permeáveis e móveis, que não se restringem a uma faixa etária ou à passagem pela escola (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo Petrucci et al. (2016), a escola desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos adolescentes, podendo contribuir para a promoção das habilidades socioemocionais e atenuar dificuldades internas ou externas ao indivíduo.

Assim, a proposta de intervenção em contexto escolar, por meio do desenvolvimento da educação emocional em adolescentes, implica fortalecer os vínculos entre família, comunidade e escola, além de minimizar comportamentos de fracasso escolar e risco. Investir nesse aspecto agora pode prevenir a ocorrência de problemas de saúde mental na vida adulta (Ministério da Saúde, 2016). As ações educativas em saúde no contexto escolar, articuladas entre a atenção primária e as escolas, constituem-se como espaços geradores de saúde, especialmente quando direcionadas aos adolescentes.

A perspectiva teórico-metodológica desta pesquisa se fundamenta nos princípios da Educação Popular, especialmente na Política de Educação Popular em Saúde, que é vista como uma ferramenta de transformação social e defesa do direito à saúde. Através dessa abordagem, é possível modificar realidades, dar visibilidade aos marginalizados e fomentar o pensamento crítico e ação voltados à mudança social. A Educação Popular pressupõe a participação ativa dos sujeitos, promovendo seu protagonismo na construção

do conhecimento e resgatando sua história, identidade e autonomia para transformarem a si mesmos e seu meio (Brandão, 1985; Freire, 1993).

Nessa perspectiva é que a educação emocional, de acordo com Bisquerra e Pérez (2012), possui uma abordagem prática e dinâmica, utilizando atividades como dinâmicas de grupo, autorreflexão, diálogo, jogos e introspecção. Seu objetivo é promover o desenvolvimento das competências emocionais, pois apenas informações não são suficientes; é necessário saber aplicá-las, lidar com as emoções, interagir com os outros e conviver de forma saudável. A implementação da educação emocional requer a convicção das pessoas em colocá-la em prática. A aquisição de habilidades emocionais beneficia o relacionamento interpessoal, ajuda na resolução de conflitos, promove a saúde física e mental, e contribui para um melhor desempenho acadêmico. Em suma, o analfabetismo emocional pode ser a causa de diversos problemas sociais e pessoais, e o desenvolvimento dessas competências através da educação emocional pode trazer melhorias significativas em diferentes áreas da vida. Sendo que entendemos sua relevância e significado peculiar, sobretudo na adolescência, pelos argumentos explicitados até aqui.

Metodologia

A estratégia de intervenção desta pesquisa consistiu numa ação educativa em formato de oficinas, distribuídas em seis encontros. O conjunto dessas atividades foi denominado Oficinas MoviMente-Se. Participaram das oficinas 19 estudantes entre 12 e 18 anos, matriculados no 7º, 8º e 9º anos do ensino básico. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante concordância e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais ou responsáveis, ocorrendo durante o período das atividades escolares. A proposta foi organizada considerando uma carga horária total de nove horas de atividade em cada escola.

O planejamento didático das atividades foi organizado de maneira a oportunizar o desenvolvimento do pensamento crítico e o protagonismo dos participantes por meio da escuta, do diálogo, da problematização e emergência de temas geradores comuns à realidade vivida pelos adolescentes em uma sistematização e construção compartilhada dos conhecimentos. Cada uma das oficinas foi planejada de forma participativa, considerando os conhecimentos prévios dos participantes, articulados ao eixo norteador do estudo: desenvolvimento da educação emocional.

A primeira oficina consistiu na apresentação do objetivo de trabalho, do estabelecimento das regras de convivência e levantamento de demandas dos adolescentes a partir de atividade direcionada pela Técnica Modelo Árvore do Problema.

A partir da segunda, as oficinas consistiram no desenvolvimento das dimensões das competências emocionais – consciência emocional, regulação emocional, autonomia pessoal, competência social e competência para a vida e o bem-estar (Bisquerra, 2011), com base nas demandas elencadas pelos estudantes.

O planejamento do ensino para cada encontro explicitou até dois objetivos de aprendizagem e uma atividade avaliativa que permitiu monitorar a construção de cada uma das competências pelos participantes.

Todas as oficinas tiveram a mesma lógica e estrutura:

- introdução da temática a ser trabalhada;
- desenvolvimento da atividade proposta pelos alunos;
- correlação com a competência a ser desenvolvida e reflexão/aprendizagem.

O desenvolvimento da atividade em si foi proposto pelos alunos e obteve diversas formas metodológicas tais como: conversação, apresentação de cartaz, teatro, canto, utilização de objetos.

A seguir descreve-se a Tabela 1, Quadro Geral das Oficinas, que tem por finalidade levar o leitor a visualizar o panorama geral de todas as oficinas que ocorreram e quais as respectivas competências que foram desenvolvidas em cada uma, de acordo com a escola.

TABELA 1
Quadro Geral das Oficinas

ESCOLA/ OFICINA	ESCOLA A	COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA	ESCOLA B	COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA
PRIMEIRA	Levantamento das Temáticas	-	Levantamento das Temáticas	-
SEGUNDA	Emoções	Consciência Emocional	Estresse	Regulação Emocional
TERCEIRA	Bullying	Competências para a vida e o bem-estar	Vergonha de falar em público	Autonomia Pessoal
QUARTA	Vergonha	Autonomia Pessoal	Relação saudável com a família	Competências Sociais
QUINTA	Perdão	Competências Sociais	Empatia	Autonomia Pessoal
SEXTA	Ansiedade	Regulação Emocional	Não excluir as pessoas	Competências para a vida e o bem-estar

Resultados

Como resultado preliminar, obtivemos três pistas metodológicas para a organização de atividades, considerando o planejamento de ações educativas voltadas à saúde de adolescentes: a) Contextualização da realidade dos participantes, suas demandas e levantamento de conhecimentos prévios; b) Definição das estratégias didáticas com base nos objetivos de aprendizagem, no caso deste estudo a promoção da educação emocional; e c) Alinhamento entre os conteúdos e objetivos de aprendizagem, a metodologia proposta e os interesses e demandas dos participantes.

A abordagem metodológica das oficinas proporcionou um espaço de aprendizado e desenvolvimento significativo para os estudantes participantes. Ao longo das atividades, os adolescentes foram estimulados a refletir criticamente, expressar suas opiniões e compartilhar experiências relacionadas à educação emocional. Através da escuta ativa e do diálogo aberto, os participantes puderam identificar e discutir as demandas e desafios emocionais que enfrentam em seu cotidiano. A estrutura consistente das oficinas, com introdução temática, desenvolvimento das atividades propostas pelos alunos e reflexão sobre as competências emocionais trabalhadas, permitiu uma progressão gradual no aprendizado e na construção compartilhada de conhecimentos. A diversidade de metodologias utilizadas, como conversação, apresentação de cartazes, teatro, canto e uso de objetos, contribuiu para um ambiente dinâmico e estimulante, promovendo a participação ativa e o engajamento dos estudantes. No geral, a realização dessas oficinas evidenciou a importância e o potencial da educação emocional como ferramenta de empoderamento e promoção do bem-estar dos adolescentes. Ao finalizar essa temática, é possível afirmar que a abordagem adotada nas oficinas MoviMente-Se mostrou-se eficaz na criação de um espaço seguro e enriquecedor para o desenvolvimento das competências emocionais dos participantes, fortalecendo sua capacidade de lidar com e/ou ressignificar as emoções, construir relações saudáveis e tomar decisões conscientes em diferentes áreas de suas vidas.

Considerações finais

Para concluir, sugere-se que metodologias participativas, quando utilizadas em contextos de educação em saúde com adolescentes, repercutem de maneira favorável para a construção da consciência crítica e reflexiva, implicando no protagonismo e na promoção da saúde emocional desta população, como foi o objetivo deste estudo.

Além disso, é importante ressaltar que a utilização de metodologias participativas em contextos de educação em saúde com adolescentes não apenas contribui para a construção da consciência crítica e reflexiva, mas também fomenta o desenvolvimento do senso de protagonismo e da promoção da saúde emocional dessa população. Ao envolver os adolescentes de forma ativa e participativa, estimulando a expressão de suas opiniões e vivências, cria-se um espaço propício para o fortalecimento de sua autonomia e capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde emocional. Dessa forma, as metodologias participativas proporcionam uma abordagem que vai além da transmissão de informações, possibilitando uma experiência de aprendizagem mais significativa e empoderada para os adolescentes, com impactos positivos em seu bem-estar emocional a curto e longo prazo, tendo sido a modalidade oficina muito potente e eficaz com a abordagem e o público aqui abordado.

Considerando o seguimento do estudo, será realizada a etapa de análise temática das produções das oficinas (materiais confeccionados pelos adolescentes), visando a geração de dados para análise e posterior organização de um produto educacional no formato de cartilha, dirigida aos profissionais que atuam com a promoção da saúde mental na adolescência. A expectativa é que esta experiência possa fazer sentido e também inspirar profissionais de outras realidades e/ou contextos na atuação com este público e temática.

Referências

Bisquerra, R., & Pérez, N. (2012). Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. *Avances en Supervisión Educativa*, *16*. https://doi.org/10.23824/ase.v0i16.502.

Bisquerra, R. (2011). Educación emocional. *Padres y Maestros*, *337*, 5-8. https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/272.

Brandão, C. R. (1985). *A educação como cultura*. Brasiliense.

Buss, P., & Carvalho, A. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*(6), 2305-2316. https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039.

Freire, P. (1993). *Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra.

Koehler, S. M. F., Gonzales, N. G. P., & Marpica, J. B. (2021). A escola como promotora da saúde mental e do bem-estar juvenil: oficinas pedagógicas com adolescentes. *Desidades*, *29*, 168-185. https://doi.org/10.54948/desidades.v0i29.43651.

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 9 abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República.

Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem.

Ministério da Saúde. (2016). *Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*. Direção-Geral da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde (2020). *Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes em contextos migratórios*.

Petrucci, G. W., Borsa, J. C., & Koller, S. H. (2016). A família e a escola no desenvolvimento socioemocional na infância. *Temas em Psicologia*, *24*(2), 391-402. https://doi.org/10.9788/TP2016.2-01Pt.

Raimundo, J., & Da Silva, R. (2020). Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, *11*(2), 109-116. https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184.

Silva, M. R. I., Almeida, A. P., Machado, J. C., Silva, L. S., Cardoso, J. A. F., Costa, G. D., & Cotta, R. M. M. (2019). Processo de acreditação das escolas promotoras de saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(2), 475-486. https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE PSICOLÓGICA E BEM-ESTAR: MONITORIZAÇÃO E AÇÃO NAS ESCOLAS PORTUGUESAS

Margarida Gaspar de Matos
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | margarida.gaspardematos@gmail.com

Cátia Branquinho
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | catia.branquinho@aventurasocial.com

Bárbara Moraes
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | barbaracsmoraes@hotmail.com

Catarina Noronha
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | catarinanoronha26@live.com.pt

Tânia Gaspar
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | tânia.gaspar.barra@gmail.com

Gina Tomé
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | ginatome@sapo.pt

Marina Carvalho
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | marinaadcarvalho@gmail.com

Adilson Marques
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | adncmpt@gmail.com

Celeste Simões
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | csimoes@sapo.pt

Fábio Botelho Guedes
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | fabiobotelhoguedes@gmail.com

Ana Cerqueira
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | cerqueira.apm@gmail.com

Marta Raimundo
Aventura Social & Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | martaraimundo2009@hotmail.com

Nuno Neto Rodrigues
DGEEC - Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência | nuno.rodrigues@dgeec.medu.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Graça S. Carvalho
CIEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho, Portugal
graca@ie.uminho.pt

Revisor 2
Manuel Joaquim Loureiro
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal
loureiro@ubi.pt

Revisor 3
Natália Cristina de Oliveira
Universidade Guarulhos – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Centro Universitário Adventista de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
natcrisoliv@gmail.com

Citação:
Matos, M., Branquinho, C., Moraes, B., Noronha, C., Gaspar, T., Tomé, G., Carvalho, M., Marques, A., Simões, C., Guedes, F., Cerqueira, A., Raimundo, M., & Rodrigues, N. (2025). Observatório de saúde psicológica e bem-estar: monitorização e ação nas escolas portuguesas. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 165-175). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

No relatório e recomendações do **Plano de Recuperação das Aprendizagens Escola 21|23+** ficou claro que a recuperação das aprendizagens dos alunos pós-pandemia por COVID-19, teria de se situar num contexto de promoção da saúde psicológica e bem-estar, de todo o ecossistema escolar. Assim surgiu o estudo "Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação" cujo principal objetivo foi conhecer e monitorizar a saúde psicológica e bem-estar das crianças e adolescentes em idade escolar (da educação pré-escolar ao 12.º ano de escolaridade) e dos seus professores e educadores[1], e identificar recomendações de ação e intervenção promotoras de melhor saúde psicológica e bem-estar nos estabelecimentos de ensino. O estudo integrou quatro tipos de questionários, dirigidos à educação pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico (respondidos pelos docentes); 2.º ciclo do ensino básico; 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário e docentes. Os resultados indicaram um panorama menos positivo da saúde psicológica e bem-estar do género feminino, quando comparado com o masculino. O mesmo se verificou em relação à idade, tendo as alunas mais velhas, demonstrado uma maior propensão para o desenvolvimento de problemas de internalização e menor bem-estar. Os resultados evidenciaram ainda que a promoção da saúde psicológica e bem-estar dos professores é uma prioridade. De acordo com o estudo, a comunicação e o apoio por parte de colegas e o funcionamento da instituição assumiam a maior importância, muito especialmente a perceção das características da direção, sendo a sua otimização imprescindível na promoção da saúde psicológica e bem-estar dos docentes. Com estes resultados elaboraram-se recomendações para alunos, famílias e profissionais de educação e saúde, bem como para as políticas públicas do setor, comprometidas não só na mitigação da situação, mas na preparação atempada para futuros cenários, cumprindo os 3As: antecipar, alertar e agir.

Palavras-chave: Saúde psicológica; Bem-estar; Alunos; Docentes; Ecossistema escolar.

Introdução

No Plano de Recuperação das Aprendizagens 21|23 Escola+, ficou evidente que a recuperação das aprendizagens dos alunos no período pós-pandemia COVID-19, seria indissociável de um trabalho no âmbito da saúde psicológica e bem-estar de todo o ecossistema escolar. O estudo "Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação" foi desenvolvido com base nesta necessidade. Sob a tutela da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, em parceria com a equipa Aventura Social, a Direção-Geral da Educação, o Programa Nacional de Promoção do Sucesso Escolar, a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Fundação Calouste Gulbenkian, o estudo teve como principal objetivo, monitorizar o panorama da saúde psicológica e bem-estar das crianças e adolescentes em idade escolar (dos 5 anos de idade ao 12.º ano de escolaridade), e dos seus professores, e desenvolver recomendações de ação para melhor saúde psicológica e bem-estar nos estabelecimentos de ensino.

[1] Por uma questão de simplificação do texto, ao longo do presente artigo serão utilizados os termos "professor" ou "docente", independentemente do nível de ensino.

O primeiro estudo pretendeu:

i) conhecer o panorama da saúde psicológica e bem-estar das crianças e adolescentes em idade escolar (da educação pré-escolar ao 12.º ano de escolaridade);

ii) conhecer o panorama da saúde psicológica e bem-estar dos seus docentes, como indicador geral do bem-estar do ecossistema escolar;

iii) elaborar recomendações de intervenção promotoras da saúde psicológica e do bem-estar, com base nos resultados obtidos em função do género, grupos etários e região geográfica.

Seguiram-se alguns estudos aprofundados a partir dos quais se elaborou o *e-book Saúde Psicológica e Bem-Estar nas Escolas Portuguesas*. Com o objetivo de aprofundar o impacto da pandemia e das medidas decorrentes do relatório do estudo, ou anteriores, foram realizados estudos de caso, publicados no:

Relatório complementar: *case studies* de entre os agrupamentos de escolas participantes na primeira fase do estudo, através de grupos focais *online* com a participação de diretores, coordenadores de educação para a saúde, e psicólogos; e com docentes, encarregados de educação, e alunos do ensino básico ou secundário. No final, todos os participantes foram convidados a preencher um questionário complementar, de que resultou o Relatório da consulta às escolas: estudo quantitativo e qualitativo. Na sequência destes resultados teceram-se algumas recomendações para alunos, famílias e profissionais de educação e saúde, bem como para as políticas públicas do setor, para enfrentar a situação atual e para a preparação atempada para futuros cenários contemplando os 3As: antecipar, alertar e agir.

Contextualização teórica

O período da pandemia por COVID-19 evidenciou uma necessidade, preexistente, de ação em relação à saúde mental e ao bem-estar de crianças e jovens[1,2]. Em 2013, a UNICEF já estimava que cerca de 20% das crianças e jovens enfrentavam desafios ao nível da sua saúde mental[3]. Atualmente, num período pós-pandemia, que demonstrou ter impactos significativos nas esferas psicológica, física e social (ex. [4,5,6,7,8,9,10,11]), acredita-se que um em cada sete adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, possa estar a lidar com algum tipo de problema de saúde mental[12].

O mundo atual enfrenta desafios consideráveis que desencadeiam oportunidades de mudança para a tomada de medidas eficazes e capazes de proteger as gerações mais jovens[13]. A escola desempenha um papel central nesta tarefa[14,15], logo, a promoção da saúde mental e do bem-estar deve ser encarada como uma prioridade no contexto escolar[16,17]. Um ambiente escolar saudável não só contribui para a adaptação positiva dos alunos, mas também para o desenvolvimento psicológico saudável de todos os intervenientes no ecossistema escolar[18].

Método e Participantes

Estudo 1 – Saúde Psicológica e Bem-Estar | Observatório Escolar (Matos et al., 2022)[17]

O primeiro estudo do *Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação nas escolas portuguesas* arrancou em dezembro de 2021 com a definição do desenho do estudo e com o desenvolvimento do protocolo para a recolha de dados. O principal objetivo foi monitorizar a saúde mental e o bem-estar das crianças e adolescentes em idade escolar, bem como dos seus professores.

O protocolo abrangeu quatro tipos de inquéritos:

(i) Educação pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico (respondidos pelos docentes);
(ii) 2.º ciclo do ensino básico;
(iii) 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário;

(iv) Docentes.

Em janeiro de 2022, realizou-se uma seleção aleatória dos agrupamentos de ensino por NUTS III, contactados posteriormente para obter o seu acordo. Nos casos em que os agrupamentos não estavam disponíveis, procedeu-se ao sorteio de novos agrupamentos por NUTS III, até obter a concordância de um agrupamento. A aplicação dos questionários foi coordenada pelos docentes e psicólogos das escolas envolvidas. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e março de 2022.

Consideraram-se 8067 respostas de alunos (*M* = 10,63 anos; *DP* = 3,69; Min = 5; Max = 18) desde a educação pré-escolar ao 12.º ano, 49,7% pertencia ao género feminino e 48,4% ao género masculino (1,9% preferiu não responder ou referiu "outro"). 44,9% das respostas corresponderam a alunos da educação pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico, 15,0% a alunos do 2.º ciclo do ensino básico e 40,1% a alunos do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário. 36,1% dos alunos residia na região Norte, 34,7% no Centro, 7,2% na Área Metropolitana de Lisboa, 18% no Alentejo e 4,0% no Algarve.

Os 1453 docentes participantes neste estudo constituíram uma amostra de conveniência, recolhida de entre os agrupamentos de Portugal Continental que foram sorteados por NUTS III e que se disponibilizaram a participar no estudo. Na sua maioria do género feminino (81,8%), a idade média dos respondentes era de 51 anos e o tempo médio de serviço de 26 anos.

Estudo 2 – Relatório Complementar: Case Studies (Matos et al., 2023ª)[18]

No que diz respeito aos estudos de caso, foram selecionados agrupamentos de escolas que participaram na primeira fase do estudo, classificados por NUTS II. Em novembro de 2022, foram contactados por email para verificar a sua disponibilidade para participar. A recolha de dados ocorreu durante o período de novembro e dezembro de 2022.

No total, foram realizados 14 grupos focais *online*: sete grupos focais com a participação de diretores, coordenadores de educação para a saúde e psicólogos, e sete grupos focais com docentes, encarregados de educação e alunos. Os grupos focais foram conduzidos com base num guia de entrevista semiestruturada, com uma média de duração de 59 minutos. Os participantes (*n* = 90) apresentaram uma média de idade de 52,13 anos (para diretores, coordenadores de educação para a saúde, psicólogos, docentes e encarregados de educação) e 12,6 anos (para os alunos). Eles eram provenientes das regiões da Área Metropolitana de Lisboa (*n* = 20), Centro (*n* = 16), Norte (*n* = 14), Algarve (*n* = 17) e Alentejo (*n* = 9).

Estudo 3 – Relatório de Consulta às Escolas – Estudo Quantitativo e Qualitativo (Matos et al., 2023b)[19]

Os respondentes (*n* = 83) do questionário administrado após os grupos focais, com o objetivo de conhecer a realidade dos seus agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas, eram na sua maioria psicólogos (*n* = 46), diretores ou subdiretores escolares (*n* = 18), coordenadores de educação para a saúde (*n* = 16), ou outro elemento do ecossistema escolar (*n* = 3), das regiões Centro (*n* = 29), Área Metropolitana de Lisboa (*n* = 22), Norte (*n* = 21), Alentejo (*n* = 7) e Algarve (*n* = 4).

Resultados e discussão

Estudo 1 – Saúde Psicológica e Bem-Estar | Observatório Escolar (Matos et al., 2022)[17]

No global, observou-se que, na educação pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico, aproximadamente um quarto dos alunos eram irrequietos (23,2%) e distraiam-se com facilidade (24,9%). As crianças identificadas pelos professores como tendo mais problemas emocionais, de comportamento, hiperatividade e problemas

de relacionamento com os colegas, são referidas pelos mesmos, como tendo menos comportamentos prossociais.

No ensino básico e secundário, cerca de um quarto dos alunos referiu sentir várias vezes por semana ou quase todos os dias tristeza (25,8%), irritação ou mau humor (31,8%) e nervosismo (37,4%). Sendo que 32,9% referiu sentir mensalmente uma tristeza tão grande que parecia não aguentar. No que concerne aos hábitos de lazer e repouso, 61% dos alunos referiu ter praticado atividade física menos de três vezes por semana, na semana anterior, 35,7% ter dormido menos de oito horas por noite, e 63,0% passar quatro ou mais horas do seu dia frente a um ecrã.

Verificou-se que os problemas emocionais dos alunos aumentam à medida que passam da educação pré-escolar para o 1.º ciclo do ensino básico. No geral, as dificuldades agravam-se à medida que se progride nos anos de escolaridade, apresentando o 2.º ano do 1.º ciclo do ensino básico e o 8.º ano do 3.º ciclo do ensino básico, um padrão menos favorável que os seus anos seguintes (anos correspondentes à transição de ciclos no pós-pandemia por COVID-19). Os alunos do 5.º ano de escolaridade apresentaram melhores índices de bem-estar e menor sintomatologia, quando comparados com os alunos mais velhos, do 12.º ano de escolaridade.

Os docentes revelaram sentir quase todas as semanas ou mais frequentemente: tristeza (53,4%); irritação ou mau humor (51,3%); nervosismo (55,3%); dificuldade em adormecer (48,5%); e uma tristeza tão grande que pareciam não aguentar (20%). A idade e o tempo de serviço estavam relacionados com indicadores menos favoráveis de qualidade de vida, saúde mental e bem-estar, além de uma avaliação menos positiva do ambiente escolar e da liderança. O género feminino demonstrou maior vulnerabilidade, intensificando as preocupações, especialmente porque as mulheres constituem a maioria na profissão docente. 54,7% dos participantes afirmaram estar razoavelmente ou totalmente satisfeitos com as suas vidas (pontuação ≥ 7, numa escala de 0 a 10). A satisfação com a vida associou-se positivamente com uma perceção mais positiva da liderança, ambiente e recursos na escola, assim como com a perceção da qualidade de vida.

De salientar que se identificaram nos alunos quatro situações na relação da satisfação com a vida e existência de sinais de sofrimento psicológico. No quadrante com uma situação mais agravada: fraca satisfação com a vida E referência a sinais evidentes de sofrimento psicológico, colocam-se sobretudo as alunas do género feminino e alunos/as com mais idade, enquanto no quadrante mais favorecido: satisfação com a vida E ausência de referência a sinais maiores de sofrimento psicológico, encontram-se sobretudo rapazes e alunos/as mais novos.

Os alunos que referem melhores níveis de atividade física, utilização moderada de ecrãs e boa higiene de sono apresentam melhores indicadores de bem-estar e saúde psicológica. A qualidade de sono teve um papel de destaque nesta situação.

Os alunos que referem melhores indicadores de bem-estar e saúde psicológica têm melhor nível de competências socioemocionais, salientando-se a confiança, a perceção de pertença e a perceção de competência.

De salientar que se identificaram também nos professores as mesmas quatro situações na relação da satisfação com a vida e existência de sinais de sofrimento psicológico. No quadrante com uma situação mais agravada: fraca satisfação com a vida E referência a sinais evidentes de sofrimento psicológico, colocam-se sobretudo as professoras e os docentes com mais idade, enquanto que no quadrante mais favorecido: satisfação com a vida E ausência a referência a sinais maiores de sofrimento psicológico, encontram-se sobretudo os professores e os docentes mais novos.

Estudo 2 – Relatório Complementar: Case Studies (Matos et al., 2023ª)[18]

Os resultados qualitativos deste estudo permitiram constatar uma concordância geral com os resultados do estudo 1, por parte dos diretores, coordenadores de educação para a saúde, psicólogos, docentes, alunos e encarregados de educação. Os participantes relataram um agravamento dos indicadores de saúde mental e do bem-estar dos alunos, sobretudo no género feminino e nos alunos mais velhos, nomeadamente sinais de ansiedade, depressão e repercussões no mal-estar físico, com dificuldades ao nível do sono, com menor tolerância à frustração, mais desinteressados, desmotivados, e menos ativos.

Nos docentes verificou-se um cenário semelhante, com relatos de cansaço e desmotivação em relação à profissão, excesso de burocracia e escassez de tempo. Também se observou uma preocupação em relação à saúde mental e bem-estar dos assistentes operacionais.

Relativamente à adoção de medidas e implementação de recomendações produzidas no estudo 1, diversos participantes reportaram já estar a aplicar medidas de promoção de saúde psicológica e bem-estar. De acordo com os resultados, as principais estratégias utilizadas foram: a promoção de relações próximas com as autarquias, centros de saúde, comunidade e serviços escolares; a implementação de projetos; a proposta de ações de priorização para o bem-estar psicológico dos alunos e docentes; e uma maior aproximação das escolas às famílias através dos gabinetes de apoio à família ou gabinetes de psicologia.

Estudo 3 – Relatório de Consulta às Escolas – Estudo Quantitativo e Qualitativo (Matos et al., 2023b)[19]

O estudo 3 pretendeu identificar a perceção dos participantes em relação às atitudes dos diferentes intervenientes do ecossistema escolar relativamente à saúde psicológica e bem-estar, avaliando o grau de importância, conhecimento, preocupação e ação. De um modo geral verificou-se uma preocupação maior do que a ação em todos os intervenientes do ecossistema escolar. Estes resultados revelam que existe uma discrepância entre a preocupação e a importância atribuída à saúde psicológica e bem-estar, em relação às ações que são implementadas em contexto escolar, não se traduzindo, necessariamente, as preocupações numa intenção transformadora.

Os docentes consideram-se globalmente preocupados com as questões de bem-estar e saúde psicológica, identificando a "ação" / medidas transformadoras, como a área menos conseguida no ecossistema escolar. Consideram necessário traduzir as preocupações em medidas concretas e eficazes que promovam transformações significativas e sustentáveis/integradas na cultura do ecossistema escolar. Atribuíram uma elevada importância ao Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar.

Quando questionados sobre a sua direção, destacaram-se com médias superiores: o apoio por parte da direção num ambiente de inovação (M = 3,48±0,62), de partilha e de colaboração (M = 3,48±0,58), a importância do diálogo e do bem-estar (M = 3,46±0,68). Destacam-se ainda a priorização de políticas, práticas e comportamentos promotores de bem-estar (M = 3,38±0,61), a valorização e promoção de programas de desenvolvimento de competências socioemocionais (M = 3,29±0,74).

Nos valores e liderança, também referem que o seu agrupamento de escolas (ou escola não agrupada) se caracteriza pela integridade e respeito (M = 3,31±0,7), que a liderança é caracterizada pelo empreendedorismo, inovação e gestão de risco (M = 3,25±0,66), e que é valorizado o desenvolvimento pessoal e profissional, assente na confiança, abertura e participação (M = 3,23±0,7). Por outro lado, ainda no âmbito da liderança, menor ênfase foi dado à assertividade e orientação para os resultados (M = 2,96±0,79), à orientação, facilitação e incentivo (M = 2,95±0,76), e à ação orientada para os resultados, valorizando ações competitivas no alcance dos objetivos (M = 2,8±0,78), sugerindo aqui a identificação de uma necessidade urgente de mudança.

No âmbito dos riscos psicossociais do trabalho e desempenho, verificam-se médias mais elevadas nos níveis de desempenho definidos para a função (M = 3,7±0,54), no foco na qualidade do trabalho (M = 3,65±0,55),

na contribuição do trabalho para o crescimento pessoal (*M* = 3,64±0,58); e globalmente referem um cenário positivo afirmando de modo pouco saliente terem-se sentido tristes no último mês (*M* = 1,46±1,19), terem receio de ficar desempregados (*M* = 1,16±1,44), ou sentirem-se alvo de ameaças ou outra forma de abuso físico ou psicológico (*M* = 0,36±0,86).

Conclusões Gerais

Tendo por base as conclusões dos três estudos desenvolvidos, evidencia-se uma necessidade premente para a abordagem de questões relacionadas com a saúde psicológica e o bem-estar dos alunos e dos docentes. Observou-se um agravamento dos indicadores de saúde mental, sobretudo entre o género feminino e alunos mais velhos. As principais problemáticas descritas foram: sintomas de ansiedade e depressão; menor tolerância à frustração; maior desinteresse; desmotivação e inércia. Adicionalmente, destacou-se um desencanto dos docentes em relação à sua profissão, agravado pelo excesso de burocracia e falta de tempo, com impactos nefastos para a sua saúde psicológica e bem-estar.

Algumas estratégias sublinhadas para a promoção da saúde psicológica e bem-estar em contexto escolar incluem: a relação de proximidade com as autarquias, os centros de saúde, a comunidade, as famílias, os serviços das escolas (Serviço de Psicologia e Orientação, e Promoção e Educação para a Saúde) e implementação de projetos a nível da comunidade escolar. No entanto, persistem desafios relacionados com a operacionalização e a superação das limitações de recursos humanos, falta de tempo e burocracia. É crucial fortalecer a relação entre a escola e as famílias, capacitar os pais, envolver ativamente a comunidade e valorizar o trabalho dos docentes, bem como fornecer soluções específicas e diferenciadas. A ausência de reconhecimento pelo trabalho extra dos docentes e a necessidade de promover uma abordagem de ação efetiva também surgem como pontos críticos.

Destaca-se a importância da informação, da preocupação, do conhecimento e da ação, identificando-se a "ação" como a área mais débil no ecossistema escolar. É consensual que é necessário traduzir os conhecimentos em medidas concretas e eficazes que promovam transformações significativas.

Reconhece-se o "Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação" com alta importância, especialmente pelas suas recomendações. Este estudo chama a atenção para a necessidade urgente de ação coordenada e eficaz para enfrentar os desafios significativos que afetam a saúde psicológica e bem-estar na comunidade escolar.

Para a continuidade do trabalho agora iniciado, destaca-se a necessidade de apoiar os agrupamentos de escolas na implementação das recomendações, através do reforço dos recursos e do tempo adequado, bem como disponibilização de medidas práticas com instruções claras. É, também, crucial sensibilizar e partilhar informações sobre a promoção da saúde psicológica e do bem-estar das crianças e jovens com os seus encarregados de educação, a par de uma capacitação para a promoção de competências socioemocionais. Por fim, é essencial recuperar o défice de assistentes operacionais e psicólogos nas instituições de ensino.

Com base nos resultados dos estudos realizados pelo Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar, recomenda-se a implementação de uma estratégia integrada de promoção de competências socioemocionais e saúde psicológica nas escolas, solidamente embasada em evidências científicas e em medidas promotoras de saúde psicológica e bem-estar, tais como: a introdução da aprendizagem explícita de competências socioemocionais no currículo, a iniciar na educação pré-escolar; a participação ativa dos alunos; o incentivo a ambientes escolares saudáveis; o desenvolvimento de competências socioemocionais dos professores, diretores e outros intervenientes no ecossistema escolar; o estabelecimento de um sistema de monitorização e avaliação dos indicadores de saúde psicológica e bem-estar; a criação de parcerias autênticas com famílias e comunidades, promovendo a partilha de boas práticas; e, por fim, a introdução à promoção de competências socioemocionais e o autocuidado na formação inicial dos futuros educadores e professores.

Para a concretização das recomendações propõem-se diversas estratégias. Nomeadamente, a realização de debates nas escolas que permitam a identificação de pontos fortes e fracos, com especial foco na educação pré-escolar, no agravamento da situação com a progressão escolar, nas diferenças de género e regionais, e na experiência dos docentes com mais tempo de serviço. Igualmente importante, a concretização de ações de sensibilização e formação em literacia em saúde psicológica, para alunos, professores e gestores escolares, promovendo o autocuidado.

A monitorização e avaliação regulares a nível nacional devem abranger competências socioemocionais, bem-estar, saúde psicológica e ambiente escolar, com foco na melhoria contínua das práticas pedagógicas. Adicionalmente, a promoção de um ambiente escolar favorável através da coesão social, segurança, diálogo, participação e cooperação entre alunos, professores, direções e familiares é um ponto essencial. É ainda determinante promover as escolas como "locais de trabalho saudáveis", com a inclusão dessa temática na formação inicial de educadores e professores.

De modo a apoiar os docentes e os restantes atores do ecossistema escolar, propõe-se o desenvolvimento de programas de prevenção de riscos psicossociais e promoção do bem-estar. No âmbito dos serviços, sugere-se a identificação e otimização da gestão de redes de atendimento em saúde psicológica a nível regional, fortalecendo redes de psicólogos a nível nacional e regional, e disponibilizando recursos através de plataformas digitais.

Sugere-se, também, uma ação concertada com as direções das escolas, visando sensibilizá-las para a importância do clima escolar e o bem-estar de alunos e professores. Revela-se fundamental efetuar um mapeamento nacional dos recursos das escolas, promovendo a partilha de boas práticas na promoção da saúde psicológica e competências socioemocionais. Por fim, propõe-se um acompanhamento e monitorização à implementação das recomendações nas escolas, com a repetição deste estudo a cada 2 anos, o próximo em 2024.

25 Mensagens-chave

1. Após a pandemia da COVID-19, cerca de 1/3 dos alunos e ½ dos professores apresentou sinais de mal-estar e sofrimento psicológico.
2. Esta situação foi mais acentuada nos alunos mais velhos (considerando alunos entre os 5 anos e os 18 anos), sugerindo por um lado a necessidade de uma intervenção preventiva nos primeiros anos de escolaridade (pré-escolar) e por outro lado sugerindo uma intervenção urgente nos últimos anos de escolaridade, em especial no género feminino.
3. Esta situação foi mais acentuada no género feminino embora o género masculino apresente uma pior situação na educação no pré-escolar e no 1.º ciclo do ensino básico, onde a avaliação foi feita pelos docentes.
4. Esta situação apresentou um pico nos 2.º e 8.º anos de escolaridade (anos de transição no início da pandemia)
5. Embora tenha havido diferenças regionais, a pertença a cada região (NUT II) não foi homogénea da produção de resultados mais negativos ou mais positivos nos alunos.
6. Os alunos que referem melhores níveis de atividade física, utilização moderada de ecrãs e boa higiene de sono apresentam melhores indicadores de bem-estar e saúde psicológica. A qualidade de sono teve um papel de destaque nesta situação.
7. Os alunos que referem melhores indicadores de bem-estar e saúde psicológica apresentaram melhor nível de competências socioemocionais, salientando-se a confiança, a perceção de pertença e a perceção de competência, de onde se sugere a promoção de competências socioemocionais em contextos formais e informais.
8. Identificaram-se nos alunos quatro situações na relação da satisfação com a vida e existência de sinais de sofrimento psicológico. No quadrante com uma situação mais agravada: fraca satisfação com a vida

E referência a sinais evidentes de sofrimento psicológico, colocam-se sobretudo as alunas do género feminino e alunos/as com mais idade, enquanto que no quadrante mais favorecido: satisfação com a vida E ausência referência a sinais maiores de sofrimento psicológico, encontram-se sobretudo rapazes e alunos/as mais novos.

9. Nos docentes houve um agravamento dos sinais de mal-estar e sofrimento psicológico nas professoras, com mais idade e com o maior tempo de serviço.
10. Nos docentes não se registaram diferenças regionais, mas foi notável o impacto da perceção das características da direção: um impacto direto no bem-estar e saúde psicológica dos docentes e um impacto indireto através da sua ação no ambiente do ecossistema.
11. Identificaram-se também nos professores quatro situações na relação da satisfação com a vida e existência de sinais de sofrimento psicológico. No quadrante com uma situação mais agravada: fraca satisfação com a vida E referência a sinais evidentes de sofrimento psicológico, colocam-se sobretudo as professoras e os docentes com mais idade, enquanto no quadrante mais favorecido: satisfação com a vida E ausência de referência a sinais maiores de sofrimento psicológico, encontram-se sobretudo os professores e os docentes mais novos.
12. Oito meses após, globalmente os agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas tinham posto em marcha ações em prol do bem-estar e da saúde psicológica no ecossistema escolar.
13. Os agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas (AE e EnA) consideram que os resultados apresentados pelo Observatório foram muito relevante e correspondem à realidade do seu ecossistema.
14. AE e EnA sugerem a promoção de relações próximas com as autarquias, os centros de saúde, a comunidade e os serviços escolares, bem como a implementação de projetos de investigação-ação.
15. AE e EnA propõem a priorização do bem-estar psicológico dos alunos e docentes, e uma maior aproximação das escolas às famílias, por meio dos gabinetes de apoio à família e dos gabinetes de psicologia.
16. AE e EnA propõem uma formação integrada numa perspetiva de toda a escola, incluindo os diversos agentes educativos (docentes, diretores, profissionais não docentes) e centrada no autocuidado, liderança, competências de ação/transformação, promoção de competências socioemocionais, numa perspetiva de intervisão, partilha de boas práticas e supervisão ao longo da carreira.
17. AE e EnA propõem, numa perspetiva de curto-médio prazo, a introdução deste tipo de formação na formação inicial de docentes (e na formação das direções).
18. AE e EnA consideram maioritariamente que o seu agrupamento de escolas (ou escola não agrupada) se caracteriza pela integridade e respeito, que a liderança é caracterizada pelo empreendedorismo, inovação e gestão de risco e que é valorizado o desenvolvimento pessoal e profissional, assente na confiança, abertura e participação.
19. AE e EnA salientam que o que faz falta não são ações de sensibilização ou de promoção de conhecimentos, mas de capacidade de implementar ações transformadoras de modo sustentável, transformando projetos piloto em alterações da cultura do ecossistema.
20. Oito meses depois os AE e EnA no âmbito dos riscos psicossociais do trabalho e desempenho, referem globalmente médias elevadas nos níveis de desempenho definidos para a função docente, um foco na qualidade do trabalho, e a contribuição do trabalho para o seu crescimento pessoal afirmando residualmente sentir-se tristes no último mês, ter receio de ficar sem emprego ou sentir-se alvo de ameaças ou outra forma de abuso físico ou psicológico.
21. AE e EnA propõem uma plataforma digital ágil para consulta e partilha de boas práticas numa perspetiva de intervisão, e supervisão continuada.
22. AE e EnA reforçam a importância de um número adequado de auxiliares de ação educativa, e a sua inclusão nos processos de formação, enquanto parte do ecossistema escolar.
23. AE e EnA reforçam a importância de um número adequado de psicólogos, e a sua inclusão nos processos de formação/ supervisão/intervisão, enquanto parte do ecossistema escolar.
24. AE e EnA reforçam a importância da definição do perfil e formação necessária das direções e a sua inclusão nos processos de formação/intervisão, enquanto parte do ecossistema escolar.

25. AE e EnA propõem a realização do estudo inicial do Observatório com regularidade como parte de uma cultura de monitorização e implementação e avaliação regular de ações transformadoras.

Agradecimento e financiamento:

Um agradecimento especial a todas as escolas e respetivos diretores, professores, psicólogos e alunos que participaram na recolha de dados. À Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) pelo financiamento do estudo "Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação".

Referências

Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L., Santos, A., & Matos, M. G. (2020). "Hey, we also have something to say": a qualitative study of Portuguese adolescents' and young people's experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology*, *48*(8), 2740-2752. https://doi.org/10.1002/jcop.22453.

Branquinho, C., Santos, A., Noronha, C., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2021). COVID-19 pandemic and the second lockdown: the 3rd wave of the disease through the voice of Youth. *Child Indicators Research*, *15*(1), 199-216. https://doi.org/10.1007/s12187-021-09865.

Branquinho, C., Santos, A., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2021). COVID#BACKTOSCHOOL: A mixed study based on the Voice of portuguese adolescents. *Journal of Community* Psychology, *49*(7), 2209-2220. https://doi.org/10.1002/jcop.22670.

Cowie, H., & Myers, C. A. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Children & Society*, *35*(1), 62–74. https://doi.org/10.1111/chso.12430.

Cowie, H., & Myers, C. A. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Children & Society*, *35*(1), 62–74. https://doi.org/10.1111/chso.12430.

Ford, T., John, A., & Gunnell, D. (2021). Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ*, *372*, n614. https://doi.org/10.1136/bmj.n614.

Ford, T., John, A., & Gunnell, D. (2021). Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ*, *372*, n614. https://doi.org/10.1136/bmj.n61.

Matos, M. G., Branquinho, C., & Neto Rodrigues, N. (2023). *Ebook Saúde Psicológica e Bem Estar - Observatório Escolar: Monitorização e Ação*. Disponível em https://info.dgeec.medu.pt/Saude-Psicologica-e-Bem-estar/22/.

Matos, M. G., Branquinho, C., Noronha, C., Moraes, B., Gaspar, T., & Neto Rodrigues, N. (2023). *Relatório Complementar - CaseStudies*. Disponível em https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1520&fileName=DGEEC_Estudo_Qualitativo_Casestudiesjunh.pdf

Matos, M. G., Branquinho, C., Noronha, C., Moraes, B., Gaspar, T., & Neto Rodrigues, N. (2023). *Relatório da Consulta às Escolas: Estudo Quantitativo e Qualitativo*. Disponível em https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1520&fileName=DGEEC_SPBE_Consulta_AE_Escolas_PortugalC.pdf.

Matos, M. G., Branquinho, C., Noronha, C., Moraes, B., Santos, O., Carvalho, M., Simões, C., Marques, A., Tomé, G., Guedes, F., Cerqueira, A., Francisco, R. & Gaspar, T. (2022). *Relatório técnico "Saúde psicológica e bem-estar – Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação*". Disponível em

https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1357&fileName=SaudePsi_final.pdf.

Matos, M. G. & Wainwright, T. (2021). COVID-19 and Mental health in School-Aged Children and Young People: Thinking ahead while preparing the return to school and to life "as usual". *The Psychologist: Practice & Research Journal*, *4*(1), 1-9. https://10.33525/pprj.v4i1.105.

Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., & Walitza, S. (2021). Stresse and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(9), 4668. https://doi.org/10.3390/ijerph18094668.

Organização Mundial de Saúde (2021). *Adolescent mental Health*. Retirado de https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health.

Sousa, D., Fernandes, D., Pedro da Ponte, J., Teixeira, J. J., Verdasca, J., Gradeço, J., Matos, M. G., Ramalho, S., Valente, S., V., & Peralta, S. (2021). *Apoio ao desenvolvimento das aprendizagens e ao desenvolvimento socioemocional e do bem-estar durante e pós-pandemia*. Lisboa: DGE/PNPSE | Ministério da Educação. ISBN: 978-972-742-482-5.

The Lancet Child Adolescent Health. (2020). Pandemic school closures: Risks and opportunities. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, *4*, 341. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30105-X.

United Nations Children's Fund. (2013). *Report card 11: Child well-being in rich countries*. London: UNICEF.

United Nations Children´s Fund. (2021). *The state of the world's children 2021*. New York: UNICEF.

Viner, R., Russell, S., Saulle, R., Croker, H., Stansfeld, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A.-L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Schwalbe, N., Morgan, A., & Minozzi, S. (2021). Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: A systematic review. *MedRxiv*. https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526.

.

EMPATIA E BEM-ESTAR NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Manuela Ferreira
Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) | mmcferreira@gmail.com

Sofia Campos
Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) | sofiamargaridacampos@gmail.com

Eduardo Santos
Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) | ejf.santos87@gmail.com

Andreia Pereira
Universidade de Coimbra, Faculdade de Letras e Instituto Politécnico de Viseu | arapereira@outlook.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Amâncio Carvalho
Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
amancioc@utad.pt

Revisor 2
Nuno Loureiro
Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, Portugal
nloureiro@ipbeja.pt

Citação:
Ferreira, M., Campos, S., Santos, E., & Pereira, A. (2025). Empatia e bem-estar nos estudantes do ensino superior. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 177-188). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Enquadramento: A empatia é um fenómeno multidimensional que integra aspetos cognitivos e afetivos. Consiste na capacidade de compreender a experiência dos outros e comunicar, ou seja, é como uma resposta emocional dirigida entre um indivíduo e outro, através da qual ambos são capazes de sentir a mesma emoção. É o resultado psicológico do intercâmbio de uma experiência entre dois indivíduos através da disposição funcional de uma forma absoluta, resultando numa preocupação evolutiva em relação à situação dos outros, o que se traduzirá em bem-estar psicológico. Objetivos: Descrever os níveis de empatia em estudantes do ensino superior; apurar se as variáveis sociodemográficas estão associadas à perceção da empatia; analisar a relação entre a perceção de bem-estar psicológico e a empatia. Método: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, de tipologia transversal, com recurso a uma amostra não probabilística de 538 estudantes do ensino superior. O instrumento de recolha de dados, de autopreenchimento on-line, integrou um questionário sociodemográfico, a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico e o Índice de Reatividade Interpessoal. Resultados: Verificou-se que, em relação ao bem-estar psicológico percebido, a pontuação mais elevada foi na sociabilidade (*M*=3,83±,80) e no equilíbrio (*M*=3,59±,82). O género está estatisticamente relacionado com a empatia dos estudantes, particularmente na preocupação empática (*p*=,001) e na fantasia (*p*=,001). Os estudantes do género feminino pontuaram mais em todos os fatores que constituem a empatia, principalmente ao nível da preocupação empática. A regularidade com que os estudantes estudam interfere na tomada de perspetiva (*p*=,008) e na preocupação empática (*p*=,001), onde pontuaram mais os estudantes que estudam diariamente. O desconforto pessoal, a tomada de perspetiva, o género e a preocupação empática são variáveis preditoras do bem-estar psicológico, explicando 19% da variação. Conclusões: A empatia e bem-estar nos estudantes do ensino superior traduz-se em mais sociabilidade e equilíbrio, ao nível do bem-estar psicológico. As variáveis preditoras de bem-estar foram a tomada de perspetiva e a preocupação empática. A tomada de perspetiva e a preocupação empática estabelecem uma relação direta com o bem-estar, enquanto o desconforto pessoal e a fantasia estabelecem uma relação inversa.

Palavras-chave: Empatia; Bem-estar psicológico; Estudantes do ensino superior.

Introdução

Para muitos estudantes, a entrada no ensino superior é uma transição importante, com exigências sociais, académicas e financeiras crescentes. Apesar desta entrada representar, para a larga maioria dos estudantes, a concretização de um projeto de vida, a investigação tem vindo a demonstrar que 29% de estudantes experimentam níveis elevados de angústia, ansiedade e de stresse (Brown, 2016; Cuijpers et al., 2019).

É uma etapa que representa uma mudança, por vezes significativa, nos estilos de vida de cada estudante, bem como nas suas rotinas, exigindo que haja assim uma adaptação a estes novos ambientes (Candeias et al., 2019). Na perspetiva dos mesmos autores, num curto espaço de tempo, os estudantes deparam-se com situações desafiadoras e significativamente distintas das que tinham enfrentado até então. Vêm-se, pela primeira vez, confrontados com a necessidade de sair de casa dos pais, de se separar dos amigos, de ir viver para uma cidade diferente, onde são obrigados a relacionar-se com pessoas que não conhecem, num ambiente estranho, onde têm de enfrentar novos desafios e novas fontes de stresse que podem ser ameaças para o seu bem-estar. Se assumirem uma postura empática terão mais facilidade em se relacionar com os outros e de se integrar neste novo contexto de vida.

Também a adaptação a um novo processo de ensino e aprendizagem pode ter um impacto positivo ou negativo na saúde mental dos estudantes com interferência no seu bem-estar (Houghton & Anderson 2017; Pascoe et al., 2020). O bem-estar dos estudantes tem vindo a ser associado a melhor desempenho escolar e um maior envolvimento académico. Afirmando-se como um construto multidimensional, permite aos estudantes serem capazes de exercer plenamente os seus poderes cognitivos, emocionais, físicos e sociais, resultando no seu pleno bem-estar e satisfação com a vida académica.

Empatia

A empatia desempenha um papel fundamental nas interações emocionais e sociais, e é essencial para uma coexistência saudável entre as pessoas, compreensão mútua e cooperação. Afeta a nossa motivação através do comportamento pro-social, altruísmo, compaixão e cuidado com os outros, inibe a agressão, e constitui a base da moralidade (Bošnjaković & Radionov, 2018). A empatia inclui a tomada de perspetiva, a flexibilidade mental, sendo um processo eficaz e controlado. Aceitar o ponto de vista das outras pessoas é o que nos distingue dos outros animais e é uma parte integrante da comunicação interpessoal desenvolvendo-se gradualmente. A componente cognitiva da empatia inclui a compreensão do estado mental dos outros, intenções e crenças, bem como as funções executivas como a atenção, a memória de trabalho, o controlo da inibição e a autorregulação. Tem um papel importante na regulação das próprias emoções, para que não seja experimentado como aversivo e para que nos possamos sentir positivos com as outras pessoas (Fernandez et al., 2020). Estas funções amadurecem na adolescência.

Numa perspetiva evolutiva, estudos sugerem que a empatia é provavelmente comum entre as espécies de mamíferos que são sociais e dependem da cooperação entre si. Nos seres humanos, a empatia desenvolve-se numa idade muito jovem e é moldada pelas experiências vividas. Estreitamente ligado à empatia está o conceito de tomada de perspetiva. Este é o processo cognitivo de ver uma situação do ponto de vista de outra pessoa. A empatia e a tomada de perspetiva podem trabalhar em conjunto para gerar uma resposta empática particular, tal como a ajuda altruísta ou o consolo. Uma resposta ou abordagem empática a uma situação requer o reconhecimento e a compreensão dos estados emocionais dos outros. Frases como “compreendo o que estás a sentir” validam as emoções e experiências dos outros.

Uma resposta empática constrói uma relação entre os indivíduos, proporciona uma oportunidade de se sentirem ouvidos e compreendidos. A construção de *rapport* pode desenvolver alianças de trabalho e fortalecer as relações interpessoais, melhorando, em última análise, a colaboração eles (Bošnjaković & Radionov, 2018; Cartee, 2021), sendo sobretudo um fenómeno afetivo.

Bem-estar

O constructo de bem-estar subjetivo abrange, como refere Candeias (2018, pp. 15-16), "um conjunto de diversas características de naturezas cognitiva e afetiva, como a avaliação positiva que cada pessoa faz de si própria e da sua vida; (…) exigências externas; e o sentido de autodeterminação e de independência face a pressões exteriores".

Por conseguinte, ainda em conformidade com a autora supracitada, existe uma grande "influência da personalidade no bem-estar subjetivo, se considerados os níveis médios de afeto a longo prazo e as emoções momentâneas (influenciadas por fatores situacionais)" (Candeias, 2018, p. 16). Contudo, são identificados os eventos imediatos que podem ser fundamentais, pois as pessoas podem levar muito tempo a adaptarem-se a situações negativas. O período de adaptação é variável de pessoa para pessoa, em conformidade com os factos vivenciados e em relação à própria pessoa em diferentes momentos.

O termo "bem-estar" é utilizado para se referir a tudo o que é estimado numa avaliação da situação de uma pessoa, ou, de forma mais adequada e restrita, em qualquer uma destas avaliações que se centra no "ser" da pessoa. É considerado "como o conjunto de avaliações realizado sobre o grau de agradabilidade acerca da vida, e que inclui duas dimensões, uma mais afetiva e outra mais cognitiva" (Candeias, 2018, p. 18).

O bem-estar subjetivo, tendo em conta a perspetiva hedónica, é percebido como uma avaliação cognitiva e emocional em relação à própria vida. Consiste numa componente cognitiva correspondente ao conceito de satisfação com a vida. A avaliação pode ser realizada de forma global, ou seja, a perceção que a pessoa tem da sua vida como um todo, ou considerando os domínios distintos da mesma, de forma que a pessoa possa avaliar o quanto está satisfeita com a vida que leva (Silva & Dell'Aglio, 2018).

O bem-estar subjetivo é uma construção psicológica relacionada com a qualidade de vida e um importante campo de investigação por direito próprio. O âmbito da qualidade de vida é amplo e inclui vários indicadores objetivos, tais como a escala abrangente da qualidade de vida e indicadores subjetivos, tais como o bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação e autorrealização. De facto, o bem-estar pode ser dividido em bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico. O primeiro refere-se geralmente às pessoas, à sua qualidade de vida e à sua avaliação emocional e cognitiva, enquanto o segundo enfatiza o potencial e a capacidade das pessoas para alcançar o bem-estar (Maddux, 2018).

A perspetiva hedónica deu origem ao modelo de bem-estar subjetivo que surgiu numa época em que as preocupações científicas, sociais e políticas procuravam quantificar a qualidade de vida numa perspetiva subjetiva em oposição a indicadores económicos e demográficos. Trata-se de um modelo formado por um conjunto de diferentes conceitos, como felicidade, satisfação com a vida e experiências emocionais positivas e negativas. Embora as críticas de que tem sido alvo, em relação ao facto de ter sido construído com base em dados empíricos e não a partir de modelos teóricos, ganhou muita expressividade ao nível da investigação. A perspetiva eudaimómica originou o modelo de bem-estar psicológico que, opostamente ao anterior, alicerça-se num "trabalho teórico exaustivo e progressivo com origem nos teóricos da psicologia clínica e do desenvolvimento. Este domínio é caraterizado a partir de seis dimensões básicas de funcionamento positivo – autoaceitação; objetivos de vida; domínio do meio; relações positivas com os outros; crescimento pessoal e autonomia" (Figueira et. al. 2013, p. 11).

Tendo por base a pertinência desta problemática este trabalho tem como objetivo descrever os níveis de empatia em estudantes do ensino superior; apurar se as variáveis sociodemográficas estão associadas à perceção da empatia; e, por fim, analisar a relação entre a perceção de bem-estar psicológico e a empatia.

Método

Este estudo é de natureza quantitativa observacional, com análise descritivo-correlacional e foi conduzido de acordo com as *guidelines* definidas pela iniciativa *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE; Elm et al., 2007).

A amostra é do tipo não probabilístico por conveniência ou acidental, constituída por estudantes portugueses do ensino superior com idade superior aos 18 anos à data do preenchimento do instrumento de recolha de dados. Foram excluídos estudantes com idades inferiores e/ou de outras nacionalidades/internacionais. A amostra foi obtida entre 17 de dezembro de 2021 e 2 de maio de 2022, em diversas instituições de ensino superior (Instituto Politécnico de Viseu, Universidade Católica de Viseu e Universidade de Coimbra).

Para a recolha dos dados foi elaborado um questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra, e utilizada a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP; Monteiro et al., 2012) e o Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (*Interpersonal Reactivity Index*, IRI), adaptado para a população portuguesa por Limpo et al. (2010).

A EMMBEP é formada por 25 itens e cinco dimensões: felicidade, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos, envolvimento social, autoestima e equilíbrio. É uma escala de resposta tipo *likert* de 5 pontos, variando de 1 (*nunca*) a 5 (*quase sempre*). Quanto mais elevado for o total obtido (dado pela soma das pontuações de todos os itens) maior será o bem-estar psicológico percebido. Tem uma boa consistência interna, variando entre ,67 (envolvimento social) e ,89 (felicidade) (Monteiro et al., 2012).

O IRI é constituído por 24 itens e quatro dimensões: tomada de perspetiva, preocupação empática, desconforto pessoal e fantasia. É uma das escalas de autorresposta mais usadas para medir a empatia, assentando numa conceção multidimensional de empatia, do tipo *likert* de 4 pontos, variando de 0 (*não me descreve bem*) a 4 (*descreve-me muito bem*). A interpretação da pontuação obtida é feita tendo por base o princípio de que, quanto maior a pontuação obtida maior será a Empatia do sujeito. Tem uma consistência interna boa, variando entre ,74 (tomada de perspetiva) e ,83 (fantasia) (Limpo et al., 2010). Salienta-se que a cotação é feita somando estes valores por subescala/dimensão e após o apuramento dos valores médios. Existem itens invertidos sendo que as cotações devem ser adequadas (0 passa a 4, 3 passa a 1, e vice-versa).

Foram garantidos todos os procedimentos éticos e deontológicos e o estudo teve parecer favorável da Comissão de ética do Instituto Politécnico de Viseu, com a referência n.º 64/SUB/2021.

Os dados foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento *online*, previamente fornecido a partir do *Google Forms*, não existindo qualquer identificação dos participantes, preservando-se a confidencialidade e o anonimato das respostas e a natureza voluntária da participação. Os dados foram protegidos por palavra-passe apenas partilhada pela equipa de investigação, no período temporal necessário ao cumprimento das finalidades para que são recolhidos, sendo posteriormente eliminados na totalidade.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados foi usado o programa IBM® SPSS® Statistics 28.0. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (*n*), percentuais (%), medidas de tendência central (Média - *M*), medidas de dispersão (Desvio padrão - *Dp*) (Marôco, 2021).

Na escolha das técnicas estatísticas, atendeu-se à natureza e características das variáveis envolvidas, bem como à satisfação prévia dos seus pressupostos. Nesse sentido, também se fez uso da estatística inferencial, com recurso aos testes paramétricos, designadamente ao teste *t* (comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes) e a *ANOVA* (comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes) (Marôco, 2021).

Para avaliar a consistência interna foi usado o *Alpha de Cronbach* (α) e considerados os valores de referência: >,9 muito boa; ,8 –,9 boa; ,7 – ,8 média; ,6 – ,7 razoável; ,5 – ,6 má; <,5 inaceitável (Marôco, 2021).

Foi realizado um modelo de regressão linear multivariado tendo por base a aplicação do método *Forward*, que incluiu todas as variáveis em estudo, para identificar os preditores da inteligência emocional. Previamente os pressupostos da normalidade e da multicolinearidade foram confirmados. O achatamento apresentou um intervalo de variação entre -,3 a -,07 e a curtose um intervalo de variação entre -,25 a 1,45. Os *Variance Inflation Factor* (VIF) foram inferiores a 1,34 para todas as variáveis incluídas no modelo (Marôco, 2021). Por fim, foi considerado estatisticamente significativo um p<,05.

Resultados

A amostra de 538 estudantes do ensino superior é maioritariamente do género feminino (74,2%), com uma média de idades de 21,53±4,53 anos, com um mínimo e um máximo a oscilarem entre os 18 e os 52 anos. Mais de metade da amostra (53,7%) reside em meio urbano, não tem estatutos no presente ano letivo (87,2%), nem quaisquer benefícios sociais (59,7%) e encontram-se deslocados da residência habitual (63,9%). Quando questionados sobre a regularidade com que estudam a maioria refere ser 3 vezes por semana (57,4%) (Tabela 1).

TABELA 1
Caraterização sociodemográfica e académica dos estudantes

Variáveis	**n**	**%**
Sexo		
Masculino	139	25,8
Feminino	399	74,2
Idade	**M**	**DP**
	21,53	4,35
Tipologia da residência habitual	**n**	**%**
Urbano	289	53,7
Rural	249	46,3
No presente ano letivo tem algum dos seguintes estatutos		
Trabalhador-estudante	46	8,6
CPLP	4	,7
Sem estatuto	469	87,2
Grupos Politécnico de Viseu	13	2,4
Dirigente associativo	6	1,1
Benefícios sociais a que tem direito no presente ano letivo		
Nenhum	321	59,7
Bolsa de estudo	177	32,9
Bolsa de estudo + alojamento	38	7,1

TABELA 1 (CONTINUAÇÃO)
Caraterização sociodemográfica e académica dos estudantes

Variáveis	n	%
Alojamento/residência unitária	2	,4
Estar deslocado da residência habitual		
Não	194	36,1
Sim	344	63,9
Regularidade com que estuda		
Diariamente	140	26,0
3 vezes por semana	309	57,4
Ocasionalmente	89	16,5

A maioria dos estudantes frequenta o Curso de Licenciatura em Enfermagem (*n*=238, 44,2%), seguindo-se os que frequentam o Curso de Licenciatura em Medicina Dentária (*n*=58; 10,8%), o Curso de Licenciatura em Educação Social (*n*=41; 7,6%), o Curso de Licenciatura em Gestão (*n*=29; 5,4%) e por fim, o Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (*n*=25; 4,6%).

O estudo da consistência interna da EMMBEP revelou um α global de ,96 sugestivo de uma consistência interna muito boa. Os valores de alfa de Cronbach por fator variam de muito bons a razoáveis, com um alfa global de ,92 a ,74.

O estudo da consistência interna do IRI revelou um α global de ,82 sugestivo de uma boa consistência interna. Os valores de alfa de Cronbach por fator variam de má a média, com um alfa global de ,78 a ,56.

Os resultados referentes ao bem-estar psicológico percebido mostram uma pontuação mais elevada para a sociabilidade (*M*=3,83±,80), onde o mínimo encontrado é 1,25 e o máximo 5,0, seguindo-se o equilíbrio (*M*=3,59±,82). A pontuação mais baixa é registada no controlo (*M*=3,38±,87).

Em relação à empatia os resultados mostram uma pontuação mais elevada para a preocupação empática (*M*=3,05±,59), onde o mínimo encontrado é 1,33 e o máximo 4,00, seguindo-se a tomada de perspetiva (*M*=2,74±,52). A pontuação mais baixa é registada no desconforto pessoal (*M*=2,26±,59).

O género está associado à empatia, mais concretamente com a preocupação empática (*p*=,001) e a fantasia (*p*=,001). Os estudantes do género feminino pontuaram mais em todos os fatores da empatia. Existem diferenças estatisticamente significativas em quase todos os fatores do bem-estar psicológico percebido, com exceção do "Envolvimento social" (*p*>,05). Os estudantes do género masculino revelam valores médios mais elevados em todos os fatores (Tabela 2).

TABELA 2
Teste t para amostras independentes entre a empatia e o bem-estar psicológico dos estudantes e o género

Género	Masculino		Feminino		*t*	*p*
Empatia	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**		
Tomada de perspetiva	2,71	,56	2,75	,50	-,69	,49
Preocupação empática	2,79	,58	3,14	,56	-6,30	,001*

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)
Teste t para amostras independentes entre a empatia e o bem-estar psicológico dos estudantes e o género

Género	Masculino		Feminino		*t*	*p*
Empatia	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**		
Desconforto pessoal	2,18	,59	2,28	,58	-1,73	,08
Fantasia	2,43	,74	2,68	,74	-3,41	,001*
Bem-estar psicológico						
Felicidade	3,63	,80	3,31	,81	4,03	,001*
Sociabilidade	3,95	,84	3,78	,79	2,07	,04*
Controlo	3,59	,82	3,31	,87	3,31	,001*
Envolvimento social	3,57	,82	3,42	,81	1,87	,06
Autoestima	3,60	,78	3,41	,74	2,54	,01*
Equilíbrio	3,71	,80	3,55	,83	2,02	,04*
Score global	3,67	,68	3,44	,69	3,38	,001*

Nota. * Estatisticamente significativo.

Observou-se que a zona de residência (rural ou urbana) não está relacionada estatisticamente com a empatia, nem com o bem-estar psicológico percebido (*p*>,05).

A regularidade com que os estudantes estudam está estatisticamente associada à empatia, mais concretamente no que se refere à tomada de perspetiva (*p*=,008) e preocupação empática (*p*=,001), onde pontuaram mais os estudantes que estudam diariamente. A regularidade com que os estudantes estudam também influencia o seu bem-estar psicológico percebido em quase todos os fatores, com exceção da "Sociabilidade" (*p*>,05). Foram, na maioria dos fatores, os estudantes que estudam diariamente os que revelaram pontuações mais elevadas em quase todos os fatores, com exceção na "Autoestima" e no score global, onde sobressaem os estudantes que estudam 3 vezes por semana (Tabela 3).

TABELA 3
Teste ANOVA entre a regularidade de estudos e a empatia e o bem-estar psicológico

Regularidade de estudo	Diariamente		3 vezes por semana		Ocasionalmente		*F*	*p*
Empatia	**M**	**DP**	**M**	**DP**	**M**	**DP**		
Tomada de perspetiva	2,76	,57	2,77	,48	2,58	,52	4,90	,008*
Preocupação empática	3,17	,59	3,05	,56	2,87	,59	7,23	,001*
Desconforto pessoal	2,22	,58	2,26	,58	2,30	,59	,52	,59
Fantasia	2,61	,76	2,62	,73	2,59	,78	,03	,97
Bem-estar psicológico								
Felicidade	3,34	,81	3,49	,78	3,15	,92	6,31	,002*
Sociabilidade	3,87	,83	3,85	,76	3,67	,91	1,97	,14
Controlo	3,42	,87	3,44	,82	3,10	,96	5,73	,003*
Envolvimento social	3,63	,76	3,49	,77	3,07	,91	13,97	,001*
Autoestima	3,46	,77	3,52	,72	3,26	,80	4,11	,02*
Equilíbrio	3,61	,84	3,64	,77	3,40	,96	3,07	,05*
Score Global	3,52	,69	3,56	,66	3,26	,79	6,45	,002*

Nota. * Estatisticamente significativo.

Preditores do bem-estar

O desconforto pessoal, a tomada de perspetiva, o género e a preocupação empática são variáveis preditoras do bem-estar psicológico (t=17,86; p<,001), explicando 19% da variação.

Pelos coeficientes standardizados, verifica-se que a tomada de perspetiva e a preocupação empática estabelecem uma relação positiva com o bem-estar, sugerindo que quanto mais tomada de perspetiva e preocupação empática têm os estudantes mais bem-estar possuem. O desconforto pessoal e o género estabelecem uma relação negativa, indicando que quanto mais desconforto pessoal menor o bem-estar (Tabela 4).

TABELA 4
Regressão linear multivariada

Variável dependente: Bem-estar – *score* global **R = ,44; R^2 = ,19; Erro padrão da estimativa = 0,63**					
Variáveis independentes	Coef. não standardizados	Coef. standardizados	*t*	*p*	VIF
Constante	3,57		17,86	<,001*	
Desconforto pessoal	-,44	-,37	-9,0	<,001*	1,08
Tomada de perspetiva	,36	,26	5,99	<,001*	1,26
Género	-,24	-,15	-3,73	<,001*	1,08
Preocupação empática	,12	,10	2,21	,02*	1,34

Nota. * Estatisticamente significativo.

Discussão

O presente estudo apresentou uma amostra de 538 estudantes do ensino superior, maioritariamente feminina (74,21%), com uma idade média de 21,53±4,53 anos, 53,7% dos estudantes possui como residência habitual o meio urbano, a maioria não possui estatuto no presente ano letivo (87,2%), sem benefícios sociais (59,7%), estão deslocados da residência habitual (63,9%) e apresentam um tempo de estudo de 3 vezes por semana (57,4%). Estes resultados corroboram os encontrados por Morales-Rodríguez et al. (2020), cujo objetivo foi investigar a correlação entre o bem-estar psicológico dos estudantes universitários e os seus estilos de aprendizagem, competências sociais, inteligência emocional, ansiedade, empatia e autoconceito. A amostra total era constituída 149 estudantes inscritos em Educação Social (n=52), Pedagogia (n=56) e cursos de Fonoaudiologia (n=41) na Universidade de Granada, dos quais 67,7% eram mulheres e 32,3% homens, com uma idade média de 21,59±4,64 anos.

No nosso estudo, os resultados referentes ao bem-estar psicológico percebido mostram uma pontuação mais elevada para a sociabilidade (M=3,83±,80) e no equilíbrio (M=3,59±,82), com uma pontuação mais baixa no controlo (M=3,38±,87). No estudo de Morales-Rodríguez et al. (2020), os resultados indicam que a variação total explicada pelos fatores de bem-estar psicológico dos estudantes foram: i) autoaceitação; ii) relações positivas; iii) autonomia; iv) domínio ambiental; v) crescimento pessoal); e vi) finalidade da vida. Os resultados do estudo atestam a necessidade de se estabelecerem novas políticas e intervenções educativas destinadas a melhorar o bem-estar psicológico dos estudantes do ensino superior.

Os nossos resultados também apontam que o sexo está associado à empatia dos estudantes, particularmente na preocupação empática (p=,001) e na fantasia (p=,001). Os estudantes do sexo feminino pontuaram mais em todos os fatores que constituem a empatia, principalmente ao nível da preocupação empática. No seu

estudo, Morales-Rodríguez et al. (2020), com a aplicação do *Cognitive and Affective Empathy*, avaliaram as competências cognitivas e afetivas relacionadas com o nível de empatia de estudantes do ensino superior, tendo constatado também que as estudantes do sexo feminino foram as que revelaram níveis mais elevados de preocupação empática, estando os nossos resultados em conformidade. Dentro das dimensões de empatia, a dimensão de compreensão emocional demonstrou estar diretamente relacionada com todas as dimensões do bem-estar psicológico, embora a correlação mais significativa foi obtida com a dimensão do crescimento pessoal. Portanto, os estudantes que são mais capazes de compreender as suas emoções e as emoções dos outros parecem mostrar níveis mais elevados de bem-estar psicológico. Estes resultados são também semelhantes aos encontrados por Cicognani et al. (2008) e de Gustems et al. (2017), que mostram a importância de um sentido de comunidade, participação e compreensão social, tomada de perspetiva e preocupação empática para o bem-estar psicológico dos estudantes do ensino superior.

Outros autores, como Serrano e Andreu (2016), mostram, que no contexto de ensino superior, a empatia é um preditor do bem-estar subjetivo. Do mesmo modo, Malhotra e Kaur (2018) também encontraram uma relação entre a empatia emocional e a perceção de bem-estar subjetivo em estudantes do ensino superior. Sánchez-López et al. (2015) não encontraram qualquer correlação significativa entre o bem-estar psicológico e empatia no seu estudo com estudantes do ensino superior.

Os fatores 'tomada de perspetiva' e 'preocupação' tiveram associações positivas quando associadas ao Bem-estar *Score Global*, pelo que, à medida que um fator aumenta o outro também irá aumentar, enquanto que, o fator 'desconforto pessoal' quando associado aos fatores do 'Bem-Estar' tem associação negativa, ou seja, quando um fator aumenta o outro irá diminuir e vice-versa.

No nosso estudo, a regularidade com que os estudantes estudam está estatisticamente associado à empatia, mais concretamente no que se refere à tomada de perspetiva (p=,008) e preocupação empática (p=,001), onde pontuaram mais os estudantes que estudam diariamente. Também influencia o seu bem-estar psicológico precedido em quase todos os fatores com exceção da "sociabilidade". Os estudantes que estudam diariamente revelaram pontuações mais elevadas em quase todos os fatores, com exceção na "autoestima" e no *score global*, onde sobressaem os que estudam três vezes por semana. Não havendo evidências científicas que permitam fazer uma comparação com estes resultados, pode referir-se que é necessário olhar para esta questão com mais profundidade, fornecendo mais observações sobre estes resultados.

As investigações têm demonstrado que o bem-estar psicológico está associado a diferentes construções educativas, tanto intra como interpessoais. Em primeiro lugar, os estudantes que preferem uma metodologia de aprendizagem cooperativa revelam uma maior autoaceitação e empatia. Isto implica o reconhecimento do seu valor no bem-estar psicológico, decorrente da tomada de perspetiva. Em segundo lugar, os estudantes que mostram uma elevada capacidade de adaptação e competências sociais utilizam-nas para crescerem pessoalmente em situações que o exijam, para obterem níveis mais elevados de bem-estar psicológico. Em terceiro lugar, é salientada a importância de os estudantes possuírem competências emocionais, uma vez que um tipo de adaptação psicossocial que mostra uma elevada inteligência emocional conduz ao elevado bem-estar psicológico. Em quarto lugar, no ensino superior, parecem existir níveis elevados de ansiedade, gerando desconforto psicológico nos estudantes. Em quinto lugar, a compreensão emocional, interna e externa, dos estudantes parece propiciar um elevado bem-estar psicológico que os pode ajudar a crescer pessoalmente. Finalmente, a importância do autoconceito em todas as suas dimensões, exceto a emocional, tem uma influência significativa na empatia e no bem-estar psicológico dos estudantes (Sandoval et al., 2017; Morales-Rodríguez et al., 2020). Ter um bom autoconceito produzirá, no seu conjunto, níveis mais elevados de bem-estar psicológico e de empatia. Por conseguinte, o bem-estar psicológico, a empatia, os recursos psicoeducacionais dos estudantes devem ser integrados e estudados como um todo em relação ao bem-estar psicológico.

Por fim, este trabalho não é isento de limitações. Por se tratar de um estudo transversal e que recorreu a uma amostra não probabilística, não existe possibilidade de generalização abrangente dos resultados, sendo os

mesmos válidos para a amostra em estudo. Futuros estudos devem considerar amostras probabilísticas e desenhos de investigação longitudinais no sentido da compreensão temporal dos fenómenos em estudo.

Conclusão

Aprender a relacionar-se com os outros com empatia bem regulada é uma importante capacidade de desenvolvimento ligada a resultados de saúde positivos e capacidades académicas/profissionais. A empatia afetiva leva a respostas compassivas aos estados emocionais dos outros e o aspeto cognitivo da empatia está geralmente associado a comportamentos sociais positivos, tais como cooperação, prestação de apoio social e voluntariado. Neste pressuposto, o nosso estudo da empatia e bem-estar nos estudantes do ensino superior revelou que os participantes obtiveram uma pontuação mais elevada para a sociabilidade e equilíbrio, ao nível do bem-estar psicológico.

As variáveis preditoras de bem-estar foram a tomada de perspetiva e a preocupação empática. A tomada de perspetiva e a preocupação empática estabelecem uma relação direta com o bem-estar, sugerindo que quanto mais tomada de perspetiva e preocupação empática têm os estudantes mais bem-estar possuem. O desconforto pessoal e a fantasia estabelecem uma relação inversa com o bem-estar, indicando que quanto menos desconforto pessoal e fantasia os estudantes possuem, mais bem-estar têm.

O ensino superior e a adaptação académica confrontam os estudantes com muitas e complexas tarefas. Esta nova fase da sua vida apresenta-se como um desafio, podendo ter impactos na sua saúde mental e bem-estar, o que implica um maior investimento nesta área por parte das instituições do ensino superior em colaboração com os profissionais de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem a contribuição dos estudantes que integraram o estudo. De igual forma, agradecem o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

Este estudo integra o projeto "Inteligência Emocional, Empatia, Relações Interpessoais, e Perceção de Bem-Estar em Estudantes do Ensino Superior" (Ref. PROJ/I&DI/CI&DEI/003) inscrito no Centro de Estudos em Educação e Inovação.

Financiamento

Não aplicável.

Referências bibliográficas

Bošnjaković, J., & Radionov, T. (2018). Empathy: Concepts, theories and neuroscientific basis. *Alcoholism and Psychiatry Research, Journal on Psychiatric Research and Addictions, 54*(2), 123–150. https://doi.org/10.20471/dec.2018.54.02.04.

Brown, P. (2016). *The invisible problem? Improving students' mental health.* Higher Education Policy Institute. https://www.hepi.ac.uk/wp-content/uploads/2016/09/STRICTLY-EMBARGOED-UNTIL-22-SEPT-Hepi-Report-88-FINAL.pdf.

Candeias, A. A., Alves, A.R., Assis, C., Fernandes, C., Dias, C., & Pereira, R. (2019). Bem-estar e vulnerabilidade ao stresse em estudantes do ensino superior. In, A. A. Candeias, (Coord.), *Desenvolvimento ao longo da vida: Aprendizagem, Bem-estar e Inclusão* (Cap. 8, pp. 148-162). Universidade de Évora. http://hdl.handle.net/10174/27275.

Cartee, J. (2021). Strategic empathy in virtual learning and instruction: A contemplative essay about teacher-student rapport during times of crisis. *Journal of Instructional Research, 10*, 12-19. https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1314158.pdf.

Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social wellbeing: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research, 89*, 97–112. https://doi.org/10.1007/s11205-007-9222-3.

Cuijpers, P., Auerbach, R. P., Benjet, C., Bruffaerts, R., Ebert, D., Karyotaki, E., & Kessler, R. C. (2019). Introduction to the special issue: The WHO World Mental Health International College Student, WMH-ICS, initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *28*(2), e1762. https://doi.org/10.1002/mpr.1762.

Elm, E.V., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology, STROBE, statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ*, 335-806. https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD.

Fernandez, A. V., & Zahavi, D. (2020). Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies, 110*, 103695. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103695.

Figueira, C., Pinto, A. M., Lima, L., Matos, A. P., & Cherpe, S. (2014). Adaptação do mental health continuum, LF, for adults em estudantes universitários portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 38*(2), 93-116. https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R38/Art5.pdf.

Gustems Carnicer, J., & Calderón, C. (2017). Empatía y estrategías de afrontamiento como predictores del bienestar en estudiantes universitarios españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology,12*(32), 129-146. https://doi.org/10.14204/ejrep.32.13117.

Houghton, A. M., & J. Anderson. (2017). *Embedding mental wellbeing in the curriculum: Maximising success in higher education*. https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/assets.creode.advancehe-document-manager/documents/hea/private/hub/download/embedding_wellbeing_in_he_1568037359.pdf.

Limpo, T., Alves, R. A., & Catro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do índice de reactividade interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171-184. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/86583/2/86151.pdf.

Maddux, J. E. (2018). Subjective well-being and life satisfaction: An introduction to conceptions, theories, and measures. In J. E. Maddux (Ed.), *Subjective well-being and life satisfaction* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351231879-1.

Malhotra, N., & Kaur, R. (2018). Study of emotional intelligence in association with subjective well-being among. *Indian Journal of Health and Wellbeing, 9*(1), 122–124. https://www.i-scholar.in/index.php/ijhw/article/view/166601.

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SSPSS Statistics* (8.ª ed.). Report Number.

Medlicott, E., Phillips, A., Crane, C., Hinze, V., Taylor, L., Tickell, A., Montero-Marin, J., & Kuyken, W. (2021). The Mental Health and wellbeing of university students: Acceptability, effectiveness, and mechanisms of a mindfulness-based course. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6023. https://doi.org/10.3390/ijerph18116023.

Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 66-77. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36224324006.

Morales-Rodríguez, F. M., Espigares-López, I., Brown, T., & Pérez-Mármol, J. M. (2020). The relationship between psychological well-being and psychosocial factors in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(13), 4778. https://doi.org/10.3390/ijerph17134778.

Pascoe, M. C., Hetrick, S. E., & Parker, A. G. (2020). The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 104–112. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1596823.

Sandoval, S. B., Dorner, A. P., & Véliz, A. B. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica, 6*, 260–266. https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004.

Sánchez-López, D., León-Hernández, S. R., & Barragán-Velásquez, C. (2015). Correlación de inteligencia emocional con bienestar psicológico y rendimiento académico en alumnos de licenciatura. *Investigación en Educación Médica, 4*(15), 126–132. https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.04.002.

Serrano, C., & Andreu, Y. (2016). Inteligencia emocional percibida, bienestar subjetivo, estrés percibido, engagement y rendimiento académico en adolescentes. *Revista de Psicodidáctica, 21*(2), 357-374. https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14887.

Silva, D. G., & Dell'Aglio, D. (2018). Avaliação do bem-estar subjetivo em adolescentes: Relações com sexo e faixa etária. *Análise Psicológica, 36*(2), 133-143. http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/1218/pdf

SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: UM LONGO CAMINHO A PERCORRER

Lara Guedes de Pinho
Universidade de Évora | lmgp@uevora.pt

Maria João Silva
Universidade de Évora | maria.joao.silva@uevora.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Cristina Zukowsky-Tavares
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
cristina.taveres@unasp.edu.br

Revisor 2
Maria Edith Romano Siems
Universidade Federal de Roraima, Brasil
edith.romano@ufrr.br

Citação:
Pinho, L., & Silva, M. (2025). Saúde mental dos estudantes do ensino superior: um longo caminho a percorrer. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 189-197). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

A entrada na universidade corresponde a uma fase de transição do ciclo de vida, sendo os jovens confrontados com uma série de alterações sociais e ocupacionais. Muitos são os que se deslocam para outra cidade e começam uma vida (in)dependente afastados da sua família. Esta fase pode ser vivida de forma positiva, principalmente quando existe um bom suporte familiar e condições económicas, mas, para muitos, é vivida em constante ansiedade, podendo surgir sintomatologia depressiva. Com a pandemia COVID-19, foram os jovens os que mais sofreram ao nível da saúde mental, constatando-se taxas elevadas de sintomatologia depressiva e ansiosa. As aulas passaram a ser online e os jovens viram-se confinados em suas casas, sem contacto social presencial com amigos ou professores. A vida atrás do ecrã intensificou-se e o relacionamento social fragilizou-se. A saúde mental é fundamental para a funcionalidade e, consequente produtividade, sendo as doenças psiquiátricas uma das maiores causas de incapacidade entre jovens adultos e de anos vividos com incapacidade. É, pois, urgente, perceber o estado de saúde mental dos estudantes universitários e planear estratégias promotoras da saúde mental em ambiente académico, pretendendo este capítulo contribuir para uma reflexão à volta da temática. Neste sentido, o que a seguir vos apresentamos pretende aprofundar as questões relacionadas com a fase de transição na vida dos jovens universitários, relatar alguns dados internacionais e nacionais acerca da saúde mental dos estudantes nesta fase da vida e refletir acerca do longo caminho a percorrer na promoção da saúde mental e prevenção das doenças mentais dos estudantes universitários. Trata-se assim de um ensaio teórico.

Palavras-chave: Saúde mental; Estudantes do ensino superior; Transição.

Introdução

A entrada no ensino superior corresponde a uma fase de transição dos jovens adultos acompanhada de incertezas, novos relacionamentos, novos métodos de aprendizagem e novas exigências. Muitos são os que deixam a casa dos pais para recomeçar uma nova vida, mantendo-se dependentes a nível financeiro. Outros vêem-se obrigados a trabalhar, sendo trabalhadores-estudantes, seja por opção, seja por não terem condições económicas suficientes para conseguirem estudar sem ser através do seu próprio trabalho. As dificuldades económicas abundam nesta fase da vida e alguns desistem de estudar. Toda esta complexidade e multiplicidade de fatores tem vindo a demonstrar que esta é uma fase da vida onde há um maior risco de desenvolver problemas de saúde mental, sendo os problemas mais frequentes a depressão e ansiedade.

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório Mundial sobre a Saúde Mental - Transformar a saúde mental para todos, reconhece

que os jovens adultos são um grupo de risco para os problemas de saúde mental e que é importante investir na promoção da saúde mental nas universidades (World Health Organization, 2022).

Perante esta problemática, este capítulo de livro tem como objetivo refletir acerca da saúde mental dos jovens universitários.

Contextualização teórica

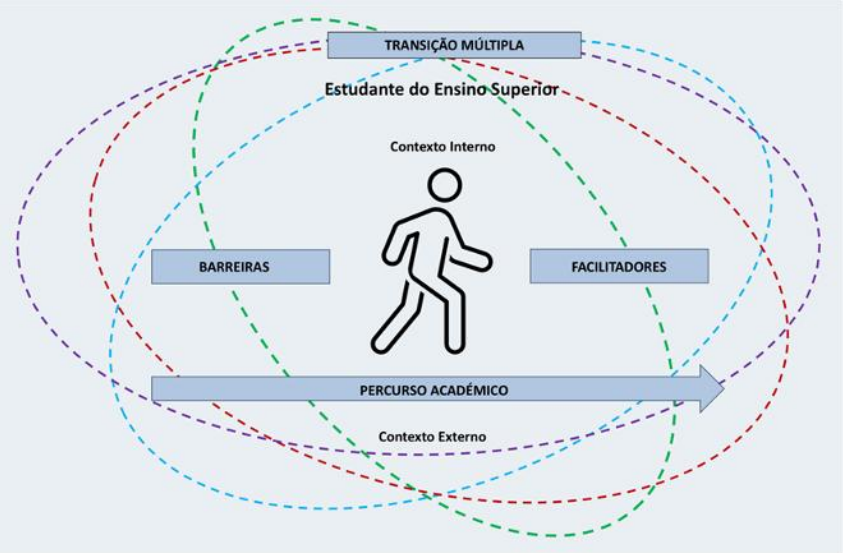
Este capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos que abordam a entrada no ensino superior como uma fase de transição (subcapítulo 1), dados internacionais relativos à saúde mental dos estudantes do ensino superior (subcapítulo 2), relato de um estudo português realizado em sete instituições portuguesas (subcapítulo 3), e por último, reflexão acerca da promoção da saúde mental em ambiente académico como um longo caminho a percorrer (subcapítulo 4).

A entrada no ensino superior como fase de transição

Na transição do ensino secundário para o superior, ao longo do percurso académico e na transição para a carreira profissional, é frequente os estudantes enfrentarem dificuldades de adaptação e ajustamento com manifestações de ansiedade ou outros sintomas que afetam tanto a sua saúde mental quanto o seu desenvolvimento (Gago et al., 2023). Estas dificuldades podem ser particularmente sentidas pelos estudantes que ingressam no primeiro ano do ensino superior, ao enfrentarem intensas mudanças não só ao nível académico, mas também a nível pessoal e social. Durante o primeiro ano, no novo contexto de ensino, os estudantes lidam com a necessidade de estabelecerem novas relações sociais e com a complexidade e exigência das suas novas obrigações académicas, encontrando-se muitas vezes deslocados das famílias e amigos. Esta separação, para além de diminuir o suporte emocional, afasta-os dos seus serviços de saúde habituais, numa fase da vida em que estão mais vulneráveis a problemas de saúde mental. É também esta faixa etária que corre maior risco de diminuir a utilização de serviços de saúde (Fusar-Poli, 2019).

Embora as transições sejam processos inerentes ao desenvolvimento humano, que é marcado por transformações, mudanças e roturas ao longo do ciclo vital, a situação dos estudantes do ensino superior, afigura-se particularmente desafiante, ao vivenciarem uma transição múltipla (Chick & Meleis,1986),que envolve simultaneamente o domínio desenvolvimental, organizacional e situacional, este último associado ao seu papel social, enquanto estudantes e futuros profissionais (figura 1).

FIGURA 1
Transição múltipla



Nota. A Figura 1 pretende representar visualmente o processo de transição múltipla (denvolvimental, organizacional, situacional e eventual transição de saúde-doença) durante o percurso académico dos estudantes do ensino superior.

Podemos então considerar que a transição se situa no espaço entre o que ocorreu no passado e o que está em processo de desenvolvimento (Benner, 2010). Independentemente das circunstâncias iniciais que desencadeiam a transição, o seu progresso pode ser influenciado pelo suporte disponível no ambiente. Por seu lado, a qualidade do ambiente em que a transição ocorre, pode dificultar ou facilitar o processo (Chick & Meleis, 1986). No caso dos estudantes universitários, entendemos este ambiente como as condições socioeconómicas, se se mantém a viver em casa dos pais/familiares ou se vai viver para um contexto novo quer externo (nova cidade, universidade), quer interno (quarto/apartamento/casa para onde vai viver). As condições destes contextos influenciam esta fase de transição podendo ser facilitadores ou barreiras. Também a forma como o estudante vive este novo contexto irá influenciar a forma como se sente no mesmo. Seguidamente iremos refletir sobre alguns exemplos relacionados com o ambiente ou o contexto.

Contexto externo

Iniciando com uma abordagem ao contexto externo no que respeita à nova cidade de residência, no caso de estudantes deslocados. Por exemplo, um jovem que sempre viveu na aldeia, no silêncio, numa comunidade solidária, poderá ter extrema dificuldade em adaptar-se à vida agitada de uma cidade, quer pelo barulho, quer pelas diferenças sociais, como por exemplo, o facto de não conhecer os vizinhos e não haver o sentido de vida em comunidade. Isto pode gerar insegurança, medo e dificuldade em relaxar. O mesmo se aplica de forma inversa, um jovem que cresceu e viveu sempre numa grande cidade poderá ter dificuldade em adaptar-se a uma universidade do interior.

O contexto académico é outro fator que pode ser facilitador ou barreira para esta transição, quer seja em termos de estruturas físicas e oferta de atividades, quer em termos de relacionamento interpessoal. Por exemplo, ter ou não ter espaços adequados para estudar, como salas bem decoradas e iluminadas, espaços exteriores repletos de natureza, refeitórios e bares com opções alimentares saudáveis e/ou salas confortáveis, iluminadas e com equipamentos adequados às aulas. Ter atividades extracurriculares recreativas ou desportivas pode também ser um facilitador nesta fase de transição. Passando para os relacionamentos interpessoais, a forma como os estudantes são integrados e recebidos pelos seus pares, pelos docentes e

por todo o staff académico pode constituir-se como uma barreira ou como um facilitador, dependendo da forma como esta integração ocorre e da forma como o estudante sente esta integração. O que para uns pode ser facilitador, para outros pode ser uma barreira.

Contexto interno

Já no que respeita ao contexto interno, os jovens vêem-se confrontados com dificuldade em encontrar um local para viver no período letivo, dada a situação da habituação que se vive atualmente. A maior parte dos jovens vive em residências para estudantes ou em quartos particulares, sendo que, em muitos casos, as condições ambientais dos locais onde vivem não são favoráveis ao seu bem-estar. Mais uma vez, dependendo de vários fatores, entre os quais, o ambiente onde o jovem cresceu e ao qual se habituou, influenciam a forma como este vive o novo contexto. Viver numa residência de estudantes, por exemplo, pode ser facilitador para alguns e barreira para outros.

No que respeita a contextos, para além da vida académica dentro da própria universidade, é importante ainda a vida académica extrauniversidade, como por exemplo, as saídas noturnas e as atividades e tradições estudantis. Também estas podem funcionar como barreiras ou facilitadores dependendo da perceção de cada um e da adaptação a este novo ambiente.

Tendo em conta a elevada prevalência de perturbações mentais nesta população, um número muito significativo destes estudantes, pode ainda enfrentar uma transição de saúde-doença. Os períodos de transição correspondem a momentos de maior vulnerabilidade, exigindo um esforço de adaptação acrescido. Podem surgir dificuldades em lidar com as circunstâncias da vida de forma adaptativa, instalando-se uma crise que, se se prolongar no tempo, pode afetar a funcionalidade e conduzir a dificuldades que comprometem a realização das atividades académicas, sociais e o autocuidado.

Iremos relatar no próximo subcapítulo alguns dados referentes a estudos internacionais acerca da saúde mental dos estudantes do ensino superior.

Saúde mental dos estudantes do ensino superior

Dados internacionais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um estudo internacional com a participação de 19 universidades de oito países (África do Sul, Alemanha, Austrália, Bélgica, Espanha, Estados Unidos da América, Irlanda do Norte e México) que concluiu que 35% dos estudantes universitários do primeiro ano preenchiam os critérios para, pelo menos, uma perturbação psiquiátrica comum, como depressão grave, mania/hipomania, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação por uso de álcool ou perturbação por uso de substâncias (Auerbach et al., 2018). Além disso, os resultados de um estudo realizado nos Estados Unidos da América que envolveu 66159 estudantes do ensino superior, revelam que os estudantes do primeiro ano, foram os que relataram taxas mais elevadas de automutilação e ideação suicida (Wyatt et al., 2017). Este estudo permitiu concluir que o primeiro ano do ensino superior, é um momento-chave para promover junto dos estudantes a consciencialização e o desenvolvimento de estratégias para prevenir problemas de saúde mental e resultados académicos negativos (Wyatt et al., 2017). Outro estudo, realizado em Portugal, na Universidade do Minho, em 2015, concluiu que os alunos do primeiro ano foram os que apresentaram maiores taxas de abandono e insucesso académico (Almeida et al., 2016.). Se já antes da pandemia COVID-19 o cenário não era dos mais favoráveis, no período pós-pandémico vimos esta situação a agravar-se com um aumento dos problemas de saúde mental entre os jovens. Ao contrário do que era esperado, não foram os mais velhos que sofreram mais com as consequências da pandemia em termos de saúde mental, mas sim os mais jovens.

Uma análise de estudos realizados em seis regiões continentais (África, América Latina, América do Norte, Ásia, Austrália e Europa) com estudantes universitários, estimou uma prevalência de 33,6% de sintomas depressivos e 39,0% de sintomas de ansiedade. A prevalência de sintomas depressivos (35,9%) e de ansiedade (40,7%) foi mais elevada nos estudos realizados após o início do surto pandémico. Os estudantes universitários dos países africanos apresentaram a maior prevalência de sintomas depressivos (40,1%), enquanto os estudantes norte-americanos apresentaram a maior prevalência de sintomas de ansiedade (48,3%) (Li et al., 2022). Outra revisão realizada apenas com estudos realizados após o início da pandemia demonstrou que a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade se agravou entre os estudantes universitários. Foram ainda encontradas diferenças na saúde mental dos estudantes universitários entre os países e a data de recolha de dados (Y. Li et al., 2021). Evidências internacionais indicam ainda que os estudantes universitários referem sentir-se mais ansiosos, deprimidos, fatigados e angustiados após o início da pandemia, em comparação com os níveis pré-pandémicos (Elharake et al., 2023).

Traçado o panorama global, impõe-se a pergunta: Como está a saúde mental dos estudantes universitários em Portugal? É deste assunto que o subcapítulo seguinte aborda, relatando um estudo realizado em 7 instituições do ensino superior portuguesas coordenado pela primeira autora deste capítulo.

Saúde mental dos estudantes do ensino superior em Portugal: o relato de um estudo em 7 instituições

A preocupação com o estado de saúde mental dos estudantes do ensino superior tem vindo a ser corroborada pela investigação científica mais recente a nível global. Em Portugal têm sido realizados alguns estudos que demonstram uma elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos nos estudantes universitários (Bento et al., 2021; Laranjeira et al., 2021; Machado et al., 2023).

Um estudo recente realizado com 7 instituições do ensino superior portuguesas, com uma amostra de 3,399 estudantes obteve uma prevalência de 37,5% de sintomas depressivos moderados a severos e 37,1% de sintomas ansiosos moderados a severos, sendo que apenas 38,8% não apresentou qualquer sintoma depressivo e apenas 25% não apresentou qualquer sintoma ansioso (Amaro et al., 2024).

Quando questionados sobre se tinham algum diagnóstico de doença mental, 19,5% dos estudantes responderam afirmativamente, sendo que, destes, 38,7% referem ter sido diagnosticados após o início da pandemia. O diagnóstico mais referido foi a ansiedade (16,2%), seguido da depressão (11,8%) (Amaro et al., 2024).

A automutilação e o pensamento de que estariam melhor se morressem, foram referidos por 26,7%. Dos participantes que relataram ter vivenciado situações de assédio moral ou sexual, na sua maioria do sexo feminino, apresentaram índices mais altos de sintomas ansiosos e depressivos. Por outro lado, verificaram-se menores níveis de ambos os sintomas em estudantes do sexo masculino, com um nível socioeconómico mais elevado, sem doença mental prévia, com melhores resultados académicos e que optavam por não consumir café, tabaco, cannabis e outras substâncias ilícitas (Amaro et al., 2024).

Relativamente ao consumo de substâncias, o álcool foi a que mais estudantes relataram consumir (84,7%), seguindo-se o café (80,6%) e o tabaco (68,7%). Quanto às substâncias psicoativas, a cannabis foi a registou maior número de relatos (14,1%) e ainda outras, como cocaína e ecstasy (2,4%). Destaca-se ainda que 63,8% dos participantes consumiam entre quatro a cinco porções de bebidas alcoólicas num único momento (Amaro et al., 2024).

Quanto às relações afetivas, os estudantes que se encontravam em relacionamentos românticos apresentaram níveis de ansiedade mais elevados, sendo este um resultado considerado surpreendente.

Este estudo permitiu ainda obter dados sobre a perceção dos estudantes quanto ao impacto da sintomatologia depressiva na sua vida, 31% dos participantes referiu sentir extrema dificuldade, 45,5 responderam sentir pouca dificuldade, enquanto 23,5% relataram não sentir dificuldade (Amaro et al., 2024).

O estudo aponta ainda para a necessidade de as instituições de ensino superior implementarem estratégias para avaliar a ideação suicida entre os estudantes, de forma a intervir precocemente e prevenir os comportamentos suicidários e o suicídio. Destaca também a lacuna existente no desenvolvimento de programas de apoio a estudantes com comportamentos autolesivos (Amaro et al., 2024).

É pois imperativo e urgente a implementação de programas de promoção de bem-estar mental dos estudantes, nas universidades (Amaro et al., 2024), temática que iremos abordar no próximo subcapítulo.

Promoção da saúde mental em ambiente académico – um longo caminho a percorrer

A promoção da saúde mental dos estudantes universitários é um pilar fundamental quer para a academia, quer para a sociedade em geral.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a prevenção da doença mental e o tratamento precoce constitui-se como uma prioridade em matéria de saúde pública, não só pelo impacto na vida dos estudantes e na saúde pública, como também devido ao investimento da sociedade tendo em conta o capital social desta população. Apesar disso, as instituições do ensino superior não dispõem normalmente de uma infraestrutura deste tipo para a prevenção e intervenção precoce dos problemas de saúde mental, e existe relativamente pouca investigação sobre estas intervenções nesta população (Cuijpers et al., 2019).

Como agravante, a evidência científica destaca as barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários e secundários, que as crianças e jovens enfrentam, como o acesso tardio a tratamento adequado, falta de tratamentos baseados em evidências e ainda a lacuna que existe entre os serviços de saúde mental para crianças e adultos (Fusar-Poli, 2019). Este último aspeto é particularmente sensível no contexto dos estudantes universitários e jovens adultos, pois além da escassez de respostas, não dispõem de serviços de saúde mental adequados e sensíveis às necessidades específicas da fase única de desenvolvimento clínico, neurobiológico e psicossocial em que se encontram (Fusar-Poli, 2019), a transição de jovens para adultos.

Tendo em conta a magnitude do problema, a crescente procura de cuidados ao nível da saúde mental por parte dos estudantes do ensino superior e a ausência de respostas adequadas nas universidades e serviços de saúde, torna-se necessário perspetivar estratégias, que conjuguem respostas adequadas às necessidades dos estudantes com a qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Esta tarefa, passa igualmente por repensar o atual paradigma dos cuidados de saúde mental para jovens, centrado no modelo biomédico, predominante dirigidos aos jovens que vivenciaram fases iniciais de psicose, deixando sem resposta os portadores de perturbação mental em fase inicial ou emergente (Fusar-Poli, 2019).

Torna-se, pois, essencial, desenvolver um novo modelo de cuidados para jovens de forma a melhorar a experiência, os resultados e a continuidade dos cuidados no período de transição para os serviços de saúde para adultos (Fusar-Poli, 2019).

Em Portugal foram recentemente adotadas políticas de saúde que se encontram plasmadas no “Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior” (Gago et al., 2023) . Este programa define um conjunto de medidas e orientações e preconiza uma abordagem baseada no modelo Stepped Care, o qual prevê que a resposta seja organizada em patamares, e vá sendo disponibilizada à pessoa que procura ajuda, de forma adequada às suas dificuldades/necessidades, podendo ser em formato individual ou grupal. Esta opção poderá constituir uma oportunidade para melhorar os resultados em saúde mental junto dos estudantes universitários.

Um outro aspeto que importa destacar prende-se com a rápida adoção de novas tecnologias pelos jovens e a oportunidade de ampliar o acesso a recursos de saúde mental baseados em evidências. A utilização de meios de comunicação social, recursos online e diferentes abordagens de saúde eletrónica pode ter um impacto significativo para monitorizar e promover uma boa saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020). A investigação futura sobre a promoção da boa saúde mental em jovens deve explorar as abordagens emergentes da e-Saúde (Fusar-Poli et al., 2020), dado existirem algumas vantagens nas intervenções baseadas na Internet, como a redução do estigma e da lacuna no acesso aos cuidados de saúde, podendo ainda constituir uma transição para tratamento adicional (Malinauskas & Malinauskiene, 2022). No entanto, é nosso entender que é necessária cautela com o uso dos meios digitais uma vez que a sua utilização exagerada poderá contribuir para o agravamento da sintomatologia depressiva e ansiosa. É necessário, por isso, haver um equilíbrio na utilização da tecnologia para a promoção da saúde mental para que surta o efeito desejado.

Face à magnitude desta problemática, que tem vindo a ser comprovada pela evidência científica, conclui-se que é urgente o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença mental. Para tal é necessário implementar estratégias que tenham em conta os fatores de risco para a saúde mental e que potenciem os fatores de proteção, com vista a fortalecer a resiliência (Fusar-Poli et al., 2020; World Health Organization, 2022) facilitando o processo de adaptação dos estudantes aos novos contextos e situações.

Conclusões

Os jovens que ingressam no ensino superior têm um risco acrescido de desenvolver problemas de saúde mental, dada a fase de transição em que se encontram. A taxa de prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa neste grupo populacional tem vindo a aumentar quer em Portugal, quer a nível internacional. O ambiente e os contextos em que os jovens se encontram podem funcionar como facilitadores ou como barreiras deste processo de transição, sendo de extrema importância atuar naqueles que são passíveis de modificação, como por exemplo, o ambiente académico. Existe ainda um longo caminho a percorrer em termos organizacionais para promover a saúde mental dos jovens no ensino superior, quer em termos de estruturas físicas, quer ao nível das relações interpessoais.

A fase de desenvolvimento e transição em que os estudantes do ensino superior se encontram, constitui uma janela de oportunidade para melhorar os resultados ao nível das perturbações mentais na idade adulta e, consequentemente, a produtividade imprescindível à sociedade.

Referências

Almeida, L. S., Araújo, A. M., & Martins, C. (2016). Transição e adaptação dos alunos do 1o ano: variáveis intervenientes e medidas de atuação. *Ser Estudante No Ensino Superior: O Caso Dos Estudantes Do 1º Ano*, 146–164. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42318/3/2016_Livro%20de%20Atas%20Ser%20Estudante%20no%20Ensino%20Superior%202016_So%20DeGois.pdf.

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, *2024*(1), 5528350. https://doi.org/10.1155/2024/5528350.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International

College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *127*(7), 623–638. https://doi.org/10.1037/abn0000362.

Benner, P. (2010). *Foreword. In Meleis,Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice (Foreword, pp. xiii-xiv)*. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.

Bento, M. da C., Barroso, T., Ferreira, T. R., Henriques, C., Pimentel, H., Ramos, L. A. A. M. dos, Rosa, A., & Vinagre, M. da G. (2021). Comportamentos de saúde e bem-estar dos estudantes do Ensino Superior Politécnico: um diagnóstico a partir da perspetiva dos estudantes. *Conselho Coordenador Dos Institutos Superiores Politécnicos*. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37191.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In *Nursing research methodology* (Issue 9, pp. 237–257). https://repository.upenn.edu/handle/20.500.14332/41768.

Cuijpers, P., Auerbach, R. P., Benjet, C., Bruffaerts, R., Ebert, D., Karyotaki, E., & Kessler, R. C. (2019). The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: An overview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *28*(2). https://doi.org/10.1002/mpr.1761.

Elharake, J. A., Akbar, F., Malik, A. A., Gilliam, W., & Omer, S. B. (2023). Mental Health Impact of COVID-19 among Children and College Students: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, *54*(3), 913–925. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01297-1.

Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): A critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry*, *10*(JUN), 453564. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00355/BIBTEX.

Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, *31*, 33–46. https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2019.12.105.

Gago, J., Andrade, M., Martins, M., Cunha, O., Soares, S., Santos, T., Macedo, M., Nora, R., Pereira, J., & Martinho, S. (2023). *Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior. Direção Geral do Ensino Superior. Acessibilidade, Cooperação e Conexões para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior ACCES*. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf.

Laranjeira, C., Dixe, M. A., Valentim, O., Charepe, Z., & Querido, A. (2021). Mental Health and Psychological Impact during COVID-19 Pandemic: An Online Survey of Portuguese Higher Education Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health 2022, Vol. 19, Page 337*, *19*(1), 337. https://doi.org/10.3390/IJERPH19010337.

Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(11), 1222–1230. https://doi.org/10.1111/jcpp.13606.

Li, Y., Wang, A., Wu, Y., Han, N., & Huang, H. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669119.

Machado, B. C., Pinto, E., Silva, M., Veiga, E., Sá, C., Kuhz, S., Silva, P. O., Pimenta, A., Gomes, A., Almeida, A., Sá, L., & Correia, M. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental and physical health and overall wellbeing of university students in Portugal. *PLOS ONE*, *18*(5), e0285317. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0285317.

Malinauskas, R., & Malinauskiene, V. (2022). Meta-Analysis of Psychological Interventions for Reducing Stress, Anxiety, and Depression among University Students during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health 2022, Vol. 19, Page 9199*, *19*(15), 9199. https://doi.org/10.3390/IJERPH19159199.

World Health Organization. (2022a). *Mental health*. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

World Health Organization. (2022b). *Transforming mental health for all*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1.

Wyatt, T. J., Oswalt, S. B., Ochoa, Y., & Wyatt, T. (2017). Mental Health and Academic Success of First-Year College Students. *International Journal of Higher Education*, *6*(3), 178. https://doi.org/10.5430/IJHE.V6N3P178.

O FUNCIONAMENTO FAMILIAR PRÉ E PÓS O CANCRO PEDIÁTRICO: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

Cristiana Castro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto |

cristianaguimaraescastro@hotmail.com

Catarina Grande

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Centro de Psicologia

da Universidade do Porto | cgrande@fpce.up.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Ana Pinto de Oliveira
Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, Universidade do Algarve, Portugal
acoliveira@ualg.pt

Revisor 2
Manuela Ferreira
Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
mmcferreira@gmail.com

Revisor 3
María del Carmen Ortega Navas
Faculdad de Educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España
cortega@udu.uned.es

Citação:
Castro, C., & Grande, C. (2025). O funcionamento familiar pré e pós o cancro pediátrico: uma abordagem qualitativa. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 199-213). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

A experiência do cancro pediátrico pode resultar em dificuldades para a família. Coesão, flexibilidade, rotinas e rituais familiares devem ser considerados no funcionamento familiar, especialmente quando experienciam uma situação de cancro pediátrico. A coesão reflete a qualidade de vida e das interações entre pais e filhos durante a doença. Já a flexibilidade pode alterar-se tendo em conta os estádios da doença, o que pode impactar rituais e rotinas familiares. Este estudo teve como objetivo compreender a experiência do cancro pediátrico no sistema familiar, em específico as implicações no funcionamento familiar. Participaram 20 membros da família de 12 sobreviventes. Dois membros da mesma família foram entrevistados com recurso a um guião semiestruturado, considerando três períodos temporais (antes do diagnóstico, durante o tratamento e no período de remissão). Através de uma análise temática emergiram 3 temas: Funcionamento Familiar, Adaptação à Doença e Repercussões da Doença. O tema Funcionamento Familiar mostrou que as rotinas e rituais familiares podiam ser alterados, mas nem sempre devido ao cancro (i.e., pandemia, significado, ciclo de vida familiar) e, em algumas famílias, estes aspetos voltaram ao normal depois dos tratamentos. Neste tema surgiu ainda as categorias coesão e flexibilidade, tendo se verificado que as famílias eram equilibradas nestas dimensões. No tema Adaptação à Doença evidencia-se que os elementos da família reagem de forma diferente tendo em conta o estádio da doença. Na categoria reação ao diagnóstico, os familiares reagiram maioritariamente com choque, mas alguns mostraram-se motivados para lidar com a doença. Durante os tratamentos, tendem a sentir-se ansiosos devido à incerteza dos tratamentos. Na categoria reação à remissão, alguns elementos da família referiram sentir gratidão e alívio, outros evidenciaram que é um momento de confrontação com a realidade. Na categoria facilitadores, alguns membros da família e profissionais de saúde podem facilitar a adaptação à doença, graças ao apoio e compreensão. No entanto, surgiu a categoria dificuldades, nomeadamente económicas e psicossociais. O tema Repercussões da Doença reflete as lições retiradas durante a vivência do cancro e as sequelas nos sobreviventes. Este estudo permitiu compreender que as rotinas e rituais familiares podem sofrer alterações devido às consequências do cancro, especialmente quando relacionadas com sequelas. A relação familiar prévia ao diagnóstico pode ser o motivo para as famílias do estudo serem equilibradas relativamente à coesão e à flexibilidade, crucial para mudanças que ocorrem nos vários estádios da doença. Estes resultados enfatizam a necessidade de uma intervenção ecológica durante todas as fases.

Palavras-chave: Cancro pediátrico; Funcionamento familiar; Sobrevivente.

Introdução

O cancro pediátrico é uma condição rara, já que representa menos de um por cento das doenças diagnosticadas nos países de média e/ou alta renda (Cruce & Stinnett, 2006), o que contribui para que o cancro possa ser visto

cada vez menos como um trauma e mais como um episódio significativo, possível de ser superado (Sharp et al., 2015).

O cancro pediátrico, como evento stressante pode implicar alterações no funcionamento familiar (Olson et al., 1983). Assim, algumas dimensões relevantes para o funcionamento familiar são: coesão, flexibilidade, rotinas e rituais familiares. Quando numa família é vivenciado o cancro pediátrico, a família será percebida como mais coesa, quanto mais frequentemente ocorrerem rituais familiares (Santos et al., 2012). A coesão é, assim, importante para a qualidade de vida, bem como para as interações entre pais e filhos durante a doença (Santos et al., 2015). Durante as diferentes fases da doença é fundamental uma elevada flexibilidade (Kim et al., 2020), que pode impactar as rotinas familiares por serem interrompidas ou alteradas (Rolland, 2012).

A coesão e a flexibilidades familiares são retratadas no Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (MCSCF). Neste modelo, estes conceitos são curvilíneos, o que significa que níveis muito elevados ou muito baixos são problemáticos (Olson et al., 2019). A coesão familiar caracteriza-se pelo nível em que cada indivíduo está separado de ou conectado com a sua família, ou seja, representa a ligação emocional relativa a cada um dos membros (Olson et al., 1983). Já a flexibilidade concentra-se na adaptabilidade e habilidade em mudar por parte do sistema familiar, isto é, a capacidade em alterar a sua estrutura, os papéis relacionais e as regras na relação, em resposta a uma situação desenvolvimental ou de *stress*. As duas dimensões variam num contínuo, categorizado em cinco níveis; os três centrais resultam num funcionamento familiar ótimo; os dois extremos problemáticos. Desta forma, as famílias que, antes do diagnóstico de cancro, revelam maior equilíbrio familiar terão mais capacidade para lidar com a situação de crise. Por outro lado, quando o desequilíbrio prevalece, existirá uma maior dificuldade em lidar com o diagnóstico da doença oncológica, devido à falta de recursos para tal. Contudo, de salientar que o MCSCF é dinâmico e assume que mudanças podem ocorrer se a situação assim o exigir, como também o momento do ciclo de vida familiar e a socialização que a família requer (Olson, 2000).

Os resultados do estudo de Van Schoors e colaboradores (2018) indicam que a doença, por um lado, aproxima a família, corroborando os resultados de Prchal e Landolt (2012). Estas tornam-se mais fechadas aos elementos extrafamiliares, porque a família ganha um papel mais importante nas suas vidas, aumentando o desejo de despender tempo entre si, ao invés de investir em outras áreas de vida, como a carreira. Por outro lado, algumas famílias acabam por se fragmentar devido à centralidade que o diagnóstico ganha nas suas vidas. Isto tem repercussões na relação conjugal e entre os pais e os filhos saudáveis. Ainda assim, sabe-se que uma família mais coesa pode ser mais direcionada para a partilha de responsabilidades, para a tomada de decisão e oferta de apoio, o que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida (Santos et al., 2015).

As rotinas e os rituais familiares também têm impacto no funcionamento familiar. Ambos se referem a práticas específicas repetidas que envolvem dois ou mais membros da família. De modo particular, as rotinas familiares caracterizam-se pela comunicação – instrumental, repetida regularmente –, pelo envolvimento num compromisso por um determinado período e, por não representarem um significado especial. Em contrapartida, os rituais familiares apesar de envolverem comunicação, esta assume um significado simbólico, o que representa fazer parte desse grupo, que é a família (Wolin & Bennett, 1984). O significado atribuído associa-se à adaptação dos indivíduos e famílias ao longo do ciclo de vida (Santos et al., 2016). Há uma dimensão temporal associada aos rituais que pode envolver várias gerações de uma família, o que implica celebrações, tradições e interações padronizadas (Wolin & Bennett, 1984). Desta forma, "os rituais criam uma ligação entre o passado, o presente e o futuro" (Santos et al., 2018, pp. 8). Tanto as rotinas, como os rituais, têm implicações na estrutura e clima emocional da família no seu quotidiano, fornecendo um contexto para que a criança se possa desenvolver (Spagnola & Fiese, 2007).

Estes aspetos do funcionamento familiar podem ser interrompidos ou alterados (Rolland, 2012). Estas mudanças surgem como consequência dos desafios inerentes à doença, sendo que a priorização que é dada às rotinas está relacionada com fatores como as características do diagnóstico, da criança, do tratamento e

da família (Bates et al., 2021). Ainda assim, há um período de adaptação, para que se regresse à estabilidade familiar (Rolland, 2012).

Estudos empíricos mostram que níveis mais elevados de significado em rituais familiares estão associados a menos sintomas de ansiedade e problemas psicológicos em crianças com condições de saúde crónica (Santos et al., 2012), bem como nos seus pais (Crespo et al., 2013). Assim, a alteração das rotinas poderá afetar positivamente a saúde, pois a criação de novas rotinas podem promover a adesão ao protocolo de tratamento, reduzindo a sintomatologia na criança e melhorando a saúde em geral da família (Fiese, 2007).

Crespo e colaboradores (2013) evidenciaram que depois de um diagnóstico, as famílias estabelecem um "novo normal" que difere das práticas familiares antes do diagnóstico (Crespo et al., 2013). No entanto, as famílias que mantêm alguma consistência nas suas rotinas, podem experienciar menos *distress*, visto que a previsibilidade é assegurada em certo ponto e há um maior conforto nas interações (Bates et al., 2021). Isto reflete-se num maior ajustamento ao diagnóstico e reduz o risco psicossocial (Bates et al., 2021). Por outro lado, os pais podem relaxar nas regras e nas rotinas devido aos tratamentos (Kim et al., 2020).

Muitos pais procuram estratégias de normalização de forma que as crianças acomodem as novas rotinas e rituais familiares (Crespo et al., 2013). Estudos demonstram que no cancro existe uma ligação positiva entre o significado dos rituais e uma maior esperança e coesão familiar (Santos et al., 2012, 2015), contudo pode existir uma maior dificuldade em manter esses rituais (Santos et al., 2018). Tanto nas rotinas (Bates et al., 2021), como nos rituais pode ser benéfica a criação de novos eventos, para que estes sejam compatíveis com a nova realidade vivida, sem sacrificar o significado emocional e permitir despender mais tempo com a família (Santos et al., 2018). Ainda, em fase de remissão, podem ser criados rituais, de modo a celebrar o final dos tratamentos realizados para combater o cancro (Roberts, 2003a). A flexibilidade para o reajustamento e a criação de novos rituais é essencial (Roberts, 2003b), visto que a família e os seus elementos estão em constante mudança, quer por situações específicas, quer pela fase do ciclo de vida individual e/ou familiar (Olson, 2000).

Todo o sistema familiar é envolvido na doença oncológica em idade pediátrica (Moura, 2015), o que se reflete nos aspetos familiares já discutidos (rituais, rotinas, coesão e flexibilidade). Diversos estudos abordaram estas temáticas (e.g., Bates et al., 2021; Santos et al., 2015; Santos et al., 2018) no momento após o diagnóstico, durante os tratamentos e após o seu término. Contudo, não é concretizada uma visão longitudinal da família, o que pressupõe também a vivência antes do diagnóstico e uma visão de funcionalidade da família durante a remissão e a sobrevivência. Adicionalmente, quando requerida uma perspetiva deste sistema, por vezes, é entrevistado exclusivamente um elemento, o que pode não refletir a vivência da família na sua totalidade (Van Schoors et al., 2016). De modo a conhecer a visão de múltiplos informantes da mesma família surge a presente investigação.

Método

Estudo

O foco deste estudo é compreender a vivência da doença oncológica no sistema familiar, especificamente as suas implicações ao nível dos rituais, rotinas, coesão e flexibilidade familiar. Para o efeito, foram recolhidas informações sobre tipo de diagnóstico, tratamentos realizados e respetiva duração, constituição do agregado familiar e tempo decorrido desde o diagnóstico. Adicionalmente, os elementos da família foram questionados sobre 3 momentos distintos: antes do diagnóstico, durante os tratamentos e momento atual. Ainda, foram contempladas as perspetivas de dois elementos de uma mesma família.

Assim, pretendemos responder às seguintes questões de investigação: (a) Em que medida a doença oncológica em idade pediátrica afeta o funcionamento familiar?; (b) Como se pode promover um melhor funcionamento familiar durante e após o término dos tratamentos?

Os critérios de inclusão para a participação neste estudo são: (a) pertencer a uma família onde um elemento teve uma doença oncológica em idade pediátrica; (b) dois elementos dessa família estarem dispostos a participar; (c) a doença oncológica estar em remissão/sobrevivência; (d) a doença oncológica ter surgido, no máximo, há 7 anos.

Para atender ao objetivo e às questões de investigação, o presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, possibilitando uma melhor compreensão e interpretação do significado atribuído a este evento (Braun & Clarke, 2013). Caracteriza-se como um estudo de caso do tipo coletivo transversal, dado que foram analisados alguns casos em profundidade e os dados foram recolhidos apenas num momento (Given, 2008).

Participantes

A amostra recolhida é constituída por 20 participantes, o que resulta num total de 12 famílias. Assim, 14 participantes são do género feminino e os restantes seis do género masculino, com idades atuais compreendidas entre os 18 e os 74 anos. Em quatro das famílias que participaram no estudo só foi possível entrevistar um dos elementos por indisponibilidade do outro. No que concerne à criança que vivenciou a doença oncológica, a idade em que surgiu o cancro está compreendida entre um ano e os 17 anos de idade (M = 10.25; DP = 4.85). Na Tabela 1, encontram-se dados complementares sobre os participantes do estudo, os sobreviventes e o cancro e os respetivos tratamentos.

Tabela 1
Caraterização dos participantes do estudo, dos sobreviventes e do cancro e dos respetivos tratamentos

	Categoria	**N (%)**	***M*(*DP*)**
Participantes		20(100)	---
Género	Masculino	6(30)	---
	Feminino	14(70)	---
Idade (anos)		---	45.05(12.57)
Nível de Escolaridade	Ensino Básico	5(25)	---
	Ensino Secundário	6(30)	---
	Ensino Superior	9(45)	---
Grau de Parentesco	Pai/Mãe	15(75)	
	Irmã(o)	2(10)	
	Avô(ó)	1(5)	
	Tio(a)	2(10)	
Sobrevivente		12(100)	

TABELA 1 (CONTINUAÇÃO)
Caraterização dos participantes do estudo, dos sobreviventes e do cancro e dos respetivos tratamentos

	Categoria	N (%)	*M*(*DP*)
Género	Masculino	7(58)	
	Feminino	5(42)	
Idade do diagnóstico		---	10.25(4.85)
Tipo de diagnóstico	Leucemia/Linfoma	4(33.3)	
	Tumores SN	3(25.0)	
	Tumores Sólidos	5(41.7)	
Tempo diagnóstico	<5 anos	11(91.7)	
	5-7 anos	1(8.3)	

Procedimento de seleção da amostra e recolha dados

O procedimento de seleção da amostra foi não probabilístico, especificamente por conveniência, dado que os participantes do estudo foram escolhidos com base na sua acessibilidade (Given, 2008). O estudo foi divulgado junto de famílias que vivenciaram o cancro pediátrico. As entrevistas decorreram com recurso a plataformas de videoconferência (i.e., *Zoom*, *WhatsApp*), de forma individual, o que permite enriquecer a perspetiva acerca do fenómeno (Eisikovits & Koren, 2010). Antes do início da entrevista, os participantes consentiram a participação no estudo e gravação dos relatos e a resposta ao questionário sociodemográfico. A resposta realizou-se oralmente, tendo em conta que se realizou a entrevista em formato *online.* Posteriormente, as entrevistas foram realizadas, com uma duração média de 30 minutos, e gravadas em formato áudio, de modo a garantir uma fiel transcrição dos dados e posterior análise da informação obtida. O material de áudio recolhido foi guardado em bases de dados, protegido por palavra-passe, sem qualquer informação identificadora, com acesso exclusivo da investigadora responsável por este projeto pelo que não compromete a confidencialidade dos participantes.

As medidas utilizadas neste estudo, de modo a recolher a informação pretendida, foram um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. O questionário reúne um conjunto de perguntas para aceder a dados sociodemográficos dos familiares que participaram no estudo, do sobrevivente, bem como da composição familiar. Para aceder a características da doença oncológica e dos tratamentos realizados foram elaboradas questões adaptadas do instrumento de *The Intensity of Treatment Rating Scale 3.0* (Kazak et al., 2012). O guião da entrevista semiestruturada foi desenvolvido tendo por base os seguintes instrumentos de avaliação: *Family Ritual Questionnaire* (Fiese & Kline, 1993), *Family Routines Inventory* (Jensens et al., 1983), *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV* (Sequeira et al., 2021), The Psychosocial Assessment Tool 2.0 (Kazak et al., 2001), *Pediatric Quality of Life Inventory Cancer Module* (Varni et al., 2002).

Procedimento de análise de dados

Os dados foram tratados com recurso à análise temática, devido à flexibilidade no uso com os mais diversos quadros teóricos, questões de investigação, tipo de dados e tamanho da amostra (Braun & Clarke, 2013).

O processo de análise iniciou-se pela familiarização com os dados, pelo que as entrevistas foram transcritas integralmente e lidas para se detetarem possíveis erros, de seguida, procedeu-se a uma leitura ativa e detalhada das 20 transcrições. Em simultâneo, duas entrevistas foram analisadas por dois investigadores diferentes, que, posteriormente, partilharam e discutiram as ideias que surgiram desta fase de análise. Através da informação recolhida, foram identificados grandes temas comuns (Braun & Clarke, 2006): Funcionamento Familiar, Adaptação à Doença e Repercussões da Doença. Por fim, foi definido um sistema de categorias e subcategorias organizado por temáticas, com recurso a uma abordagem mista, no sentido em que se combina uma análise dedutiva e indutiva (Elo & Kyngäs, 2007).

Apresentação e Discussão de Resultados

Funcionamento Familiar

A literatura sobre o cancro pediátrico traduz a ameaça das necessidades relacionadas com a doença no quotidiano da família (Salvador et al., 2019). No tema Funcionamento Familiar, surgiu a categoria Rotinas e Rituais (Figura 1). Apesar de os rituais providenciarem uma sensação de normalidade e suporte emocional no contexto de condição de saúde crónica (Crespo et al., 2013), é inevitável que estes aspetos se alterem de alguma forma, podendo evidenciar-se mais ou menos intensamente na dinâmica familiar. Isto é corroborado pelo estudo de Bates e colaboradores (2021), que verificaram que no período de um ano de tratamento existem alterações ao nível das rotinas. Deste modo, o desconhecimento do impacto destas alterações a longo prazo (Bates et al., 2021) foi objetivo da presente investigação. A mudança dos rituais e das rotinas familiares deveu-se a vários aspetos, como pandemia, significado, consequências da doença e ciclo de vida familiar. A alteração devido ao Significado relacionou-se com o facto de os familiares atribuírem um significado diferente a vários momentos do dia. Por exemplo, quando referiram que a rotina do jantar passou a ser um momento especial para a família, por estarem todos reunidos. Por outro lado, pode ter existido uma dificuldade em vivenciar alguns rituais da mesma forma, quando um participante referiu "(…) magoa-me saber que a minha irmã está a sofrer e eu não consigo vê-la no Natal, ou nos meus anos, (…) nenhuma comemoração… nem agora… já não é o que era… acho que perdeu um bocado o brilho (…)". Num estudo referente a crianças e adolescentes com asma (doença crónica tal como o cancro), Santos e colaboradores (2012) verificaram que estes reportam um significado maior relativamente aos rituais familiares se tiverem uma melhor qualidade de vida e menos problemas emocionais e de comportamento. Este resultado apoiou o obtido neste estudo, porque se o familiar percecionar uma melhor qualidade de vida (associada a um menor sofrimento) e um melhor ajustamento na criança, poderá também atribuir um maior significado aos rituais, explicação possível para a alteração de significado dos rituais familiares percecionada pelos participantes.

No que toca às alterações devido às Consequências da Doença, os resultados encontrados demonstraram que o impacto da doença vai para além do momento do diagnóstico e dos tratamentos. O tipo de diagnóstico e o que foi experienciado pareceu estar relacionado com as alterações de rotinas e rituais familiares e com as sequelas apresentadas pelos sobreviventes. A literatura sobre este tema, no contexto de doença crónica, também sugere que as alterações ocorrem de acordo com o impacto que as características e o decurso da doença têm nas funções familiares e como se encontram associadas à saúde e à adaptação dos pacientes e das suas famílias (Crespo et al., 2013). Por um lado, os sobreviventes perderam a capacidade de realizar algumas atividades que faziam anteriormente, como referiu um dos participantes, em que o sobrevivente deixou de praticar um desporto. O participante contou que assistir aos jogos era rotina familiar, mas, devido a sequelas da doença, o sobrevivente deixou a modalidade. Agora, partilham momentos no ginásio. Em contrapartida, num outro testemunho foi mencionado que um sobrevivente perdeu alguma independência e autonomia, por limitação de capacidades de locomoção, alterando igualmente as rotinas e os rituais familiares.

As alterações do Ciclo de Vida Familiar representaram as mudanças da família e dos indivíduos de modo a reajustar ou criar rituais e rotinas familiares para o bem-estar da família (Roberts, 2003b). No presente estudo

algumas famílias conseguiram preservar (Preservados) determinadas rotinas e rituais familiares, depois da vivência do cancro pediátrico.

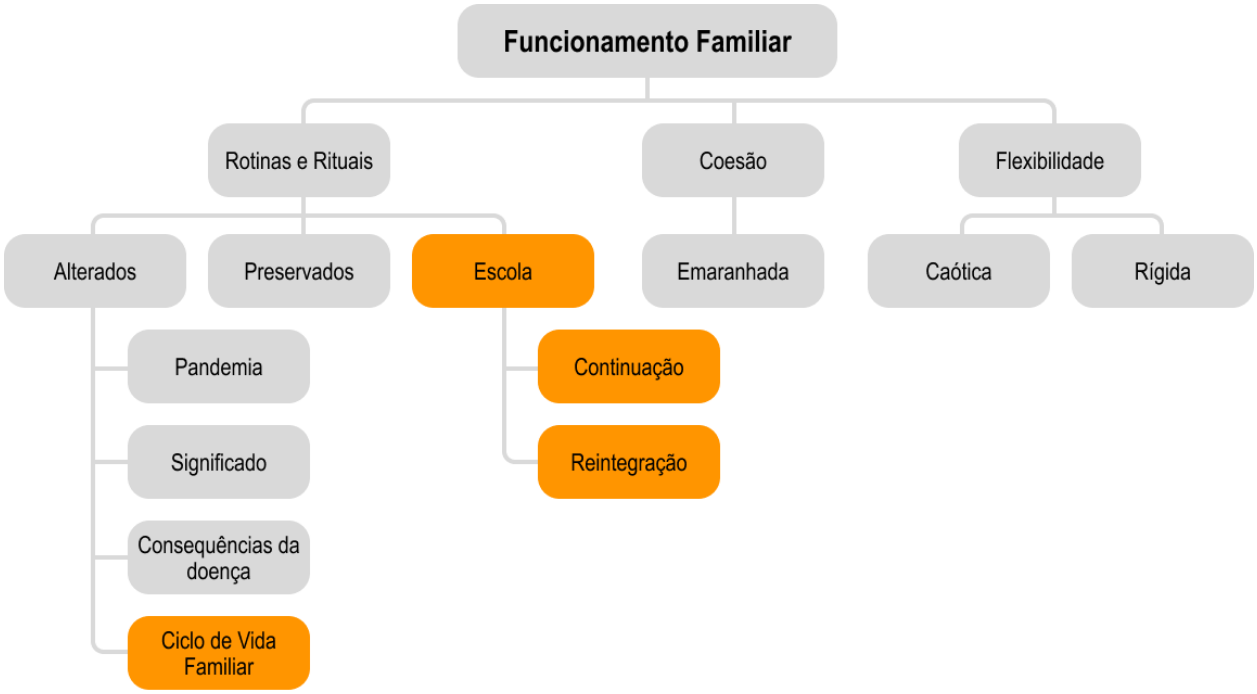
Adicionalmente, a Escola tem um papel preponderante nas rotinas das crianças, o que afeta inevitavelmente toda a família (Otth & Scheinemann, 2022). Nesta questão, foram relevantes tanto a Continuação, como a Reintegração. Surgem experiências diversas, realçando a necessidade de uma triangulação entre Família, Hospital e Escola, para que a criança tenha o menor prejuízo nas atividades educativas (Otth & Scheinemann, 2022). No que toca à Reintegração, esta comunicação continua a ser fundamental, ainda assim aspetos como o papel dos pares mostram-se cruciais. Apesar de apenas ter sido documentado por um participante no presente estudo, a questão do *bullying* é relatada noutros estudos (Molinaro & Fletcher, 2017; Nowakowska, 2018).

À luz do MCSCF, as famílias mais equilibradas tendem a ser mais funcionais (felizes e bem-sucedidas) e serão mais capazes de mudar os seus níveis de coesão e flexibilidade para lidarem com as mudanças desenvolvimentais e com o *stress*, do que as famílias mais desequilibradas (Olson et al., 2019). Desta forma, quando são confrontadas com um diagnóstico, a família tende a tornar-se mais caótica e conectada. No entanto, ao longo dos tratamentos, os níveis da dimensão flexibilidade diminuem, ou seja, as famílias ficam mais rígidas, até regressarem aos níveis equilibrados (Marsac & Alderfer, 2011).

De acordo com as circunstâncias, os elementos da família necessitam de mais (ou menos) autonomia e independência, o que terá impacto nas dimensões familiares (coesão e flexibilidade). No entanto, o que implica que estas dimensões se alterem na família está em grande parte relacionado com a compreensão desta necessidade (Olson et al., 2019). No caso do cancro pediátrico, mesmo quando as crianças já tinham alguma autonomia e independência, podem voltar a necessitar de mais apoio por parte da família. A compreensão de todos os elementos da família desta necessidade, em especial dos irmãos (Prchal & Landolt, 2012), é o que permite a manutenção de relações equilibradas entre a família, durante o período de tratamentos. Ainda assim, neste período, alguns irmãos referem que existiu um aumento da coesão entre os membros da família, inclusive uma melhor relação com a criança doente (Prchal & Landolt, 2012). No presente estudo, apenas o testemunho de uma irmã evidenciou o apoio por parte da família e de uma aproximação com a criança doente.

As famílias do estudo revelaram uma coesão equilibrada, no sentido emaranhado. Isto é, em parte, corroborado por Van Schoors e colaboradores (2018), que através de uma investigação qualitativa, identificaram famílias emaranhadas e outras desmembradas. Isto poderá estar relacionado com o tempo desde o diagnóstico, dado que na investigação mencionada o tempo desde o mesmo é mais curto (6 – 33 meses) (Van Schoors et al., 2018), comparativamente ao do presente estudo (2 – 6 anos, aproximadamente). Relativamente à flexibilidade, verificou-se que os participantes tendencialmente reportaram uma perspetiva mais pessoal, ao invés de familiar. Pela análise dos conteúdos das entrevistas, os participantes do presente estudo pareceram referir uma flexibilidade equilibrada, no entanto esta dimensão não foi diretamente avaliada (Olson et al., 2019). Sabe-se ainda que a coesão e a flexibilidade podem estar associadas à presença de sintomatologia psicológica, nomeadamente sintomas depressivos, pelo facto de poder existir uma maior dificuldade em nutrir as relações familiares ou com a perceção relativa ao funcionamento familiar (Gutiérrez-Colina et al., 2017).

FIGURA 1
Categorias e Subcategorias Emergentes do Tema "Funcionamento Familiar"



Adaptação à Doença

A adaptação ao cancro pediátrico inclui várias fases (diagnóstico, tratamentos, remissão e sobrevivência), sendo que foi referida uma flutuação das reações durante os estádios da doença oncológica. Alguns estudos indicam que os pais reagem, recorrentemente, com depressão, ansiedade, incerteza, culpa, angústia, solidão, tristeza, choque, medo, desespero e confusão (e.g., Clever et al., 2018; Hutchinson et al., 2009; Jantien Vrijmoet-Wiersma et al., 2008; Nicholas et al., 2009). As reações descritas, apesar de não estarem associadas exclusivamente ao momento do diagnóstico, suportam as reações verificadas no presente estudo nesse momento específico. Por exemplo, na categoria Choque, na maioria das vezes, o cancro não manifesta sintomatologia e, por isso, o seu diagnóstico surpreende os doentes oncológicos e os seus familiares. Apesar de se sentirem bem, foi-lhes diagnosticada uma doença grave. A Ansiedade associada à incerteza foi também uma reação comumente identificada, pois familiares, em particular pais, revelaram uma grande necessidade de conhecer os passos seguintes, o que significava cada efeito do tratamento e qual o desfecho dos mesmos (Jantien Vrijmoet-Wiersma et al., 2008; Nicholas et al., 2009). O papel dos profissionais de saúde revelou-se preponderante em relação à tranquilização dos pais. No entanto, existiram familiares e crianças que, de imediato, se sentiram motivados para a ação e aptos para iniciarem a luta contra o cancro. Ainda assim, devido à brevidade entre o momento do diagnóstico e o início dos tratamentos, alguns familiares sentiram dificuldade em organizar a sua vida – principalmente as rotinas –, para que se possa iniciar esta etapa tão atípica (Impossibilidade de ação). Alguns participantes relataram que os sobreviventes não souberam do diagnóstico (Sem diagnóstico), devido à idade ou decisão dos pais, evitando a conotação negativa da doença. Apenas um caso se destacou, pois, os pais desconhecem a reação do adolescente, apesar da comunicação aberta.

Relativamente à Reação aos Tratamentos, Molinaro e Fletcher (2017) referem que os familiares têm a necessidade de se manterem fortes pela criança, o que suporta o tema emergente, Aceitação. No presente estudo, as crianças, em grande parte, reagiram positivamente aos tratamentos e eram capazes de os conciliar

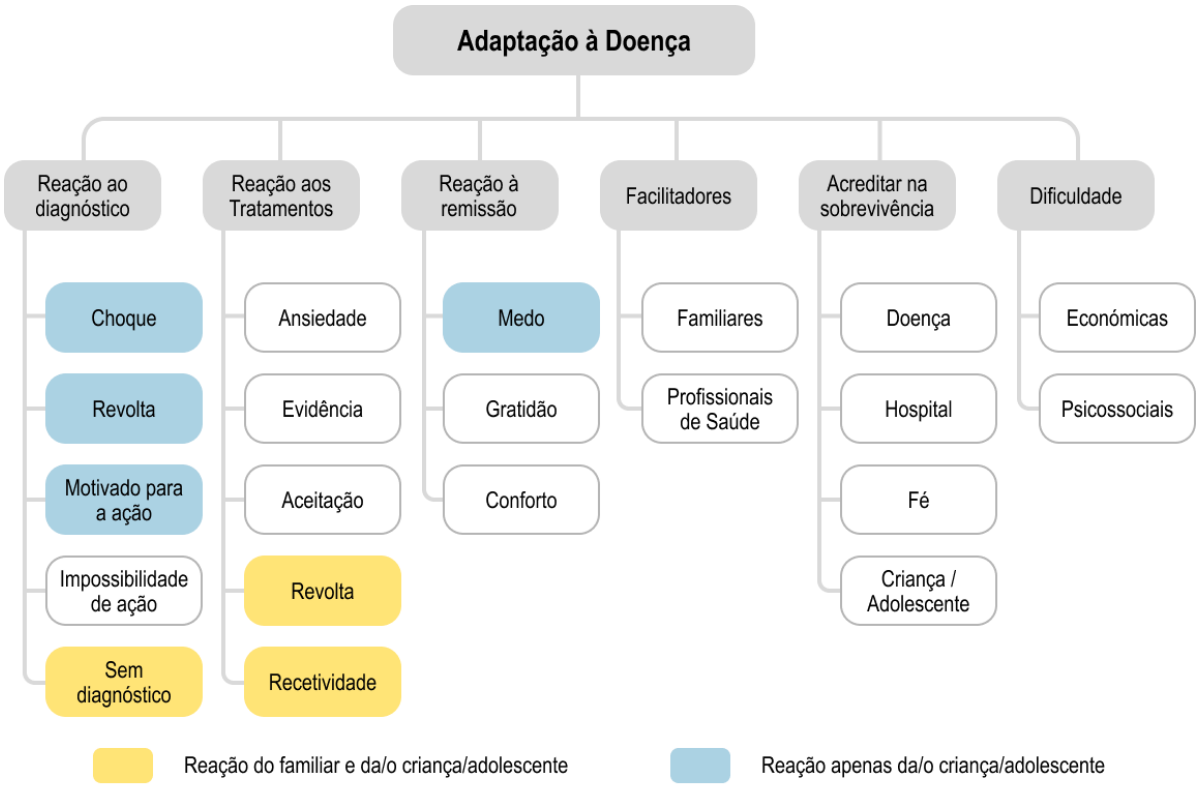
com outras atividades (Recetividade) (Molinaro & Fletcher, 2017). Aqueles que tiveram reações como Revolta encontravam-se na faixa etária da adolescência, pelo que é uma reação esperada nesta fase desenvolvimental, perante um diagnóstico desta gravidade. Apesar de existir uma maior compreensão da doença, também existe uma menor recetividade às alterações que esta implica no estilo de vida (Mavrides & Pao, 2014). Um participante relatou que a filha teve dificuldades em aceitar as limitações impostas pela doença, comparando-se a outros adolescentes. É crucial considerar intervenções que promovam um ajustamento adequado, dada a pressão do tratamento e a capacidade limitada do cuidador (Bates et al., 2021).

Por fim, a Reação à Remissão onde as reações Medo, Gratidão e Confronto foram apontadas. O Medo justifica-se pelo facto de o acontecimento menos provável poder acontecer (Clever et al., 2018) e também associado ao afastamento do hospital, onde a criança tem todos os cuidados médicos que possa necessitar. A possibilidade de a família poder estar novamente reunida com saúde, e de modo similar ao momento anterior da incidência da doença oncológica é a razão da categoria Gratidão. Este sentimento permite também uma maior capacidade de relativizar os mais pequenos obstáculos (Norberg & Steneby, 2009). Ainda, o Confronto exemplificado na seguinte transcrição "(…) Quando parece que tudo acabou, não, parece que começa tudo (…)". Esta categoria carateriza-se pelos familiares terem estado vários meses focados na recuperação da criança e só quando voltaram a casa é que vivenciaram tudo o que foi passado no hospital (Maurice-Stam et al., 2008). Esta informação foi sustentada no estudo de Norberg e Steneby (2009), uma vez que referiram que mães tiveram a perceção de momentos só passado alguns anos e que se recordaram de imagens muito nítidas das experiências passadas naquele contexto quando regressaram ao hospital. No estudo de Hutchinson e colaboradores (2009), em dois grupos de pais de crianças com tumores cerebrais, em que um se encontrava em fase de tratamentos e outro já em fase de remissão, verificaram que apesar do primeiro grupo ter níveis mais elevados de *Stress* Pós-Traumático, ambos demonstraram níveis mais elevados do que a norma, facto que vem novamente sublinhar a importância da intervenção psicológica junto dos familiares nesta fase da doença (Hutchinson et al., 2009).

Dois fatores facilitaram a vivência do cancro pediátrico: Profissionais de Saúde e Familiares, destacando a importância da rede de apoio. Os primeiros incentivaram o pensamento positivo, trazendo momentos de alegria (Molinaro & Fletcher, 2017). Familiares e amigos ajudaram no equilíbrio emocional, obtenção de recursos e motivação para a ação (Nicholas et al., 2009). Acreditar na sobrevivência da criança torna os familiares mais otimistas, reduzindo o *distress* emocional (Maurice-Stam et al., 2008). Isso influencia a forma como lidam com a doença e pode melhorar a adaptação em todas as fases (Nicholas et al., 2009).

No período dos tratamentos, surgem adversidades (Dificuldades), mais concretamente as Psicossociais, que estão relacionadas com as alterações nas dinâmicas familiares e, muitas vezes, no facto dos irmãos não terem tanta atenção, comparativamente a(o) irmã(o) com a doença oncológica, evidenciado na seguinte transcrição "(…) eu lembro-me perfeitamente de o mais pequenino dizer assim, (…) "eu só queria andar os 4 no carro", custou-me tanto ouvir isso (…)". Bates e colaboradores (2021) afirmam que o menor envolvimento em família e uma maior fragmentação, provenientes das respostas às necessidades da doença, faz com que alguns elementos da família possam sentir-se negligenciados, tristes e zangados, pela diminuição da previsibilidade, familiaridade e parentalidade, atendendo aos padrões comportamentais anteriores (Bates et al., 2021). A culpa mencionada noutros estudos (e.g., Norberg e Steneby, 2009; Van Schoors et al., 2018) está associada a estas dificuldades, principalmente à falta de atenção relativa aos irmãos sem o diagnóstico. Ainda, uma dificuldade referida pela maioria dos familiares, foram as Económicas que têm vindo a ser abordadas em vários estudos (e.g., Santos et al., 2016). Isto reflete a importância da existência de maior apoio para empoderar os pais de informação sobre as ajudas oferecidas pelas várias instituições públicas e privadas que atuam no âmbito da doença oncológica.

FIGURA 2
Categorias e Subcategorias Emergentes do Tema "Adaptação à Doença"

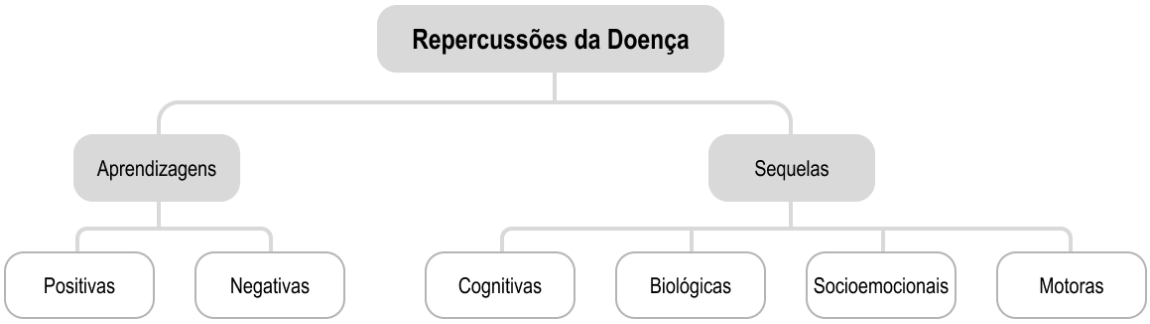


Repercussões da Doença

As doenças oncológicas têm repercussões nas famílias, não só as Sequelas, como também as possíveis Aprendizagens. Molinaro e Fletcher (2017) verificaram que os sobreviventes de cancro pediátrico, quando questionados sobre o que recordam desta experiência, indicam algo positivo, baseando-se em sentimentos de união e força entre os membros das famílias e do amor que sentiam entre eles. No estudo de Norberg e Steneby (2009), em que a amostra é constituída por pais de sobreviventes, também surgem este tipo de reflexões, semelhantes às obtidas nesta investigação ["(…) tudo é reformulado e tudo passa a ser vivido de uma forma mais intensa em função (…) daquilo que vale a pena, que é o amor. (…)], quando um participante mencionou a importância que é dada ao amor e como as suas ações foram motivadas por esse sentimento. As aprendizagens retiradas do contexto de doença podem estar relacionadas com diversos fatores. Ainda assim, sabe-se que o impacto da doença no funcionamento psicológico está mais relacionado com a existência de um maior número de fatores de *stress* do que este por si só (Sharp et al., 2015), como no caso de um sobrevivente, que já tinha sido diagnosticado com perturbação do espetro autista. A visão com a qual os familiares terminam este percurso, nem sempre é positiva, como foi evidente no presente estudo. Contudo, é importante realizar estudos que se foquem em aspetos ou memórias positivas durante o processo do cancro pediátrico (Molinaro & Fletcher, 2017).

As sequelas evidenciam desafios após a doença, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar contínua. A doença torna-se invisível, mas não as suas consequências, preocupando os familiares quanto ao impacto no futuro (Norberg & Steneby, 2009).

FIGURA 3
Categorias e subcategorias emergentes do Tema "Repercussões da Doença"



Conclusão

Apesar de o cancro ser uma doença individual, pode impactar toda a família, obrigando, por isto a um olhar sistémico.

As alterações nas rotinas e nos rituais familiares parecem estar mais relacionadas com as alterações normativas do ciclo de vida e do contexto. Ainda assim, é importante identificar estas famílias e intervir, com o objetivo de minorar os efeitos colaterais da doença oncológica. A necessidade de intervenção adquire ainda um maior relevo, quando estas consequências se associam a sequelas incapacitantes por parte dos sobreviventes. Nestes casos, em especial, deve ser desenvolvido um trabalho com estas famílias para que as mesmas consigam responder de forma efetiva às alterações, quer a nível familiar, quer a nível psicológico. Estas alterações nos sobreviventes podem ser vistas como perdas e, por isso, há um processo de luto subjacente. Adicionalmente, este processo também pode ocorrer em relação aos sonhos e às expectativas construídos que dessa forma precisam de ser redefinidos, processo este que pode ser doloroso para todos os envolvidos.

No que toca à coesão e à flexibilidade, o que se assume mais impactante é a relação de equilíbrio que existiria antes do diagnóstico. Nas famílias com um relacionamento em desequilíbrio, esta experiência pode ser fraturante. No entanto, quando as famílias são equilibradas, resolvem de forma eficaz os desafios aos quais são expostas, pois dispõem os recursos necessários para tal. Reconhecer estas famílias durante os tratamentos poderá revelar-se muito importante, por poder potenciar essas competências.

Os resultados da investigação permitiram, compreender que as famílias da criança em fase de remissão ou sobrevivência, não deixam de ser elegíveis para acompanhamento nas mais diversas áreas. Destaca-se o papel da intervenção psicológica no âmbito da adaptação aos novos contornos do funcionamento familiar. A psicoeducação assume igualmente um papel importante, relativamente a questões como as alterações na família subjacentes ao ciclo de vida familiar, de modo que não se assuma a vivência do cancro como responsável pelas possíveis transformações de um funcionamento típico de uma família e vice-versa.

Financiamento

Este trabalho foi realizado sem qualquer tipo de financiamento.

Referências

Bates, C., Palloto, I., Moore, R. M., Fornander, M., Covitz, L., & Gillette, M. (2021). Family rules, routines, and caregiver distress during the first year of pediatric cancer treatment. *Psycho-Oncology*, *30*(9), 1590–1599. https://doi.org/10.1002/pon.5736.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. SAGE Publication, London.

Clever, K., Schepper, F., Küpper, L., Christiansen, H., & Martini, J. (2018). Fear of progression in parents of children with cancer: results of an online expert survey in pediatric oncology. *Klinische Pädiatrie*, *230*(03), 130-137. https://doi.org/10.1055/a-0586-8921.

Crespo, C., Santos, S., Canavarro, M. C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. *International Journal of Psychology*, *48*(5), 729–746. http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2013.806811.

Cruce, M., K., & Stinnett, T. A. (2006). Children with cancer. In Phelps, L. (Eds.). *Chronic health-related disorders in children: Collaborative medical and psychoeducational interventions*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11435-000.

Eisikovits, Z., & Koren, C. (2010). Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis. *Qualitative Health Research*, *12*(20), 1642–1655. https://doi.org/10.1177/1049732310376520.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Fiese, B. (2007). Routines and rituals: Opportunities for participation in family health. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *27*(l), 41S–49S. https://doi.org/10.1177/15394492070270S106.

Fiese, B. H., & Kline, C. A. (1993). Development of the Family Ritual Questionnaire: Initial reliability and validation studies. *Journal of Family Psychology, 6*(3), 290–299. https://doi.org/10.1037/0893-3200.6.3.290.

Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. SAGE.

Gutiérrez-Colina, A. M., Lee, J. L., VanDellen, M., Mertens, A., & Marchak, J. G. (2017). Family functioning and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer survivors and their families: A dyadic analytic approach. *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(1), 19–27. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw041.

Hutchinson, K. C., Willard, V. W., Hardy, K. K., & Bonner, M. J. (2009). Adjustment of caregivers of pediatric patients with brain tumors: A crosssectional analysis. *Psycho-Oncology*, *18*(5), 515–523. https://doi.org/10.1002/pon.1421.

Jantien Vrijmoet-Wiersma, C. M., van Klink, J. M., Kolk, A. M., Koopman, H. M., Ball, L. M., & Maarten Egeler, R. (2008). Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*(7), 694–706. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn007.

Jensens, E. W., James, S. A., Boyce, W. T., & Hartnett, S. A. (1983). The family routines inventory: Development and validation. *Social Science & Medicine, 17*(4), 201–211. https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90117-X.

Kazak, A. E., Hocking, M. C., Ittenbach, R. F., Meadows, A. T., Hobbie, W., DeRosa, B. W., Leahey, A., Kersun, L., & Reilly, A. (2012). A revision of the intensity of treatment rating scale: classifying the intensity of pediatric cancer treatment. *Pediatric blood & cancer, 59*(1), 96–99. https://doi.org/10.1002/pbc.23320.

Kazak, A. E., Prusak, A., McSherry, M., Simms, S., Beele, D., Rourke, M., Alderfer, M., & Lange, B. (2001). The Psychosocial Assessment Tool (PAT)©: Pilot data on a brief screening instrument for identifying high risk families in pediatric oncology. *Families, Systems, & Health*, *19*(3), 303–317. https://doi.org/10.1037/h0089454.

Kim, H., Zhou, E. S., Chevalier, L., Lun, P., Davidson, R. D., Pariseau, E. M., & Long, K. A. (2020). Parental behaviors, emotions at bedtime, and sleep disturbances in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(5), 550–560. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa018.

Marsac, M. L. & Alderfer, M. A. (2011). Psychometric properties of the FACES-IV in a pediatric oncology population. *Journal of Pediatric Psychology*, *36*(5), 528–538. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq003.

Maurice-Stam, H., Oort, F., Last, B., & Grootenhuis, M. (2008). Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment. Psycho-Oncology. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 17*(5), 448–459. https://doi.org/10.1002/pon.1260.

Mavrides, N., & Pao, M. (2014). Updates in paediatric psycho-oncology. *International Review of Psychiatry*, *26*(1), 63–73. https://doi.org/10.3109/09540261.2013.870537.

Molinaro, M. L. & Fletcher, P. C. (2017). “It changed everything. and not all in a bad way”: Reflections of pediatric cancer experiences. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, *40*(3), 157–172. http://dx.doi.org/10.1080/24694193.2017.1307471.

Moura, M. J. (2015). Psico-oncologia na Infância e no Adolescente. In Alburqueque, E. & Cabral, A. S. (Eds.), *Psico-Oncologia. Temas Fundamentais* (1st ed., pp. 55–63). Lidel.

Nicholas, D. B., Gearing, R. E., McNeill, T., Fung, K., Lucchetta, S., & Selkirk, E. K. (2009). Experiences and resistance strategies utilized by fathers of children with cancer. *Social Work in Health Care*, *48*(3), 260-275. https://doi.org/10.1080/00981380802591734.

Norberg, A. L., & Steneby, S. (2009). Experiences of parents of children surviving brain tumour: a happy ending and a rough beginning. *European Journal of Cancer Care*, *18*(4), 371–380. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00976.x.

Nowakowska, I. (2018). School psychologist’s interventions to promote successful school re-entry of chronically ill children aiming at altering peers’ attitudes towards them. *Studia Edukacyjne*, (48), 201–214. https://doi.org/10.14746/se.2018.48.13.

Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, *22*(2), 144–167. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144.

Olson, D., Russel, C., & Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical Update. *Family Process*, *22*(1), 69–83. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x.

Olson, D., Sprenkle, D., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, *18*(1), 3–28. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x.

Olson, D., Waldvogel, L. & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review, 11*(2), 199–211. https://doi.org/10.1111/jftr.12331.

Otth, M., & Scheinemann, K. (2022). Back to school - The teachers' worries and needs having a childhood cancer patient or survivor in their class. *Frontiers in oncology*, *12*, 992584. https://doi.org/10.3389/fonc.2022.992584.

Prchal, A., & Landolt, M. A. (2012). How siblings of pediatric cancer patients experience the first time after diagnosis. A qualitative study. *Cancer Nursing, 35*(2), 133–140. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31821e0c59.

Roberts, J. (2003a). Rituals and serious illness: Marking the path. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. A. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy* (2nd ed., pp. 237–252). New York, NY: Norton.

Roberts, J. (2003b). Setting the frame: Definition, functions, and typology of rituals. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. A. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy* (2nd ed., pp. 3–48). New York, NY: Norton.

Rolland, J. S. (2012). Mastering family challenges in serious illness and disability. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 452–482). New York: The Guilford Press.

Salvador, A., Crespo, C., & Barros, L. (2019). Family management of pediatric cancer: Links with parenting satisfaction and psychological distress. *Family Process*, 58 (3), 761–777. https://doi.org/10.1111/famp.12379.

Santos, S., Crespo, C., Canavarro, M. C., Alderfer, M. A., & Kazak, A. (2016). Family rituals, financial burden, and mothers' adjustment in pediatric cancer. *Journal of Family Psychology, 30*(8), 1008–1013. https://doi.org/10.1037/fam0000246.

Santos, S., Crespo, C., Canavarro, C., Kazak, A. (2015). Family rituals and quality of life in children with cancer and their parents: The role of family cohesion and hope. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(7), 664–671. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv013.

Santos, S., Crespo, C., Canavarro, M. C., & Kazak, A. (2018). Family rituals when children have cancer: A qualitative study. *Journal of Family Psychology*, *32*(5), 643–653. https://doi.org/10.1037/fam0000419.

Santos, S., Crespo, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2012). Quality of life and adjustment in youths with asthma: The contributions of family rituals and the family environment. *Family Process*, *51*(4), 557–569. http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01416.x.

Sequeira, J., Vicente, H. T., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M. I., Neves, S., Santo, H., & Guadalupe, S. (2021). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Version IV (FACES IV): Validation study in the portuguese population. *Journal of Chlid and Family Studies, 30*(7), 1650–1663. https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3.

Sharp, K. M. H., Rowe, A., Russell, K., Long, A., & Phipps, S. (2015). Predictors of psychological functioning in children with cancer: Disposition and cumulative life stressors. *Psycho-Oncology*, *24*(7), 779–786. https://doi.org/10.1002/pon.3643.

Spagnola, M. & Fiese, B. H. (2007). Family routines and rituals: A context for development in the lives of young children. *Infants & Young Children*, *20*(4), 284–299. https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000290352.32170.5a.

Van Schoors, M., Caes, L., Knoble, N., Goubert, L., Verhofstadt, L. L., & Alderfer, M. (2016). Associations between family functioning and child adjustment after pediatric cancer diagnosis: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(1), 6–18. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw070.

Van Schoors, M., De Mol, J., Morren, H., Verhofstadt, L. L., Goubert, L., & Van Parys, H. (2018). Parents' perspectives of changes within the family functioning after a pediatric cancer diagnosis: A Multi

Family Member Interview Analysis. *Qualitative health research*, *28*(8), 1229–1241. https://doi.org/10.1177/1049732317753587.

Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., & Dickinson, P. (2002). The PedsQL in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory generic core scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. *Cancer, 94*(7), 2090–2106. https://doi.org/10.1002/cncr.10428.

Wolin, S. J., & Bennett, L. A. (1984). Family Rituals. *Family Process, 23*(3), 401–420. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00401.x.

FATORES BIOPSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

Nuno Loureiro
Instituto Politécnico de Beja; SPRINT | nloureiro@ipbeja.pt

Tânia Gaspar
Universidade Lusófona/SPIC/Hei-Lab | tania.gaspar@ulusofona.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Amâncio Carvalho
Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
amancioc@utad.pt

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Loureiro, N., & Gaspar, T. (2025). Fatores biopsicossociais e ambientais associados à prática de atividade física nos adolescentes portugueses. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 215-225). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

A perspetiva biopsicossocial e ambiental da saúde dos adolescentes permite compreender como diferentes fatores, de sistemas diversos e as respetivas interações se relacionam com a saúde e desenvolvimento positivo dos adolescentes. A prática de atividade física (AF) surge como um fator protetor associado à saúde global dos adolescentes, mas a associação não é linear e é influenciada por fatores da saúde física, psicológica, socio económica e cultural dos adolescentes e das suas famílias. O presente capítulo pretende aprofundar a compreensão sobre os fatores biopsicossociais e ambientais associados à prática de AF nos adolescentes portugueses e como a AF pode funcionar como um fator ligado ao risco ou à proteção da saúde dos jovens. Este capítulo está integrado no estudo *Health Behaviour School-Aged Children* e é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde. A amostra é representativa para os anos de escolaridade em estudo. Responderam 7649 estudantes, dos quais 53,9% do género feminino, com uma média de idade de 15,05 (DP=2,36). Os adolescentes foram divididos em dois grupos: com baixa e moderada prática de AF (AF 0 a 4 dias por semana) (62,6%) e com boa a elevada prática de AF (AF 5 a 7 dias por semana) (37,4%). Os resultados comparam os dois grupos de adolescentes numa perspetiva biopsicossocial e ambiental. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativa entre os grupos. A frequência da prática de AF caracteriza os adolescentes ao nível da saúde mental, hábitos alimentares, consumo de substâncias (exceto consumo de marijuana e tempo de ecrã), gosto pela escola, envolvimento em violência (como agressor, vítima e lutas), relação com a família, relação com professores, expectativas futuras e gosto pelo corpo. Na grande maioria das variáveis em análise os adolescentes que praticam AF com menos frequência revelam menores indicadores de saúde mental, hábitos de saúde menos saudáveis, menor satisfação com o corpo e relações menos positivas com a escola. Por outro lado, em relação aos comportamentos agressivos, ao envolvimento em lutas e às lesões, os adolescentes que praticam maior quantidade de atividades físicas exibem indicadores menos favoráveis. Concluímos que a prática de AF frequente na adolescência surge como um fator protetor ao nível da saúde física, psicológica, social e ambiental dos adolescentes. No entanto, em relação aos comportamentos violentos e lesões, os adolescentes que praticam atividades físicas com maior frequência demonstram mais comportamentos agressivos (como *bullying* e *cyberbullying*), envolvem-se mais em lutas e têm mais lesões.

Palavras-chave: Jovens; Hábitos; Desporto; *Bulliying*; HBSC.

Introdução

Perspetiva biopsicossocial da saúde do adolescente

Compreender os determinantes da saúde na adolescência é crucial para reduzir as desigualdades de saúde relacionadas com as circunstâncias sociais e económicas e promover o bem-estar. Os fatores que influenciam a saúde dos adolescentes resultam das características individuais, dos contextos sociais imediatos relacionados com a família, a escola e os

pares (microssistemas) e das condições nos seus bairros e comunidades onde os microssistemas interagem (criando mesossistemas), bem como das condições sociais, culturais e económicas mais amplas do país ou de uma região geográfica mais vasta ou macrossistemas (Currie & Morgan, 2020). Estas influências a vários níveis foram conceptualizadas no âmbito de modelos ecológicos. Um deles, o quadro bioecológico desenvolvido por Bronfenbrenner e Ceci (1994), foi adaptado para mapear os determinantes da saúde dos adolescentes por Currie e Morgan (2020). Estes autores examinam as influências sobre a saúde mental dos adolescentes com base em dados do estudo internacional de longa duração *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), que é uma investigação transnacional colaborativa única da Organização Mundial de Saúde (Gaspar et al, 2022; Inchley et al., 2020).

Exercício físico e saúde mental na adolescência

A adolescência é uma fase caracterizada por diversas mudanças, nomeadamente hormonais, corporais, alterações no ambiente social, cerebral e mental. E, embora a maioria dos jovens se torne adultos saudáveis, a adolescência é definida pela vulnerabilidade a problemas de saúde mental (Blakemore, 2019).

O exercício físico é considerado um subconjunto de atividade física (AF) planeada, estruturada, repetitiva e intencional que pode ter um efeito na saúde mental, dependendo dos fatores que fazem parte da atividade, por exemplo se é de competição ou não (Spruit et al., 2016). Neste sentido, o exercício físico é tido como uma atividade/intervenção não estigmatizante, com poucos efeitos secundários (Chu et al., 2009), sendo vista pelos adolescentes como útil para promover a saúde mental e tratar problemas do mesmo foro (Baya-Gomez, et al, 2020; Jorm & Wright, 2007). Além disso, existe uma crença generalizada de que a AF é, inerentemente, boa para os jovens considerando os resultados psicossociais, tais como a autoestima e o funcionamento cognitivo (Biddle & Asare, 2011). Todavia, é importante considerar, que há adolescentes que podem evitar a AF devido à baixa autoestima e insatisfação com a imagem corporal, levando a uma saúde mental mais pobre (Lubans et al., 2016a),

Apesar do efeito da AF na saúde mental dos adolescentes receber menos atenção do que as populações adultas (Whitelaw et al., 2010), de acordo com Beauchamp e colegas (2018), os adolescentes que realizam AF apresentam uma melhor autoestima e níveis mais baixos de ansiedade e/ou depressão. Adicionalmente, há estudos que propõem que o aumento dos níveis de AF e a diminuição do sedentarismo podem ajudar a satisfazer necessidades psicológicas básicas (e.g., autoaceitação) e, consequentemente, melhorar a saúde mental dos jovens (Lubans et al., 2016b).

Exercício físico e estilos de vida na adolescência

O estilo de vida é definido pelos padrões comportamentais identificados e determinados pela relação entre características pessoais, interações sociais, assim como condições socioeconómicas e ambientais (Soares et al., 2019). Neste sentido e considerando os tempos modernos, o aparecimento de novas tecnologias de informação e comunicação, como os telemóveis, a maior acessibilidade à internet, o aumento do tempo de ecrã, as relações parentais e comunicação com a família (Gaspar et al, 2022), entre outros tiveram um grande impacto na sociedade, com um aumento dos estilos de vida sedentários e, consequentemente, uma diminuição da AF e uma alimentação menos saudável (Pedersen et al., 2021; Ruiz & Castañeda, 2016; Tapia-López, 2019; Woessner et al., 2021). Como tal, um dos problemas atuais da sociedade recai no uso do tempo livre e de lazer pelos adolescentes, existindo uma elevada prevalência de atividades sedentárias (Crespo et al., 2016). Por sua vez, o comportamento sedentário pode originar sentimentos de solidão e, por sua vez, ter um impacto negativo na saúde mental (Hoare et al., 2014), da mesma forma que muito tempo de ecrã (e.g., ver televisão ou online) substitui o tempo que podia ser dedicado a atividades mais produtivas ou ativas, como é o caso da AF (Gaspar et al, 2023a). Deste modo, estes comportamentos podem levar ao isolamento social e, por consequência, a problemas de saúde mental (Kraut et al., 1998; Ohannessian, 2009). Ou seja, a

substituição de comportamentos saudáveis por comportamentos não saudáveis podem ter um impacto negativo na saúde mental dos adolescentes (Rodriguez-Ayllon et al., 2019). Embora uma má saúde mental seja associada a maus resultados académicos (Tempelaar et al., 2017), a AF tem vindo a ser associada a bons resultados académicos, como a um efeito positivo na saúde mental dos adolescentes (Biddle et al., 2018; Dale et al., 2019; Gaspar, et al, 2023b; Kantomaa et al., 2016).

Exercício físico e comportamentos violentos na adolescência

A agressão é um dos comportamentos mais prevalentes a que os adolescentes podem estar expostos, correndo o risco de tornarem-se autores de agressão ou vítimas (Park et al., 2021). De acordo com Girard e colegas (2019) a agressão está associada a resultados negativos a longo-prazo, como abandono escolar, abuso do consumo de álcool, abuso de substâncias e problemas mentais. Apesar da AF ter sido associada ao comportamento violento (Fite & Vitulano, 2011), as intervenções baseadas na AF têm vindo a ser usadas para diminuir este comportamento (Fung & Lee, 2018), promovendo ainda a saúde mental, a autorregulação, competências de *coping,* a interação social e o bem-estar em geral (Holt et al., 2020). Adicionalmente, a participação em AF, por parte dos adolescentes, permite que estes aprendam regras de obediência e autoridade, assim como o autocontrolo, resolução de conflitos, competências para gerir a desilusão e cooperação com os pares (Pesce et al., 2021). E, neste sentido, é expectável que as competências sociais contribuam para a diminuição dos problemas externos, nomeadamente a agressão (Poitras et al., 2016). Além disso, de acordo com Fite e Vitulano (2011), os adolescentes que têm mais oportunidades para participar em AF mostram níveis inferiores de agressividade.

É importante considerar que a AF não só promove a aprendizagem de regras, como também promove a capacidade para gerir impulsos, aumenta e desenvolva capacidades motoras, favorecendo ainda o humor, o desempenho escolar e a saúde em geral (Ramírez-Granizo et al., 2019a). Como tal, a AF e o desporto são essenciais para a manutenção da qualidade de vida e da saúde em qualquer fase da vida, inclusive na adolescência (Ramírez-Granizo et al., 2019b).

O objetivo deste capítulo é aprofundar a compreensão dos fatores biopsicossociais e ambientais associados à prática de atividade física entre adolescentes portugueses, e analisar como essa prática pode atuar como um fator de risco ou proteção para a saúde dos jovens.

Método

O estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) é uma investigação epidemiológica internacional realizada a cada quatro anos em 44 países e regiões da Europa e América do Norte. Seu objetivo é investigar a saúde e os comportamentos de saúde dos adolescentes. A investigação é realizada em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Europa e utiliza um desenho de amostragem em *clusters*, onde a unidade de amostragem é a turma, para recrutar participantes e garantir uma amostra representativa de alunos para cada ano escolar. Esta rede permite que cada um dos países membros contribua e adquira conhecimento com a colaboração e troca de experiências com os outros países. No sentido desta rede funcionar de forma coordenada, todos os países membros do HBSC respeitam um protocolo de pesquisa internacional (Currie et al., 2001). Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 (Matos et al., 2000), o primeiro estudo nacional foi realizado em 1998 (Matos et al., 2000) e tem realizado o estudo de 4 em 4 anos sendo o mais recente em 2022 (Gaspar et al, 2022), ao qual se referem os seguintes dados (relatórios disponíveis em: http://www.aventurasocial.com).

Participantes

Em 2022 (Gaspar et al, 2022) e de modo a obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa, foram selecionados 40 agrupamentos de escolas do ensino básico e secundário de todo o país continental (5 regiões escolares. A amostra é representativa para os anos de escolaridade em estudo. Responderam 7649 estudantes, do 6.º (22,4%), do 8.º (25,45%), do 10.º (28,1%) e do 12.º (24,15) ano de escolaridade, dos quais 53,9% do género feminino, com uma média de idade de 15,05 (DP=2,36).

Instrumento

O estudo HBSC desenvolveu um instrumento, tendo como objetivo subjacente investigar a família, a escola, os pares e o meio socioeconómico em que os jovens crescem para compreender que fatores moldam e influenciam a sua saúde e o seu comportamento saudável (Currie et al., 2004). O questionário internacional, usado para cada estudo HBSC, é elaborado por uma rede internacional de equipas de investigadores de cada país membro, sendo traduzido para cada língua por um processo regulamentado pela equipa internacional do estudo. A equipa portuguesa segue o procedimento de tradução e validação exigido (Currie et al., 2004; Gaspar et al., 2022).

O instrumento inclui questões sobre a saúde dos adolescentes numa perspetiva biopsicossocial e ambiental, contemplando a saúde física, psicológica, estilos de vida, comportamentos de saúde e de risco, relações com os diferentes contextos, família, escola e comunidade.

Em relação à prática de AF são colocadas diversas questões, mas para esta investigação optou-se pela questão relacionada com a frequência semanal de prática de AF, sendo que os adolescentes foram divididos em dois grupos: os adolescentes com baixa e moderada prática de AF (adolescentes que praticam AF 0 a 4 dias por semana) (62,6%) e adolescentes com boa a elevada prática de AF (adolescentes que praticam AF 5 a 7 dias por semana) (37,4%).

Procedimento

O procedimento de recolha e análise dos dados foi realizado de acordo com o protocolo de aplicação do estudo HBSC realizado em Portugal em 2022. Este estudo foi revisto por um painel de especialistas que são membros do Conselho Consultivo da Equipa Aventura Social e recebeu aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte e da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (CEDIC, 2022). Além disso, foi dispensada a necessidade de parecer da Comissão Nacional da Proteção de Dados devido à anonimização dos participantes. Todas as escolas selecionadas foram contatadas e concordaram em participar, tendo sido solicitado o consentimento informado dos encarregados de educação (Gaspar et al., 2022).

O questionário é de autopreenchimento, realizado numa plataforma digital, e com uma duração aproximadamente de 60 minutos. Foi realizado em contexto de sala de aula, preferencialmente em salas de informática para que todos os estudantes tivessem à sua disposição meios eletrónicos para responderem ao mesmo. Para detalhes adicionais sobre o procedimento de recolha de dados no estudo HBSC em Portugal, pode ser consultado o trabalho de Gaspar e colaboradores (2022).

Resultados

Na Tabela 1 e Tabela 2 comparamos os dois grupos de adolescentes numa perspetiva biopsicossocial e ambiental. Verificamos de um modo geral que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A frequência da prática de AF caracteriza os adolescentes ao nível da saúde mental, hábitos

alimentares, consumo de substâncias (exceto consumo de marijuana e tempo de ecrã), gosto pela escola, envolvimento em violência (como agressor, vítima e lutas), relação com a família, relação com professores, expectativas futuras e gosto pelo corpo.

TABELA 1
Frequência da distribuição e frequência relativa do exercício físico e estilos de vida

Variáveis	AF 0 a 4 dias por semana (%)	AF 5 a 7 dias por semana (%)	X^2, sig
Perceção Saúde	76,8	89,4	$X^2(1)$ =189,08, p < .001
Perceção de Felicidade	66,1	79,4	$X^2(1)$ = 153,49, p < .001
Ingestão de fruta	36,3	51,1	$X^2(1)$ =159,57, p < .001
Ingestão de vegetais	30,6	41,9	$X^2(1)$ =101,16, p < .001
Consumo de tabaco	17	12	$X^2(1)$ =34,80, p < .001
Consumo de Cigarro Eletrónico	14,4	11,6	$X^2(1)$ =12,50, p < .001
Ter estado embriagado	19,2	14,9	$X^2(1)$ =23,70, p < .001
Consumo de Marijuana	8,2	7,1	$X^2(1)$ =3,06, p = .085
Consumo de álcool	47	36,9	$X^2(1)$ =74,27, p < .001
Gosto pela escola	65,8	71,4	$X^2(1)$ =26,46, p <.001
Sentir Pressão escolar	68,3	50,2	$X^2(1)$ =248,23, p <.001
Ser Agressor	6,9	9,2	$X^2(1)$ =13,78, p <.001
Ser Vítima	16,9	16,5	$X^2(1)$ =0,24, p = .635
CyberAgressor	4,2	5,2	$X^2(1)$ =4,18, p = .042
CyberVitima	9	8,1	$X^2(1)$ =1,72, p = .193
Envolvimento em Lutas	15,1	22,1	$X^2(1)$ =60,99, p <.001
Ter Lesões	27	38,6	$X^2(1)$ =112,52, p <.001
Auto-lesão	23,7	18	$X^2(1)$ =25,79, p <.001
Ter Doença prolongada	20,9	15,4	$X^2(1)$ =35,31, p <.001
Estar a fazer Dieta	54,4	45,7	$X^2(1)$ =39,93, p <.001
Gostar do Corpo	45,3	59	$X^2(1)$ =133,36, p <.001

Na grande maioria das variáveis em análise os adolescentes que praticam AF com menos frequência revelam menores indicadores de saúde mental, hábitos de saúde menos saudáveis, menor satisfação com o corpo e relações menos positivas com a escola. Contrariamente, em relação aos comportamentos agressivos, envolvimento em lutas e lesões são os adolescentes com praticam AF com mais frequência revelam indicadores menos positivos.

TABELA 2
Teste de t-student – atividade física, qualidade de vida, relações sociais e estilos de vida

Variáveis	AF (0 a 4)		AF (5 a 7)		*t*	*p*
	M	D	M	D		
Índice de Massa Corporal	21,22	4,16	20,38	3,80	8,98	<.001
Bem-estar	3,24	1,07	2,64	1,03	24,48	<.001
Qualidade de Vida	3,50	0,69	3,93	0,67	-26,38	<.001
Menos sintomas físicos	3,98	0,95	4,27	0,85	-13,55	<.001
Menos sintomas psicológicos	3,27	1,10	3,69	1,06	-16,65	<.001
Stress	11,50	3,01	10,27	2,98	17,30	<.001
Apoio da família	22,02	6,78	23,76	6,21	-11,48	<.001
Apoio dos amigos	21,56	6,40	22,28	6,29	-4,79	<.001
Má relação colegas	6,68	2,52	6,02	2,53	10,98	<.001
Má relação professores	6,95	2,47	6,39	2,61	9,27	<.001
Preocupações escola	12,50	2,46	12,71	2,62	-3,02	<.001
Estatuto Socioeconómico	13,69	2,17	14,18	2,20	-9,54	<.001
Literacia Saúde	30,86	4,98	32,49	5,09	-13,65	<.001
Tempo de ecrã	22,89	6,42	23,20	7,09	-1,67	0,096
Online amigos	14,90	4,29	15,63	4,58	-6,89	<.001
Redes sociais	15,06	5,39	15,13	6,06	-0,50	0,618
Satisfação vida	7,11	1,84	7,77	1,75	-15,71	<.001
Expectativa face ao futuro	6,86	2,11	7,42	1,97	-10,19	<.001

Nota. M – média; D - desvio padrão

Discussão

Fazendo uma análise biopsicossocial da prática de AF verificamos que ao nível da saúde física os estudantes que praticam AF com mais frequência têm uma melhor perceção de saúde, maior literacia em saúde, menos doenças crónicas ou prolongadas e um Índice de Massa Corporal mais saudável. Ao nível da saúde mental os estudantes que praticam AF com mais frequência referem maior bem-estar, melhor qualidade de vida, maior satisfação com a vida, menos sintomas físicos e psicológicos, melhor gestão de stress, melhor

expectativa face ao futuro e menos comportamentos autolesivos quando comparados com os estudantes que praticam AF com menos frequência.

Os resultados ilustram a relação próxima entre a AF e o bem-estar e saúde mental dos adolescentes, a promoção de prática de AF frequente pode ser considerada um fator protetor e promotor de qualidade e satisfação com a vida dos adolescentes (Baya-Gomez, et al, 2020; Beauchamp, etl al, 2018; Gaspar et al, 2023a; Jorm & Wright, 2007).

Em relação aos comportamentos de risco encontramos maior risco ao nível do consumo de tabaco, cigarros eletrónicos, consumo de álcool e consumo excessivo de álcool (ter estado embriagado) nos estudantes que praticam AF com menos frequência. No âmbito dos comportamentos de saúde são os estudantes que praticam AF com mais frequência que comem mais vegetais, mais fruta, estão mais satisfeitos com o seu corpo e fazem menos dieta.

Os adolescentes que praticam AF com menos frequências parecem estar mais frequentemente envolvidos em comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias e revelam menos comportamentos de saúde associados à alimentação saudável (Pedersen et al., 2021; Ruiz & Castañeda, 2016; Tapia-López, 2019; Woessner et al., 2021). A substituição de comportamentos saudáveis por comportamentos não saudáveis podem ter um impacto negativo na saúde mental dos adolescentes (Rodriguez-Ayllon et al., 2019).

Em relação às relações interpessoais os estudantes que praticam AF com menos frequência revelam pior relação com os colegas e professores, sentem menos apoio por parte da família e dos amigos e passam menos tem online com os amigos comparados com os estudantes que praticam AF com mais frequência.

Também em relação às relações sociais se verificam relações mais positivas nos adolescentes que praticam mais AF, efetivamente a prática de AF esta associada a um menor isolamento social e mais autoestima (Gaspar et al, 2023a; Lubans et al., 2016; Ohannessian, 2009) e melhor relação e comunicação com a família (Gaspar et al, 2022).

São os estudantes que praticam AF com mais frequência que se envolvem mais em situações violentas, são os que referem fazer mais *bullying* e *cyberbulling*, envolvem-se mais em lutas e tem mais lesões quando comparados com os estudantes que praticam AF com menos frequência. Estes resultados contrariam resultados encontrados noutros estudos que defendem que os adolescentes que têm mais oportunidades para participar em AF mostram níveis inferiores de agressividade (Fite & Vitulano, 2011; Pesce et al., 2021). No entanto diversos estudos corroboram os resultados obtidos, tal como estudo realizado por de Costa e colaboradores (2020) que também sugere que a prática de desportos parece estar associados a conflitos, comportamentos agressivos, competitividade pouco saudável e que tal pode escalar para relações fora do contexto desportivo. O estudo realizado por Romo e colaboradores (2017) encontra diferenças de género a este nível, o desporto parece estar associado a menos comportamentos agressivos nas raparigas, mas não nos rapazes.

Em relação aos contextos verificamos que os estudantes que praticam AF com mais frequência gostam mais da escola, sentem menos pressão e menos preocupações com a escola. A prática de AF surge associada a uma relação positiva com a escola e possivelmente a um melhor desempenho escolar. A AF promove a aprendizagem, a capacidade para gerir impulsos, aumenta e desenvolve capacidades motoras, favorecendo o humor, o desempenho escolar e a saúde em geral (Ramírez-Granizo et al., 2019a). Em relação à situação socioeconómica também verificamos que os estudantes que praticam AF com menos frequência revelam um estatuto socioeconómico mais baixo quando comparados com os estudantes que praticam AF com mais frequência. As condições socioeconómicas estão associadas à valorização e oportunidades de seleção e opção de comportamentos de saúde, nomeadamente a prática de AF (Frasquilho, et al, 2018; Soares, et al, 2019).

Conclusões

Uma das limitações deste estudo é que todos os dados foram autorreparados, o que é conhecido por apresentar viés de memória e de relato. No entanto, a maioria dos itens foi documentada como tendo validade e confiabilidade satisfatórias. Outra restrição envolveu as variáveis relacionadas às perceções, sempre condicionadas por um alto grau de subjetividade.

Concluímos que a prática de AF frequente na adolescência surge como um fator protetor ao nível da saúde física, psicológica, social e ambiental dos adolescentes. No entanto, no que diz respeito aos comportamentos violentos e às lesões, os adolescentes que praticam atividade física com maior frequência demonstram maior propensão a comportamentos agressivos, como *bullying* e *cyberbullying*, além de se envolverem mais em lutas e sofrerem mais lesões.

Estas conclusões são importantes contributos para a compreensão do papel na prática da AF na saúde biopsicossocial dos adolescentes, promovendo os fatores protetores e saudáveis e com um foco específico na promoção de competências de autorregulação, controlo dos impulsos, comunicação interpessoal e gestão de conflitos junto dos adolescentes com prática mais frequente de AF.

Referências

Baya-Goméz, D., Calmeiro, L., Gaspar, T. Marques, A., Loureiro, N., Peralta, M., Mendonza, R. & Matos, M.G. (2020). Longitudinal Association between Sport Participation and Depressive Symptoms after a Two-Year Follow-Up in Mid-Adolescence. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(20), 7469. doi: 10.3390/ijerph17207469.

Beauchamp, M. R., Puterman, E., & Lubans, D. R. (2018). Physical Inactivity and Mental Health in Late Adolescence. JAMA Psychiatry, 75(6), 543. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0385.

Biddle, S. J. H., Ciaccioni, S., Thomas, G., & Vergeer, I. (2019). Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. Psychology of Sport and Exercise, 42(42), 146–155. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.08.011.

Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical Activity and Mental Health in Children and adolescents: a Review of Reviews. British Journal of Sports Medicine, 45(11), 886–895. https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185.

Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. The Lancet, 393(10185), 2030–2031. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31013-x.

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. Psychological Review, 101(4), 568.

Chu, I.-H., Buckworth, J., Kirby, T. E., & Emery, C. F. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. Mental Health and Physical Activity, 2(1), 37–43. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.01.001.

Crespo, L. V., Pernas, R. G., & Bóo, Y. T. (2016). Ocio y usos del tiempo libre en adolescentes de 12 a 16 años en España. Educação E Pesquisa, 42(4), 987–999. https://doi.org/10.1590/s1517-9702201612152404.

Currie, C., & Morgan, A. (2020). A bio-ecological framing of evidence on the determinants of adolescent mental health-a scoping review of the international Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study 1983-2020. SSM-Population Health, 100697.

Dale, L. P., Vanderloo, L., Moore, S., & Faulkner, G. (2018). Physical activity and depression, anxiety, and self-esteem in children and youth: An umbrella systematic review. Mental Health and Physical Activity, 16, 66–79. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.12.001.

da Costa, B. G. G., Lopes, M. V. V., Pizani, J., & Silva, K. S. (2020). Physical activity and sports participation associated with violence in adolescents: a systematic review. Journal of Physical Education, 31(1), e-3132. https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v31i1.3132.

Fite, P. J., & Vitulano, M. (2011). Proactive and Reactive Aggression and Physical Activity. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33(1), 11–18. https://doi.org/10.1007/s10862-010-9193-6.

Frasquilho, D., Ozer, E.J., Ozer, E.M., Branquinho, C., Camacho, I., Reis, M., Tomé, G., Santos, T., Gomes, P., Cruz, J., Ramiro, L., Gaspar, T., Simões, C., Piatt, A., Holsen, I., & Matos, M. G. (2018). Dream Teens: Adolescents-led participatory project in Portugal in the Context of the Economic Recession. Health Promotion Practice, 19(1), 51-59. https://doi.org/10.1177/1524839916660679.

Fung, A. L. C., & Lee, T. K. H. (2018). Effectiveness of Chinese Martial Arts and Philosophy to Reduce Reactive and Proactive Aggression in Schoolchildren. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 39(5), 404–414. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000565.

Gaspar, T.; Carvalho, M.; Noronha, C.; Guedes, F.B.; Cerqueira, A.; de Matos, M.G. (2023a) Healthy Social Network Use and Well-Being during Adolescence: A Biopsychosocial Approach. Children , 10, 1649. https://doi.org/10.3390/children10101649.

Gaspar, T., Carvalho, M., Guedes, F.B. et al. (2023b). Who are the Happy Girls? Gender Comparison Using a Biopsychosocial Approach: Health Behavior School-Aged Children Study in Portugal During Covid-Pandemic. Child Ind Res https://doi.org/10.1007/s12187-023-10092-4.

Gaspar, T., Cerqueira, A., Guedes, F.B. et al. (2022). Parental Emotional Support, Family Functioning and Children's Quality of Life. Psychological Studies. 67, 189–199. https://doi.org/10.1007/s12646-022-00652-z.

Girard, L.-C., Tremblay, R. E., Nagin, D., & Côté, S. M. (2019). Development of Aggression Subtypes from Childhood to Adolescence: a Group-Based Multi-Trajectory Modelling Perspective. Journal of Abnormal Child Psychology, 47(5), 825–838. https://doi.org/10.1007/s10802-018-0488-5.

Hoare, E., Skouteris, H., Fuller-Tyszkiewicz, M., Millar, L., & Allender, S. (2013). Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: a systematic review. Obesity Reviews, 15(1), 40–51. https://doi.org/10.1111/obr.12069.

Holt, N., Deal, C., & Pankow, K. (2020). Positive Youth Development Through Sport. In Handbook of sport psychology. John Wiley & Sons, Inc.

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., & Arnasson, A. M. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International Report, 1. WHO Regional Office for Europe.

Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of Young People and Their Parents about the Effectiveness of Interventions for Mental Disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41(8), 656–666. https://doi.org/10.1080/00048670701449179.

Kantomaa, M. T., Stamatakis, E., Kankaanpää, A., Kajantie, E., Taanila, A., & Tammelin, T. (2015). Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Adolescent Academic Achievement. Journal of Research on Adolescence, 26(3), 432–442. https://doi.org/10.1111/jora.12203.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? American Psychologist, 53(9), 1017–1031. https://doi.org/10.1037/0003-066x.53.9.1017.

Lubans, D. R., Smith, J. J., Morgan, P. J., Beauchamp, M. R., Miller, A., Lonsdale, C., Parker, P., & Dally, K. (2016a). Mediators of Psychological Well-being in Adolescent Boys. Journal of Adolescent Health, 58(2), 230–236. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.010.

Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S. (2016b). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms. Pediatrics, 138(3), e20161642–e20161642. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642.

Ohannessian, C. M. (2009). Media Use and Adolescent Psychological Adjustment: An Examination of Gender Differences. Journal of Child and Family Studies, 18(5), 582–593. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9261-2.

Park, S., Chiu, W., & Won, D. (2021). Correction: Effects of physical education, extracurricular sports activities, and leisure satisfaction on adolescent aggressive behavior: A latent growth modeling approach. PLOS ONE, 16(4), e0251221. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251221.

Pedersen, M. R. L., Hansen, A. F., & Elmose-Østerlund, K. (2021). Motives and Barriers Related to Physical Activity and Sport across Social Backgrounds: Implications for Health Promotion. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(11), 5810. https://doi.org/10.3390/ijerph18115810.

Pesce, C., Vazou, S., Benzing, V., Álvarez-Bueno, C., Anzeneder, S., Mavilidi, M. F., Leone, L., & Schmidt, M. (2021). Effects of chronic physical activity on cognition across the lifespan: a systematic meta-review of randomized controlled trials and realist synthesis of contextualized mechanisms. International Review of Sport and Exercise Psychology, 16(1), 1–39. https://doi.org/10.1080/1750984x.2021.1929404.

Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41(6 (Suppl. 3)), S197–S239. https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663.

Ramírez-Granizo, I. A., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & Sánchez-Zafra, M. (2019a). The Association between Violent Behavior, Academic Performance, and Physical Activity According to Gender in Scholars. Sustainability, 11(15), 4071. https://doi.org/10.3390/su11154071.

Rámirez-Granizo, I., Ortega, F., Sánchez-Zafra, M., & Cuberos, R. (2019b). Analysis of the motivational climate towards sport and the problematic use of video games in schoolchildren in Granada. Retos, 35, 255–260.

Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sánchez, C., Estévez-López, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-García, P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martínez-Vizcaíno, V., Catena, A., Löf, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B., & Esteban-Cornejo, I. (2019). Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A

Systematic Review and Meta-Analysis. Sports Medicine, 49(9). https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5.

Romo ND, Pont-Reyes MD, Fry D, Stockwell MS, Davidson LL (2017) The Association of Regular Exercise with Violence Related Behaviors in Urban Adolescents. Ann Public Health Res 4(3): 1064.

Ruiz, R., & Castañeda, M. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. RqR Enfermería Comunitaria, 4(1), 46–51.

Soares, L. S., Alves, Y. R., Moniz, M. D. breu, De Sousa, D. B., & Sales, J. D. L. (2019). Lifestyle and health risks to adolescents and young people / Estilo de vida e riscos à saúde de adolescentes e jovens. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 11(4), 1025. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1025-1030.

Spruit, A., Assink, M., van Vugt, E., van der Put, C., & Stams, G. J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 45, 56–71. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.006.

Tapia-López, A. (2019). Diferencias en los niveles de actividad física, grado de adherencia a la dieta mediterránea y autoconcepto físico en adolescentes en función del sexo (Gender differences in physical activity levels, degree of adherence to the Mediterranean diet, and physi. Retos, 36(36), 185–192. https://doi.org/10.47197/retos.v36i36.67130.

Tempelaar, W. M., de Vos, N., Plevier, C. M., van Gastel, W. A., Termorshuizen, F., MacCabe, J. H., & Boks, M. P. M. (2017). Educational Level, Underachievement, and General Mental Health Problems in 10,866 Adolescents. Academic Pediatrics, 17(6), 642–648. https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.016.

Whitelaw, S., Teuton, J., Swift, J., & Scobie, G. (2010). The physical activity – mental wellbeing association in young people: A case study in dealing with a complex public health topic using a ‘‘realistic evaluation” framework. Mental Health and Physical Activity, 3(2), 61–66. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.06.001.

Woessner, M. N., Tacey, A., Levinger-Limor, A., Parker, A. G., Levinger, P., & Levinger, I. (2021). The Evolution of Technology and Physical Inactivity: The Good, the Bad, and the Way Forward. Frontiers in Public Health, 9(655491). https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.655491.

ATIVIDADE FÍSICA, PSICOTERAPIA E ESTRATÉGIAS MOTIVACIONAIS NA PREVENÇÃO AO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS

Natália C. Oliveira
Centro Universitário Adventista de São Paulo | natcrisoliv@gmail.com

Stephanie C. Müller
Psicóloga Clínica | ste.muller89@gmail.com

Érika G. L. Ramirez
Universidade Federal de Minas Gerais | erika.leon3@gmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1
Diana Paola Betancur Loiza
Universidad de Caldas, Colômbia
diana.betancurth@ucaldas.edu.co

Revisor 2
Elisabete Ramos
Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e de Educação Médica - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)
Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR) - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Portugal
eliramos@med.up.pt

Citação:
Oliveira, N., Müller, S., & Ramirez, É. (2025). Atividade física, psicoterapia e estratégias motivacionais na prevenção ao transtorno de uso de substâncias. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 227-235). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O uso de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes em idade escolar vem crescendo e pode trazer inúmeras consequências negativas. A escola, enquanto espaço de educação em saúde, deve estimular reflexões sobre esta temática. Por se tratar de uma questão multifacetada, este capítulo se propõe a discutir a relação entre atividade física, psicoterapia e estratégias motivacionais na prevenção do transtorno de uso de substâncias (TUS). O envolvimento em atividades físicas é uma alternativa saudável para a busca de prazer, reduzindo a propensão ao uso de substâncias como meio de escape. Atividades físicas em grupo são oportunidades valiosas para o desenvolvimento de habilidades sociais e de enfrentamento. O psicólogo, como parte da equipe multidisciplinar da escola, deve prezar pela proteção aos estudantes, e desenvolver programas preventivos focados em habilidades de enfrentamento, comunicação e regulação emocional, visando reduzir a vulnerabilidade dos escolares ao uso precoce de substâncias. A terapia motivacional tem sido amplamente utilizada para fortalecer a motivação intrínseca para mudanças positivas, incluindo a renúncia ao uso de substâncias. Assim, programas preventivos que combinam elementos motivacionais com o ensino de habilidades práticas, como resolução de problemas e estabelecimento de metas, têm o potencial de aumentar a motivação intrínseca para escolhas saudáveis. A compreensão da interconexão entre atividade física, psicoterapia e estratégias motivacionais fornece uma base sólida para a concepção de intervenções eficazes na prevenção do TUS em escolares.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Criança; Adolescente; Exercício físico; Psicoterapia; Motivação.

Introdução

O transtorno por uso de substâncias (TUS) é definido como um padrão de uso problemático de substâncias psicoativas que causa sofrimento e comprometimento clínico, social, econômico ou de qualquer outro contexto no qual o ser humano se insere (*American Psychiatric Association*, 2013). O aumento preocupante deste transtorno entre crianças e adolescentes tem despertado a atenção de profissionais de saúde, educadores e pais. O que tem levado a identificação de fatores de risco e de proteção em relação ao TUS englobando seis domínios da vida (individual, familiar, escolar, midiático, amigos e a comunidade de convivência), todos inter-relacionados (Schenker e Minayo, 2005).

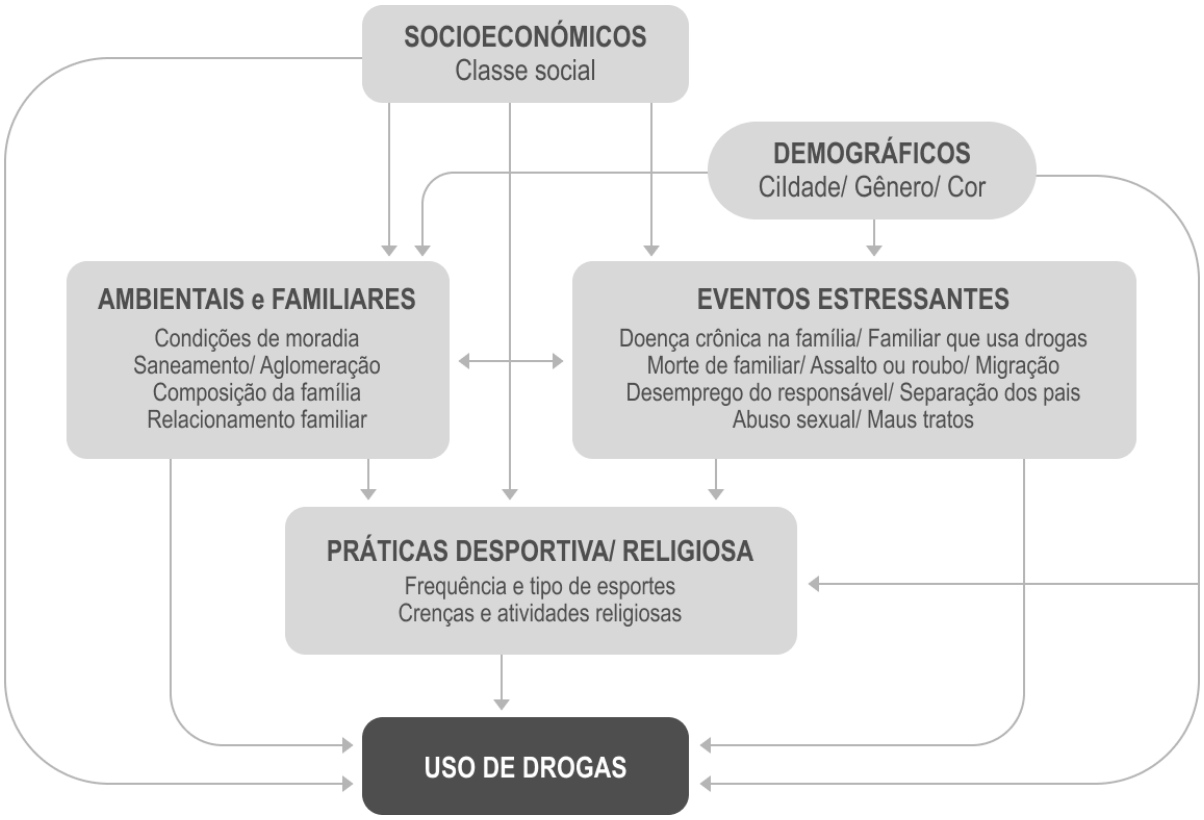
A adolescência em especial, é uma fase crítica do desenvolvimento, marcada por mudanças físicas, emocionais e sociais (Best e Ban, 2020).

Nesse período, a curiosidade e a busca por novas experiências aumentam, tornando os adolescentes mais vulneráveis ao contato com substâncias psicoativas (Silva et al., 2021). A escola, como um ambiente central na vida dos jovens, é um local estratégico para implementar intervenções preventivas (Barbosa et al., 2022).

Neste capítulo discutiremos a relação entre atividade física, psicoterapia e estratégias motivacionais na prevenção do transtorno de uso de substâncias (TUS), um campo de estudo que tem ganhado destaque nas últimas décadas. Trata-se de uma questão multifacetada, que merece ser vista e analisada de forma abrangente em seus inúmeros aspectos (Figura 1) (Tavares et al., 2004). Portanto, a convergência de diversas abordagens pode oferecer uma perspectiva holística e abrangente para lidar com os desafios associados à prevenção dos TUS, com enfoque não apenas nos aspectos biológicos, mas também nos psicológicos, psicossociais e motivacionais.

A seguir, discutiremos tópicos de interesse para que gestores escolares e professores possam refletir a respeito desta temática e implementar em sua rotina didática a discussão de aspectos relacionados ao TUS com os estudantes.

FIGURA *1*
Modelo conceitual de variáveis associadas ao uso de substâncias ilícitas por escolares



Nota. Fonte: Tavares et al. (2004).

Atividade Física como Ferramenta Preventiva

Atualmente vivemos uma tendência de redução dos níveis de atividade física ocasionada, dentre outros fatores, pela redução do tempo destinado ao lazer e pela falta de locais públicos seguros e adequados para esta finalidade (Rocha et al., 2011). Há também uma redução na prática de atividade física com o passar dos anos, isto é, da infância até a idade adulta, as pessoas gradualmente passam a se tornar mais sedentárias (Malina, 2001).

Em que pese esse cenário, estudos destacam os benefícios da atividade física na prevenção do TUS (Pinheiro et al., 2016; Lima & Fonseca, 2022). A prática regular de exercícios exerce impacto positivo na regulação do humor, redução do estresse e melhoria da autoestima, fatores cruciais na prevenção do transtorno de uso de substâncias. Além disso, o envolvimento em atividades físicas pode proporcionar uma alternativa saudável para a busca de prazer, reduzindo a propensão ao uso de substâncias como meio de escape (Smith et al., 2020).

A implementação de programas de atividade física na escola, seja nas aulas de Educação Física ou como atividade extracurricular, pode ser vista como ferramenta de educação em saúde que contribui para a prevenção e para uma reflexão abrangente sobre o uso de substâncias, além de promover estilos de vida saudáveis desde a infância. Ao integrar e incentivar práticas saudáveis no currículo escolar, cria-se uma cultura que valoriza a importância do movimento e da saúde, transmitindo esses princípios às crianças e aos jovens de maneira prática e acessível (Naylor et al., 2009).

Estudo realizado com jovens de 14-20 anos que procurou identificar as atividades de lazer realizadas por usuários e não usuários de drogas (Pratta e Santos, 2007) verificou que, entre as atividades mais citadas no momento de lazer, a prática de esportes, sair com a família e participar de atividades religiosas foram hábitos mais frequentes entre os não usuários, ao passo que frequentar bares, clubes e praias, e sair com amigos foram atividades mais comuns nos momentos de lazer dos adolescentes que faziam uso de alguma substância psicoativa.

Assim, a prática regular de atividade física emerge como uma ferramenta promissora, oferecendo não apenas benefícios físicos, mas também desempenhando um papel fundamental na prevenção do TUS (Pinheiro et al., 2016. Crianças e adolescentes envolvidos em atividades físicas e esportivas aprendem a lidar com desafios, a trabalhar em equipe e a desenvolver resiliência diante das derrotas (Perim et al., 2015). Essas habilidades são fundamentais para a construção de uma base sólida que fortaleça a capacidade de resistir à pressão social associada ao uso de substâncias (Eime et al., 2013).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Horta et al., 2014), um estudo de base populacional, observou prevalência de 7,3% de experimentação de drogas ilícitas por parte dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental. Os autores observaram, ainda, que o uso de drogas ilícitas estava fortemente associado a condições sociais de maior poder de consumo, ao uso de álcool e tabaco, à socialização (ter amigos ou atividade sexual), à percepção de solidão e a agressões no ambiente familiar. Os autores concluíram que a família e a escola são fatores de proteção contra o uso de substâncias.

Um ambiente incentivador de práticas saudáveis, como é o caso da família e do ambiente escolar, não pode deixar de fomentar atividades físicas no tempo de lazer, de forma individual ou em grupo, já que estas últimas, particularmente, são oportunidades valiosas para o desenvolvimento de habilidades sociais e de enfrentamento. Reflexões e discussões sobre temáticas relacionadas à corporeidade, auto estima, auto imagem, qualidade de vida e meios saudáveis para o cuidado com o corpo e com a saúde física e mental também são de suma importância para a prevenção do TUS entre crianças e adolescentes.

Psicologia escolar como Ferramenta de Intervenção

O uso de álcool e outras drogas entre adolescentes pode trazer muitas consequências negativas, dentre elas a redução do desempenho e problemas escolares, como o absenteísmo, a repetência, falta de atenção e evasão escolar (Cardoso & Malbergier, 2014).

Nesse contexto desafiador, destaca-se o papel do psicólogo escolar, que deve ser parte integrante do quadro de funcionários da escola. É responsabilidade desse profissional formar grupos interdisciplinares para facilitar a resolução de problemas, identificar situações que necessitam de intervenção, bem como fazer encaminhamento para tratamento psicológico (Barbosa, 2016).

O psicólogo, como parte da equipe multidisciplinar da escola, deve prezar pelos fatores de proteção aos estudantes, ou seja, atributos individuais, circunstâncias sociais e fatores ambientais. Esta última categoria inclui (mas não se limita à) promoção de um estilo de vida saudável, atividades culturais e esportivas, amizades, habilidades de empatia, comunicação e resiliência, e de um ambiente seguro, amoroso e vincular (WHO, 2020).

O documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulado "Habilidades para a vida" (WHO, 2020) destaca o papel da escola na prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde. Intervenções com grupos de adolescentes são estratégias eficazes para diminuir comportamentos de risco, lidar com o estresse e estimular o cuidado com a saúde (Trindade, 2023).

Há décadas a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o uso de estratégias na escola que visem desenvolver capacidades emocionais, sociais e cognitivas que podem ajudar os jovens a lidar com os conflitos do cotidiano, apontando dez habilidades principais, dentre elas, autoconhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com os sentimentos, lidar com o estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico, pensamento criativo, tomada de decisão e resolução de problemas (OMS, 2020).

Um grupo de psicólogos implementou um programa nesses moldes em uma escola na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (Minto et al., 2006). Os autores conduziram uma intervenção psicológica em uma série de 12 encontros semanais com duração de duas horas cada, considerando as habilidades propostas pela OMS (Quadro 1) e segundo relatos dos adolescentes participantes, o programa favoreceu o autoconhecimento, a reflexão, o relacionamento interpessoal e o aprimoramento das competências necessárias para ajudá-los na resolução de problemas.

O Quadro 1 a seguir traz sugestões de conteúdos a serem abordados na escola visando o desenvolvimento de cada uma das habilidades de vida:

TABELA 1
Sugestão de conteúdos para intervenção psicológica no ambiente escolar

Habilidade	Conteúdo
Autoconhecimento	- Capacidades pessoais, habilidades, limites, projetos pessoais - Importância e dificuldade do processo
Relacionamento interpessoal	- Diferenças pessoais - Preconceitos e estereótipos - O que dificulta e o que facilita
Empatia	- Em situações positivas e negativas - As dificuldades de ser empático
Lidar com os sentimentos	- Reconhecimento dos sentimentos - Crenças que influenciam - Expressão
Lidar com o estresse	- Situações geradoras - Conseqüências para a saúde - Maneiras de lidar
Comunicação eficaz	- Os equívocos - Comunicação não-verbal - Dicas para uma boa comunicação

TABELA *1 (CONTINUAÇÃO)*
Sugestão de conteúdos para intervenção psicológica no ambiente escolar

Habilidade	Conteúdo
Pensamento crítico	- Questionamento - Reflexão - Análise
Pensamento criativo	- Desmitificação - Ausência de julgamento prévio das idéias - Busca de alternativas
Tomada de decisão	- Maneiras - Adoção de critérios - Conseqüências
Resolução de problemas	- A importância de usar as outras habilidades

Nota. Fonte: Minto et al. (2006).

Intervenções como as propostas anteriormente podem ser conduzidas com dinâmicas de grupo, discussões, dramatizações ou resolução de situações problema, por exemplo, sempre contemplando tempo suficiente para que os estudantes possam interagir e se expressar.

Quando há identificação de risco ou possibilidade real de TUS, o encaminhamento para uma abordagem psicológica é fundamental. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), por exemplo, tem se mostrado eficaz na modificação de padrões de pensamento disfuncionais e na promoção de habilidades de enfrentamento, reduzindo a vulnerabilidade ao uso de substâncias (Conrod et al., 2013). Dentre as diversas possibilidades da TCC, destaca-se a terapia motivacional (TM) como uma abordagem amplamente utilizada para fortalecer a motivação intrínseca para mudanças positivas de comportamento, incluindo uso de substâncias (Miller & Rollnick, 2019).

Estudos recentes exploraram a eficácia da integração da TM com o desenvolvimento de habilidades para a vida tem sido explorada como uma estratégia inovadora na prevenção do uso de substâncias em crianças e adolescentes. Programas preventivos que combinam elementos da TM com o ensino de habilidades práticas, como resolução de problemas e estabelecimento de metas, têm o potencial de aumentar a motivação intrínseca para escolhas saudáveis, reduzindo a propensão ao uso de substâncias (Walker et al., 2019).

Estratégias Motivacionais para a Manutenção do Engajamento

O desafio na prevenção do transtorno de uso de substâncias muitas vezes reside na manutenção do engajamento ao longo do tempo. Estratégias motivacionais desempenham um papel crucial nesse contexto, uma vez que a motivação é considerada precursora da ação, uma energia interna que participa nos processos de mudança e manutenção dos mesmos, que possui fatores intrínsecos, relacionados com o indivíduo e fatores extrínsecos relacionados com o ambiente, como por exemplo o contexto escolar (Morris, 2022).

Dentre as diversas teorias motivacionais, a teoria da autodeterminação destaca a importância de promover a autonomia, competência e conexão social para sustentar a motivação intrínseca (Deci & Ryan, 2017). Incorporar esses princípios em intervenções motivacionais no contexto escolar pode promover a compreensão e fortalecer comprometimento de crianças e adolescentes com comportamentos saudáveis.

Estudos, como o de Englund et al. (2019), exploram a eficácia de intervenções que incorporam princípios da teoria da autodeterminação, destacando a importância de promover a autonomia e a motivação intrínseca para escolhas saudáveis. Essas estratégias motivacionais, ao engajar as crianças e os jovens de maneira positiva e fortalecer a conexão com objetivos pessoais, demonstram impactos significativos na redução dos comportamentos de risco.

Existem também, outras abordagens fundamentadas em teorias motivacionais que compartilham conceitos como a autonomia, e acrescentam a autoeficácia e a empatia como elementos chave na produção de mudanças comportamentais duradouras, dentre elas a intervenção breve e a entrevista motivacional. Estudos realizados em adolescentes (D'Amico, 2008; Zambom, 2011) ressaltam o uso de tais abordagens e sua efetividade na mudança de comportamentos de risco nesta população, apontando ainda a importância de considerar os diversos fatores psicossociais que possam ter relação com o uso de substâncias psicoativas e de garantir o envolvimento de diversos profissionais com preparo prévio para realizar este tipo de abordagem.

Ainda acerca desse assunto, crenças disfuncionais permeiam as pessoas com TUS, como a culpa total pelo transtorno. A literatura científica é unânime ao enfatizar a necessidade e a importância de todo o contexto de vida do indivíduo nesse processo, incluindo escola e família, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas muitas vezes é na verdade um sintoma do contexto no qual o indivíduo está inserido, e relações disfuncionais podem reforçar o comportamento de risco (Guerra & Vandenberghe, 2017).

Assim, as abordagens motivacionais são configuradas de forma a contemplar o contexto do indivíduo e promover práticas saudáveis que façam sentido no cotidiano e no território que ele ocupa. Nesse sentido, uma oferta diversificada de atividades de cultura e lazer, que contemplem a atividade física durante a infância e a adolescência, pode-se tornar uma grande aliada quando se trata de prevenção de comportamentos de risco nesta população, como vem sendo mencionado no decorrer deste capítulo, por pesquisas nacionais (Maia & Albuquerque, 2012) e internacionais (Klamert et al., 2023) que preconizam uma abordagem holística.

Integração das Abordagens: Um Modelo Holístico

A integração de atividade física, intervenções psicológicas e estratégias motivacionais forma um modelo holístico de prevenção ao transtorno de uso de substâncias, com enfoque multifacetado, que aborda não apenas os sintomas evidentes, mas também as raízes psicológicas e motivacionais dos comportamentos de risco associados ao uso problemático de substâncias (Salles et al., 2016). Intervenções que combinam exercícios físicos, terapias cognitivo-comportamentais e estratégias motivacionais personalizadas mostram promissoras perspectivas na prevenção primária e secundária desse transtorno.

Esse modelo interdisciplinar deve ser implementado tão cedo quanto possível no processo educativo de crianças e jovens, já que a escola exerce papel crucial no desenvolvimento de hábitos saudáveis promotores da saúde física e mental dos estudantes. É um consenso que a escola é o cenário ideal para intervenções de promoção de saúde e hábitos saudáveis e prevenção de comportamentos de risco como o uso problemático de substâncias psicoativas (Mariz et al., 2011).

Exemplo Prático

A Escola X é uma instituição de ensino médio fictícia localizada em uma área urbana. Nos últimos anos, houve um aumento notável no uso de substâncias entre os alunos, incluindo álcool, maconha e drogas sintéticas. Os professores relatam comportamentos disruptivos em sala de aula, queda no desempenho acadêmico e conflitos interpessoais relacionados ao uso de substâncias.

Um levantamento realizado entre os alunos revelou que a pressão dos colegas, problemas familiares, falta de supervisão dos pais e curiosidade são alguns dos principais fatores que contribuem para o uso de substâncias.

Além disso, a disponibilidade fácil de drogas ilícitas na comunidade circundante também desempenha um papel significativo.

Os educadores estão preocupados com o impacto negativo que o uso de substâncias está tendo no ambiente escolar. Eles observam um aumento nas faltas, na violência entre alunos e na falta de concentração durante as aulas. Perante essa situação foram propostas as seguintes estratégias de intervenção, utilizando o modelo de integração descrito anteriormente:

- Educação e Prevenção: A escola desenvolveu programas de conscientização sobre os riscos do uso de substâncias e oferece orientação sobre habilidades de resistência à pressão dos colegas e de promoção da atividade física como ferramenta para o ensino-aprendizagem de habilidades para a vida.
- Intervenção Individualizada: Os alunos identificados como usuários de substâncias recebem intervenções breves por meio de apoio individualizado, aconselhamento escolar e encaminhamento para serviços de saúde mental, quando necessário.
- Envolvimento dos Pais: A escola trabalha em estreita colaboração com os pais, fornecendo informações sobre os sinais de alerta do uso de substâncias e incentivando a comunicação aberta em casa.

Conclusões

A compreensão da interconexão entre atividade física, psicoterapia e estratégias motivacionais fornece uma base sólida para a concepção de intervenções eficazes na prevenção do transtorno de uso de substâncias. A abordagem holística aqui apresentada não só abrange as dimensões biológica e psicológica, mas também considera fatores motivacionais, oferecendo uma perspectiva integrada e abrangente para a promoção da saúde mental e prevenção do uso prejudicial de substâncias.

Discussões acerca do TUS devem também ser conduzidas pelas famílias e comunidades em ambientes seguros e acolhedores, num formato flexível ao tema, buscando instrumentalizar o jovem para o exercício de sua autonomia, auxiliando-o a tomar decisões responsáveis para com a sua vida e suas escolhas.

Referências

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Barbosa, R.D.J.B. (2016). Prevenção ao uso de Drogas na Escola e as Possibilidades de atuação do Psicólogo. Revista Estacão Científica, *17*, 1-23.

Best,O., & Bem S. (2020). Adolescence: physical changes and neurological development. British Journal of Nursing, 30(5).

Cardoso, L.R.D., & Malbergier, A. (2014). Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *P*sicologia Escolar e Educacional, 18, 27-34.

Conrod, P.J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: A cluster randomized controlled trial. JAMA psychiatry, 70(3), 334-342.

D'Amico, E.; Miles, J. Stern, S. & Meredith, L. (2008). Brief interview for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. Journal of Substance Abuse Treatment, 35, 53-61.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. Guilford Publications.

Eime, R.M., Young, J.A., Harvey, J.T., Charity, M.J., & Payne, W.R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: Informing development of a conceptual model of health through sport. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10(1), 98.

Englund, M.M., Egeland, B., Oliva, E.M., & Collins, W.A. (2019). Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorder at ages 21 and 33: A domain-specific cumulative risk model. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 80(1), 37-46.

Guerra, M.R.S.R., & Vandenberghe, L. (2017). Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, *12*(3), 22-22.

Klamert, L., Bedi, G., Craike, M., Kidd, S., & Pascoe, A. G. (2023) Physical activity interventions for young people with increased risk of problematic substance use: A systematic review including different intervention formats, *Mental Health and Physical Activity*, 25.

Horta, R.L., Horta, B.L., Costa, A.W.N.D., Prado, R.R.D., Oliveira-Campos, M., & Malta, D.C. (2014). Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *17*, 31-45.

Lima, MGH & Fonseca RMC (2021). Barreiras para a prática de atividades físicas entre usuários de substâncias psicoativas. Rev. andal. med. deporte*,* 14(4), 238-241.

Maia, L.B., & Albuquerque, V.L.M. (2012). O esporte e a atividade física como estratégia de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde, 7(3), 39–52. https://doi.org/10.12820/rbafs.v.7n3p39-52.

Malina R.M. (2001). Physical activity and fitness: pathways from childhood to adulthood. American Journal of Human Biology, 13(2):162-172.

Mariz, SR., Souza, LCO., Bessa, CLS., Costa, FHA., Pinheiro, DMQ., Brasileiro, NA. (2011). Análise de estratégias em prevenção ao uso indevido de drogas entre estudantes de uma escola municipal em Campina Grande (PB). Revista ciência & saúde (Online), 2(1).

Miler, W.R., & Rollnick, S. (2019). Motivational interviewing: Helping people change. Guilford Press.

Minto, E.C., Pedro, C P., Netto, J R.D C., Bugliani, M.A P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, *11*, 561-568.

Morris, L.S., Grehl, M.M., Rutter, S.B., Mehta, M. &, Westwater, M.L. On what motivates us: a detailed review of intrinsic v. extrinsic motivation. Psychological Medicine. 2022;52(10):1801-1816.

Naylor, P.J., McKay, H.A., & Brannen, C. (2009). A school-based physical activity intervention for children: The MOVE program. Pediatric Exercise Science, 21(2), 157-167.

Pratta, E.M.M., & Santos, M.A.D. (2007). Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23, 43-52.

Pinheiro, B.O., Andrade, A. L. M., & De Micheli, D. (2016). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida no uso de drogas em adolescentes. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, 12(3), 171-180.

Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de., Araújo, T. M. de., & Virtuoso Júnior, J. S. (2011). Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. Revista Brasileira De Cineantropometria & Desempenho Humano, 13(4), 257–264.

Salles, TA., Chaves, ECL., Moreira, DS., Brito, MVN., Mendonça, HMCR., Oliveira, K. (2016). Estratégias de prevenção ou redução do consumo de drogas para adolescentes: revisão sistemática da literatura. Rev. Eletr. Enf, 18, e1172.

Schenker, M. & Minayo, M.C.S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3), 707-717.

Silva, M. I. F. da., Oliveira, L. V. B., & Pachú, C. O. (2021). The use of drugs among adolescents: An integrative review. Research, Society and Development, 10(5), e22110514778. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14778.

Smith, L., Jacob, L., Butler, L., Schuch, F., Barnett, Y., Grabovac, I., ... & Tully, M. A. (2020). Prevalence and correlates of physical activity in a sample of UK adults observing social distancing during the COVID-19 pandemic. BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 6(1), e000850.

Tavares, B.F., Béria, J.U., & Lima, M.S.D. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, *38*, 787-796.

Trindade, M.S. (2023). Habilidades para Vida com adolescentes: Um itinerário da Psicologia Escolar e Educacional. Research, Society and Development, 12(8), e14012842949-e14012842949.

Walker, D. D., Stephens, R., Roffman, R., DeMarce, J., Lozano, B., Towe, S., ... & Berg, B. (2019). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: A further test of the teen marijuana check-up. Psychology of addictive behaviors, 33(3), 193.

World Health Organization. (2020) Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases: approaches for schools. World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331947 . Acesso em: 06 de dezembro de 2023.

Zambom, L. F., Silva, J.G., Andretta, I & Oliveira, M.S. (2011). Motivação para mudança em adolescentes usuários de maconha: um estudo longitudinal. Boletim de Psicologia, 61(135), 193-206.

A DIMENSÃO PROBLEMÁTICA DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS ENTRE OS JOVENS PORTUGUESES: RESULTADOS DO ECATD-CAD 2019

Vasco Gil Calado
ICAD, I.P | vasco.calado@icad.min-saude.pt

Elsa Lavado
ICAD, I.P | elsa.lavado@icad.min-saude.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Fátima Leal
Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora, Portugal
fhleal@uevora.pt

Revisor 2:
Em regime de anonimato

Citação:
Calado, V., & Lavado, E. (2025). A dimensão problemática dos comportamentos aditivos entre os jovens portugueses: resultados do ECATD-CAD 2019. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 237-250). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Apresentam-se os principais resultados do *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências* (ECATD-CAD 2019), um estudo de cariz quantitativo do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) realizado entre os alunos do ensino público com idade entre os 13 e os 18 anos, dando aqui destaque à dimensão problemática de diversos comportamentos aditivos e à sua associação com vários tipos de problemas. Tal como outros estudos realizados entre a população juvenil têm demonstrado, o álcool é a principal substância psicoativa consumida entre os alunos, seguindo-se o tabaco e só depois as drogas ilícitas, sendo que a canábis é a substância ilícita mais consumida. Quanto a comportamentos potencialmente aditivos sem substância, a utilização da Internet para aceder a redes sociais é uma prática adotada pela quase totalidade dos alunos, sendo que a prática de videojogo também é muito expressiva, ao contrário do jogo a dinheiro, que é algo que apenas uma minoria declara fazer. Uma percentagem diminuta de consumidores de álcool refere ingerir bebidas alcoólicas para esquecer problemas e lidar com a ansiedade e a depressão. Da mesma forma, a percentagem de consumidores de canábis que apresentam um padrão de consumo com risco moderado e elevado também é baixa. Em contrapartida, cerca de um em cada cinco utilizadores de redes sociais, jogadores de videojogos e jogadores a dinheiro está associado a uma maior dimensão problemática. Do exercício de analisar a experiência de algumas situações problemáticas em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas e de caracterização, resulta o perfil dos alunos em maior risco: sexo masculino, residentes nas regiões de Lisboa, Alentejo e Açores, com um baixo rendimento escolar e, sobretudo, que saem à noite assiduamente (numa base mensal ou semanal). Já a idade parece não ser decisiva na experiência de problemas, pois há situações problemáticas que são mais declaradas pelos alunos de menor idade (13-15 anos) e outras pelos mais velhos (16-18 anos). Ser consumidor de álcool e, sobretudo, de drogas ilícitas é algo que faz aumentar consideravelmente o risco de envolvimento em situações problemáticas, nomeadamente alguns comportamentos de risco de natureza sexual e problemas com a polícia. No entanto, estas situações tendem a não ocorrer durante ou depois dos consumos, pelo que não se pode estabelecer um nexo causal. A próxima edição do estudo, cuja recolha de dados ocorrerá no primeiro trimestre de 2024, permitirá acompanhar a tendência de evolução destes fenómenos.

Palavras-chave: Comportamentos aditivos; Jovens; Problemas; Dependência.

Introdução

O *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências* (ECATD-CAD) é implementado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos

e nas Dependências (SIDAC) do Ministério da Saúde a cada quatro anos[2] e conta com a colaboração do Ministério da Saúde e das Secretarias Regionais de Educação das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Este é reconhecidamente um estudo de referência para a população escolar juvenil nacional, dado ter por base uma amostra representativa dos alunos que frequentam o ensino público português com idade entre os 13 e os 18 anos.

O ECATD-CAD resulta da aplicação do questionário desenvolvido no âmbito do *European Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), que consiste num estudo que recolhe informação sobre comportamentos aditivos entre os alunos de 16 anos de diversos países europeus. Através do SICAD (e das entidades que o antecederam), Portugal participa neste projeto europeu desde o início, optando, já há algum tempo, por recolher informação entre os alunos de vários grupos etários (13-18 anos), em vez de se focar apenas nos jovens que completam 16 anos no ano de inquirição, como faz a grande maioria dos países participantes. Dado que a metodologia seguida em todos os países envolvidos é a mesma, incluindo o instrumento de recolha de dados (ESPAD *Group*, 2020) e a data de inquirição, o ESPAD é um estudo que permite a comparação dos resultados obtidos a nível nacional com a realidade europeia, bem como acompanhar a evolução destes fenómenos ao longo do tempo.

Em Portugal, na qualidade de extensão do ESPAD, o ECATD-CAD realiza-se desde 2003, tendo sido desde início direcionado para as questões dos consumos e padrões de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ditas tradicionais (Feijão & Lavado, 2003; 2003b; 2003c). Desde então, enquanto instrumento de recolha de dados, o questionário ESPAD tem sido sucessivamente reformulado e visto o seu âmbito temático alargado, nomeadamente a outro tipo de substâncias – Novas Substâncias Psicoativas (NSP), novas formas de consumir tabaco, tranquilizantes, *nootrópicos* – e a comportamentos aditivos sem substância – jogo a dinheiro (*gambling*), jogo eletrónico (*gaming*) e utilização da Internet (nomeadamente o tempo passado em redes sociais).

Neste capítulo apresentam-se em traços gerais os principais resultados da última edição do estudo ECATD-CAD, cuja recolha decorreu em 2019, centrando a análise na dimensão problemática de diversos comportamentos aditivos e na sua associação com vários tipos de conduta problemática, temática que foi discutida em maior profundidade em relatório próprio (Calado & Lavado, 2021a). Remete-se também para os outros relatórios ECATD-CAD 2019 quem queira conhecer em maior detalhe os resultados nacionais (Lavado & Calado, 2020) e regionais (Calado & Lavado, 2020), bem como aqueles relativos a temáticas específicas: álcool (Calado & Lavado, 2021b), jogo a dinheiro (Calado & Lavado, 2022), abordagens preventivas (Calado & Lavado, 2023) e perceções de risco (Carapinha & Lavado, 2021). Por uma questão de economia de espaço, os resultados nem sempre são apresentados aqui por sexo, idade ou região, embora se tente que as conclusões tenham em consideração estas variáveis.

Contextualização teórica

Na área dos comportamentos aditivos, os estudos quantitativos são predominantes, sendo que a abordagem qualitativa é bastante menos comum (MacRae, 2004). Tal deve-se, em grande medida, à natureza destes fenómenos e à maneira como tendem a ser olhados com preocupação e de uma forma que exacerba o seu lado problemático, gerando preocupação e alarme social. Deste modo, mais do que descrevê-los detalhadamente, compreendê-los e enquadrá-los socialmente, tende a ser privilegiada a sua medição, quantificação e monitorização, por forma a fornecer evidência objetiva que sustente e oriente a implementação de políticas públicas para os reduzir (Calado, 2021).

[2] Excecionalmente, a próxima edição ocorrerá cinco anos depois da última (2019), pelo que o estudo será implementado em 2024 e não em 2023.

No entanto, a abordagem quantitativa apresenta algumas limitações (Coomber et al., 2013), nomeadamente ao nível da compreensão do significado, da experiência individual, do contexto social e da dimensão psicossocial (Rhodes, 2000; McKeganey, 1995). Por outro lado, os inquéritos, por norma, deixam de fora populações marginalizadas (por exemplo, indivíduos em situação de sem-abrigo) e não são instrumentos capazes de alcançar populações ocultas ou de identificar fenómenos emergentes.

Os estudos quantitativos realizados a partir de questionários têm sido criticados por sobrevalorizar a descrição em detrimento da compreensão, ignorando a experiência individual, isto é, como se os respondentes não tivessem agência, mas constituíssem uma massa homogénea, que age sem intenção, e não atribuísse significados diferentes às mesmas práticas sociais (Calado, 2021; Peretti-Watel, 2011). De facto, não há forma de saber se os respondentes, face ao que lhes é perguntado, partilham o mesmo entendimento e os mesmos referentes.

Para além disso, apesar de todas estas limitações, este tipo de estudos é de enorme importância, na medida em que permite reunir um grande leque de informação e indicadores cruciais para conhecer a realidade a um nível macro. Quando replicados, este tipo de estudos tem a vantagem de permitir monitorizar a evolução dos fenómenos ao longo do tempo, fornecendo evidência útil para avaliar as políticas públicas.

Os estudos quantitativos são a fonte de alguma da informação relativa aos comportamentos aditivos que Portugal (através do SICAD) tem de reportar periodicamente a instâncias internacionais, como o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC).

Método

O ECATD-CAD é um estudo transversal, realizado por inquérito, em amostras representativas dos jovens que frequentam o ensino público português, de cada grupo etário dos 13 aos 18 anos, e cuja recolha de dados se faz por via da aplicação de um questionário preenchido pelos alunos em ambiente de sala de aula.

A partir das bases de dados mais recentes referentes aos alunos que frequentam o ensino público no 3º Ciclo e no Secundário, e tendo a turma como unidade amostral, foram construídas amostras probabilísticas de cada um dos grupos etários (13-15 e 16-18) e que são representativas a nível nacional e regional, globalmente e por sexo, sendo que, no que concerne a Portugal Continental e à Região Autónoma da Madeira, são também representativas por idade e para os dois grupos de escolaridade. A dimensão das amostras foi calculada com vista a obter estimativas com um nível de confiança de 95%[3].

Recebidos os questionários preenchidos, procedeu-se à seleção dos questionários válidos, considerando-se como tal apenas os que contêm informação sobre o ano de nascimento e com resposta a pelo menos metade das questões. A inserção dos dados foi efetuada com recurso a leitura ótica (*TeleForm*).

Após todos estes procedimentos, obteve-se uma amostra final de 26.319 alunos de 734 escolas do ensino público localizadas em todas as regiões de Portugal Continental e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Os resultados nacionais foram obtidos a partir de uma base ponderada. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao *SPSS Statistics* (versão 27).

A amostra tem mais elementos do sexo feminino (54%) do que masculino (46%). Os alunos mais velhos (16-18) estão ligeiramente mais representados na amostra (45%) do que os alunos mais novos (13-15) (45%). A

[3] Para uma discussão mais pormenorizada acerca dos procedimentos metodológicos seguidos, remete-se para o relatório nacional do estudo (Lavado & Calado, 2020).

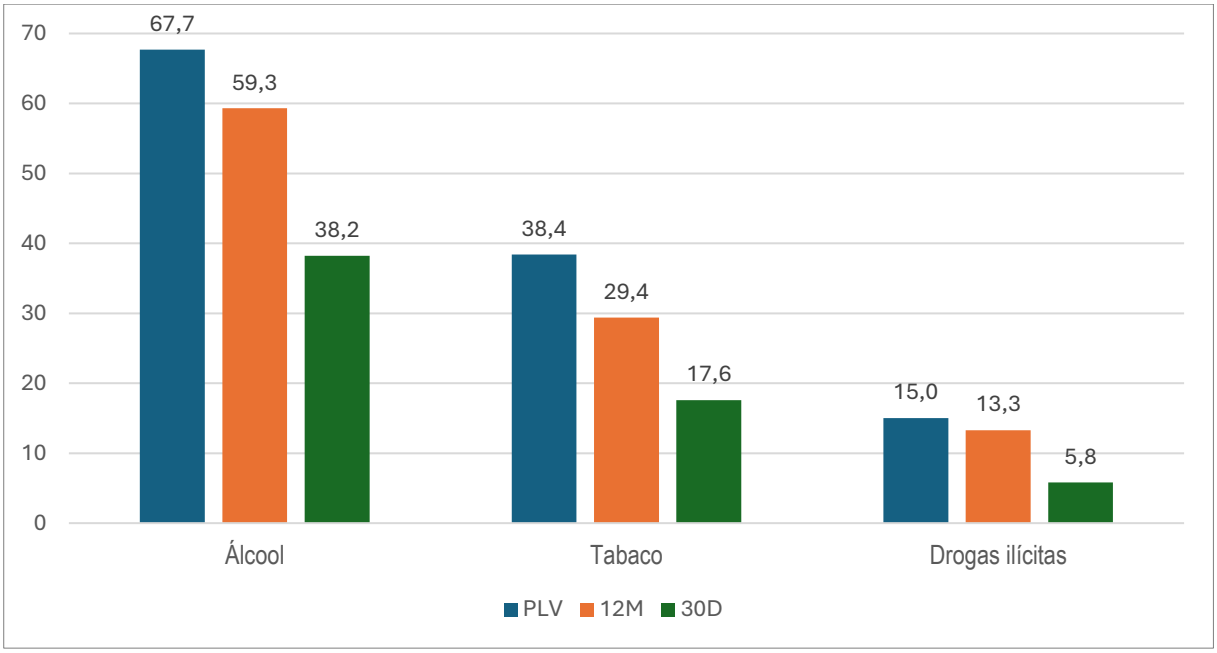
maior proporção de inquiridos reside na região Norte, seguindo-se a Área Metropolitana de Lisboa e a região Centro.

Resultados

Prevalência dos comportamentos aditivos

Tal como a edição anterior do ECATD-CAD permitia concluir (Feijão, 2017) e outros estudos recentemente realizados entre a população juvenil portuguesa têm apontado de forma unânime (Carapinha, Calado & Neto, 2023; Gaspar et al., 2022; Calado, Lavado & Dias, 2017), o álcool é a principal substância psicoativa consumida pelos jovens em Portugal, seguindo-se o tabaco e, num patamar ainda mais abaixo, as drogas ilícitas. A Figura 1 apresenta as prevalências de consumo destes três tipos de substâncias psicoativas registadas em 2019 entre a população em estudo nas três temporalidades consideradas: longo da vida (experimentação), últimos 12 meses (consumo recente) e últimos 30 dias (consumo atual).

FIGURA *1*
ECATD-CAD 2019: prevalências de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (%)



Fonte: SICAD/DMI/DEI

Os resultados permitem-nos verificar que um em cada dez alunos do ensino público com idades entre os 13 e os 18 anos declarou ter consumido, nos 12 meses anteriores à aplicação do inquérito, os três tipos de substâncias psicoativas em causa. Naturalmente, esta percentagem é a média da totalidade dos alunos, pois qualquer que seja a substância psicoativa em causa, as prevalências de consumo aumentam na razão direta da idade. A título ilustrativo, diga-se que a prevalência de consumo recente de álcool, tabaco e drogas ilícitas aos 13 anos é de 21%, 8% e 2%, respetivamente, enquanto aos 16 anos é de 70%, 34% e 17% e aos 18 anos de 85%, 47% e 27%, o que traduz um aumento exponencial em função da idade.

O extenso questionário aplicado não se cinge às grandes prevalências de consumo e, nesse sentido, inquire também os alunos acerca do tipo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas que consomem, com que frequência, motivações e consequências, por forma a poder traçar um retrato tão abrangente quanto possível destes comportamentos aditivos entre a população juvenil.

Destiladas, *alcopops*[4] e cerveja, com um nível de consumo aproximado, são os tipos de bebidas alcoólicas que os inquiridos mais ingerem. Seguem-se, num patamar ligeiramente inferior, as misturas caseiras, enquanto o vinho é a bebida alcoólica que os jovens menos declaram beber.

O consumo *binge*[5] de bebidas alcoólicas é o comportamento de risco acrescido associado ao álcool que os inquiridos mais declaram, seguindo-se, a curta distância, a embriaguez ligeira ("ficar alegre"), o que permite pressupor uma relação direta entre as duas práticas. Por seu lado, a embriaguez severa[6] é bem menos frequente, mas ainda assim estão em causa valores nada despiciendos: um em cada cinco alunos embriagou-se de forma severa no último ano (Figura 2).

Os alunos consomem tabaco sobretudo na forma de cigarros ditos tradicionais, sendo que cachimbo de água (*shisha*) e, sobretudo, cigarros eletrónicos já se aproximam ao nível da experimentação, mas não no que diz respeito ao consumo recente e atual.

Sem surpresa, a canábis é a droga ilícita mais consumida por esta população, seguindo-se, a larga distância, *ecstasy*, cocaína, LSD, anfetaminas, *crack*, metanfetaminas, cogumelos mágicos, NSP e heroína, todas com prevalências de consumo recente muito pouco expressivas ou mesmo residuais. Ainda assim, face ao estudo anterior, aumentou a percentagem de alunos que consumiram uma qualquer substância ilícita que não canábis.

Outro indicador importante é a frequência de consumo, sendo que, seja qual for a substância psicoativa em causa, entre os alunos o consumo é tendencialmente mais esporádico do que frequente. A substância onde isso menos acontece é o tabaco, enquanto o consumo de álcool e de drogas ilícitas é acentuadamente ocasional. A título ilustrativo, diga-se que 49% daqueles que consumiram álcool nos últimos 30 dias fizeram-no por uma ou duas vezes apenas.

Nesse sentido, entre os inquiridos, apenas o consumo diário ou quase diário[7] de tabaco atinge valores com alguma expressão (4%). Quando a análise se restringe aos respetivos consumidores, como seria de esperar, os valores são de outra ordem de grandeza, atingindo um rácio de consumidores que declaram ter um padrão de consumo numa base diária ou quase diária cerca de um em dez, no caso da canábis, e de três em dez, no caso do tabaco (Figura 3).

Finalmente, há que ter em conta também a precocidade do consumo, pois tal tende a estar diretamente relacionado com o caráter problemático dos padrões de consumo mais tarde adotados. Mais uma vez, o álcool destaca-se das restantes substâncias psicoativas, sendo que a maioria dos alunos que alguma vez ingeriram bebidas alcoólicas fê-lo com 13 anos ou menos. Os valores relativos ao início precoce do consumo de tabaco, embora menos, é igualmente expressivo, ao contrário do consumo de drogas ilícitas, pois, neste caso, apenas uma minoria iniciou o consumo em idades tão precoces (Figura 4).

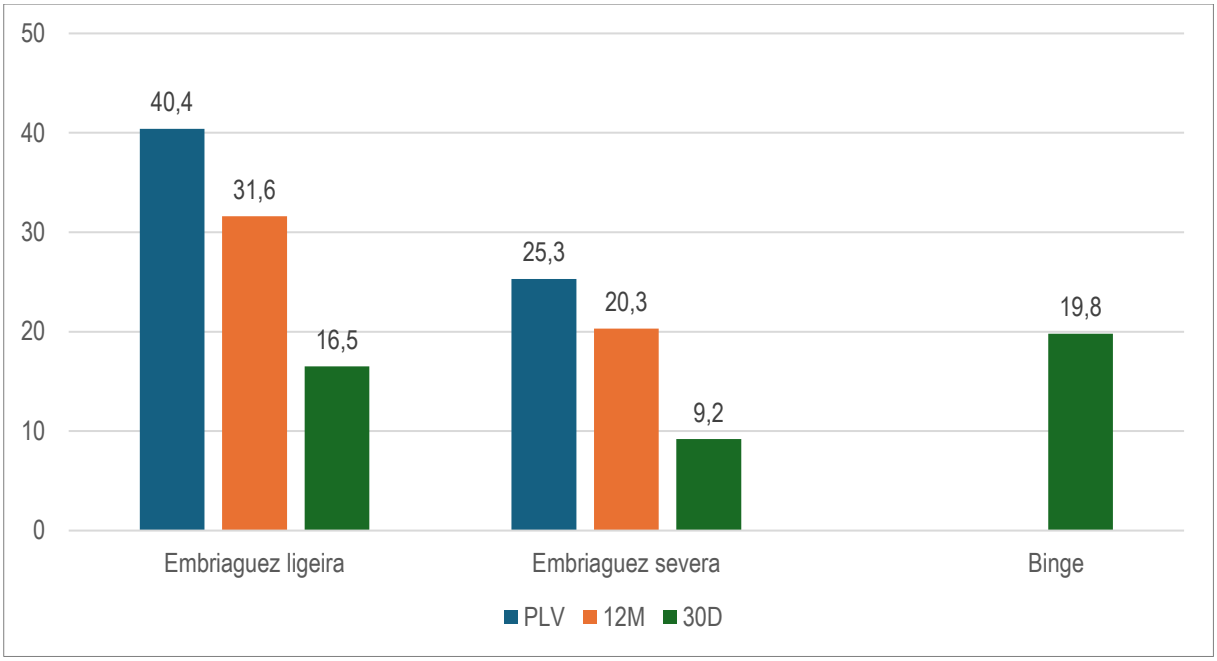
[4] *Alcopops* são aqui definidos como «garrafas/latas de sumo com bebidas alcoólicas».

[5] Consumo *binge* é aqui entendido como a ingestão de cinco ou mais doses de uma ou mais bebidas alcoólicas numa mesma ocasião.

[6] Embriaguez severa é aqui entendida como «ficar a cambalear, dificuldade em falar, vomitar ou não recordar o que aconteceu».

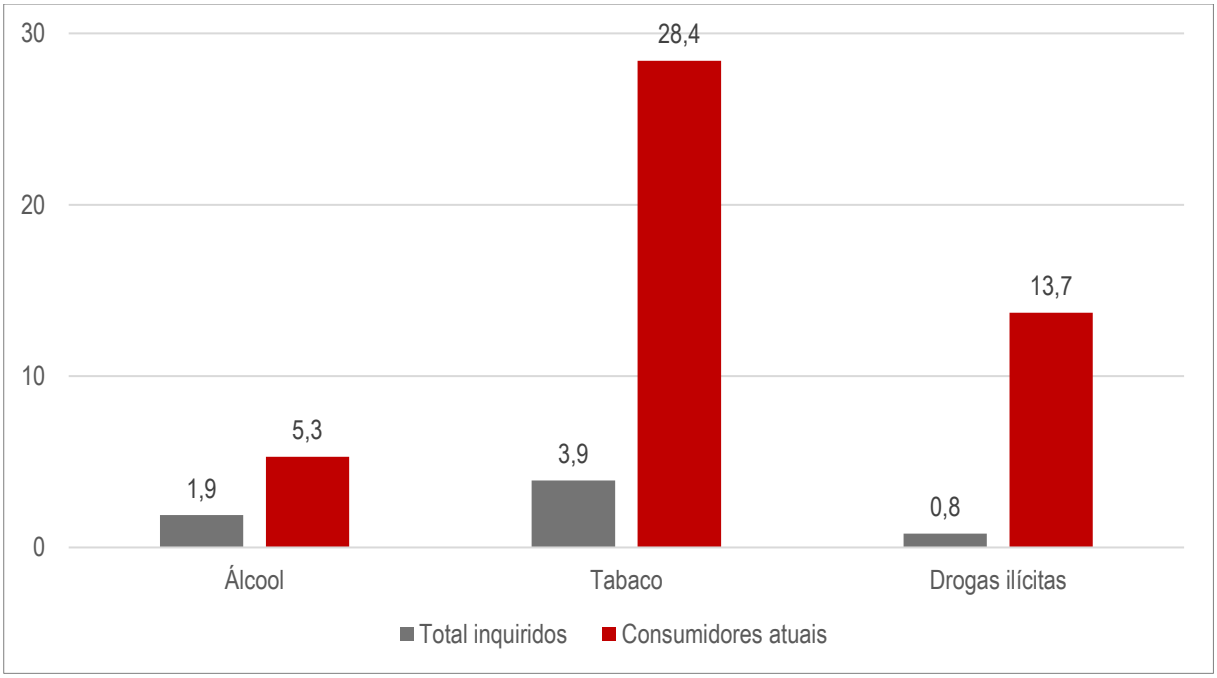
[6] Consumo numa base diária ou quase diária é aqui entendido como vinte ou mais ocasiões de consumo nos últimos 30 dias.

FIGURA 2
ECATD-CAD 2019: prevalências de comportamentos de risco acrescido ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (%)



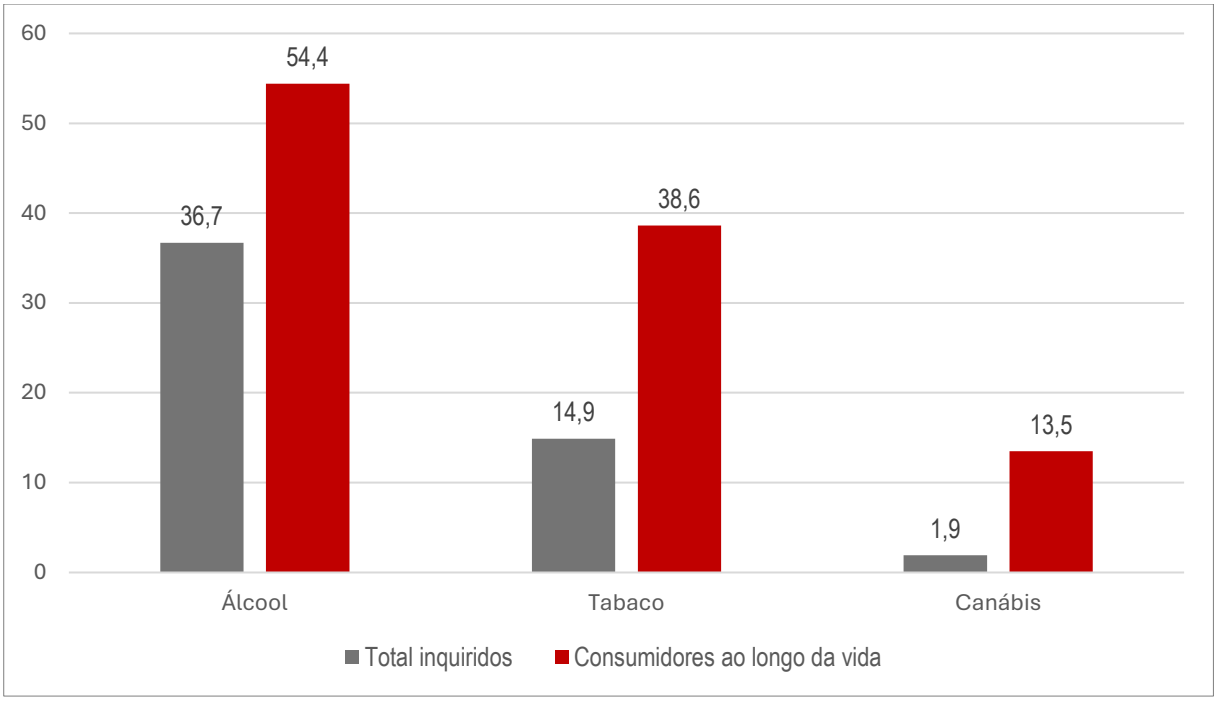
Fonte: SICAD/DMI/DEI

FIGURA 3
ECATD-CAD 2019: prevalências de consumo diário de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos últimos 30 dias, entre o total de inquiridos e respetivos consumidores atuais (%)



Fonte: SICAD/DMI/DEI

FIGURA 4
ECATD- CAD 2019: percentagem de consumidores ao longo da vida que iniciou o consumo com 13 anos ou menos (%)



Fonte: SICAD/DMI/DEI

Quanto a comportamentos potencialmente aditivos sem substância, a quase totalidade dos inquiridos (96%) declarou utilizar a Internet para aceder a redes sociais, enquanto o videojogo (*online* e/ou *offline*), embora menos, é também uma prática muito prevalente (60% declararam ter jogado recentemente jogos eletrónicos num dia de escola e 70% num dia sem escola). Em contrapartida, é bem menos expressiva a percentagem de alunos que declaram recentemente ter jogado a dinheiro (13%), sendo que as apostas desportivas constituem a forma mais comum de o fazer, seguindo-se as lotarias.

Problemas

O inquérito ESPAD inclui questões específicas para conhecer e medir a dimensão problemática na vida dos alunos, nomeadamente os problemas que resultam ou estão associados aos comportamentos aditivos. Por um lado, a dimensão problemática dos comportamentos aditivos é aferida através de escalas de diagnóstico e de perguntas de autoperceção. Por outro lado, os alunos foram inquiridos acerca de um conjunto de comportamentos problemáticos e em que medida estes estão associados ao consumo de álcool e/ou drogas ilícitas.

Embora não fosse colocada qualquer questão para medir a dependência alcoólica, o questionário incluía uma questão de resposta múltipla sobre as motivações do consumo de bebidas alcoólicas, com o pressuposto de que algumas podem ser mais problemáticas do que outras. A grande maioria dos consumidores declarou beber frequentemente por prazer e por razões ligadas à diversão e à sociabilidade. No entanto, uma minoria declarou que quando ingere bebidas alcoólicas tem sempre ou quase sempre por motivação «esquecer problemas» (7%) e o intuito de ultrapassar estados de «neura» (5%) e de «depressão e ansiedade» (5%). Independentemente do seu padrão de consumo, é admissível pensar que quem por sistema ingere bebidas alcoólicas por estes motivos tem ou pode vir a desenvolver uma relação particularmente pouco saudável com o álcool.

Quanto às drogas ilícitas, particularmente no caso da canábis, a dimensão problemática foi aferida através do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) (Legleye et al, 2007). Com base nas respostas às questões que constituem o CAST, os alunos que declararam ter consumido canábis nos últimos 12 meses foram distribuídos por quatro categorias: sem risco de dependência (63%), baixo risco de dependência (28%), risco moderado (4%) e risco elevado (5%).

Por forma a avaliar a dimensão problemática da utilização da Internet em redes sociais, os alunos foram convidados a posicionar-se perante três afirmações: «passo demasiado tempo nas redes sociais», «os meus pais dizem que passo demasiado tempo nas redes sociais» e «fico aborrecido(a) quando não posso passar tempo nas redes sociais». Uma percentagem considerável (21%) dos alunos que frequentam redes sociais digitais declarou concordar com as três afirmações.

Para avaliar a dimensão problemática do videojogo recorreu-se a uma questão similar, sendo que 18% dos jogadores de jogos eletrónicos (*online* e/ou *offline*) declarou concordar com as três afirmações: «passo demasiado tempo a jogar videojogos», «os meus pais dizem que passo demasiado tempo jogar videojogos» e «fico aborrecido(a) quando não posso passar tempo jogar videojogos».

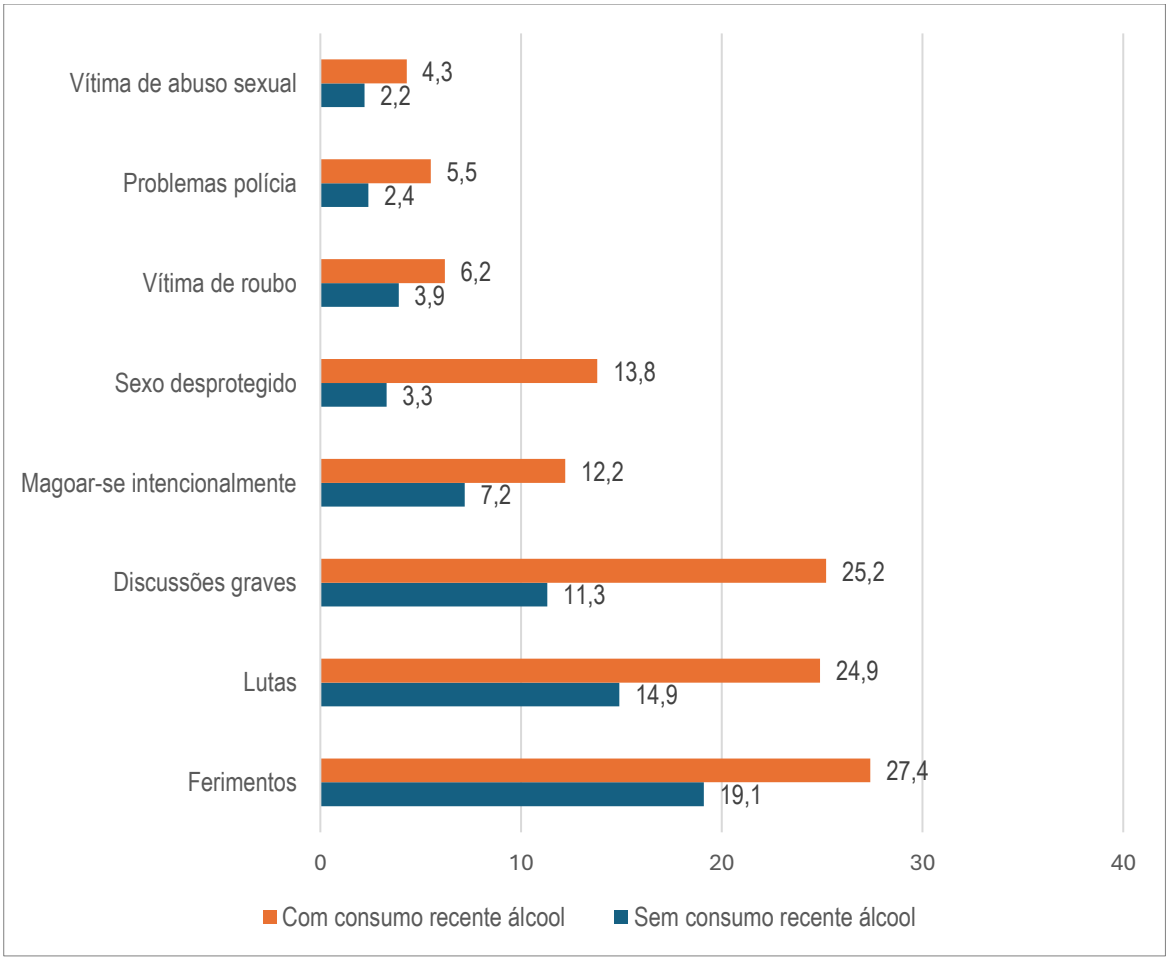
Através da versão abreviada (*short form*) do *Problematic Online Gaming Questionnaire* (POGQ) (Papay et al, 2013; Demetrovics et al, 2012), que é composto por 12 questões, os alunos que declararam jogar videojogos especificamente *online* foram inquiridos acerca da dimensão problemática do seu padrão de videojogo. De acordo com os critérios do POGQ-SF, a grande maioria dos alunos que, na semana anterior à inquirição, jogaram videojogos *online* joga com pouco ou nenhum risco, enquanto 18% podem ser considerados jogadores problemáticos.

Finalmente, aos alunos que jogaram a dinheiro nos últimos 12 meses foi perguntado se alguma vez sentiram necessidade de apostar cada vez mais dinheiro e se já mentiram a pessoas que lhes são importantes acerca da quantia apostada. Considera-se que os 20% de jogadores a dinheiro que responderam afirmativamente às duas questões são aqueles cujo padrão de jogo a dinheiro está associado a uma maior dimensão problemática.

Para além da dimensão problemática dos comportamentos aditivos, o questionário incluía também questões acerca de problemas em geral. Nesse sentido, aos alunos era perguntado se, nos 12 meses anteriores à inquirição, tinham experienciado um conjunto de situações, sendo que aquelas menos gravosas foram mais experienciadas do que aquelas que apresentam um potencial problemático maior. Assim, «estragar / perder objetos ou roupa» e «sofrer acidentes / ferimentos» foram as situações mais reportadas (37% e 24%, respetivamente) de ter acontecido num passado recente, enquanto foram muito menos os alunos que declararam ter sido «vítima de avanços sexuais não consentidos», ter recorrido à «urgência por embriaguez / intoxicação» e sofrido um «acidente de carro enquanto condutor» (4%, 3% e 2%, respetivamente). Num plano intermédio, surgem situações ocorridas no último ano que foram declaradas por uma percentagem a rondar os 10%, como ter tido relações sexuais desprotegidas ou magoar-se a si próprio(a) intencionalmente.

Quando se procede a uma análise da experiência destes problemas em função do consumo de álcool, verifica-se que todas as situações problemáticas tendem a ser mais prevalentes entre os consumidores de bebidas alcoólicas. Dividindo os inquiridos entre aqueles que ingeriram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses e aqueles que não o fizeram, fica claro que os primeiros se envolveram proporcionalmente mais sobretudo em relações sexuais desprotegidas (mais do quadruplo), em discussões graves e em problemas com a polícia (em ambos os casos, mais do dobro) (Figura 5).

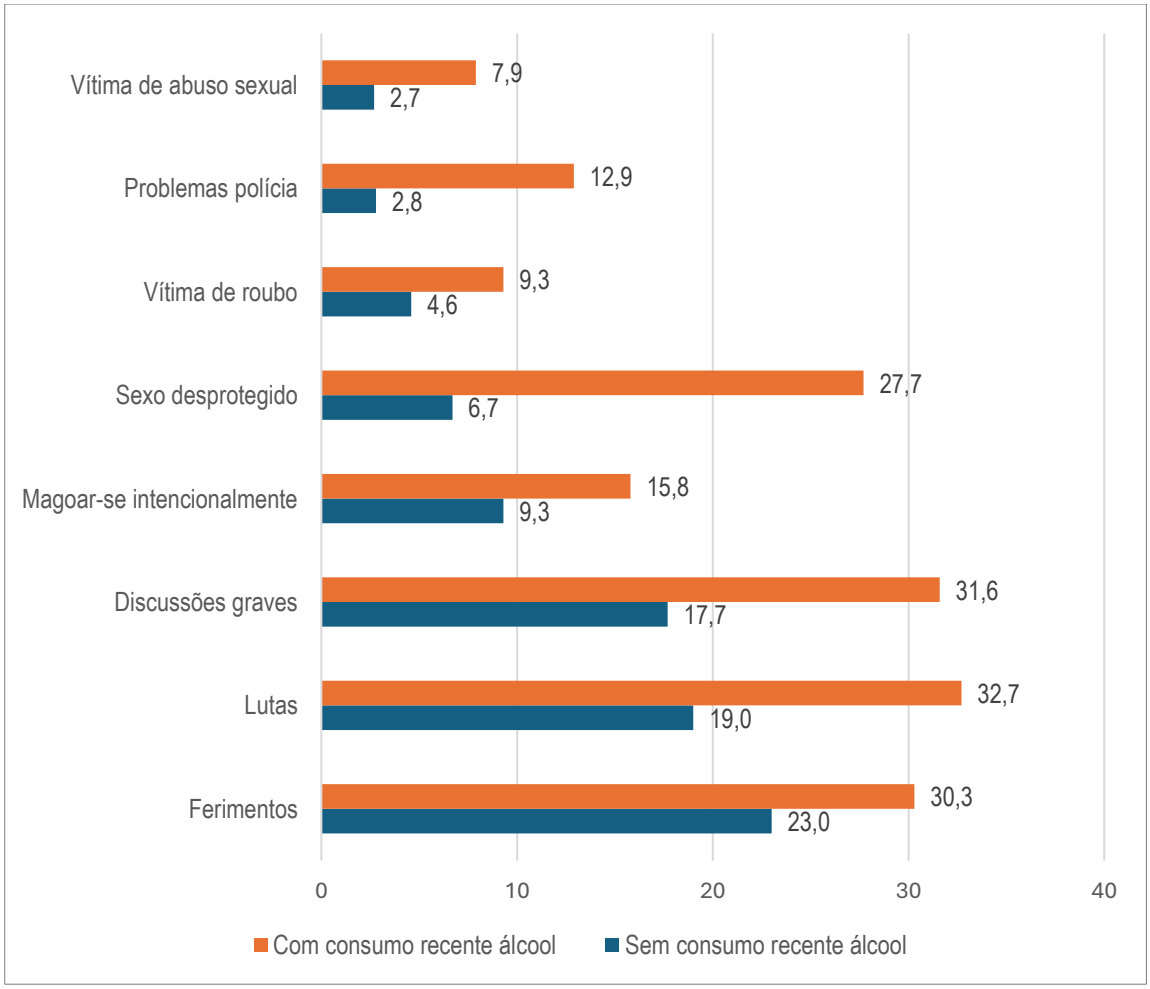
FIGURA 5
ECATD- CAD 2019: problemas experienciados nos últimos 12 meses, entre consumidores e não consumidores (recentes) de álcool (resposta múltipla) (%)



Fonte: SICAD/DMI/DEI

O mesmo se aplica à prevalência de problemas face ao consumo recente de drogas ilícitas. Mais uma vez, em comparação com quem não o fez, os alunos que consumiram drogas ilícitas nos últimos 12 meses envolveram-se proporcionalmente muito mais em relações sexuais desprotegidas e problemas com a polícia (em ambos os casos, mais do quadruplo), bem como ser vítima de avanços sexuais não consentidos (cerca do triplo) (Figura 6).

FIGURA 6
ECATD-CAD 2019: problemas experienciados nos últimos 12 meses, entre consumidores e não consumidores (recentes) de drogas ilícitas (resposta múltipla) (%)



Fonte: SICAD/DMI/DEI

Discussão

Do exercício de analisar a experiência de situações problemáticas em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas e de caracterização, resulta o perfil dos alunos em maior risco: sexo masculino, residentes nas regiões de Lisboa, Alentejo e Açores, com um baixo rendimento escolar e, sobretudo, que saem à noite assiduamente (numa base mensal ou semanal). Já a idade parece não influenciar muito a experiência de problemas, pois há situações problemáticas que são mais declaradas pelos alunos de menor idade (13-15 anos) e outras pelos mais velhos (16-18 anos). No entanto, deve ser ressalvado que os mais velhos registam prevalências mais elevadas no que se refere a algumas das situações de maior risco potencial, como relações sexuais desprotegidas ou problemas com a polícia.

Outra variável que parece não exercer grande influência na experiência de problemas é o controlo parental. De facto, ao contrário do que eventualmente seria de esperar, os alunos que declaram estarem sujeitos a um controlo parental mais apertado[8] nem sempre são aqueles que menos declaram envolver-se em situações problemáticas, sendo que em alguns casos até se verifica o contrário. No entanto, é preciso deixar claro que

[8] A variável de controlo parental foi construída a partir de uma questão acerca da frequência com que os pais definem regras sobre o que os filhos podem fazer em casa e/ou na rua.

se trata de uma questão de autoperceção, no sentido em que o que está em causa é a forma com os alunos entendem o controlo parental a que estão sujeitos.

Quanto à situação face ao consumo de álcool e de drogas ilícitas, parece haver uma relação inequívoca, sendo que ser consumidor deste tipo de substâncias psicoativas é algo que tende a aumentar a experiência de situações problemáticas, em particular no que diz respeito a comportamentos de risco de natureza sexual e a problemas com a autoridade. A associação entre ser-se consumidor recente de álcool e de drogas ilícitas e as situações problemáticas é maior no que diz respeito a situações mais gravosas.

Apesar de tudo, as situações problemáticas tendem a não estar diretamente relacionadas com o consumo de álcool e de drogas ilícitas, no sentido em que, por norma, não acontecem na sequência (durante ou imediatamente depois) do consumo. Dito de outra forma, ser consumidor de álcool e, sobretudo, de drogas ilícitas faz aumentar o risco de envolvimento em situações problemáticas, mas tal não significa que estas ocorram necessariamente do consumo. Antes pelo contrário, a percentagem de consumidores recentes que declarou que as situações problemáticas ocorreram depois do consumo é muito diminuta.

Deve ressalvar-se, portanto, que os dados não permitem estabelecer qualquer nexo causal, pelo que não é possível deduzir o que é causa e o que é consequência. Neste sentido, levanta-se a questão: é o consumo de drogas ilícitas que conduz a uma maior prevalência de problemas com a polícia ou é algo na vida de determinados alunos que favorece um comportamento delinquente que se traduz em problemas com a polícia e simultaneamente em consumos de substâncias ilícitas? A mesma lógica pode aplicar-se a outras variáveis que parecem estar mais associadas à experiência de problemas.

Como é sabido, os comportamentos aditivos são um fenómeno multifatorial e particularmente complexo, sendo que, na maior parte das vezes, envolvem várias dimensões, nomeadamente no plano pessoal, familiar, social e até económico. Por outro lado, há que ter em conta também o bem-estar emocional e a condição socioeconómica. Nesse sentido, embora não seja possível fazer uma análise exaustiva da dimensão problemática entre os alunos do ensino público com idades entre os 13 e os 18 anos, foi possível recolher informação útil em diversos domínios, o que permite traçar um retrato abrangente.

Em suma, no que concerne aos comportamentos aditivos entre a população em estudo, os resultados do ECATD-CAD 2019 revelaram alguns motivos de preocupação e outros de algum otimismo. Os primeiros estão relacionados sobretudo com o álcool, os medicamentos psicoativos e o tempo de ecrã, enquanto, em comparação com edições anteriores do estudo, o cenário parece claramente menos gravoso no que concerne ao tabaco e também às drogas ilícitas.

Mesmo que as prevalências de consumo de bebidas alcoólicas por parte da globalidade dos inquiridos não tenham aumentado entre 2015 e 2019, não pode deixar-se de olhar com preocupação o agravamento dos consumos de álcool por parte do sexo feminino, sendo que as prevalências de consumo de álcool das raparigas já se aproximam e, em alguns indicadores, até superam as dos rapazes. As razões de preocupação são acrescidas verificando-se que elas tendem a preferir bebidas destiladas (com maior teor alcoólico), enquanto eles ingerem sobretudo cerveja (uma bebida de menor teor alcoólico).

Por outro lado, continua a verificar-se um início muito precoce do consumo de álcool (e também de tabaco), sendo que, não por acaso, estas duas substâncias são aquelas cujo acesso é visto pelos alunos como muito facilitado. É também preocupante a percentagem considerável de jovens que declara passar muitas horas em frente a ecrãs, seja em redes sociais ou a jogar jogos eletrónicos. Finalmente, há razões para sugerir o reforço da monitorização do consumo de tranquilizantes/sedativos, de outras drogas ilícitas que não canábis e ainda a prática de jogo a dinheiro, cuja tendência nestes casos parece ser de subida entre os jovens.

Mas os resultados do estudo revelaram igualmente alguns sinais que permitem um olhar otimista perante o fenómeno dos comportamentos aditivos, nomeadamente a descida ou estabilização dos consumos de álcool, canábis e, sobretudo, tabaco, que parece estar numa clara trajetória descendente entre esta população. Apesar de tudo, deve ser assinalado o facto de serem minoritários os alunos que consomem estas substâncias

com maior assiduidade, pois a norma é o consumo ser sobretudo pouco frequente e até esporádico. Mesmo no que concerne a comportamentos de risco acrescido apenas uma minoria de alunos os adota, com exceção de alguns relacionados com o álcool, que parecem estar mais generalizados entre os jovens.

Dada a idade dos inquiridos, é possível argumentar que este tipo de comportamentos não devia existir, pelo que, existindo, há que questionar o deficiente controlo social, até porque uma percentagem considerável de alunos é da opinião que o acesso a bebidas alcoólicas é muito facilitado. De facto, cerca de 2/3 dos alunos menores de idade que consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias fizeram-no em locais como cafés, restaurantes, bares, pubs e discotecas, enquanto 1/3 declarou ter adquirido bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais, apesar de serem menores.

Notas finais

A próxima edição do estudo, que decorre em 2024, permitirá perceber a evolução dos comportamentos aditivos e da sua dimensão problemática face à edição anterior, tendo em consideração que pelo meio teve lugar uma pandemia que alterou, mesmo que temporariamente, a vida de todos, em geral, e dos jovens, em particular. A pensar nisso, o questionário ESPAD incluirá pela primeira vez questões diretamente relacionadas com a saúde mental, por forma a poder relacionar os comportamentos aditivos dos jovens e a sua dimensão problemática com questões da área do bem-estar emocional, nomeadamente os níveis de ansiedade e depressão.

Eis algumas das principais questões que se espera que o próximo estudo permita responder: irá manter-se a tendência de descida e estabilização dos consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas e de subida dos consumos de tranquilizantes/sedativos, da utilização da Internet e do jogo a dinheiro? O álcool continuará a ser uma substância psicoativa de início particularmente precoce e cujo acesso é percecionado como muito facilitado? O consumo de cigarros eletrónicos e de novas formas de consumir tabaco alcançará o nível de consumo de cigarros ditos tradicionais? O consumo de outras drogas ilícitas que não canábis aproximar-se-á do nível de consumo de canábis? Continuará a verificar-se um aumento da dificuldade de acesso percebido à canábis? Será que a pandemia da COVID-19, com os constrangimentos que são conhecidos, terá contribuído para incrementar entre os jovens o tempo passado em redes sociais digitais e em jogo eletrónico? As apostas desportivas continuarão a ser a principal forma de jogo a dinheiro nesta população?

Os resultados do ECATD-CAD 2024 serão divulgados até ao fim do ano e fornecerão evidência útil para definir e avaliar políticas e intervenções de vária ordem.

Referências

Calado, V. G. (2021). A Antropologia e a perspetiva sociocultural das drogas. *Análise Social*, LVI(3), 240, 498-519. https://doi.org/10.31447/as00032573.2021240.04.

Calado, V. G., & Lavado. E. (2023). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Abordagens Preventivas.* SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/243/ECATD2019_AbordagensPreventivas.pdf.

Calado, V. G., & Lavado, E. (2022). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Jogo a Dinheiro.* SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/235/ECATD2019_JogoaDinheiro.pdf.

Calado, V. G., & Lavado, E. (2021a). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Dimensão Problemática.* SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/ECATD%202019%20Problemas.pdf.

Calado, V. G., & Lavado, E. (2021b). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Álcool.* SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/ECTAD2019.%C3%81lcool.pdf.

Calado, V. G., & Lavado, E. (2020). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Relatório Regional*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/ECATD_regional_2019.pdf.

Calado, V. G., Lavado, E., Dias, L. (2017). *Novas Substâncias Psicoativas. Inquérito ao Público do Festival NOS Alive – 2017*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/187/NPS-PT.pdf.

Carapinha, L., Calado, V. G., & Neto, L. (2023). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional – 2022: Consumos de Substâncias Psicoativas*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/246/DDN_2022_CAD_SubstanciasPsicoativas.pdf.

Carapinha, L., & Lavado, E. (2021). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Perceções de Risco.* SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/ECATD2019_Percecoes.pdf.

Coomber, R., et al. (2013). *Key Concepts in Drugs and Society*. Sage.

Demetrovics, Z., et al. (2012). The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS ONE,* 7(5), e36417. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036417.

ESPAD Group (2020). *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf.

Feijão, F. & Lavado, V. (2003a). *Os Adolescentes e o Álcool*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/104/Os_adolescentes_e_o_%C3%A1lcool.pdf.

Feijão, F. & Lavado, V. (2003b). *Os Adolescentes e o Tabaco*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/104/Os_adolescentes_e_o_tabaco.pdf.

Feijão, F. & Lavado, V. (2003b). *Os Adolescentes e a Droga*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/104/Os_adolescentes_e_a_droga.pdf.

Feijão, F. (2017). *Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas e Outros Comportamentos Aditivos ou Dependências, Portugal 2015*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/170/RELAT%C3%93RIO%20I_ECATD-15%20-%20Final.pdf.

Gaspar, T., et al. (2022). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Contexto de Pandemia*. Equipa Aventura Social. https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022-1.pdf.

Lavado, E. & Calado, V. G. (2020). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019*. *Relatório Nacional*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/ECATD19_nacional.pdf.

Legleye, S., et al. (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233-242. https://doi.org/10.1080/14659890701476532.

MacRae, E. (2004). Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. A. R. de Almeida, et al. (Orgs.), *Drogas. Tempos, Lugares e Olhares Sobre seu Consumo*. EDUFBA.

McKeganey, N. (1995). Quantitative and qualitative research in the addictions: an unhelpful divide. *Addiction*, 90, 749-751.

Pápay, O., et al. (2013). Psychometric properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(5), 340-348. Doi: 10.1089/cyber.2012.0484.

Peretti-Watel, P. (2011). Epidemiology as a model: Processing data through a black box?" G. Hunt, M. Milhet, & H. Bergeron (Eds.), *Drugs and Culture. Knowledge, Consumption and Policy*, 53-69. Ashgate.

Rhodes, T. (2000). The multiples roles of qualitative research in understanding and responding to illicit drug use. EMCDDA (Ed.), *Understanding and responding to drug use: The role of qualitative research*. EMCDDA Scientific Monograph Series.

EDUCAÇÃO, SAÚDE E CIDADANIA: Práticas, Fatores Sociais e Desenvolvimento Humano

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO COMPONENTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

José Ernesto Bule
Universidade Eduardo Mondlane | josbule88@gmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1:
Elisabete Ramos
Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e de Educação Médica - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)
Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR) - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Portugal
eliramos@med.up.pt

Revisor 2
Filomena Teixeira
Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal
filomena.tx@gmail.com

Citação:
Bule, J. (2025). Práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva como componentes do desenvolvimento humano nos países em desenvolvimento. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 253-262). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O desenvolvimento humano é um tema que consta da agenda de quase todos governos, todavia o que se pode dizer em relação ao mesmo é procurar saber que conjunto de ações são levadas a cabo com tendência ao bem-estar da população. O desenvolvimento humano abarca várias dimensões, dentre elas a saúde sexual e reprodutiva, num cenário em que a população tem tendência a crescer e os governos vão desenhando uma série de programas de intervenção relacionada com a saúde sexual e reprodutiva. Nesta senda, aspetos ligados à saúde sexual e reprodutiva mostram a sua capital importância para o alcance do desiderato de desenvolvimento que contribui para a mudança da qualidade de vida da população. Falar em saúde sexual e reprodutiva para a população dos países em desenvolvimento, tem sido um desafio, uma vez que existe, muitas vezes, o sentimento de incerteza e desconfiança, algumas vezes apoiado por crenças obscuras, que inviabilizam na maior parte dos casos, o sucesso dos programas que se pretendem administrar, fazendo com que as populações não escapem e estejam cada vez mais cercadas pelas armadilhas da pobreza. A compreensão que se tem desse fenómeno é de que, a mudança de comportamento não deve ser resultado de uma imposição, mas deve-se criar condições e um ambiente para implementação de políticas mais abrangentes de desenvolvimento, antecedidas de uma forte consciencialização das populações em matéria de saúde sexual e reprodutiva, por forma a que elas mesmas tomem suas decisões. Portanto, é necessário projetar um desenvolvimento humano harmonioso que depende de uma intervenção constante nas áreas sociais, de uma maior adequação dos projetos e programas às necessidades e realidades da população, sob pena de redundar todos esforços e boas intenções ao fracasso, dado que é preciso sempre considerar que nas sociedades atuais, altamente integradas e complexas, a mais concebida das estratégias pode não surtir o efeito desejado, por influência de fatores externos que escapam ao controlo. Assim, este estudo pretende trazer uma reflexão de como os agentes educativos, enquanto implementadores de programas sobre saúde sexual e reprodutiva, podem promover a mudança de qualidade de vida das populações, através de práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Educação; Saúde sexual e reprodutiva; Desenvolvimento.

Contexto

O combate às uniões prematuras pode ser considerado uma prática educativa em saúde sexual e reprodutiva, especialmente dos adolescentes e jovens, dada a perceção de que retiram as chances dos adolescentes e jovens melhorarem sua condição de vida.

Falar em uniões prematuras para a população dos países em desenvolvimento, tem sido um desafio, uma vez que existe, muitas vezes, o sentimento de incerteza e desconfiança, algumas vezes apoiado por crenças obscuras, que inviabilizam na maior parte dos casos, o sucesso dos programas que se pretende administrar, fazendo com que as populações não tenham a consciência suficiente dos efeitos maléficos e prejudiciais para o desenvolvimento dos adolescentes. A compreensão

que se tem desse fenómeno é de que, a mudança de comportamento não deve ser resultado de uma imposição, mas deve-se criar condições e um ambiente para implementação de políticas mais abrangentes de desenvolvimento, antecedidas de uma forte consciencialização das populações, por forma a que elas mesmas tomem suas decisões.

A *World Vision* – Moçambique definiu a união prematura como:

> A ligação de pessoas, em que pelo menos uma delas seja criança, formada com o objetivo imediato ou futuro de constituir família. Assim, para que estejamos perante uma união prematura é necessário que exista uma ligação entre duas pessoas de sexo diferente, em que uma ou ambas sejam crianças e esta união tenha em vista a que eles passem a viver de imediato como esposados ou façam uma promessa de viver nessa condição no futuro. (World Vision, 2020, p.16)

A Constituição da República de Moçambique defende os direitos das crianças à proteção da família, da sociedade e do Estado, tendo em vista o seu desenvolvimento integral e acesso aos cuidados necessários ao seu bem-estar, à opinião e à participação nos assuntos que lhes dizem respeito, em função da sua idade e maturidade. Outras medidas que têm sido adotadas pelo Governo são a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CNAC) e da Comissão de Direitos Humanos e do Parlamento Infantil, bem como a sensibilização para as questões dos direitos da criança nos meios de comunicação social. A Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar das Crianças estabelece no seu artigo 21 que os estados signatários devem tomar medidas legais específicas para a eliminação do casamento de crianças e a promessa de casamento de meninas e rapazes com menos de 18 anos de idade. Em 2019 foi aprovada a Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras que prevê, entre outros aspetos, a criminalização das uniões prematuras em defesa da saúde sexual e reprodutiva da criança. O relatório do Fundo das Nações Unidas para a População - FNUAP (2019) destacou os compromissos assumidos pelo Governo de Moçambique no vigésimo quinto aniversário da Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento de pôr termo aos casamentos prematuros e criar uma base de dados integrada e intersectorial sobre a violência baseada no género (p.12).

> As uniões prematuras são predominantemente um fenómeno que afeta as meninas, as quais são forçadas ao casamento muito mais cedo que os meninos, devido à prevalência das normas do patriarcado e à discriminação a que as meninas e mulheres estão sujeitas na sociedade. Elas também dificultam a possibilidade de as meninas beneficiarem da educação e de completar os seus estudos pois no casamento, o seu acesso à educação formal e até mesmo informal é severamente limitado pelos encargos domésticos, filhos e pelas normas sociais que veem o casamento e a educação como incompatíveis. Apesar de muitas das famílias que entregam ou consentem que as suas filhas entrem numa união prematura façam isso acreditando que estão aliviando sua pobreza, pelo contrário, as uniões prematuras podem agravar a pobreza e perpetuarem a sua feminização, na medida em que negam às raparigas oportunidades de formação, futuro emprego e autossustento. (World Vision, 2020, p.14)

Assim, mostra-se pertinente o papel dos agentes educativos, enquanto implementadores de programas sobre saúde sexual e reprodutiva, para promover a mudança da qualidade de vida das populações, através de práticas educativas em matérias de combate às uniões prematuras.

As autoridades de saúde e as que lidam com os assuntos ligados às crianças, adolescentes e jovens, bem como os parceiros de cooperação nessa área, têm desempenhado algum papel relativo à disseminação, através de campanhas públicas, da necessidade de utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis, face aos fenómenos que o país ainda regista relativos a uniões prematuras e abandono da escola. Todavia, o país ainda terá de fazer um trabalho longo e sério nesta área, sobretudo num contexto em que ainda prevalecem crenças obscuras relativas a esses serviços. Selemane, fazendo referência aos vários estudos realizados, disse que:

> As uniões prematuras têm como causas os fatores de ordem sociocultural e de ordem económica: pobreza, desigualdades e marginalização dos tecidos sociais, rurais, dos processos de produção e distribuição da riqueza, bem como dos processos de tomada de decisão. Elas afetam a educação dos adolescentes e têm dois efeitos diretos: o primeiro é o abandono escolar e, o segundo, o fraco desempenho escolar da rapariga. (Selemane, 2019, p.16)

Na Estratégia de Género do Sector da Educação e Desenvolvimento Humano 2016- 2020, o MINEDH (citado por Selemane, 2019) nota que à medida que as raparigas crescem, os índices de desistência aumentam. Por exemplo, "entre 2010 e 2014, a diferença entre rapazes e raparigas na 1.ª classe foi de 2%, favorecendo os rapazes e foi subindo até 20% na 7.ª classe" (p.16). Este autor faz menção a um estudo realizado na província da Zambézia (As barreiras à educação da rapariga no ensino primário) que concluiu que:

> 30% dos casos de abandono escolar das raparigas são devidos às uniões prematuras. Estes dados indicam um crescente nível de desistências de raparigas à medida que passam à adolescência, geralmente entre os últimos anos do ensino primário e os primeiros anos do ensino secundário. Esse período é coincidente com aquele em que se registam maiores números de uniões prematuras. (Selemane, 2019, p.24-25).

Nos quinquénios 2015 - 2019 e 2020 - 2024, houve maior preocupação nos planos e programas de intervenção na vida sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, que se repercutiu numa intervenção mais proeminente em matéria de uniões prematuras, através de definição de diretrizes e políticas mais precisas pelo governo moçambicano. Essa abertura a nível central gerou maior interesse e atuação de outros intervenientes na matéria, tais como a sociedade civil bem como organizações não-governamentais.

A Organização das Nações Unidas realizou duas importantes conferências em que o tema da saúde sexual e reprodutiva teve uma tónica dominante. A primeira foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994 no Cairo, que conferiu um papel primordial à saúde sexual e reprodutiva, relevando para o segundo plano a tónica, ora dominante, de que o crescimento da população é que era o fator gerador das desigualdades e da pobreza. A segunda foi a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Beijing, Pequin, em 1995, em que se reafirmaram os acordos estabelecidos no Cairo e se avançou na definição dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. Mais tarde, em 2015 as Nações Unidas definem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em que um deles é alcançar a igualdade de género e empoderamento de todas as mulheres e meninas, devendo eliminar-se todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas.

É neste contexto que surge a relevância de estudar este fenómeno, fazendo com que os governos, dediquem uma atenção especial à saúde sexual e reprodutiva. Em Moçambique, devido ao contexto multicultural em que os indivíduos se encontram inseridos, muitas barreiras existem devido a várias crenças, por vezes obscuras, ligadas às uniões prematuras e à frequência da escola, exigindo dessa forma, que as políticas e programas nessa área, sejam definidos tendo em consideração o contexto cultural, social, económico e ambiental. É por isso que, tratando-se de direitos humanos reconhecidos e com influência nos níveis de pobreza e bem-estar, são desenhados programas tendo em conta a questão das uniões prematuras.

Método

O trabalho teve como base os dados dos relatórios de programas implementados na área de saúde sexual e reprodutiva, documentos oficiais do governo moçambicano e a revisão da bibliografia atinente ao tema. O critério que ditou a identificação dos referidos relatórios e documentos que sustentaram este trabalho, foi o início do primeiro mandato em 2015 do então governo. A análise e interpretação dos referidos dados, consistiu na comparação dos mesmos por regiões, lugar de residência e características socioeconómicas.

Fundamento Base

Atualmente, emerge uma maior consciencialização de que as uniões prematuras comprometem a possibilidade de redução das taxas de mortalidade de crianças de menos de cinco anos e das mortes maternas, pelo facto de as gestantes ainda se encontrarem numa fase de crescimento e desenvolvimento do seu organismo, fazendo com que ele esteja numa situação de competição por nutrientes, entre ele e o bebé. As uniões prematuras também comprometem o alcance das metas de educação para todos.

Para a Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos casamentos Prematuros em Moçambique (ENPCCP) - (2016-2019), as uniões prematuras constituem violação dos direitos humanos e têm como consequências (i) a perpetuação da pobreza, (ii) a violência baseada no género, (iii) problemas de saúde reprodutiva e (iv) a perda de oportunidades de empoderamento das crianças do sexo feminino e, consequentemente, das mulheres. A pobreza é um dos determinantes das uniões prematuras tal como a violência e a discriminação baseada no género. As uniões prematuras ocorrem com maior frequência nas comunidades mais vulneráveis, onde as taxas de natalidade e de mortalidade são elevadas e onde se registam os níveis mais baixos de educação, de acesso aos cuidados de saúde e ao emprego. Como diz Birdsall (2001) a alta fecundidade no nível de toda a economia torna a redução da pobreza mais difícil e menos provável. A preocupação com o crescimento populacional nos países em desenvolvimento pode estar diretamente ligada à preocupação com o bem-estar (…).

Para o FNUAP a boa saúde sexual e reprodutiva é um estado de completo bem-estar social, físico e mental em todos os aspetos relativos ao sistema reprodutivo. Isso significa que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura, a capacidade de se reproduzir, bem como a liberdade para decidir quando e quantas vezes para fazê-lo. As autoridades de saúde têm desempenhado algum papel relativo à disseminação, através de campanhas de saúde pública, da necessidade de utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis, face aos altos índices que o país ainda regista relativos a questões ligadas às uniões prematuras e abandono da escola.

Resultados e Discussão

Moçambique é um país marcado por disparidades de género acentuadas, incluindo uma discriminação enraizada, práticas nocivas, tais como o casamento infantil, em que uma de duas raparigas estão casadas antes dos 18 anos (FNUAP, 2017, p.5). O Inquérito Demográfico e de Saúde –IDS 2011 diz que:

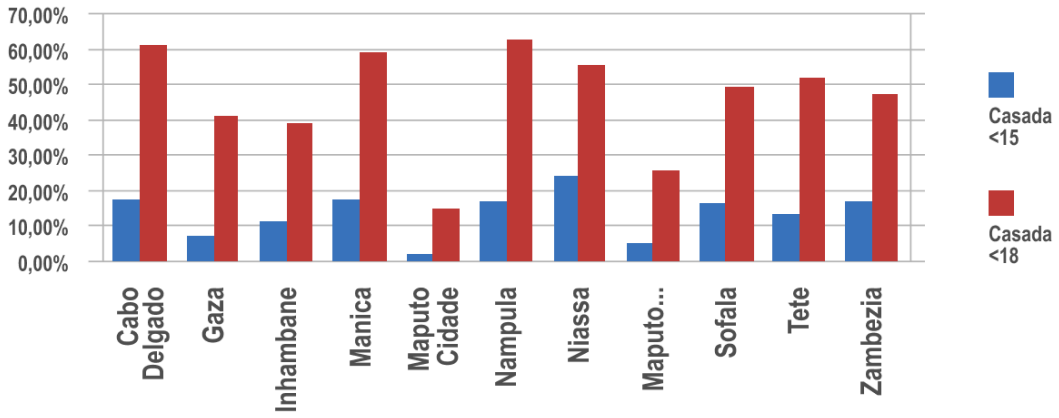
> O país é o décimo do mundo, sétimo a nível de África e o 2.º a nível da África Austral, sendo as províncias do centro e do norte do país as mais afetadas, com uma prevalência de uniões prematuras mais elevada. 14% das mulheres, entre os 20 e 24 anos de idade, casaram antes dos 15 anos de idade e 48% casaram antes dos 18 anos de idade. (World Vision, 2020)

Apesar destas estatísticas, o país tem estado a registar avanços significativos em termos de adoção de instrumentos atinentes à proteção da criança, com destaque para a aprovação de legislação sobre a (i) Promoção e Proteção dos Direitos da Criança, (ii) a Organização Tutelar de Menores e (iii) a Prevenção e Combate ao Tráfico de Pessoas, particularmente mulheres e crianças. Destaca-se, igualmente, a aprovação do Plano Nacional de Acão para a Criança (2013-2019) o qual tem como uma das metas a redução das uniões prematuras e a implementação de ações nas várias áreas que resultaram na melhoria do acesso das crianças aos serviços de saúde, educação, proteção e aos programas de segurança social básica e na redução da sua vulnerabilidade. Com efeito, o Governo Moçambicano, com a participação da sociedade civil, lançou em 2011, uma campanha nacional de Tolerância Zero à Violência e ao Abuso de Crianças. O Plano de Acção da Criança (PNAC II) definiu ações para a prevenção e combate às uniões prematuras (Meta 10). Mais tarde, a Conferência da Mulher e Género, realizada em 2014, teve como um dos temas principais as uniões prematuras e concluiu ser necessária a definição de uma estratégia contra elas.

A análise das uniões prematuras é feita considerando duas faixas etárias: a primeira vai até aos 15 anos de idade, e a segunda, vai até aos 18 anos de idade. A análise das uniões de raparigas antes dos 15 anos de idade, por província, revela que a observância desta prática não é homogénea em todo o território moçambicano. Com efeito, esta regista os seus índices mais elevados nas províncias do norte, decrescendo ligeiramente no centro do país. Os índices mais baixos de casamentos ou uniões prematuras registam-se no sul de Moçambique, onde, quase "não se praticam os ritos de iniciação feminina" (Osório & Macuácua, 2013, p. 369). Nessa perspetiva, o IDS 2011 citado por Selemane (2019) revela que:

> As províncias de Cabo Delgado, Manica, Nampula, Sofala, Tete e Zambézia apresentam altos índices de união prematura. A província do Niassa, regista 24% de mulheres entre os 20 e 24 anos de idade casadas antes dos 15 anos de idade seguida das províncias da Zambézia, de Sofala e Nampula, com 17% cada. No concernente às uniões antes dos 18 anos, a província mais populosa do país, Nampula, regista a taxa mais elevada com 62%, seguida de Cabo Delgado com 61%, Manica com 60% e Niassa com 56%, como ilustra a Figura 1. (Selemane, 2019, p.12)

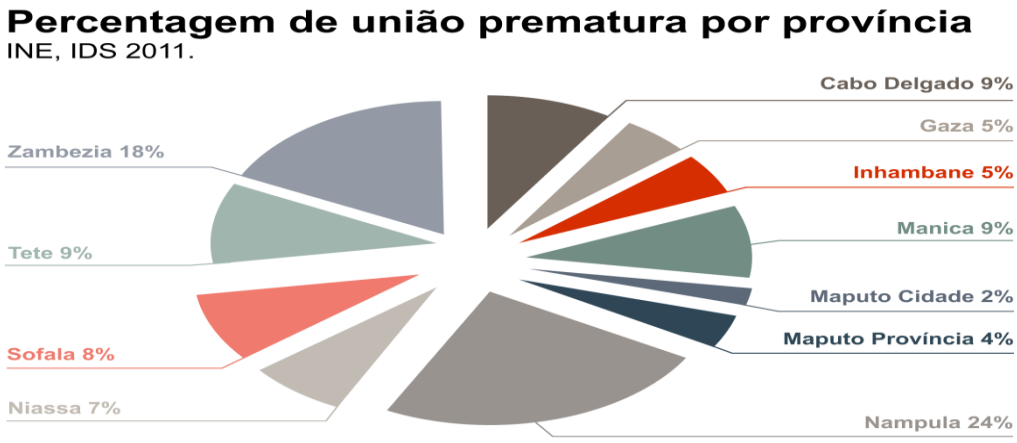
FIGURA *1*
Prevalência de união prematura de mulheres casadas anos dos 15 e os 18 anos de idade



Fonte: INE, 2011.

> A situação das uniões prematuras é preocupante. Fora das percentagens, dados oficiais mostram que a província mais populosa do país, Nampula, regista o maior número de casos, com mais de 35 mil crianças (35,365) de 15 anos em situação de união prematura. O número de crianças com idade inferior a 18 anos, em Nampula, que se encontra em uniões prematuras é mais assustador: pelo menos cerca de 130 mil raparigas (129,604). A segunda província mais populosa do país, Zambézia, é igualmente a segunda maior em termos de uniões prematuras, com 34,681 e 95,525 respetivamente. Nampula e Zambézia representam um total de 42% das uniões prematuras de todo o país, como se pode ver na Figura 2. (Selemane, 2019, p.13)

FIGURA 2
Percentagem de união prematura por província



Fonte: INE, IDS 2011.

Segundo o IDS (2011):

> Na totalidade, 38% das adolescentes já iniciaram a procriação, seja porque tiveram um filho (29%) ou porque estavam grávidas no momento do inquérito (8%). Como seria de esperar, a proporção de adolescentes que já iniciaram a procriação aumenta aceleradamente com a idade, de 11% entre as adolescentes de 15 anos, a 39% entre as de 17 anos e a 71% entre as de 19 anos. Nota-se igualmente que existem grandes diferenças segundo o lugar de residência e características socioeconómicas das adolescentes. As adolescentes que já iniciaram a procriação representam 31% nas áreas urbanas, contra 42% nas áreas rurais, 51% das adolescentes não escolarizadas, contra 26% das que alcançaram o nível secundário ou superior, e 45% no quintil de riqueza mais baixo, comparado com 23% no quintil mais elevado, tal como se pode observar na Tabela 1 a seguir. (IDS, 2011, p83)

TABELA *1*
Mulheres de 15-19 anos segundo caraterísticas selecionadas

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	MULHER QUE JÁ TEVE NASCIMENTO VIVO (%)	MULHERES GRÁVIDAS (%)	MULHERES QUE COMEÇARAM A PROCRIAR (%)	NÚMERO DE MULHERES
IDADE				
15	5.3	5.2	10.5	723
16	14.1	7.8	21.9	630
17	29	9.7	38.7	603
18	44.9	11	55.9	560
19	63.5	7.8	71.3	544
ÁREA DE RESIDÊNCIA				
Urbana	25.4	5.4	30.8	1,149
Rural	31.7	9.8	41.5	1,911
PROVÍNCIA				
Niassa	37.8	13.9	51.7	135
Cabo Delgado	44.4	9.8	54.2	164
Nampula	31.1	14.8	45.9	440

TABELA *1 (CONTINUAÇÃO)*
Mulheres de 15-19 anos segundo caraterísticas selecionadas

CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS	MULHER QUE JÁ TEVE NASCIMENTO VIVO (%)	MULHERES GRÁVIDAS (%)	MULHERES QUE COMEÇARAM A PROCRIAR (%)	NÚMERO DE MULHERES
PROVÍNCIA				
Zambézia	33.3	7.7	41	526
Tete	28.7	7.8	36.5	388
Manica	31.9	6.9	38.7	249
Sofala	23.1	5.5	28.5	383
Inhambane	22.4	5.9	28.4	156
Gaza	28.2	7.2	35.4	187
Maputo Província	26.3	5.5	31.8	239
Maputo Cidade	16.7	2.8	19.5	193
NÍVEL DE ESCOLARIDADE				
Nenhum	40.3	10.3	50.6	383
Primário	31	9.7	40.8	1,757
Secundário +	21.6	4.3	25.9	921
QUINTIL DE RIQUEZA				
Mais baixo	33.2	11.4	44.6	535
Segundo	29.9	11	40.8	524
Médio	34.9	9.6	44.5	582
Quarto	34.6	6.4	41.1	623
Mais elevado	18.2	4.5	22.7	796
TOTAL	29.3	8.2	37.5	3,061

Fonte: INE, IDS 2011.

O relatório do FNUAP de 2017, já apontava o país como marcado por disparidades de género acentuadas, incluindo uma discriminação enraizada, práticas nocivas, tais como o casamento infantil, em que uma de duas raparigas estão casadas antes dos 18 anos.

Francisco (citado por Selemane, 2019), diz que:

> A maioria dos pais que enviam seus filhos para a escola tem um nível de escolaridade bastante limitado ou são analfabetos (em particular nas zonas rurais), significando que a sua própria experiência com a escola é limitada e as suas expectativas para que os seus filhos aprendam são reduzidas às competências de base. Na vida da maioria dos pais rurais, a escola não é, no entanto, uma solução viável e, portanto, um modo de sustentabilidade e empoderamento da família a médio e longo prazo. Isto significa que as meninas são, muitas vezes, impedidas de ir à escola ou, uma vez lá, são retiradas por causa de decisões dos seus pais relacionadas com práticas culturais nocivas, como o lobolo e casamento forçado, provocando quase sempre a gravidez precoce. (Selemane, 2019, p.26)

Na questão da saúde sexual e reprodutiva em Moçambique, o governo tem apoio e cooperação da sociedade civil bem como de organizações não-governamentais, nomeadamente a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), FNUAP, UNDAF (Quadro de Assistência ao Desenvolvimento das Nações Unidas), ADPP - Moçambique (Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo), *Save the Children*, *World Vision*, FDC (Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade), só para citar alguns exemplos.

Entre 2017 - 2020 a UNICEF e a UNDAF desenharam programas alinhados com as prioridades nacionais nos planos quinquenais, planos estratégicos de educação e nos planos operacionais de educação a diferentes

níveis. Esses programas de educação focam-se principalmente na manutenção, em particular, das raparigas adolescentes, na escola, numa altura em que o governo aloca mais de 15% do seu orçamento na educação.

A ADPP - Moçambique desencadeou um projeto em Namacurra, na província da Zambézia, em que mais de cinco mil raparigas vulneráveis beneficiaram desde abril de 2014 a Março de 2020 de um apoio em educação da rapariga denominado Nikhalamo (que traduzido para o português significa vou ficar aqui). O foco era a retenção de raparigas vulneráveis, assegurando a conclusão do segundo grau do ensino primário e primeiro ciclo do ensino secundário. O projeto decorreu em 23 escolas primárias e 3 secundárias abrangendo 5878 raparigas dos 10 – 17 anos que aprenderam diversas atividades relacionadas com a saúde reprodutiva, HIV/SIDA, gravidez precoce, uniões prematuras e higiene menstrual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e poderem alcançar bons níveis de escolaridade. Este projeto, recuperou raparigas que se encontravam perdidas nos trabalhos do campo e do lar e que eram estigmatizadas pelos maridos. Isso possibilitou que elas atingissem os níveis de escolaridade por elas pretendidos.

A FDC teve até 2022 o registo de 150 adolescentes resgatadas de uniões prematuras desde o ano 2021. Ainda nesta senda, decorreu nos dias dois e três do mês de Novembro de 2022, em Maputo, a Conferência de Líderes Comunitários da Região da África Austral, com o tema “Um Líder Engajado, Mil Raparigas Protegidas das Uniões Prematuras”, por se ter percebido o papel sensibilizador desta classe na comunidade.

O relatório do FNUAP (2018) aponta que “duzentas e seis comunidades fizeram declarações públicas para eliminar práticas prejudiciais, incluindo uniões prematuras e mutilação genital feminina” (p.26).

No Dia Internacional da Rapariga (11 de Outubro) no ano de 2022, alguns dados foram revelados em estatísticas do período de Janeiro a Setembro, donde, na província de Manica foram registados 350 casos de uniões prematuras, e na província de Tete registaram-se 17 casos, dos quais 11 adolescentes foram resgatadas.

Os desafios relacionados com a pobreza, a desigualdade de género, a violência contra a mulher, o fraco acesso à escola por parte das raparigas, a prevalência de práticas sociais prejudiciais, o quadro legal são determinantes das uniões prematuras e requerem uma abordagem integrada, que inclua programas comunitários dirigidos às raparigas, pais e líderes comunitários, campanhas nos órgãos de informação, empoderamento da rapariga com informações e conhecimentos por forma a que possa tomar decisões próprias sobre a sua vida, mobilização de toda uma comunidade por forma a que tenha consciência e mude de comportamento em relação à esta prática, melhoria da qualidade de educação em especial a dirigida para a rapariga e promoção de ações que possam garantir a sua retenção na escola. As crianças, especialmente as raparigas, e seus cuidadores precisam ter poderes para quebrar a cultura do silêncio e para capacitá-los a denunciar à polícia ou às autoridades locais, casos de abuso e violência doméstica, incluindo a união prematura. Para além da realização de campanhas de sensibilização e de envolvimento de líderes comunitários, sobre os direitos da criança e sobre o impacto negativo das uniões prematuras é necessário disponibilizar serviços de atendimento às vítimas. É necessário desenhar programas e ações para manter as adolescentes na escola e resgatar as já unidas para que voltem a escola. É crucial que a escola e o casamento sejam mutuamente exclusivos.

Segundo a UNICEF:

> Apesar dos progressos assinaláveis para se alcançar o equilíbrio de género a nível do ensino primário, a taxa de conclusão é ainda mais baixa para as raparigas do que para os rapazes, embora os níveis de conclusão do ensino primário e transição para o secundário sejam ainda baixos para ambos, raparigas e rapazes. A baixa qualidade da educação leva alunos (tanto rapazes como raparigas) a abandonarem e não completarem o ensino, portanto, aumentar a qualidade da educação é uma estratégia-chave para manter as raparigas na escola, promover o empoderamento económico da mulher para melhorar as suas perspetivas económicas e o

> investimento na educação como um incentivo muito forte para atrasar a idade de casamento, a longo prazo, influenciar a mudança sociocultural. (UNICEF, 2015)

Portanto, pode se referir pelos dados e informações aqui trazidos, que há algum esforço, preocupação e compromisso em Moçambique, com relação às uniões prematuras.

Considerações

Muitas crianças do sexo feminino são vítimas de abuso sexual ou violência e não denunciam o infrator às autoridades devido ao estigma que esses crimes trazem à própria vítima. A maioria das famílias prefere resolver os casos de abuso sexual fora dos tribunais, por via de indemnização ou casamento. As uniões prematuras continuam a ser frequentes ao abrigo do direito consuetudinário.

Ao casar precocemente, a criança do sexo feminino abandona a escola e passa a assumir o papel de mulher e esposa sendo forçada a manter relações sexuais com um homem, geralmente mais velho, não escolhido por ela. A violência praticada contra a criança atenta contra a sua dignidade, liberdade e desenvolvimento e influência negativamente, a sua personalidade e o seu futuro. As crianças do sexo feminino, nas uniões prematuras, dependem economicamente dos maridos e não têm formação profissional de qualquer tipo. Esta situação faz com que elas sejam expostas a muitos riscos tais como o abuso sexual, violência doméstica, gravidez precoce, risco de mortalidade materno-infantil e de fístula obstétrica.

Tal como defende a ENPCCP (2016-2019), os contextos específicos socioeconómicos e culturais determinam a existência de uniões prematuras. As províncias da zona norte registam maiores índices de uniões prematuras. A região centro é medianamente afetada, enquanto na região sul verificam-se taxas de prevalência reduzidas. Fatores culturais relacionados com as conceções sobre as crianças, com a realização de ritos de iniciação, influenciam a prática das uniões prematuras e marcam a passagem para a idade adulta e o início da atividade sexual aceite pela comunidade, pois depois dos ritos de iniciação, um número significativo de crianças do sexo feminino é sujeito ao casamento. Fatores específicos associados à zona de residência, idade, sexo do chefe do agregado familiar onde vive a criança do sexo feminino e o nível de escolarização da criança, influenciam a probabilidade desta casar cedo. Há mais casamentos prematuros nas zonas rurais do que em zonas urbanas. As jovens que casam cedo tendem a ter um nível de educação inferior ao das jovens que casam mais tarde. Constitui um desafio a aplicação da legislação vigente, a conformação das normas consuetudinárias com o sistema normativo vigente. O MINEDH (citado na ENPCCP 2016-2019), diz que as alunas, quando não concluem o nível básico, estão vedadas a continuarem em outros níveis subsequentes ficando, deste modo, excluídas do meio tecnológico, bem como do mercado de emprego, complicando, deste modo, a sua participação nas atividades do desenvolvimento individual e do país". Constatou-se que as taxas de uniões prematuras (antes de 15 e 18 anos) são significativamente mais baixas entre os seguintes grupos: (i) raparigas com ensino secundário e superior.

Poucos progressos serão feitos para a eliminação das uniões prematuras a menos que as normas culturais que fomentam e promovem essas uniões sejam mudadas, haja sensibilização aos líderes tradicionais e em ambientes religiosos, assim como com as raparigas que se encontram no comando dos ritos de iniciação. Essas ações são cruciais para transmitir os benefícios de se retardar o casamento. Isto pode ser suplementado por meio de campanhas através dos órgãos de comunicação social e das redes sociais incluindo as rádios comunitárias.

O empoderamento e a educação das crianças do sexo feminino têm como consequências positivas a melhoria da saúde materna, a redução da mortalidade infantil, o aumento dos níveis de nutrição familiar e o crescimento da força de trabalho e a oportunidade de crescimento económico. As crianças do sexo feminino mais capacitadas podem aspirar a uma vida profissional e à independência como alternativa ao casamento.

Desde o período que iniciou a instabilidade em Cabo Delgado e noutras zonas da região norte do país, o ambiente para as uniões prematuras tornou-se, de alguma forma, mais favorável, devido a carência de quase todo o tipo de condições de sobrevivência, originado pela degradação do tecido social e económico e destruição de maior parte de infraestruturas vitais. A correção desta situação requer uma intervenção multissectorial e coordenada, quer a nível do governo como da sociedade civil e parceiros de cooperação.

Referências

Birdsall, N. (2001). New findings in economics and demography: implications for policies to reduce poverty. In Birdsall, N; Kelley, A.C. e Sinding, S.; Population matters: Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world. (Chapter 14, pp. 1-12). Oxford: Oxford University Press Online.

Conselho de Ministros (2015). *Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros em Moçambique (2016-2019)*. Ministério da Mulher e Acção Social. Maputo.

Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde (2013), *Inquérito Demográfico e de Saúde* – 2011, Maputo.

Osório, C., & Macuácua, E. (2013). *Os Ritos de Iniciação no Contexto Actual: Ajustamentos, Rupturas e Confrontos. Construindo Identidades de Género***.** WLSA Moçambique, Maputo.

UNFPA (2019). *Relatório Anual de 2018 – Realizando o Potencial dos Jovens*. Moçambique.

UNFPA (2020). *Relatório Anual de 2019 – O Dividendo da Juventude*. Moçambique.

Selemane, T. (2019). *O Impacto das Uniões Prematuras na Educação, Saúde e Nutrição em Moçambique*. Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança. Maputo.

UNICEF (2015). *Casamento Prematuro e Gravidez na Adolescência em Moçambique: Causas e Impacto. Maputo.*

World Vision (2020). *Sensibilização sobre a Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras – Manual do Facilitador Comunitário*. CECAP. Moçambique.

ARTICULAÇÕES ENTRE O PES E A CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO: UM EXEMPLO PRÁTICO

Paula Lagarto
Agrupamento de Escolas de Almodôvar | paulalagarto@aealmodovar.org

Vânia Oliveira
Agrupamento de Escolas de Almodôvar | vaniaoliveira@aealmodovar.org

Raquel Forca
Agrupamento de Escolas de Almodôvar | raquelforca@aealmodovar.org

Arbitragem científica:
Revisor 1
Alejandra Carreño Calderón
Centro de Salud Global Intercultural, UDD, Chile
a.carreno@udd.cl

Revisor 2
Henrique Pereira
Departamento de Psicologia e Educação/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/Universidade da Beira Interior, Portugal
hpereira@ubi.pt

Citação:
Lagarto, P., Oliveira, V., & Forca, R. (2025). Articulações entre o PES e a cidadania e desenvolvimento: um exemplo prático. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 263-269). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

A área da Cidadania e Desenvolvimento e o Projeto de Educação para a Saúde (PES) assumem-se como duas das áreas transversais ao currículo mais importantes das nossas escolas básicas e secundárias. A sua articulação é determinante para a maximização de recursos materiais e humanos, bem como na planificação dos Planos Anuais de Atividades dos agrupamentos de escolas. A participação no presente Congresso assenta nesse pressuposto e pretende mostrar um exemplo prático de um projeto desenvolvido na ótica dessa parceria. O projeto "MEXE-TE" teve como principal objetivo promover a valorização da prática de exercício físico, combatendo o sedentarismo na comunidade de Almodôvar. Estudos recentes do Eurobarómetro do Desporto e Atividade Física confirmam o elevado grau de sedentarismo dos portugueses, em todas as faixas etárias. Assim, partindo de dados do Desporto Escolar do agrupamento escolar e de atividades promovidas pelo Gabinete de Desporto da Câmara Municipal, o projeto desenvolveu-se de uma forma transversal e globalizante. A metodologia aplicada passou por aspetos como: a) definição do público-alvo (população estudantil e grupos na comunidade); b) definição de atividades promotoras de exercício físico, dentro e fora do espaço da escola; c) definição de áreas a envolver no projeto; d) registo em vídeo das atividades propostas; e) elaboração do vídeo de divulgação do projeto para promover hábitos saudáveis da prática de exercício físico; f) elaboração do poster para o VCNEPS. O projeto pretendeu, também, assumir-se como o resultado do trabalho colaborativo, com diferentes áreas disciplinares, curriculares e extracurriculares: o Projeto de Educação para a Saúde (PES), a Cidadania e Desenvolvimento (CeD), o Plano Nacional das Artes (PNA), ou o Plano Nacional de Cinema (PNC) trabalharam com Aprendizagens Essenciais (AE) de Educação Física (EDF), ou Ciências Naturais (CN). Finalmente, pretendeu-se que o projeto se desenvolvesse entre agentes sociais, como a Câmara Municipal, Bombeiros, ou outros parceiros económicos e sociais, como a Universidade Sénior e grupos na comunidade que promovem o exercício físico. Apesar de se concluir que ainda há muita resistência na implementação de hábitos regulares de exercício físico, e sobretudo nas faixas mais jovens, pela fraca adesão a algumas das atividades promovidas dentro do espaço-escola, o projeto tem um balanço satisfatório, sobretudo, pela visível articulação entre áreas e parceiros educativos, e o resultado final do mesmo foi divulgado através de um vídeo e do poster para o Congresso de Educação para a Saúde.

Palavras-chave: PES; Cidadania; Articulação.

1. Articulações entre o PES e a Cidadania e Desenvolvimento: Um exemplo prático

1.1 Enquadramento e valências

A presente comunicação foi preparada a partir do trabalho colaborativo desenvolvido ao longo do ano letivo 2022-2023 entre as áreas do Projeto de Educação para a Saúde (PES) e a Educação para a Cidadania e Desenvolvimento, no Agrupamento de Escolas de Almodôvar. Não se trata de um estudo académico, mas assume-se como a demostração de um exemplo prático de articulações que podem ser efetuadas entre diferentes valências em ambiente escolar e como as mesmas podem beneficiar e facilitar a promoção de certas aprendizagens essenciais.

O Agrupamento de Escolas de Almodôvar é um agrupamento escolar cuja comunidade escolar comporta 753 alunos, distribuídos da seguinte forma: 141 alunos no ensino Pré-Escolar; 172 alunos no 1º ciclo; 112 alunos no 2º ciclo; 168 alunos no 3º ciclo; 96 alunos no Ensino Secundário e 64 alunos no Ensino Secundário Profissional. Trata-se de um agrupamento com um ambiente muito heterogéneo no que diz respeito às habilitações académicas e empregabilidade de Encarregados de Educação e pais dos nossos alunos. Muitos trabalham na Câmara Municipal, outros na mina de Neves Corvo, havendo um número ainda significativo a trabalhar na área da agricultura e/ou serviços. Estes dados foram recolhidos a partir das informações contantes nos Planos de Turma facultados pelos Diretores de Turma, no ano letivo 2022/2023, onde estão registadas as principais características associadas aos alunos das respetivas turmas.

Após o levantamento de dados a partir dos Planos de Turma, as coordenadoras do Projeto de Educação para a Saúde (PES) e Cidadania e Desenvolvimento (CeD) basearam-se nas áreas de competência de perfil do aluno e no Projeto Educativo do Agrupamento para idealizar um inquérito que pudesse retratar melhor as preferências dos alunos relativamente às temáticas a desenvolver em ambas as áreas. Dado que o Projeto Educativo assenta em três vetores (Serviço Educativo de Excelência, Comunicação Dentro e Fora da Instituição, Escola Aberta à Comunidade), considerou-se essencial haver uma recolha de dados que permitisse atender às expetativas dos alunos.

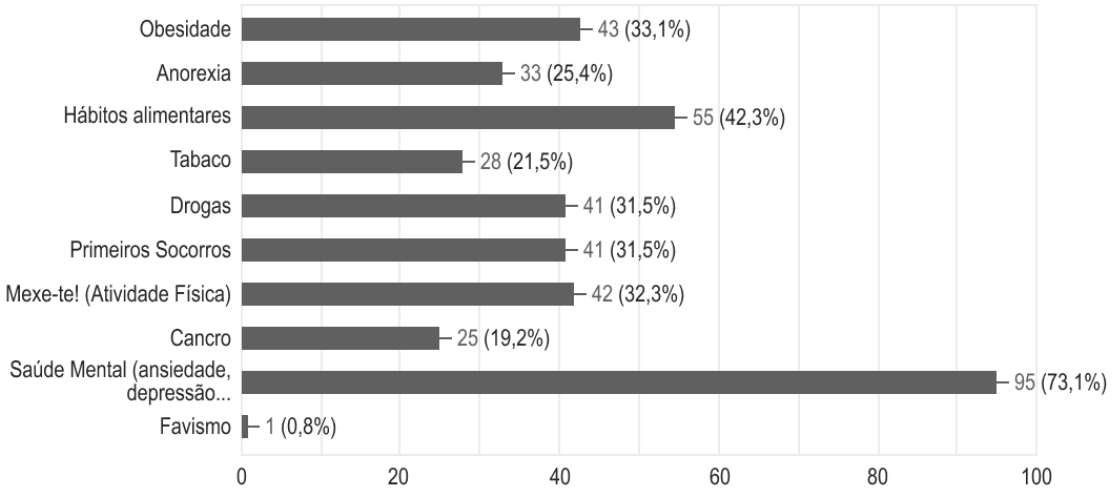
Assim, as Coordenadoras produziram um inquérito conjunto que foi aplicado aos alunos dos 2º e 3º ciclos e do Ensino Secundário. No início do ano letivo, em reunião própria para o efeito, foi elaborado o inquérito global, no *Google Forms*, para ser partilhado via digital com os alunos, via email. O inquérito tinha, na globalidade, dezoito pequenos questionários, englobando todos os domínios e subdomínios da área de CeD, bem como uma parte final para aferir outras áreas de interesse dos alunos para a promoção de atividades a integrar o Plano Anual de Atividades do Agrupamento. No domínio da "Saúde", domínio da CeD obrigatório para todos os ciclos de ensino, foram incluídos os tópicos abaixo indicados na Tabela 1.

Após a elaboração do inquérito, os mesmos foram enviados aos Diretores de Turma dos 2º e 3º ciclo e Ensino Secundário, que, de seguida, os divulgaram a cada turma para preenchimento. Foram recebidas 130 respostas de um universo de cerca de 450 alunos.

Pelas respostas recebidas, percebeu-se que se devia dar destaque a temas relacionados com a Saúde Mental (95 respostas), Hábitos Alimentares e Obesidade (55 e 43 respostas, respetivamente), os temas que mais foram destacados nas respostas ao inquérito, como se pode observar na Figura 1 (73,1% dos inquiridos referem a Saúde Mental; 42,3% os Hábitos Alimentares; 33,1% a Obesidade).

FIGURA *1*

Resultados do inquérito feito aos alunos do 2.º e 3.º ciclos e Ensino secundário



Dado que já existem na escola certas valências direcionadas mais para a Saúde Mental, como o apoio regular da Psicóloga Escolar, decidiu-se encaminhar a articulação entre o PES e a CeD para um projeto que se direcionasse para questões relacionadas com o exercício físico, por ser uma área que acabaria por estabelecer pontes com as preocupações dos alunos sobre Hábitos Alimentares e Obesidade. De seguida, pôde então concluir-se os Planos Anuais de Atividades (PAA) do PES e da CeD. No caso do PAA do PES, este alicerçou-se nos quatro temas-chave que constam no programa de apoio à promoção de educação para a saúde (PAPES), com enfoque nas seguintes áreas: Saúde Mental e Prevenção da Violência; Educação Alimentar e Atividade Física; Comportamentos Aditivos e Dependências; Afetos e Educação para a sexualidade. No caso do PAA de CeD, este centrou-se na Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania e nos diferentes referenciais publicados pelo Ministério da Educação, definindo-se no documento específico da Estratégia de Educação para a Cidadania na Escola (EECE).

O facto de ambas as áreas serem transversais ao currículo, e considerando o perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória, que contempla competências na área do Bem-Estar, Saúde e Ambiente, a Consciência e Domínio do Corpo, acentuou a necessidade de trabalhar em conjunto, potencializando diferentes vertentes comuns e envolvendo os alunos em aprendizagens mais significativas.

O trabalho colaborativo entre estas duas áreas e outras entidades e valências da comunidade escolar concretiza-se, por exemplo, em ligações com professores, alunos, a Associação de Estudantes, assistentes operacionais, o Centro de Saúde de Almodôvar, a Escola Segura (GNR), os Bombeiros Voluntários, a Intervenção Precoce, a Psicóloga Escolar, a Associação de Pais, a delegação de Almodôvar da Liga Portuguesa Contra o Cancro, a CERCICOA, a Liga Portuguesa de Dadores de Sangue, ou o teatro Maria Paulos.

Ao longo do ano letivo, as maiores dificuldades no desenvolvimento e aplicação dos PAA de ambas as áreas, tendo em conta o PAA do agrupamento, passaram pela dificuldade em enquadrar as aprendizagens essenciais das disciplinas nas atividades desenvolvidas na escola, nomeadamente, ao nível do Clube de Ciência Viva, Projeto Escola Azul, o Plano Nacional das Artes, o Plano Nacional Cinema, Plano Nacional de Leitura, os Planos de Desenvolvimento Pessoal, Social e Comunitário (PDPSC), o Desporto Escolar e outros Clubes Escolares.

Desta forma, procurou desenvolver-se um ou mais projetos que englobassem aprendizagens essenciais das disciplinas envolvidas nos mesmos, com objetivos definidos no PES e na EECE. É assim que nasce o Projeto "Mexe-te."

1.2 O Projeto Mexe-te

O projeto "MEXE-TE" é um projeto de combate ao sedentarismo na comunidade. Ao longo das diferentes fases da sua vida, o ser humano deve ter uma vida ativa, que promova o seu bem-estar físico e mental. O projeto "MEXE-TE" pretende mostrar como, independentemente da idade, todos nós podemos mexer mais do que, talvez, na maior parte dos casos, nos mexemos.

Em 19 de setembro de 2022, foi publicado o 5º Eurobarómetro, dedicado ao Desporto e à Atividade Física, que indicava que 45% dos inquiridos nunca praticou exercício ou fez desporto. 38% refere essa prática, pelo menos, uma vez por semana, mas apenas 6% menciona praticar desporto ou fazer exercício físico cinco vezes por semana ou mais. No caso de Portugal, encontramos a taxa mais alta no que diz respeito a falta de hábitos de exercício físico. De facto, de acordo com os dados do Eurobarómetro do Desporto e Atividade Física, 73% dos inquiridos, em Portugal, não faz exercício físico. De destacar as tabelas relativas a Portugal, publicadas com o estudo, cujo link de acesso se encontra nas referências bibliográficas do presente artigo, onde também se pode encontrar o link para a *press release* das conclusões do 5º Eurobarómetro, dedicado ao Desporto e à Atividade Física.

Uma vez que já se havia decidido focar a articulação entre o PES e a CeD num projeto relacionado com a prática do exercício físico, as conclusões do Eurobarómetro corroboraram a necessidade da planificação de um projeto como o Projeto "Mexe-te". No caso concreto de Almodôvar, ao nível das atividades promovidas pelo Gabinete de Desporto da Câmara Municipal, em 2022, houve 6310 utentes que praticaram atividade física nas aulas disponíveis nas instalações do Complexo Desportivo, número que se considerou bastante satisfatório, sobretudo, tendo em conta a população algo envelhecida do concelho. Ao nível do Agrupamento de Escolas, Escola Secundária, em 2022, houve 113 alunos inscritos nas modalidades do Desporto Escolar. De referir que este número é satisfatório, mas está muito direcionado para a prática do desporto de competição. Na generalidade, os alunos têm poucos hábitos de exercício físico fora do âmbito do Desporto Escolar, nomeadamente, em outros clubes escolares ou atividades promovidas na comunidade, sendo que as principais razões para que tal aconteça são, genericamente, associadas a falta de tempo, sobretudo quando questionados os alunos do Ensino Secundário, que atribuem uma prioridade maior ao tempo de estudo em detrimento de um tempo dedicado a hábitos de exercício físico.

O primeiro passo para a definição do projeto adveio dos resultados da aplicação do inquérito conjunto das áreas do PES e da CeD referido anteriormente. Quando se percebeu que havia nos alunos uma preocupação relativa a hábitos alimentares, obesidade e prática de exercício físico, e uma vez que existem na escola clubes escolares, nomeadamente, um clube de dança e o Desporto Escolar, pensou-se num projeto que juntasse estas e outras valências do agrupamento de escolas. Além disso, também existem diferentes grupos na comunidade que promovem a atividade física, em diferentes faixas etárias, pelo que se pensou que esta seria, também, uma boa oportunidade para desenvolver um projeto com a comunidade.

As coordenadoras do PES e de CeD definiram, assim, três grandes objetivos para o projeto "MEXE-TE". Por um lado, a promoção da atividade física e o combate ao sedentarismo. Este era o primeiro grande ponto em discussão que se pretendia divulgar e mostrar como todos nós podemos mexer um pouco mais do que o fazemos, independentemente da idade ou do corpo que temos. Por outro lado, quis-se colocar todo o agrupamento a colaborar, com diferentes áreas disciplinares, curriculares e extracurriculares a articularem e a produzirem um verdadeiro projeto multidisciplinar, com áreas como o PES, a CeD, o PNA, ou o PNC a trabalharem com a Educação Física, as Ciências Naturais ou o Português, entre outras disciplinas que quisessem juntar-se ao projeto. Finalmente, e porque vivemos numa comunidade dinâmica que se quer a funcionar, também ela, como um agente educativo, queria-se que o projeto fosse uma ponte de ligação com diversos agentes sociais, como a Câmara Municipal, os Bombeiros, ou outros parceiros económicos e sociais. Foram então feitos contactos, pessoalmente e institucionalmente, para aferir sobre a disponibilidade destas entidades para colaborar com o agrupamento e as respostas foram todas positivas.

Numa segunda fase, foram definidas em maior pormenor as atividades que seriam o pilar do projeto. Definiu-se que o projeto decorreria ao longo do ano letivo 2022-2023, mais precisamente, entre os meses de janeiro e abril. Não querendo ocupar tempos letivos com o projeto, tentou definir-se atividades em datas emblemáticas, em que já existissem outras atividades na escola. Como a coordenadora de CeD é, simultaneamente, coordenadora do Clube das Artes Interculturais do agrupamento e do grupo de dança deste clube, e como a dança é uma área de aprendizagem na disciplina de Educação Física também, decidiu-se que o projeto teria como inspiração o projeto desenvolvido pela ex-primeira-dama dos EUA, Michelle Obama, de combate à obesidade infantil, em colaboração com a artista Beyoncé e o seu *single* "Get Me Bodied". A propósito do uso dessa música para o desenvolvimento de uma coreografia por parte do Clube das Artes Interculturais do agrupamento, começou a desenvolver-se um trabalho de articulação com outras áreas. Assim, da coreografia preparada pelo Clube das Artes passou-se para uma coreografia para promover a atividade física nas aulas de Educação Física, tendo em conta que a dança faz parte das aprendizagens essenciais desta disciplina também. Pretendeu-se, também, que os alunos construíssem um logotipo humano com a palavra "MEXE-TE", no campo de jogos da escola sede, num trabalho colaborativo dentro deste outro projeto maior. Os benefícios da atividade física foram tratados nas disciplinas de Ciências Naturais e Educação Física, ao nível das aprendizagens essenciais dessas duas disciplinas. Todos os anos, é também promovida uma caminhada solidária no agrupamento, pelo que se decidiu que essa seria a última atividade a integrar o projeto, uma vez que essa caminhada envolve toda a comunidade. Ao mesmo tempo, a preparação da coreografia do Clube das Artes foi acompanhada por elementos do Clube de Cinema do Agrupamento, uma vez que o agrupamento de escolas está inserido no Plano Nacional de Cinema. Assim, para se produzir o vídeo para apresentar à comunidade, as filmagens foram da responsabilidade dos responsáveis pelo PNC no agrupamento.

Definidas as principais atividades e os responsáveis pelas mesmas, feitos os contactos com as entidades parceiras e definidas datas para o início do projeto, procedeu-se, então, à sua preparação concreta que começou com as atividades no seio da escola sede do agrupamento e, posteriormente, avançou para as atividades na comunidade. Não foi possível realizar o logotipo previsto, por dificuldades técnicas, mas as restantes atividades propostas foram realizadas, nomeadamente, no âmbito do Clube de Dança, com a referida coreografia a partir da música "Get Me Bodied", e com o grupo de Educação Física. Na comunidade, desde elementos da Universidade Sénior, passando por uma escola de dança sediada em Almodôvar, a Almovimento, e por aulas de fitness promovidas pela Câmara Municipal, contando com o apoio de Bombeiros Voluntários e outras organizações, também elas deram o seu contributo para o projeto, reproduzindo uma parte da coreografia pensada à sua maneira e adaptando à sua realidade – a ideia foi pôr a vila a mexer. Desta forma, a comunidade foi uma parte integrante do projeto e todos puderam mostrar como realizar uma atividade física é algo que faz muito bem ao corpo e à mente.

O projeto culminou com a organização da caminhada solidária já referida, onde novos parceiros colaboraram, nomeadamente, a CPCJ e a Liga Portuguesa contra o Cancro, estabelecendo-se novas parcerias e colaborações.

Pretendeu-se divulgar o projeto "MEXE-TE" com um vídeo, a apresentar na comunidade, tendo o mesmo sido partilhado pelos diferentes intervenientes nas redes sociais. Em cada atividade realizada, foram feitas filmagens pela coordenadora do PNC que, posteriormente, as editou e organizou o vídeo, que foi divulgado na página e no blogue do agrupamento, bem como na página da Câmara Municipal e de outros parceiros envolvidos, como a escola de dança Almovimento e os Bombeiros Voluntários. Numa fase final do projeto, foi elaborado pelas coordenadoras do PES e CeD o cartaz alusivo ao projeto para divulgação no VCNEPS.

O que se propôs fazer começou no seio do agrupamento escolar e daí extrapolou para outros setores e áreas da sociedade, alargando-se, dessa forma, a toda a comunidade educativa e não só. Além disso, a natureza transversal do projeto, no que diz respeito às áreas que abrangia e às metodologias aplicadas, tornou-o ainda mais num verdadeiro projeto comunitário e muito mais do que apenas um projeto escolar. Desta forma, o Projeto "MEXE-TE" assumiu-se como um ponto de partida e um exemplo para novos projetos multidisciplinares

e comunitários, que reflitam um verdadeiro trabalho colaborativo e, ao mesmo tempo, envolvam a comunidade, sempre com o foco nos nossos alunos e na promoção de uma educação para a Cidadania e para a Saúde.

Concluindo, apesar de alguns constrangimentos, este foi um projeto com um balanço positivo, sobretudo, por três fatores: em primeiro lugar, a articulação entre diferentes áreas na escola (PES, CeD, PNC, PNA, Educação Física, Ciências Naturais) foi bem conseguida, com diálogo e abertura de todas as partes para a execução do projeto e evidenciando como é preferível aglutinar numa só atividade objetivos de cariz mais lato e transversais do que sobrecarregar os alunos e toda a comunidade com pequenas atividades específicas; em segundo lugar, as parcerias com outros agentes educativos externos ao agrupamento de escolas mostraram, também, uma abertura por parte desses agentes em colaborar na promoção de atividades diversas e direcionadas a todas as faixas etárias, além de terem mostrado que, por exemplo, neste caso em concreto, o exemplo da comunidade pode influenciar positivamente as rotinas dos alunos, uma vez que foram os mais velhos, a população fora do espaço escola, que mais se mostrou ativa e com rotinas de exercício físico regulares; em terceiro lugar, verificaram-se, já no presente ano letivo, pequenas mudanças nos hábitos dos alunos, por exemplo, com o aumento do número de membros dos clubes escolares, como o clube de dança e o Desporto Escolar, com muitos alunos a serem reconhecidos pelo seu empenho e mérito em diferentes competições desportivas e novas associações com outros parceiros, como a COALA, responsável pela modalidade de Orientação.

Como principais dificuldades na execução do projeto, destacam-se a resistência, sobretudo, por parte dos alunos, em participar em projetos com uma visibilidade maior, nomeadamente, nas redes sociais, o que se revela curioso, dada a ligação dos alunos ao mundo das *social media*, ou que interferissem com outras atividades, ou seja, que quebrassem as suas rotinas e hábitos; por outro lado, o impacto do projeto é difícil de ser medido, uma vez que, quantitativamente, em seio escolar, apenas através das inscrições no Desporto Escolar ou outros clubes não é possível aferir até que ponto os alunos, na globalidade, mudaram os seus hábitos de prática de exercício físico. De referir, no entanto, que, apesar de estes e outros pequenos constrangimentos, nomeadamente, o uso da tecnologia na preparação e divulgação do projeto, este deve ser um modelo de atividade/projeto a valorizar no seio da comunidade educativa, sobretudo, focando as áreas e/ou temáticas que mais contribuem para a formação dos nossos alunos, não apenas no que diz respeito aos conteúdos académicos, mas também numa vertente cívica e holística.

Agradecimentos

Agrupamento de Escolas de Almodôvar

Câmara Municipal de Almodôvar

Bombeiros Voluntários de Almodôvar

Escola de Dança Almovimento

Universidade Sénior de Almodôvar

Referências

Imprensa, C. (2022, setembro 19). *Novo Eurobarómetro do desporto e atividade física mostra que 55% dos europeus fazem exercício físico*. Comissão Europeia. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/ip_22_5573.

Imprensa, C. (2022, setembro). Desporto e atividade física. Comissão Europeia. https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668.

Lagarto, V. O. e. (2023). *Projeto «Mexe-te»*. Horizontes. https://horizontesaealmodovar.blogspot.com/2023/06/projeto-mexe-te.html.

Lagarto, V. O. e. (2023). *Projeto "Mexe-te"*. https://www.youtube.com/watch?v=fpfoZURcJws.

Redacao, D. N. (2022, setembro 19). *DN/Lusa (2022). 73% dos portugueses não fazem exercício físico. dn.pt*. DN/Lusa. https://www.dn.pt/sociedade/73-dos-portugueses-nao-fazem-exercicio-fisico-15179168.html.

CIDADANIA PARA TODOS. A ESCOLA NA MEDIAÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE SOCIAL

Carlos H. Fortes Antunes
Tese Doutoramento pela FPCEUP | carfortunes@hotmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Sofia Belo Ravara
Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde - ULS da Cova da Beira, CHUCB, Portugal
sbravara@fcsaude.ubi.pt

Citação:
Antunes, C. (2025). Cidadania para todos. A escola na mediação para a sustentabilidade da saúde social. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 271-282). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

A formação dada pela escola assente em ideias cartesianas, de divisão e simplificação, deixou de se ajustar a um mundo cada vez mais global e complexo. Visando "dar uma educação de qualidade a todos e a todas", a Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC) surge como projeto fundamental para o futuro dos portugueses, propondo-se facilitar o acesso a novas ferramentas, mais adequadas a explorar a complexidade. O referencial da ENEC dá garantias de ser uma ferramenta de excelência, correspondendo ao desafio colocado aos profissionais que o elaboraram e dando "corpo" ao projeto. A avaliação dos alunos em cidadania passa pela aferição de competências "mentais" pré-estabelecidas. Mas além de não existirem sinais de haver um controlo do impacto da ENEC na sociedade, é esquecido um dos três pilares da saúde, "o social", tal como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste trabalho pretendemos analisar o posicionamento da escola na aplicação do referencial da ENEC, e a articulação deste com a teoria da complexidade e com os resultados de transformação social esperados. Fizemos uma abordagem metodológica híbrida, assente na teoria crítica, com uma ontologia interativa. Usámos como ferramenta de análise um referencial triádico matéria-espaço-tempo, construído em investigação empírica assente em 12 grupos focais. Resultados e discussão: As crianças e os jovens enquadráveis na ENEC representam apenas 19% da população. Como só terão capacidade para intervir socialmente daqui a 10 a 15 anos, os efeitos, positivos ou negativos, da aplicação da ENEC na sociedade, só poderão ser medidos nessa altura. Da investigação empírica ressalta que as pessoas com mais de 65 anos estão focadas no passado e em si mesmas, e aquelas com menos de 65 anos estão focadas no presente e nas relações, ou seja, quase não se relacionam no espaço-tempo. Aplicar a ENEC às pessoas a quem, no passado, a escola transmitiu métodos de simplicidade, iria permitir identificar um campo de relação comum a toda população, aberto à complexidade e ao futuro, permitir um controlo sistemático da aplicação global da ENEC, e evitar uma discriminação geracional. Conclusão: ao não se abrir a ENEC ao resto da sociedade, limitando-a à relação fechada escola-aluno, corre-se o risco de que a população não-escolar possa vir a ser mantida no quadro da simplicidade, mais sujeita às ações de governos menos democráticos, e de que a escola, em vez de ocupar o eixo central da diversidade e da intercultura, continue a manter uma homogeneidade tolerante.

Palavras-chave: Cidadania; Saúde-social; Escola-global.

Introdução

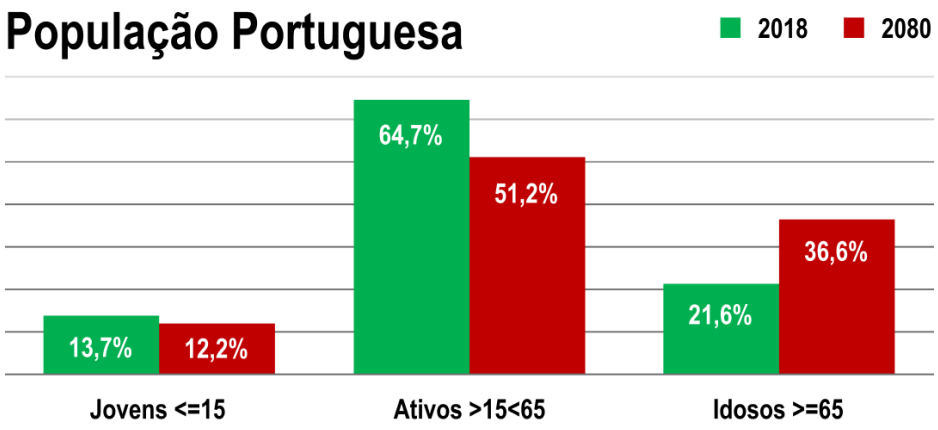
Este trabalho resulta do aprofundamento de um trabalho anterior, aplicado à análise da Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC). Começámos por fazer um enquadramento teórico onde contextualizámos a população portuguesa, no que diz respeito aos índices de educação para a cidadania, abordámos o enquadramento legal e as ferramentas desenvolvidas por peritos para o efeito. Fizemos uma comparação entre as boas intenções e objetivos traçados no quadro da comunidade europeia e a realidade prática, face ao aumento previsto da população com mais de 65 anos. Genericamente são comparados os tipos de interesses e de preocupações de dois grupos de pessoas: com menos e com mais de 65

anos. Mas não interessou aqui fornecer informação relativa aos "interesses" e "preocupações" diretamente manifestadas pelos participantes, já explorada em trabalho anterior, mas fazer uso do referencial matéria-espaço-tempo (MET), construído naquele trabalho, para se projetar o tipo de subcategorias de "interesses" e "preocupações" no plano da relação espaço-tempo, para ali comparar estas duas dimensões. Dessa comparação resultou uma nova leitura e um contributo no sentido da adoção de estratégias multidisciplinares e transdisciplinares a aplicar, tendo em vista um maior aproveitamento sinérgico na aplicação da Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC).

Enquadramento Teórico

Até à reforma de Veiga Simão ocorrida em Portugal, em abril de 1973, havia uma elevada taxa de analfabetismo. A maioria das pessoas que hoje tem mais de 65 anos, teve uma educação escolar assente em ideias de simplificação e de ordem, herança de Descartes (1991), e em pressupostos não democráticos, baseados numa ideologia nacionalista suportada pela trindade Deus, Pátria, Família, não exercendo o direito de participar, como cidadão livre, no poder político (Stoer, 2008). A grande maioria da população que hoje tem mais de 65 anos, e apresenta ainda marcas de sujeição a uma educação não democrática, não teve a oportunidade de usufruir de uma educação escolar vocacionada para o exercício da cidadania, tal como hoje é preconizada pelo Despacho n.º 6173/2016 (2016), cujo objetivo pretende criar condições para veicular um conjunto de direitos e deveres para crianças e jovens através da Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC). Passados 50 anos, num percurso feito com a pretensão de se "educar todos os portugueses", em todos os recantos do país (Stoer, 2008, p. 24), as estatísticas mostram, conforme Figura 1, a tendência para o aumento da população com mais de 65 anos, reforçando a necessidade de se olhar para os reflexos sociais do crescimento deste grupo etário, e nas mudanças que podem ocorrer devido a este fenómeno. Na proposta do Grupo Trabalho Educação para a Cidadania ([GTEC], 2017), é recomendado que o âmbito da ação se foque entre o nível pré-escolar até ao fim da escolaridade obrigatória, tendo como finalidade a construção de melhores cidadãos para futuro. Ou seja, as pessoas idosas não parecem ser contempladas nesta estratégia de educação para a cidadania. Da mesma forma a Resolução de Conselho de Ministros n.º 61/2018 (2018), que aprova a estratégia para a igualdade e não discriminação, "Portugal + igual, 2018-2030", pretendendo eliminar estereótipos, fala da violência doméstica e de género, da discriminação sexual, e da desigualdade entre homens e mulheres, mas não faz qualquer referência à discriminação em função da idade. Hespanhol e Santos (2022) referem que, desde 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu o direito de as pessoas idosas participarem ativamente na sociedade, promovendo o debate multidisciplinar e desenvolvendo políticas de combate à exclusão social por causa da idade. A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia passou a valorizar, desde 2000, um conceito de sociedade para todas as idades (ibidem, 2022). O aumento da esperança de vida em Portugal e no mundo, refletindo o desenvolvimento e a eficácia dos cuidados de saúde a partir de meados do século XX, transformou os idosos num ativo capaz de participar significativamente na construção de uma sociedade mais integrativa, levando a que tenham sido elaboradas estratégias para promoção da dignidade do homem em todas as fases da vida, levadas à discussão na Assembleia da República (ibidem, 2022).

FIGURA *1*
Projeção da população residente 2018-2080



Nota. As estatísticas mostram a lógica de divisão social subjacente, entre os jovens, os ativos e os idosos, representando respetivamente o futuro, o presente e o passado. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020).

Morin (2003) defende que estamos em transição para a complexidade, para o entendimento daquilo que é tecido em conjunto, e do global, implicando relações com avanços e recuos, de desordem e incerteza. Ou seja, estamos num processo que implica naturalmente o aparecimento de conflitos e a necessidade de mediações (Antunes, 2021). Daí que, na lógica de uma educação para cidadania para todos, consagrada pela UNESCO, importa ter em conta a diversidade e a complexidade (Despacho n.º 6478/2017, 2017), bem como a necessidade de equilíbrio na participação ativa de todos os grupos etários. Só podemos falar de cidadania, no quadro de um sistema democrático onde todos e todas possam participar na vida social (GTEC, 2017), que assente na articulação e complementaridade entre três pilares: o da educação, o da saúde e o da liberdade (Júnior, 1945).

Quanto ao pilar da educação, o Despacho n.º 6478/2017 vem homologar "o perfil do aluno à saída da escolaridade obrigatória", tendo em vista contribuir para a criação de uma sociedade onde a pessoa e a dignidade humana sejam centrais. A passagem do modelo cartesiano, focado no aluno e na simplificação, para um modelo que atenda à sociedade global e permita uma melhor articulação entre os indivíduos e a sociedade, levou à construção do esquema conceptual do "Perfil de Alunos, à Saída da Escolaridade Obrigatória", preconizando um impacto tridimensional: nos valores individuais, nas áreas de competências que obrigam ao relacionamento interpessoal e nos princípios de inclusão, de sustentabilidade e de adaptação constante, que devem estar na base do relacionamento social e intercultural, baseados na ideia duma escola para todos (GTEC, 2017). O perfil construído tem a visão da aprendizagem ao longo da vida, foca-se nas formas de operacionalizar um ambiente escolar inclusivo, transversal e multifacetado, rejeita a discriminação e a exclusão social, valorizando o debate democrático e a diversidade cultural (Despacho n.º 6478/2017, 2017), mas está apenas vocacionado para "todas as crianças e jovens até aos 18 anos de idade".

A OMS fugindo de uma ideia de saúde limitada à "ausência de enfermidades", definiu como dimensões a considerar no pilar da saúde, os aspetos "físicos, mentais e sociais". No entanto o foco foi apenas colocado no indivíduo e na sua avaliação mental, deixando de lado a ideia de uma saúde social, onde a sociedade e a qualidade das relações sociais possam ser vistas como um todo. É neste contexto, que aparece a preocupação com o indivíduo idoso, através do Despacho n.º 12427/2016 (2017), onde o grupo interministerial apresenta a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida e o aumento da capacidade funcional das pessoas idosas, através do desenvolvimento de políticas transversais e multidisciplinares, capazes de promover mais saúde, mais participação e segurança social.

Quanto ao pilar da liberdade, a dinâmica à volta do conceito, reflete a sua importância. Espinosa (como citado em Grayling, 2020) considera a paz pública essencial para a promoção da ciência e para o homem se libertar

do medo de viver, devendo encarar a sociedade e os outros. Para Leibniz (como citado em Grayling, 2020), o mundo não pode ser um lugar perfeito, pois senão, o homem não teria livre-arbítrio para merecer o reconhecimento do que faz bem ou mal. Acrescenta que ao não conhecer o futuro o homem é livre, e dessa forma equipara a ignorância à liberdade. Para Kant (como citado em Grayling, 2020) o bem maior é a liberdade para usar a razão publicamente. Hegel (como citado em Grayling, 2020) associa a liberdade absoluta ao do conhecimento absoluto, e sujeita a liberdade individual ao cumprimento do dever social. Schopenhauer (como citado em Grayling, 2020) defende a necessidade do homem se libertar do poder da vontade e do desejo. Para Sartre (como citado em Grayling, 2020), desde que nasce, o homem está condenado a ser livre devendo assumir a responsabilidade por tudo o que faz. Sartre (como citado em Grayling, 2020, p. 553) distingue duas categorias fundamentais de ser: "o em-si", o ser não consciente que desempenha o papel de substância, associando-o ao passado, e o "para-si", o ser consciente, que atua contra as coisas, associando-o ao futuro. Mais tarde Sartre acrescenta uma terceira categoria de ser, "o para-outros", abrindo a porta a uma terceira dimensão do ser, que a nosso ver, permite fazer a articulação entre o ser "em-si" e o ser "para-si", permitindo três tipos de relações: de integração, de desenvolvimento e de transformação (Antunes, 2021).

Neste quadro, a ENEC é um projeto de excelência, faz parte das medidas da Educação para o Desenvolvimento e Cidadania Global – EDCG que, através da escola, pretende dar a todos e a todas o acesso a novas ferramentas para se enfrentar um mundo mais complexo e global. Mas apenas se foca nas crianças e jovens que frequentam a escola desde o 1.º ciclo até ao secundário, reduzindo a avaliação às competências mentais dos indivíduos, ficando por saber como avaliar as competências sociais da prática de cidadania.

Metodologia

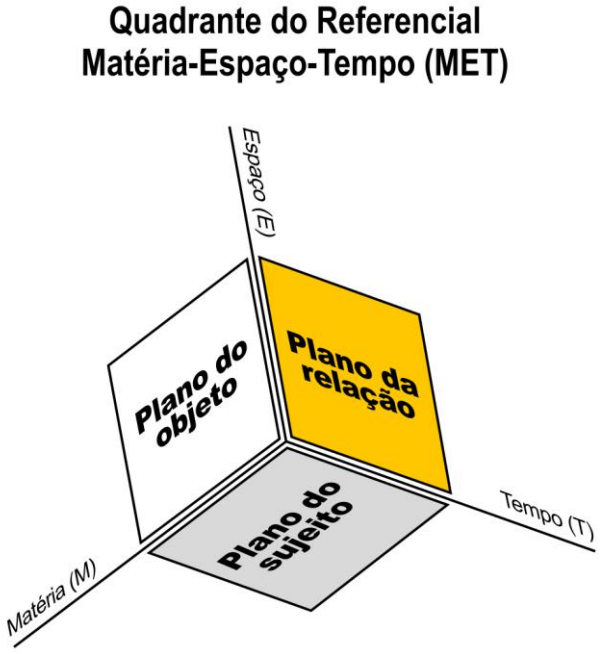
O referencial metodológico empregue neste trabalho, resulta de um trabalho anterior, um estudo de caso "situacional" (Gómez et al, 1996, como citado em Coutinho, 2022, p. 338) que incidiu nas "mediações nas transições paradigmáticas" (Antunes, 2021), e teve como eixo central a mudança e as transições de entrada e de saída da vida social ativa, geradoras de conflito. Na ocasião, com ajuda do programa NVivo 9, construímos um objeto dinâmico fazendo a articulação de uma abordagem histórica, à volta de narrativas biográficas centradas no par "interesses e preocupações", com uma abordagem prospetiva à volta da "mediação escolar" (Ibidem, 2021). A abordagem inicial inscreveu-se no paradigma qualitativo, e assentou na realização de entrevistas abertas, semiestruturadas, reunindo 12 grupos de discussão focalizada, 66 pessoas (29 mulheres e 37 homens) da região do Porto, que vivenciaram e experienciaram o fenómeno, ainda que em diferentes fases do mesmo, podendo num nível diferente, ser entendido como um estudo de caso múltiplo, permitindo uma "comparação constante" (Gómez et al, 1996, como citado em Coutinho, 2022, p. 338).

Os 12 grupos fizeram parte de uma amostra intencional, onde não se procurou a uniformidade, mas a diversidade e "as variações máximas" (Bravo, 1992 como citado em Coutinho, 2022, p. 340), que permitem alcançar a perspetiva crítica de uma "multirreferencialidade interpelante" (Correia, 1998, como citado em Antunes, 2021, p. 76). Enquadrámos os grupos 1, 2, 3, 6 e 7, segundo pressupostos de uma 'relação mais estável escola/trabalho', dada pelas escolas do ensino dito normal (Antunes, 2021). Os grupos 8, 9, 11, e 12, respetivamente estudantes-ambliopes, estudantes-trabalhadores, e estudantes de cursos profissionais de restauração e informática, foram enquadrados numa 'relação condicionada escola/trabalho' (ibidem, 2021). O grupo 10 – pessoas reformadas com mais de 65 anos, de classe média-alta, institucionalizadas num lar de idosos, foram enquadradas numa 'relação estável trabalho/vida' (ibidem, 2021). E por último foram enquadrados os grupos 4 e 5, numa 'relação condicionada trabalho/vida', aqueles com relações instáveis com o mundo do trabalho (ibidem, 2021).

A necessidade de se analisar "como" articular sistemas dicotómicos de conflito, com os sistemas triádicos de mediação, ajustou-se à estratégia de estudo de caso (Yin, 2003 como citado em Antunes, 2021), e conduziu-nos a um "paradigma transformativo" (Antunes, 2021, p. vi), capaz de articular o paradigma qualitativo, com "outros paradigmas de investigação, como o positivista ou mesmo o crítico" (Ponte, 1994; Punch, 1998 como

citados em Coutinho, 2022, p. 336). “Quase tudo pode ser um caso”, nomeadamente um processo, que envolva múltiplas fontes de informação e uma boa definição de fronteiras entre o fenómeno e o contexto (Coutinho, 2022, pp. 334-335). No caso, o fenómeno é a transição e a mudança paradigmática, que justifica a mediação que ocorre na passagem de um contexto de conflito para outro de paz, e que associa as fronteiras a três eixos, “matéria, espaço e tempo” (Antunes, 2023), ou a três vetores identitários – “o hábito, o conflito e o reconhecimento” (Antunes, 2021). Da mesma forma conduziu-nos a uma ontologia relacional, a uma epistemologia deambulante, onde em função da evolução da fase de análise do objeto, o investigador ocupa diferentes posições no referencial, através de uma metodologia mista e híbrida (Antunes, 2021). O referencial MET apresenta vários níveis de desenvolvimento, podendo ser representado na forma de um dendrograma, ou ter uma representação tridimensional (3D), conforme Figura 2.

FIGURA 2
Quadrante do referencial Matéria-Espaço-Tempo (MET)



Nota. Adaptado de Antunes (2023)

Resultados

As crianças e os jovens enquadráveis na ENEC representam cerca de 19% da população portuguesa (INE, 2022). Estes jovens, só terão capacidade para intervir significativamente na sociedade daqui a 10 - 15 anos, numa altura em que possam assumir o exercício da cidadania com liberdade e com responsabilidade. Assim, os efeitos positivos ou negativos de aplicação da ENEC só poderão ser medidos nessa altura. Até lá a única aferição da aplicação do processo, é efetuada através da escola. Deste modo, ao longo do processo, existe a probabilidade de conflito entre a aculturação familiar dos alunos, através de pais e avós educados com base no paradigma da simplificação, e a aprendizagem desenvolvida na escola, atualmente em transição para o paradigma da complexidade através da ENEC. Se só as crianças e os jovens em idade escolar cabem na ENEC, então cerca de 81 % da população fica de fora da aprendizagem promovida pela Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania.

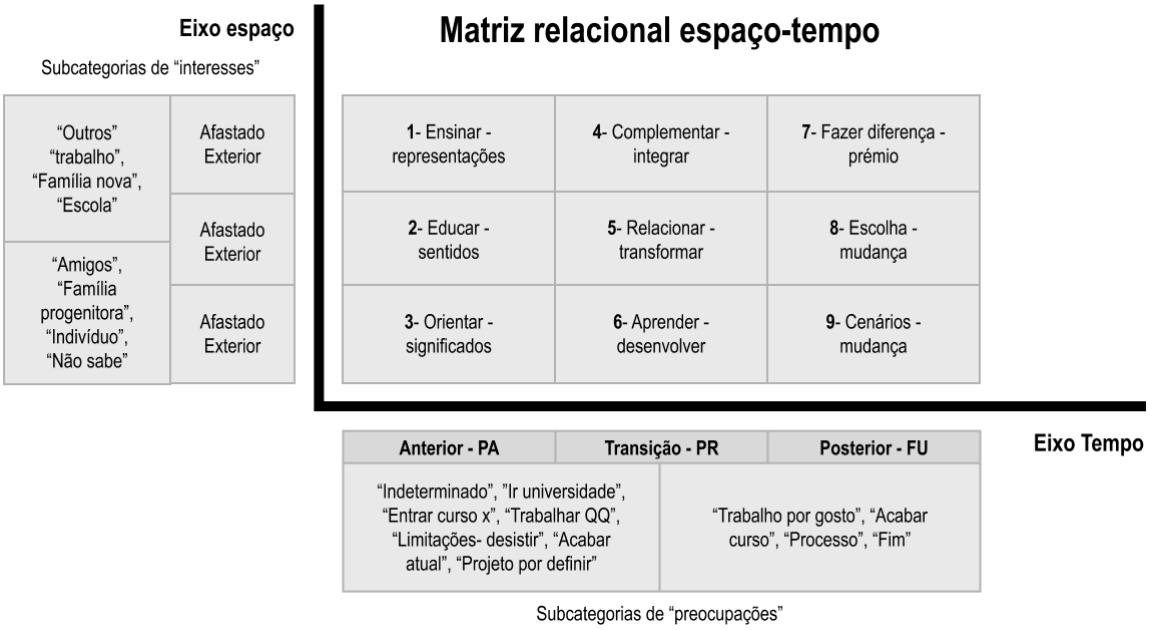
No trabalho que aqui apresentamos, apenas aproveitámos do trabalho anterior, os dados da abordagem histórico-social com foco nos “interesses e preocupações” (Antunes, 2021), para compararmos no plano matricial formado pelos eixos espaço-tempo, do referencial Matéria-espaço-tempo (MET), as respostas dadas

pelos 11 grupos de pessoas com idade inferior aos 65 anos, com as respostas dadas pelo grupo de pessoas com mais de 65 anos. Ou seja, fazemos uma abordagem qualitativa, usando como ferramenta de análise, um quadrante do referencial Matéria-espaço-tempo (MET), (Antunes, 2023), conforme Figura 2.

Nesta visão ontológica coexistem três planos: o da estrutura/objeto, o da agência/sujeito e o da relação, partilhando um referencial comum que evolui por níveis de forma helicoidal. A utilização do referencial MET como ferramenta de análise qualitativa permite a mudança da lógica dicotómica (sujeito/objeto), para a lógica triádica, onde o elemento do meio, de transição ou plano da relação espaço-tempo (E x T), se torna central, permitindo uma leitura matricial (Antunes et al., 2019). Assim, conforme a Figura 2, o "plano do objeto" é formado pelas relações entre os eixos matéria (M) e espaço (E), o "plano do sujeito" é formado pelas relações entre os eixos tempo (T) e matéria (M), e o "plano da relação" pelas relações entre os eixos espaço (E) e tempo (T) (Antunes, 2023). Os atributos associados a cada eixo podem ser detetados em todos os níveis de desenvolvimento, embora quer os eixos, quer a relação entre eles, possam mudar de designação em cada nível.

Aqui, não nos focamos na identificação dos "interesses" projetados no "plano do objeto", nem nas "preocupações" projetadas no "plano do sujeito", conforme a Figura 2, mas no tipo de relações que aqueles "interesses e preocupações" refletem quando projetados do "plano da relação" espaço-tempo, do referencial MET. Nessa lógica agrupamos as respostas dos participantes dividindo-os em dois grupos: os menores e os maiores de 65 anos. Conseguimos esse efeito estabelecendo um limite, ou seja, assumindo o valor unitário (1) no eixo matéria (M), transformando o problema num estudo de caso múltiplo (Antunes, 2021), o que nos permitiu projetar as subcategorias de "interesses" e "preocupações", respetivamente nos eixos espaço e tempo, e criar uma matriz relacional espaço-tempo, conforme Figura 2.

FIGURA *3*
Projeção Matricial de Interesses e Preocupações no Plano Espaço-Tempo



Nota. Adaptado de (Antunes, 2021, p. 129), da Figura 9, *"Esboço do objeto 'Transição -1', projetado no nível -2".*

No polo histórico-social: a) As subcategorias, "Não sabe", "Indivíduo", "Família progenitora"," Amigos", "Escola", "Família Nova", "trabalho" e "Outros" (Antunes, 2021), correspondentes à categoria "Interesses", ao serem projetadas no "eixo espaço" através do critério que evolui do "mais próximo e interior" para o "mais

afastado e exterior", dão origem a três tipos de relação – "Individual, Relacional, Coletivo"; b) As subcategorias "Acabar curso", "Ir Universidade", "Indeterminado", "Trabalho por Gosto", "Entrar Curso X", "Trabalhar QQ", "Social", "Projeto por Definir", "Processo", "Fim", "Acabar Atual", e "Limitações – Desistir" (Antunes, 2021), correspondentes à categoria "Preocupações", ao serem projetadas no eixo tempo através do critério que evolui do passado para o futuro, dão origem a três tipos de relação – "Passado (PA), Presente (PR), Futuro (FU)".

Ao fazermos a projeção no plano espaço-tempo, do tipo de interesses e preocupações, com base nos atributos da Figura 2, podemos dizer que as pessoas com menos de 65 anos, conforme Figura 3, e aquelas com mais de 65 anos, conforme Figura 4, quase não se relacionam nesse plano. O grupo de indivíduos com idade média inferior a 65 anos, conforme Figura 3, centra as suas preocupações e interesses, no plano espaço-tempo, nas relações espaço – coletivo (36,3%) e relacional (51,4%), e nas relações tempo - presente (52,9%) e futuro (31,1%). Já o grupo de indivíduos com mais de 65 anos, conforme Figura 4, centra as suas preocupações e interesses, no plano espaço-tempo, nas relações espaço - individual (88,9%), e nas relações tempo – no passado (72,2%).

FIGURA *4*
Relações espaço-tempo dos menores de 65 anos

Relações Espaço

Menores de 65 anos

Menor 65	Passado	Presente	Futuro
Coletivo	5,8%	**19,2%**	**11,3%**
Relacional	8,2%	**27,2%**	**16,0%**
Individual	2,0%	6,5%	3,8%

Relações Tempo

Nota. Adaptada de Antunes (2022)

FIGURA *5*
Relações espaço-tempo dos maiores de 65 anos

Relações Espaço

Maiores de 65 anos

Maior 65	Passado	Presente	Futuro
Coletivo	4,0%	1,2%	0,3%
Relacional	4,0%	1,2%	0,3%
Individual	**64,2%**	19,8%	4,9%

Relações Tempo

Nota. Adaptada de Antunes (2022)

Os resultados matriciais apontam que as pessoas com mais de 65 anos estão focadas no passado e em si mesmas, e aquelas com menos de 65 anos estão mais focadas no presente e nas relações. Ou seja, aqueles dois grupos de pessoas, quase não se relacionam no espaço-tempo, pois têm tipos de preocupações e interesses muito diferentes.

Quais serão então as consequências de se juntar a ENEC, inteiramente vocacionada para as crianças e para os jovens, à predisposição que transparece da investigação empírica para o não relacionamento com o exterior das pessoas com mais de 65 anos, numa altura em que se prevê o aumento da população desta faixa etária?

Se aceitarmos que "a reflexividade é um mecanismo de mediação entre agência e estrutura" (Archer, 2003b, 2007, como citada em Caetano, 2011), no referencial MET, a agência seria representada no plano do sujeito, e a estrutura no plano do objeto. Desta forma a reflexividade, ou estaria representada no plano relacional espaço-tempo, entre os eixos espaço (E) e tempo (T), ou seria reduzida ao eixo matéria (M), de interseção dos planos do sujeito e do objeto, conforme Figura 1. No primeiro caso e num determinado nível, estaríamos apenas a considerar uma reflexividade associada ao plano da relação, espaço-tempo, ou seja, às relações de transformação (Antunes, 2023). Deixaríamos de fora, a reflexividade associada ao plano do sujeito, ou seja, às relações de desenvolvimento, bem como a reflexividade associada ao plano do objeto, ou seja, às relações de integração (Antunes, 2021, 2023). No segundo caso cairíamos na ideia de conflação proposta por Archer (2007). Caetano (2011, p. 165) refere que importa "completar os diálogos internos de Archer com as conversas externas que decorrem de situações de copresença". Desta dicotomia entre o exterior e o interior, Caetano (2011) parece assumir uma maior importância da "estrutura" e da "agência", em detrimento da "relação" entre ambas. A nosso ver, importa colocar em pé de igualdade ontológica, o plano estrutura/objeto, o plano agência/sujeito, e o plano da relação (Antunes, 2021). *Embora n*a lógica de que a reflexividade remete para liberdade e para a autonomia do indivíduo, e no quadro da constituição social dos indivíduos (Archer, 2003b, como citada em Caetano 2011, p. 166), se assuma que todos os indivíduos têm uma reflexividade que corresponde à articulação do agente, do ator e do sujeito, ou seja, tridimensional, no "modelo de processos reflexivos ao nível individual", proposto por Caetano (2011, p. 168), parece retirar-se importância ao ator, destacando a dimensão externa, "origens e recursos", associada ao agente e à estrutura, e a dimensão interna, "disposições", associada ao sujeito e à agência. A mediação entre estrutura e agência proposta por Caetano (2011) é feita por um terceiro eixo "o sentido prático", onde a um outro nível se restringe a reflexividade a um mecanismo mediador. Não pretendendo neste trabalho fazer uma aferição do "modelo de processos reflexivos ao nível individual" com o referencial MET, parece-nos, no entanto, que o "modelo de processos reflexivos" (ibidem, 2011), embora faça referência a três eixos – os recursos (matéria), o sentido prático (espaço) e as disposições (tempo), não lhes atribui igual importância no processo reflexivo, nem considera, para tal, o seu efeito sinérgico. No entanto, naquilo que interessa assinalar para este trabalho, concordamos que a reflexividade não pode ter apenas uma vertente interna. Caetano (2011) acrescenta uma vertente externa, e através do referencial MET vemos que haverá ainda uma terceira vertente relacional da reflexividade, indo ao encontro da divisão tripartida do ser, referida por Sartre (citado em Grayling, 2020). As projeções efetuadas num subnível do plano espaço-tempo, conforme a Figura 3 e a Figura 4, refletem de forma matricial, nove tipos de disposições (Antunes et al., 2019; Antunes, 2021, 2023), que englobam as três vertentes da reflexividade acima referidas, e onde a "dimensão temporal" referida por Caetano (2011, p. 170), já está representada. Logo, este plano espaço-tempo não deixa de fora os mecanismos e aspetos externos da reflexividade associados ao relacionamento interpessoal e ao contexto (Caetano, 2013), nem os aspetos associados a uma pré-reflexividade. Ou seja, no referencial MET, a reflexividade tem a vertente externa, a interna e a relacional, a vários níveis. Por isso não é possível olhar para cada um dos três eixos separadamente, sem se pensar também, que existe uma articulação sinérgica entre os mesmos.

Neste quadro e face aos resultados empíricos obtidos, pode dizer-se que o grupo de pessoas com mais de 65 anos apresenta maioritariamente uma reflexividade interna, e que o grupo de pessoas com menos de 65 anos apresenta maioritariamente uma reflexividade relacional e externa. De acordo com Rosas (2005, p. 168) existe uma "graduação vivencial que passaria por três estádios: inquietude, ansiedade e angústia". O grupo de pessoas com mais de 65 anos parece estar entre o estádio vivencial da angústia, "em que tempo se torna lento, que pára e tolhe toda a atividade do sujeito" e o tempo presente, onde existe a inquietação pela espera, (Rosas, p. 169). Já o grupo de pessoas com menos de 65 anos parece estar entre o estádio de inquietude ou conflito do presente e o estádio de ansiedade, "onde tudo é futuro" (ibidem, p. 169). Desta forma, a ausência

ou diminuição de contacto relacional entre os dois grupos é prejudicial a ambos, e por consequência à sociedade.

Em cada um dos dois grupos, menores e maiores de 65 anos, existe um desequilíbrio no tipo de reflexividade, havendo uma separação dos "processos normais da emoção e da razão" (Damásio, 1994, p. 73), criando barreiras, limites e coartando a liberdade de escolha, fundamentais para a prática de uma cidadania completa. Como defende Damásio (1994, p. 15) "a razão humana não depende de um único centro cerebral, mas de vários sistemas cerebrais" havendo interdependências entre áreas de razão de nível superior e inferior, capazes de criar construções maravilhosas através da "percepção [sic], memória e raciocínio" (ibidem, 1994, p. 113). Só na lógica de uma ontologia relacional é possível perceber que "os fenómenos mentais só podem ser percebidos no contexto de um organismo em interação com o ambiente que o rodeia" (Damásio, 1994, p. 18), de onde se torna fundamental a complementaridade das diferentes reflexividades, apresentadas pelos grupos com mais e com menos de 65 anos de idade. O referencial MET permite perceber a complementaridade e a forma como articulamos o "Nós", no eixo M, o "Eu", no eixo T, e o "Outro", no eixo E (Antunes, 2023). De acordo com Jebeli (2023, p. 31), sendo o cérebro humano "uma coisa viva e em mudança", existem três tipos de fatores que influenciaram o processo da sua evolução: o acaso, o destino e a cultura. Defendendo uma maior importância do acaso, em relação à estratégia, assinala que "a evolução cultural pode ser mais importante que a evolução biológica" (ibidem, 2023, p. 41), levando a que os menos esclarecidos migrem para o mundo dos mais esclarecidos. Neste pressuposto, um menor relacionamento entre os grupos com mais de 65 anos e aqueles com menos de 65 anos, terá influência na evolução ou involução do cérebro no futuro. Esta diminuição no relacionamento com o novo, com o diferente e com o diverso, num tempo em que cresce a importância da inteligência artificial (IA), muito valorizada a nível empresarial, como apoio às necessidades de automatização dos processos, de recolha de informações e de estimulação ao envolvimento do cliente (Davenport & Ronanki, 2021), inibe, de certa forma, as soluções fora da caixa. A IA usa a perceção cognitiva, através de algoritmos com o fim de detetar padrões em grandes volumes de dados (ibidem, 2021). Como referem Luca et al. (2021, p. 43), "os algoritmos também precisam de gestores". Embora os algoritmos tornem as previsões mais precisas, também criam riscos, sobretudo se não os percebermos, sendo verdadeiras "caixas negras" (ibidem, 2021, p. 46). Os algoritmos não são pessoas, e desta forma fazem leituras literais em função do que está programado, esquecendo todas as outras hipóteses de resolução do problema (ibidem, 2021). Ou seja, os algoritmos "tendem a ser míopes" tratando sobretudo os dados disponíveis de curto prazo (ibidem, 2021, p. 49). "As diferentes fontes de dados devem ser relativamente independentes umas das outras" a fim de promover a diversidade (ibidem, 2021, p. 52), de outra forma acabarão por limitar o tipo de relacionamento impedindo de se tomar decisões perante o novo e o complexo.

Os resultados matriciais, conforme apresentados na Figura 4, dizem-nos que os idosos, embora mais conscientes, estão menos propensos a atuar como cidadãos interventivos na sociedade, sendo eles quem mais precisaria de formação nesse sentido. Neste contexto de discriminação pela idade, os idosos terão tendência ou para fazer contracorrente, ou a serem considerados um peso morto, a partir do isolamento em que se colocam e foram conduzidos, havendo lugar ao aumento da divisão social e a perda de sinergias reflexivas necessárias para um desenvolvimento mais completo e transdisciplinar.

Num tempo de divisão social promovida pelas redes sociais assente na tecnologia, uma ENEC que retira do processo a população adulta, facilita nos jovens a formação de comportamentos de massa onde, como refere Le Bon (2023), a barbárie e a falta de pensamento crítico se acumulam, ou de multidão organizada ou psicológica, onde "a personalidade consciente desaparece (…) e os sentimentos e ideias são canalizados apenas numa única direção" (Le Bon, 2023, p. 29), sem contraditório. Apesar da multidão psicológica ser um ser temporário, tem uma "vida consciente que representa uma parte muito pequena em relação à sua vida inconsciente" (ibidem, p. 32), onde "as aptidões individuais das pessoas se diluem", e o heterogéneo se afoga no homogéneo (ibidem, 2023, p. 33).

Alargar a ENEC a toda população, além de garantir um melhor controlo do processo, permite criar sinergias para se enfrentar a complexidade e o futuro, evitando, como refere Le Bon (2023), o simples, os extremos, a intolerância, o autoritarismo e o conservadorismo, comportamentos sugestionados próprios das massas. Se cada individuo, quando fechado nos seus próprios pensamentos representa uma área disciplinar, a necessidade de abertura ao exterior e articular a homogeneidade, a diversidade e a diferença, exigem como defende Nicolescu (2010) que nos abramos à visão complexa e transdisciplinar. A atual visão simples e disciplinar dificulta o acesso a apoios, por exemplo do ministério da educação, a intervenções que abranjam públicos fora da escola. Embora a ENEC tenha um propósito transversal a toda a sociedade, na intervenção atual da escola, a ENEC está direcionada apenas para duas fases do ciclo de vida: a infância e a adolescência. Se a promoção e aumento da saúde social passa pelo aumento da discussão e do relacionamento das diferentes dimensões espaço-tempo, ao longo de todo o ciclo de vida, importa alargar a ENEC às restantes fases do ciclo de vida: a idade adulta e a Idade sénior. Assim, interessa elaborar estratégias para levar a ENEC até aos locais de trabalho, incluindo dessa forma a idade adulta, e estratégias para mobilizar a participação das pessoas da idade sénior, nomeadamente através de ações de formação/informação junto de centros paroquiais, de juntas de freguesia, de centros de saúde, da segurança social, de associações recreativas, ONG's, etc., ou da própria escola, a fim de se garantir uma construção mais participada e saudável de "cidadania", onde cada fase do ciclo de vida, tenderia a preencher a maioria de dimensões da matriz relacional no plano espaço-tempo.

Conclusão

Neste quadro, importa levar a atual abrangência da escola na aplicação da ENEC para além dos limites da escolaridade obrigatória, sobretudo às pessoas com idade superior a 65 anos, que foram, na sua maioria, sujeitas a formas de ensino pouco promotoras da cidadania. Este facto levaria a um aumento da participação e discussão social, bem como à diminuição do conflito geracional, sobre a forma de pensar a sociedade e o cidadão que se pretendem para o futuro. Em resumo, o aparecimento de uma maior percentagem de interesses e preocupações comuns, e de uma maior distribuição e equilíbrio entre as diferentes disposições da matriz espaço-tempo, relativa a diferentes gerações, faz perspetivar a melhoria da saúde social, na medida em que permitiria articular as três vertentes de reflexividade – externa ou de integração, interna ou de desenvolvimento, relacional ou de transformação. Para podermos assegurar a presença do agente, do sujeito e do ator, presentes em relações sociais saudáveis, a ENEC deverá, por princípio, passar a ser considerada como parte fundamental da educação básica ao longo da vida, para todos e para todas. Só desta forma a escola poderá assumir a mediação entre a sociedade atual, dividida, e uma sociedade no futuro, mais saudável e global, onde o valor de uma cidadania completa esteja presente.

Referências

Antunes, C. (2021). *Mediações nas transições paradigmáticas: O hábito, o conflito e o reconhecimento.* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto]. https://hdl.handle.net/10216/136178.

Antunes, C. (2022, novembro 11-12). *O choque tecnológico e a inversão de papéis sociais entre jovens e idosos. Relações de conflito no espaço-tempo* [Poster presentation]. 2.ª Edição do Congresso Internacional Let's talk about ageing, Instituto Superior de Serviço Social do Porto - ISSSP. https://ageing.eventqualia.net/pt/cloud/ltaa224969/abstract/main/.

Antunes, C. (2023). Epistemologias transdisciplinares. A mediação intercultural no sistema de coordenadas "matéria-espaço-tempo". In R. Vieira, M. V. Puya, J. C. Marques, P. Silva, A. M. Vieira, C. Margarido,

R. Matos, & R. Santos (Orgs.). *Livro de Atas: XXXIV Congresso Internacional da SIPS (Sociedade Iberoamericana de Pedagogia Social) e 10.ª Conferência Internacional de Mediação Intercultural e Intervenção Social –"Pedagogia Social e Mediação Intercultural: Teoria e Prática na Intervenção Socioeducativa"* (pp. 641-657). CICS.NOVA.IPLeiria e ESECS. Politécnico de Leiria. https://doi.org/10.25766/d6g0-b749.

Antunes, C., Correia, J.A., & Vaz, H. (2019). Transposição matricial de conflitos. Um contributo para a história da ciência no ensino. *História da ciência e ensino,* 20, Edição Especial dos trabalhos apresentados no I Congresso Internacional de História da Ciência no Ensino. https://doi.org/10.23925/2178-2911.2019v20espp761-773.

Archer, M. (2007). *Making our way through the world. Human reflexivity and social mobility.* Cambridge University Press. http://www.cambridge.org/9780521874236.

Caetano, Ana (2011). Para uma análise sociológica da reflexividade individual. *Sociologia Problemas e práticas,* (66), 157-174. http://journals.openedition.org/spp/523.

Caetano, Ana (2013). A exterioridade da reflexividade. Contributos de Lahire para o estudo empírico do exercício de competências reflexivas. *Cadernos do Sociofilo,* Quarto Caderno: Homenagem a Bernard Lahire, 4 (1), 27-70. https://www.academia.edu/5577533/Caetano_Ana_2013_A_exterioridade_da_reflexividade_Contributos_de_Lahire_para_o_estudo_emp%C3%ADrico_do_exerc%C3%ADcio_de_compet%C3%AAncias_reflexivas_Cadernos_do_Sociofilo_Quarto_Caderno_Homenagem_a_Bernard_Lahire_4_1_pp_27_70.

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano.* Publicações Europa-América, Lda.

Davenport, T., & Ronanki, R. (2021). A inteligência artificial para o mundo real. *HBR 10 artigos essenciais, Inteligência artificial, análise de dados e a nova era das máquinas,* 9-29. Conjuntura atual editora.

Descartes, R. (1991). *O discurso do método.* Edições 70.

Despacho n.º 6173/2016 dos Gabinetes da Secretaria de Estado para a Cidadania e a igualdade e do Secretário de Estado da Educação (2016). *Diário da República, 2.ª série, n.º 90, de 10 de maio de 2016.* https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Legislacao/despacho_6171-2016_grupo_trabalho_educacao_cidadania.pdf.

Despacho n.º 6478/2017 do Gabinete do Secretário de Estado da Educação. (2017). Homologa o perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória. *Diário da República n.º 143/2017, Série II de 2017-07-26, páginas 15484 – 15484.* https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6478-2017-107752620.

Despacho n.º12427/2016. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. *Direção-Geral da Saúde (DGS).* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf.

Grayling, A.C. (2020). *Uma história da filosofia.* Edições 70.

Grupo de Trabalho de Educação para a Cidadania (GTEC). (2017). Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC). *Direção-Geral da Educação (DGE).* https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos_Curriculares/Aprendizagens_Essenciais/estrategia_cidadania_original.pdf.

Hespanhol, A. & Santos, P. (2022). As pessoas idosas e os seus direitos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* (RPMGF), 32 (2), 135-136. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13515.

INE. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

INE. (2022). Censos 2021 Resultados definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079.

Jebeli, J. (2023). *A evolução da mente*. PRH Grupo editorial Portugal, Lda.

Júnior, A. A. (1945). Os três pilares da democracia. *Conferência por ocasião da instalação do Comitê Democrático dos Advogados de São Paulo, a 1.° de setembro de 1945,* 130-148. https://core.ac.uk/download/pdf/268354792.pdf.

Le Bon, G. (2023). *A psicologia das massas.* Alma dos livros.

Luca, M., Kleinberg, J., & Mullainathan, S. (2019). Os algoritmos também precisam de gestores. *HBR 10 artigos essenciais, Inteligência artificial, análise de dados e a nova era das máquinas,* 43-53. Conjuntura atual editora.

Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo* (4ª ed.). Instituto Piaget.

Nicolescu, B. (2010). Methodology of transdisciplinarity. Levels of reality, Lógic onf the included middle and complexity. In Transdisciplinary Journal of Engineering & Science Vol: 1, No.1, (pp. 19-38). France: CIRET. http://www.basarab-nicolescu.ciret-transdisciplinarity.org/Docs_Notice/TJESNo_1_12_2010.pdf.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018. (2018). A Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual (ENIND). Diário da República n.º 97/2018, Série I de 2018-05-21, páginas 2220 – 2245. Presidência do Conselho de Ministros. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036.

Rojas, E. (2005). *Uma teoria da felicidade* (2ª ed.). Edições Tenacitas.

Stoer, S. (2008). Textos escolhidos. A reforma de Veiga Simão no ensino: Projeto de desenvolvimento social ou «disfarce humanista»? *Educação Sociedade & Culturas*, 26, 17-48.

FACTORES SOCIAIS, ECONÓMICOS E CULTURAIS QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DAS UNIÕES PREMATURAS EM MOÇAMBIQUE

Dique Paulo Nguenha
Universidade Eduardo Mondlane | dnguenha@gmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1
Nilza Pereira de Araújo
Universidade Federal de Roraima, Brasil
nilza.araujo@ufrr.br

Revisor 2:
Em regime de anonimato

Citação:
Nguenha, D. (2025). Fatores sociais, económicos e culturais que contribuem para o aumento das uniões prematuras em Moçambique. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 283-290). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Pesquisas concluem que Moçambique apresenta uma das maiores taxas de uniões prematuras do mundo, encontrando-se na 10ª posição a nível global, pelo facto de 48% de raparigas com a idade entre os 20-24 anos estarem casadas antes dos 18 anos e 14% antes dos 15 anos. As uniões prematuras, são as que mais contribuem para a ocorrência de altas taxas de gravidezes precoces, de fistulas obstétrica, de infeções de transmissão sexual e pelo vírus de imunodeficiência humana, da violência baseada no género, da desistência escolar da rapariga, entre outros males. Ainda, afiguram-se como principais pressupostos para a sua efetivação os fatores sociais, culturais e económicos ligados as práticas costumeiras das comunidades, com enfase na região norte e centro de Moçambique. A metodologia adotada para a realização da presente pesquisa baseou-se na revisão bibliográfica de literatura sobre o tema em alusão, administração de inquéritos semiestruturados e processamento de dados da pesquisa por via do *Statistical Package for the Social Sciences,* que facilitou o cruzamento de dados através de tabelas. A presente pesquisa, tem como objetivo apresentar os fatores que contribuem par o aumento das uniões prematuras em Moçambique, para sugerir os tomadores de decisões a promoverem o desenho de políticas e estratégias mais holísticas na mitigação destas práticas.

Palavras-chave: Uniões prematuros, fatores socioeconómicos, fatores culturais.

1. Introdução

Moçambique é um dos países mais afetado com uniões prematuras a nível mundial, por se ter constatado que 48% de raparigas com a idade compreendida entre os 20-24 anos casam-se antes dos 18 anos. A união prematura é uma das piores formas de violência contra as raparigas africanas, em particular as moçambicanas.

Os fatores que concorrem para o aumento das uniões prematuras em Moçambique derivam de motivações de ordem social, económica e cultural, onde a pobreza e a combinação da falta de alternativas económicas e práticas culturais enraizadas, expõem as raparigas em situações de vulnerabilidade e consequente violação dos seus direitos.

A falta de informação e conhecimento sobre os direitos sexuais e reprodutivos, traz consequências graves e marcantes na vida das raparigas, uma vez que, para além da sua autoestima que é posta em causa, elas incorrem a riscos de desistência escolar, agravo da sua saúde através de infeções de transmissão sexual (ITS) e pelo vírus de imune deficiência humana (HIV), morte materna decorrente de abortos inseguros, complicações durante o parto e ocorrência de fistulas obstétrica.

Neste sentido, pretende-se com o presente ensaio identificar os fatores sociais, económicos e cultuais que influenciam no aumento das uniões

prematuras em Moçambique, com enfoque nas províncias da região norte e centro.

2. Resultados

2.1. Escolaridade das Raparigas e Mulheres jovens

Segundo Frederico (2012), a educação em África, especificamente em Moçambique, antes da chegada dos europeus, era implementada por vários grupos étnicos e linguísticos, e continua a ser por via de transmissão oral, pelo exemplo, pela partilha de lições formais e em rituais comunitários para responder problemas concretos das comunidades, bem como inculcar nas crianças as atitudes e conhecimentos adequados ao desempenho dos papéis sociais masculinos e femininos, pondo a tónica nos deveres e privilégios resultantes de valores culturais (citado em Banco Mundial, 1990).

Pastore e Barros (2018), referem que com a colonização, o paradigma educacional tomou outros contornos, uma vez que os países africanos sofreram a divisão dos seus territórios por forma a responder os interesses econômicos e utilitários do colonizador. Para além da divisão do território, a população também foi dividida com base em classificação entre as pessoas que ali residiam, separando quem era considerado "cidadão", como os colonos e filhos dos colonos, dos considerados "indígenas", que eram a parcela da população moçambicana e dos africanos negros. Deste modo, a classificação da população em indígenas e colonos fez parte do processo histórico que marcou a formação de Moçambique e precisam ser considerados quando se discute a formação social, enfaticamente no que diz respeito à educação e ao sistema de ensino no país.

O censo da população e habitação de 2017 constatou que a taxa de analfabetismo em moçambique é de 39%, isto é, cerca de 39% de pessoas que compreendem as faixas etárias dos 15 anos e mais não sabem ler e nem escrever, sendo que as mulheres são as que mais apresentam altas taxas de analfabetismo (cerca de 49%, contra 27% dos homens) e em termos de áreas de residência, o meio rural é o que mais se recente com este problema, apresentando cerca de 62% da taxa de analfabetismo.

Ainda o referido inquérito, aponta que 38.6% das crianças dos 06 aos 17 anos estavam fora da escola a altura do censo. No mesmo diapasão, de acordo com o UNICEF (2017), mais de 1,2 milhões de crianças em Moçambique estiveram fora da escola, sendo que as raparigas apresentavam a maior fasquia se comparado com os rapazes, particularmente na faixa etária do ensino secundário.

Ainda, de acordo com Frederico (2012) no seu artigo que versa sobre a educação em Moçambique face aos objetivos do desenvolvimento sustentável, concluiu que em todos os indicadores da análise da situação da educação, as raparigas eram as que menos oportunidades tinham no sistema de educação, e os fatores como desistência escolar, entrada tardia na primeira classe e a área de residência, afiguraram-se como as principais causas de muitas crianças não se beneficiarem da escola.

Na presente pesquisa, procurou-se obter informação sobre o nível de escolaridade das raparigas e mulheres jovens que participaram do estudo, onde constatou-se que 52% das raparigas haviam concluído o ensino primário, 30% o ensino básico, 17% o ensino médio e 1% o ensino superior, conforme ilustra a Tabela 1.

TABELA *1*
Nível de escolaridade das raparigas

		Escolaridade				***Total***
		Primário	***Básico***	***Médio***	***Superior***	
Idade	15	3	1	0	0	4
	16	5	2	0	0	7
	17	11	1	0	0	12
	18	4	5	2	1	12

TABELA *1 (CONTINUAÇÃO)*
Nível de escolaridade das raparigas

		Escolaridade				Total
		Primário	Básico	Médio	Superior	
	19	5	4	2	0	11
	20	5	4	2	0	11
	21	2	2	2	0	6
	22	2	0	2	0	4
	23	2	4	2	0	8
	24	3	1	2	0	6
Total		42	24	14	1	81
%		52%	30%	17%	1%	-

Fonte: Autor

2.2. Estado civil das raparigas e mulheres jovens

A Lei da família, Lei n.º 10/2004, define o casamento como "*a união voluntária e singular entre um homem e uma mulher, com o propósito de constituir família, mediante a comunhão plena de vida*, em que a maioridade deve ser observada, uma vez que se pressupõe a preparação física e mental da rapariga e do rapaz, para encarar a vivência diária de um casamento. Este posicionamento de Moçambique, está plasmada no artigo 16 da Declaração Universal de Direitos Humanos.

O Inquérito Demográfico e de Saúde, IDS, (2011), considera Moçambique como o 10.° país, no mundo, entre os países mais afetados pelas uniões prematuras, por ter constatado que 48% de raparigas com a idade entre os 20-24 anos casou antes dos 18 anos e 14% antes de atingir os 15 anos. Na mesma senda, Chilimile (2022), refere que Moçambique é o 5.º país mais afetado com as uniões prematuros, ao nível da Comunidade dos Países da África Austral (SADC).

Bassiano e Lima (2018), consideram que união prematura é uma das piores formas de violência contra meninas moçambicanas. Em Moçambique, mais da metade das raparigas se casam antes de completarem a idade legal, ou seja, antes de completarem 18 anos.

No que concerne a idade do casamento, os resultados da pesquisa indicam que 40% das raparigas se encontravam em situação de união com os seus parceiros, sendo que 78% delas se uniram maritalmente antes dos 18 anos e 16% antes dos 15 anos de idade, conforme a Tabela 2:

TABELA *2*
Idade do casamento das raparigas

		Idade em que casou								Total
		13	14	15	16	17	18	19	20	22	
Idade atual das raparigas	15	1	2	0	1	0	0	0	0	0	4
	16	0	1	5	1	0	0	0	0	0	7
	17	0	5	4	3	0	0	0	0	0	12

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)
Idade do casamento das raparigas

	Idade em que casou									Total
	13	14	15	16	17	18	19	20	22	
18	0	1	3	6	2	0	0	0	0	12
19	0	0	3	5	3	0	0	0	0	11
20	0	1	2	3	4	1	0	0	0	11
21	0	0	2	1	3	0	0	0	0	6
22	0	0	2	1	1	0	0	0	0	4
23	0	1	1	1	4	1	0	0	0	8
24	0	1	0	2	0	0	1	1	1	6
Total	1	12	22	24	17	2	1	1	1	81
%	1%	15%	27%	30%	21%	2%	1%	1%	1%	-

Fonte: Autor

2.3. Motivações para a ocorrência da união prematuro

O casamento, pode ser considerado como um ato social e cultural que marca a maioridade do ser humano para a constituição da família, onde o mesmo é feito sob vários contextos e propósitos. Nas sociedades africanas, principalmente na África Subsariana, os casamentos sempre obedeceram a preceitos seculares instituídos pelas comunidades, com o intuito de responder a fatores socias, culturais e económicos das mesmas. Neste sentido, vários são os motivos que estão por detrás do aumento das uniões prematuras nas sociedades africanas, em especial em Moçambique.

Segundo Monteiro (S/D), as causas que concorrem para o elevado número de uniões prematuras em moçambique são a menarca, como marco que define a idade social e biológica da rapariga; os ritos de iniciação, como catalisadores da idade apropriada para o casamento; a pressão social exercida a nível interpessoal e social, informadas por perceções negativas sobre o casamento e reputação; a autodeterminação e prestígio social percebida; a pobreza e motivações económicas; e a falta de conhecimento sobre o quadro normativo associado aos casamentos prematuros.

Bassiano e Lima (2018) destacam a pobreza, a fraca difusão da legislação e das políticas públicas que protegem crianças contra casamentos prematuros, os fatores socioculturais, especialmente os ritos de iniciação (nas províncias do norte de Moçambique) e a orfandade, como circunstâncias e fatores que motivam a ocorrência dos casamentos prematuros no país, podendo trazer consigo consequências de ordem social, quando comprometem o futuro da rapariga envolvida. A mesma fonte aponta a agudização da saúde pública, na medida em que as possíveis implicações podem traduzir-se em infeções de Transmissão Sexual ou HIV, abortos espontâneos ou provocados, anemia, depressão infantil e fístulas obstétrica.

De acordo com a pesquisa qualitativa realizada pela Organização das Nações Unidas para Habitação (2012), revelou que a pobreza das raparigas e mulheres jovens, bem como o seu fraco poder de negociação na sociedade, expõem-nas a um maior risco de sexo não protegido, causado por uma combinação de falta de alternativas económicas, normas sociais, práticas culturais, falta de informação e de conhecimento, assim como a falta de acesso ou o poder de uso de contracetivos.

Pinto (2022), refere que as principais causas das uniões prematuras estão diretamente relacionadas com as práticas socioculturais prevalecentes (os ritos de iniciação, o *lobolo*[9] e *nikaii*[10]), a pobreza no meio rural e a educação dos pais/encarregados de educação, o que propicia condições desfavoráveis na educação da rapariga, reproduzindo consigo o insucesso escolar e da sua escolarização, influenciando negativamente os esforços políticos de massificar o acesso à educação da rapariga e redução das desigualdades e disparidades de gênero na oferta dos serviços educativos.

Chilimile (2022), concluiu que na área rural, as meninas que casam precocemente têm como protagonistas os próprios familiares (em algumas vezes os seus pais) que as entregam a homens mais velhos em troca de valores monetários. Vicente (2013), é apologista de que a falta de educação sexual adequada, associada à pressão familiar para assumir responsabilidades familiares e outros fatores culturais estão na origem das uniões prematuros forçadas e gravidezes precoces.

Por forma a obterem-se respostas sobre estes assuntos, durante a pesquisa, foram levantadas possíveis questões associadas às motivações para o aumento das uniões prematuros. O questionário procurou obter respostas sobre o envolvimento dos pais, a pobreza, a participação nos ritos de iniciação, a orfandade e outros (como a influência de outros familiares/outras causas). Também, mereceu atenção na pesquisa questões relacionadas com a dependência económica para a sobrevivência da rapariga.

Em torno do exposto se constatou que 44% das raparigas apontaram a pobreza como a principal causa das uniões prematuros; 14% mencionaram os ritos de iniciação; e 11% indicaram outros motivos, como obrigação pelos parentes (tios, tias, irmãos mais velhos, avos, outros responsáveis pelas raparigas), como ilustra a Tabela 3:

TABELA *3*
Motivação para o casamento

		Motivação para o casamento						***Total***			
		Obrigada pelos pais	*Pobreza*	*Porque participou em ritos de iniciação*	*Órfão de pai*	*Órfã de mãe*	*Órfã de pai e mãe*	*Gravidez precoce*	*Obrigada pelos pais e por ter participado nos ritos de iniciação*	*Outros (tios, avós, etc.)*	
Estado civil	*Casada*	1	4	1	0	2	1	2	0	1	12
	Solteira	0	3	3	1	0	0	0	2	3	12
	Divorciada	0	9	1	2	0	0	1	0	3	16
	Viúva	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Em união	2	20	6	3	1	4	2	0	2	40
	Total	3	36	11	6	3	5	6	2	9	81
	%	4%	44%	14%	7%	4%	6%	7%	2%	11%	-

No que concerne a dependência económica para a sua sobrevivência, 35% das raparigas informaram que dependem da agricultura; 20% dependem dos seus pais e seus parceiros respetivamente; 16% praticam o comércio informal para a sua sobrevivência; e 7% indicaram outras formas de geração de renda, conforme a Tabela 4:

[9] O lobolo é o casamento tradicional realizado na região sul de Moçambique;
[10] O Nikaii é o casamento religioso realizada pelas populações que professam a religião islâmica.

TABELA *4*
Dependência económica

		Fonte de sobrevivência						***Total***
		Agricultura	*Pesca*	*Comercio informal*	*Depende do marido*	*Depende dos pais*	*Outros (familiares)*	
Estado civil	*Casada*	6	0	2	2	0	2	12
	Solteira	4	1	3	0	4	0	12
	Divorciada	5	0	1	0	8	2	16
	Viúva	0	0	1	0	0	0	1
	Em união	13	1	6	14	4	2	40
Total		28	2	13	16	16	6	81
%		35%	2%	16%	20%	20%	7%	-

3. Discussão

As uniões prematuras, na África Subsariana, em particular em Moçambique, são tidas como principais temas de reflexão e de debate ao nível do Governo, da sociedade civil e de parceiros de cooperação, pelo facto deste fenómeno ser considerado uma autêntica violação aos direitos das raparigas e ao mesmo tempo comprometer o desenvolvimento do país.

As uniões prematuras trazem consigo consequências graves, principalmente na vida das raparigas, na medida em que estas são forçadas a abandonar a escola e os seus sonhos, e em contrapartida ficam expostas a todo o tipo de vulnerabilidade associada a violência sexual, a infeção por doenças de transmissão sexual e HIV, a violência baseada no género, a gravidezes precoces, a mortes maternas, a fistulas obstétrica, a rejeição na sociedade, entre outros males.

O censo demográfico de população e habitação realizado em 2017, comprovou que Moçambique é um país predominantemente jovem, visto que a população com menos de 15 anos representa 46% da população total e a população com 65 anos e mais representa 3.3%. Ainda, os resultados do censo de 2017 referem que a taxa de analfabetismo de mulheres da faixa etárias de 15 e mais, foi mais elevada se comparada com a dos homens, pelo facto de representarem cerca de 49.4% contra os 27.2% dos Homens.

Durante a revisão bibliográfica da presente pesquisa, constatou-se que, Moçambique é o 10º país a nível global com as maiores taxas de uniões prematuras, onde cerca de 48% de raparigas terem se terem unido maritalmente antes de completarem a idade legal (18 anos), IDS (2011). Igualmente, Chilimile (2022), refere que Moçambique é o 5º país mais afetado, com as uniões prematuros ao nível da Comunidade dos Países da África Austral (SADC).

O estudo desenvolvido pelo UNICEF, UNFPA e a Coligação para a Eliminação das Uniões Prematuras (2015), concluiu que as províncias da Zambézia e de Nampula são as que têm o maior número de raparigas casadas na adolescência, sendo mais de 95.000 e 129.000 respetivamente.

Bassiano e Lima (2018) destacam a pobreza, a fraca difusão da legislação e das políticas públicas que protegem crianças contra casamentos prematuros. Também, apontam os fatores socioculturais, especialmente os ritos de iniciação (Nas províncias do norte de Moçambique) e a orfandade como circunstâncias que motivam a ocorrência das uniões prematuros ao nível das sociedades moçambicanas.

Os resultados obtidos na presente pesquisa, onde foram envolvidas 81 raparigas de 20 distritos nas províncias da Zambézia e de Nampula, no concernente a escolaridade, a idade do casamento e as motivações para a união prematura, apontam que 52% das raparigas entrevistadas haviam concluído o ensino primário, 78% casou antes de completar 18 anos de idade e 16% antes dos 15 anos.

Igualmente, a pesquisa apontou a pobreza como a principal determinante para o aumento das uniões prematuras entre as raparigas que fizeram parte do estudo, visto que as respostas sobre este fator estiveram em torno de 45%. Os ritos de iniciação não foram significativos para a ocorrência das uniões prematuras, pelo facto de 16% terem apontado este fator como a principal causa, no entanto, o resultado nos chama atenção para o desenho de estratégias arrojadas para o efeito.

4. Conclusão

No computo geral, ao longo da presente pesquisa, pode-se concluir que as uniões prematuras em Moçambique têm como génese os fatores de ordem social, económica e cultural, onde a pobreza combinada com a falta de alternativas económicas, o baixo nível de escolaridade, principalmente das raparigas e mulheres jovens, as práticas culturais enraizadas, que expõem as raparigas em situações de vulnerabilidade e a violação dos seus direitos, são a principal causa contribuem para que estas práticas ocorrem nos países africanos, em especial em moçambique.

As uniões prematuras são influenciadas por uma combinação complexa de fatores sociais, económicos e culturais, e podem variar em intensidade e impacto de uma região para outra, por exemplo, em Moçambique a região norte é a mais vulnerável a estas práticas se comparada com o sul.

A pressão social que as raparigas e mulheres jovens a que estão votadas faz com que a prática das uniões prematuras seja normalizada entre as comunidades moçambicanas, uma vez que a sua efetivação tem uma relação com a riqueza das famílias. Neste sentido, a razão pela qual as raparigas das famílias mais pobres são muito mais propensas a unirem-se precocemente do que as oriundas do meio urbano ou mais rico. Igualmente, a condição económica das raparigas envolvidas nas uniões prematuras teve uma forte relação para a sua materialização, uma vez que em comunidades/sociedades economicamente desfavorecidas, os pais vêm o casamento de suas filhas como uma forma de obtenção de renda e de alívio financeiro das famílias.

A educação é indicada como um dos índices de desenvolvimento humano. A falta de acesso à educação ou as barreiras para a educação de raparigas pode contribuir para a vulnerabilidade destas, isto é, quando as oportunidades educacionais são limitadas, as raparigas sofrem pressão social para se casarem mais cedo.

O outro desafio que as raparigas enfrentam, esta associada as desigualdades de género. Nas comunidades africanas, em particular nas moçambicanas, as normas de género desiguais, associadas a práticas culturais, tem limitado as oportunidades e os direitos das mulheres, aumentando deste modo a probabilidade de as raparigas se casarem prematuramente.

Em suma, combater as uniões prematura requer intervenções holísticas que tratam/ trazemos fatores culturais, sociais, culturais e económicos de um modo integrado. Isso envolve a promoção da igualdade de gênero, o acesso à educação, o empoderamento económico das mulheres, a consciencialização comunitária e a implementação de políticas que desencorajem práticas prejudiciais. Aliado a estes esforços, o envolvimento das comunidades e a promoção de mudanças culturais positivas são essenciais para alcançar resultados sustentáveis.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos as Senhoras Margarida Como e Mafalda Muianga da Associação Coalizão da Juventude Moçambicana, afetas as delegações das Províncias de Nampula e da Zambézia respetivamente, pelo seu apoio na seleção e condução das entrevistas as raparigas vítimas de uniões prematuras, que foi fundamental para a realização deste trabalho. Seu apoio foi inestimável por ter contribuído significativamente para a obtenção dos resultados da presente pesquisa. A minha gratidão é extensiva as raparigas que aceitaram prestar o seu depoimento durante as entrevistas. Seus esforços coletivos tornaram esta pesquisa possível e enriqueceram a qualidade do trabalho apresentado.

Referências

Atlas Mundial De Dados (https://pt.knoema.com/atlas) – Consultado no dia 19.12.2022 as 16H45. https://pt.countryeconomy.com/demografia/idh/mocambique/ - Consultado no dia 19.12.2022 as 16H55.

Bassiano, V. & Lima, C. A. (2018). Casamentos prematuros em Moçambique: causas e consequências do abandono escolar. Imagens da Educação. v. 8, n. 2.

Chilimile, Marchal Manufredo. (2022). Avaliação da eficácia das estratégias usadas no combate aos casamentos prematuros nas escolas: Caso no distrito de Mecubúri-Sede 2019-2021. Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial): 398-420.

Franco, Ricardo (2017). Situação do sector da educação em Moçambique. UNICEF. consultado no dia 25.01.2023. https://www.unicef.org/mozambique/educa%C3%A7%C3%A3o.

Franco, Ricardo (2017). Situação do sector da educação em Moçambique. UNICEF. consultado no dia 25.01.2023. https://www.unicef.org/mozambique/educa%C3%A7%C3%A3o.

Frederico, Mónica (2012). Situação da Educação em Moçambique face aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. REALIS: Revista de Estudos AntiUtilitarista e PosColonias.Vol.2, nº02, Jul-Dez.

INE (2013). Inquérito Demográfico e de Saúde (2011). DHS/ICF, MEASURE International.

Monteiro, Marçal (S/D). Percebendo o casamento prematuro enquanto facto social. UEM. Doutoramento em Desenvolvimento e Sociedade.

Mazucato, T. et al. (2018). Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. Penápolis: FUNEPE.

Pinto, Sónia Basílio; Bolacha, Natália Helena da Fonseca (2022). O casamento prematuro em Moçambique: práticas, crenças e implicações na escolarização da rapariga no contexto rural. Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras. São Francisco do Conde (BA), 2 (2): 370-384.

UN Habitat (2012). Perfil Urbano da Moçambique.

UNICEF (2015). Casamento Prematuro e Gravidez na Adolescência: Causas e Impacto. Maputo, Moçambique.

Vicente, José Gil (2013). Prematuridade e Responsabilidade familiar das raparigas moçambicanas. Revista Húmus - ISSN: 2236-4358 Mai/Jun/Jul/Ago. Nº 8.

ACONSELHAMENTO DE CARREIRA COM PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lídia Mara Fernandes Lopes Tavares
Universidade Federal de São João | lidiamaralopes@gmail.com

Larissa Medeiros Marinho dos Santos
Universidade Federal de São João | larissa@ufsj.edu.br

Maria de Fátima Minetto
Universidade Federal do Paraná | fa.minetto@gmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1
Ana Paula Amaral
Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal
anaamaral@estescoimbra.pt

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Tavares, L., Santos, L., & Minetto, M. (2025). Aconselhamento de carreira com pessoa com Síndrome de Down: um relato de experiência. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 291-303). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo descrever a experiência de um processo de aconselhamento de carreira realizado com um jovem adulto com T21. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência. Para realização do processo de aconselhamento de carreira, foram utilizadas técnicas de aconselhamento, como, por exemplo, a narrativa de vida do sujeito, além dos registros das sessões de atendimento clínico do indivíduo. Como resultado da experiência, foi possível observar melhoria de autoestima e empoderamento. Também foi possível identificar aquisição de habilidades sociais: posicionamento no local de trabalho, organização do tempo de estudo, melhora na comunicação, alterações nas habilidades de enfrentamento, posicionamento diante desejo, expressão das próprias vontades e decisões e um amadurecimento de forma geral. A importância da família e o impacto desta no desenvolvimento do jovem também podem ser observados, como mostra a literatura de forma geral. Existem poucas pesquisas relacionadas ao tema, o que justifica a proposta aqui apresentada, ficando a sugestão de pesquisas futuras, dada a importância do trabalho na vida das pessoas de um modo geral e especificamente aquelas com deficiência intelectual.

Palavras-chave: Síndrome de Down; Inclusão no ensino superior; Orientação profissional.

Introdução

O presente trabalho aborda um relato de experiência do processo de aconselhamento de carreira de um jovem de 27 anos com síndrome de Down (T21). Para fins de resguardo ético, escolheu-se atribuir-lhe o nome fictício 'Pedro'. Uma das habilidades desenvolvidas pelo jovem desde criança é a comunicação por meio da Libras – Língua Brasileira de Sinais. Desde bem novo, ele tem contato com surdos e teve a oportunidade de praticar a língua e desenvolver habilidades nesse sentido.

Pedro é acompanhado por uma das autoras deste trabalho desde março de 2018. Em 2019, manifestou o desejo de se profissionalizar no estudo de Libras e para isso começou o curso de graduação em Letras-Libras. Porém, após um semestre sem apoio da faculdade, em uma decisão conjunta dele, da mãe, identificada aqui como B., e da terapeuta, decidiu-se que era o momento de rever a situação. A partir daí, iniciou-se um processo de aconselhamento de carreira com o jovem, processo descrito neste trabalho.

A justificativa da importância deste relato está na escassez de pesquisas relacionadas ao tema. Dessa forma, busca-se incentivar pesquisas futuras

no sentido de auxiliar e facilitar a inclusão de outros jovens adultos com T21 em cursos superiores e no mercado de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo relato de experiência.

Referencial teórico

Síndrome de Down

A síndrome de Down (SD), atualmente também conhecida como Trissomia do cromossomo 21 (T21), é uma alteração genética no cromossomo 21. Desde que foi descrita pelo médico John Langdon Down em 1866, muitos avanços foram notados, tanto no campo teórico quanto de vivências (Lopes-Tavares et al., 2023; Minetto & Bermudez, 2017; Pereira-Silva & Dessen, 2007).

Avanços na medicina, na tecnologia e mudanças culturais de aceitação e respeito às pessoas com síndrome de Down podem ter contribuído para o seu aumento da expectativa de vida em um curto espaço de tempo. Na década de 1920, a expectativa média era 9 anos de idade (Minetto & Bermudez, 2017) e em 1940, aumentou para 12 anos (Bittles, 2006). Em 1991, a expectativa já era de 35 anos, e o dado mais expressivo é que nos últimos 30 anos aumentou em torno de 35 anos, tendo atualmente uma projeção de 70 anos (Minetto & Bermudez, 2017).

Porém, de acordo com Lepri (2022), ainda hoje, é possível perceber que há uma representação social preconceituosa e distorcida das pessoas com T21. Nesse sentido, são vistos como crianças que precisam de proteção e de doentes que precisam de tratamento, ou seja, "atribui-se a eles o papel de quem é emocionalmente frágil (crianças) e a quem não se podem confiar atribuições (os doentes)" (Montobio & Lepri, 2007, p.133).

> Pertencer a essas categorias coloca imediatamente as pessoas com deficiência intelectual fora do padrão de eficiência que a organização social atribui às pessoas adultas. As crianças e os doentes estão, por definição, temporariamente e por motivos diferentes isentos das responsabilidades ligadas aos papéis das pessoas adultas (Montobio & Lepri, 2007 p. 132).

Em um contraponto, dados demonstram avanços no que diz respeito à escolarização dessas pessoas (IBGE, 2020). E, entre outras coisas, pode-se compreender que a escolarização de pessoas com SD pode contribuir para alterar essa representação, substituindo a imagem de doentes e crianças para seres capazes e com condições de autonomia e independência.

Escolarização de pessoas com síndrome de Down

Dentre as mudanças culturais e sociais mencionadas anteriormente, um ponto importante a se destacar é a educação. Com o aumento da expectativa de vida das pessoas com síndrome de Down e o fato de ser cada vez mais comum que cheguem à fase adulta, vê-se a necessidade de desenvolver trabalhos que proporcionem e possibilitem seu acesso a todos os níveis de escolarização. A história da escolarização de pessoas com deficiência perpassa por vários desafios (Figueira, 2008). No que diz respeito ao contexto brasileiro, a educação, de um modo geral, era privilégio da elite no Brasil Colônia e Império (Aranha, 1996). Especificamente em relação à escolarização de pessoas com deficiência, os atendimentos eram realizados em instituições segregadas, sendo que, inicialmente apenas surdos e cegos tinham acesso a essas instituições. Apenas em 1926 foi fundado o Instituto Pestalozzi, e em 1945, o primeiro atendimento educacional especializado para pessoas com superdotação, por Helena Antipoff. Em 1954, surge a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE (MEC/SEESP, 2007).

A Constituição Federal de 1988 (Constituição, 1988) define, no artigo 205, a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o

trabalho. No seu artigo 206, inciso I, estabelece a "igualdade de condições de acesso e permanência na escola" como um dos princípios para o ensino e garante, como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (Constituição, 1988).

Mesmo sendo possível observar avanços a partir disso, como a elaboração de políticas públicas e legislações, na prática, os desafios e barreiras de acesso e permanência ainda são muitos. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), muitas dessas pessoas abandonam os estudos ao longo dos anos e poucos chegam ao ensino superior.

Independentemente do nível de escolarização, não há dúvidas com relação à importância dessa inclusão. De acordo com Oliveira et al. (2012), os propósitos da educação inclusiva centram-se na universalização do ensino, na qual todos os alunos têm direito à educação de qualidade. Segundo os autores, educação de qualidade é aquela em que o acesso contínuo ao espaço comum da vida em sociedade é orientado por relações de acolhimento à diversidade humana e de aceitação das diferenças individuais. Para além do número de matrículas, é preciso focar na qualidade de permanência desse estudante. Para este trabalho, foi realizado um recorte no ensino superior, já que o processo de intervenção se refere a esse nível de ensino.

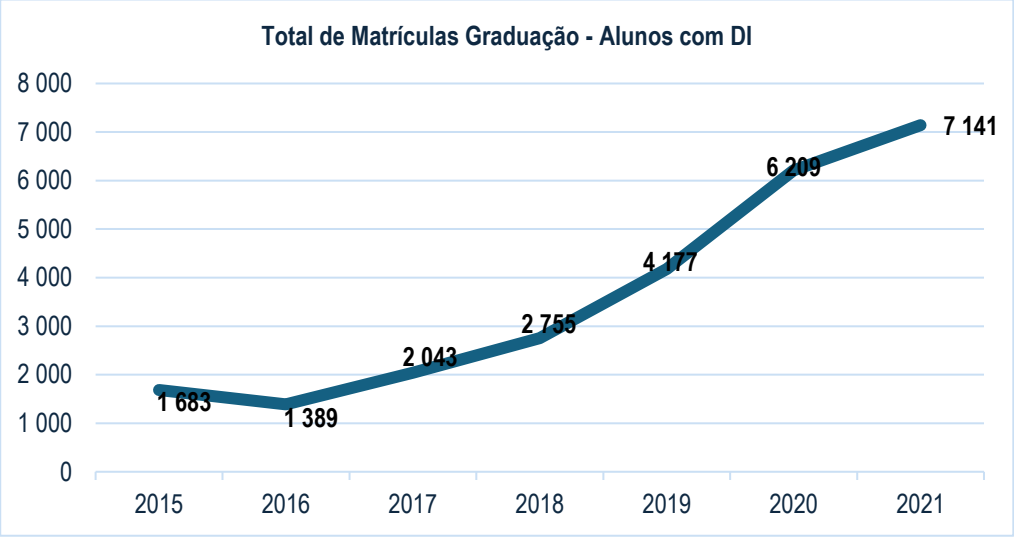
O ensino superior e a pessoa com deficiência intelectual (DI)

Angonese et al. (2015) afirmam que existem poucos registros na literatura sobre a trajetória profissional de trabalhadores com DI e a relação que estabelecem com sua ocupação. Não há dados científicos da quantidade de pessoas com T21 matriculadas em algum curso de graduação, porém, um levantamento realizado em 2021 pelo site Movimento Down (https://movimentodown.org.br/), encontrou 94 pessoas com T21 que "entraram, estavam cursando ou terminaram o nível superior", mas sabe-se que essa lista já está desatualizada. Ainda de acordo com o site, a primeira pessoa com Down a completar o ensino superior foi o espanhol Pablo Pineda, em 2001. No Brasil, o primeiro caso foi Débora Seabra, em 2005.

Os dados oficiais de escolarização do Censo não estratificam dados da síndrome de Down dentro dos dados da DI, porém para este trabalho serão utilizados os dados gerais da DI. A SD é uma das principais causas de deficiência intelectual e por isso, considera-se importante analisar esses dados (Natoli et al., 2012; Schwartzman & Lederman, 2017).

O gráfico a seguir mostra o quão expressivo foi o aumento das matrículas de pessoas com deficiência intelectual nos cursos de ensino superior. Se considerado os anos iniciais e finais como referência, observa-se que houve um aumento de mais de 400% no número de matrículas.

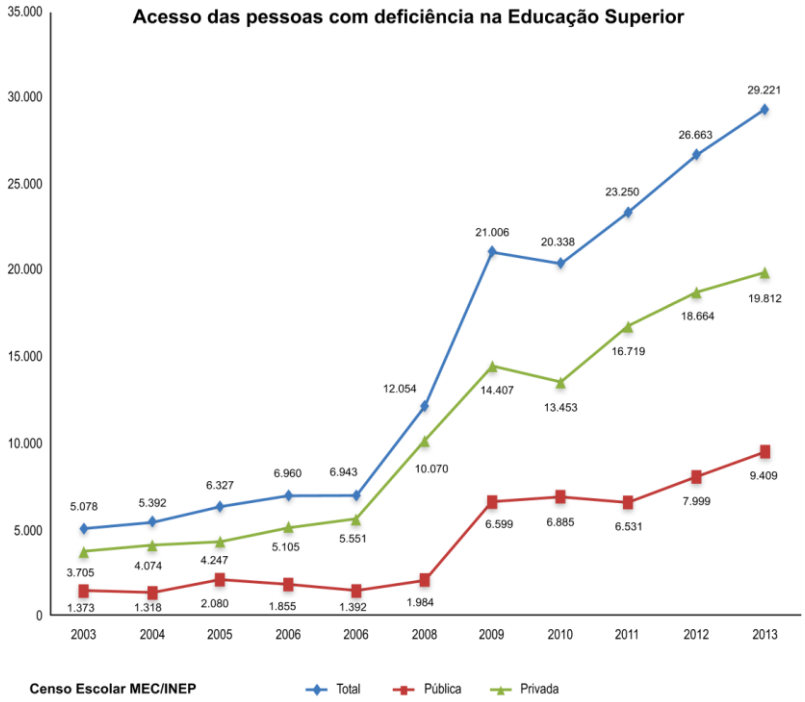
FIGURA *1*
Total de Matrículas Graduação – alunos com deficiência intelectual



Fonte: Gráfico construído pela autora, com base nos dados das publicações dos Censos de 2015 a 2021.

Porém, quando comparado ao número total de pessoas com deficiência matriculadas nos últimos anos, ainda é possível observar que, apesar de ter sido um número significativo, é pequeno quando comparado ao geral, que é de quase 600%, conforme descrito no gráfico a seguir. É importante mencionar que os gráficos não contemplam o mesmo intervalo de tempo, mas considera-se que há um crescimento exponencial regular, sendo possível inferir essa comparação.

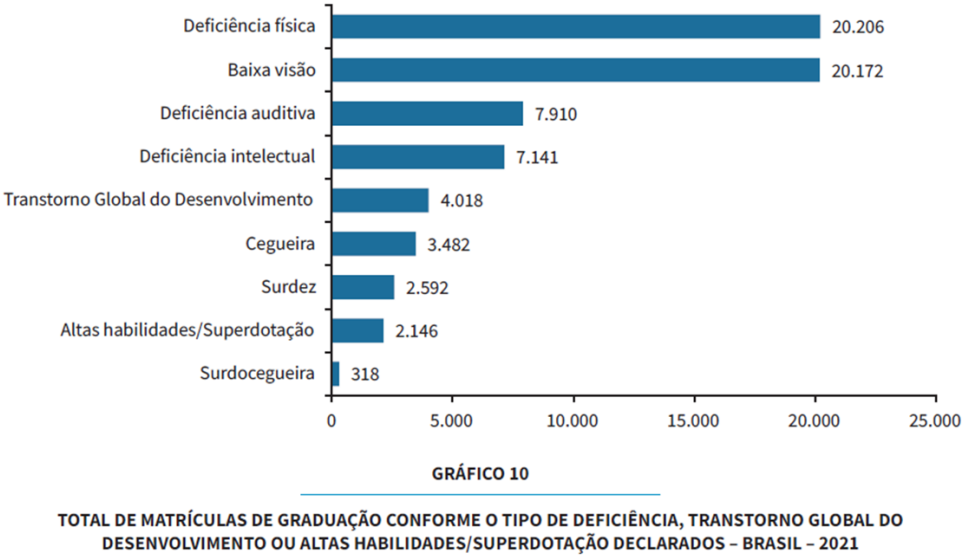
FIGURA 2
Acesso das pessoas com deficiência na Educação Superior



Fonte: Resumo técnico Censo da Educação Superior 2016.

Ao analisar a Figura 3, é possível perceber que a DI é o quarto maior tipo de deficiência no comparativo entre essas matrículas, contudo diante do número total de alunos matriculados que declaram alguma deficiência (63.404), representa menos de 12% (IBGE, 2021).

FIGURA 3
Total de matrículas



Fonte: Resumo técnico Censo da Educação Superior 2021.

Nos últimos anos, foi experienciado um aumento de casos divulgados na mídia, destacando o termo “primeiro”: “Primeira pessoa com Down a se formar no curso superior de fisioterapia, relações públicas, educação física”

e outros. Para Lepri (2022), não se pode separar a identidade adulta de uma pessoa do seu processo de socialização, por isso a importância de trazer aqui os contextos sociais desses indivíduos. Com base nos gráficos e dados apresentados, é possível afirmar que há um aumento dessas matrículas e isso pode ser considerado conquista diante de tantas lutas pela garantia de direitos e de acesso a oportunidades, mesmo que ainda não seja possível analisar a qualidade do ensino oferecido a partir desses dados.

Conforme mencionado anteriormente, os dados apresentados nos gráficos são de matrícula e não de permanência, ou seja, não indicam a efetividade dessa inclusão. Considerando a importância do aconselhamento de carreira para a construção de ações que favorecem para uma escolha de carreira profissional assertiva, acredita-se que esse tipo de processo possa impactar positivamente no número de pessoas com DI incluídas em universidades (Alegria et al., 2019).

Aconselhamento de carreira e a pessoa com deficiência intelectual

De acordo com Alegria et al. (2019), o processo de aconselhamento de carreira conduz a uma escolha mais assertiva, promove o autoconhecimento e fornecimento de informação profissional. Nesse processo, o sujeito tem a "possibilidade de receber auxílio sobre as dúvidas que possui em relação à escolha de uma profissão, estabelecimento de princípios referentes à carreira, inserção profissional, orientações sobre o mercado de trabalho e até mesmo aposentadoria" (Ivatiuk & Yoshida, 2010, p. 96).

Há escassez de publicações que retratam propostas de aconselhamento de carreira para pessoas com DI, menos ainda para pessoas com T21. Alguns trabalhos, inclusive, sugerem pesquisas para desenvolvimento de estratégias de orientação profissional e de carreira para essa população, com vistas a contribuir de forma efetiva para sua inclusão, principalmente, no mercado de trabalho (Angonese, et al., 2015; Ivatiuk & Yoshida, 2010).

Angonese et al. (2015) afirmam que a maioria das pessoas com deficiência intelectual inseridas no mercado de trabalho tem baixa escolaridade e executa atividades bastante simplificadas e operacionais, mais uma justificativa para oportunizar acesso ao aconselhamento de carreira a elas. Lepri (2022) defende que a passagem para a vida adulta de uma pessoa com DI é complexa e precisa de suporte e metodologias adequadas durante esse processo. Neste trabalho, entende-se o aconselhamento de carreira como uma dessas metodologias de suporte, oferecendo "crédito, com a imaginação, ao fato de que mesmo as pessoas com deficiência intelectual podem ser capazes (ainda que de modo 'imperfeito') de construir um futuro para elas, em vez de esperar um futuro sempre decidido pelos outros" (Montobio & Lepri, 2007, p. 125).

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, que teve como objetivo descrever o processo de aconselhamento de carreira realizado com um jovem adulto com T21. Por se tratar de um relato que não teve intenção de pesquisa, não houve submissão ao comitê de ética, conforme Resolução 510 do Conselho Nacional de saúde:

> Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:
>
> VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito. (Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde, 2016, p. 1).

Mesmo sem intenção de pesquisa, tomou-se o cuidado ético de solicitar consentimento de Pedro e de sua mãe para a publicação do relato, tendo para isso a autorização de ambos.

Participante

Pedro tem 27 anos, é natural de Minas Gerais, nasceu em uma cidade de pouco mais de 6 mil habitantes a 70km da capital mineira, Belo Horizonte. Pedro se intitula muito religioso, ama ir a programações da igreja e foi lá que se aproximou mais da Libras. Seu primeiro contato com surdos foi na APAE (Associação de pais e amigos dos excepcionais), da cidade onde mora, ainda quando novo. Desde já, despertou o interesse nessa forma de se comunicar. Ele foi se interessando cada vez mais e aprendendo aos poucos vários sinais.

Pedro mora na mesma cidade desde que nasceu. Quando tinha ainda 12 dias de vida, a mãe iniciou as buscas por terapias para ele:

> Lancei um desafio para mim mesma, eu não tinha opção de pegar ou largar, eu tinha a opção de pegar e criar (...) lá no hospital mesmo eu já comecei a me orientar (...) E pensei: de agora pra frente é mesmo enfrentar no sentido de despojar de tudo para poder oferecer para ele o melhor, a terapia ocupacional, a fisioterapia, psicoterapia, a terapia de grupos, né? Com, era ele e mais duas crianças. Aí eu fazia todas as terapias indicadas.(B., comunicação pessoal, 10 de agosto de 2022)

Com um ano e oito meses, Pedro foi matriculado em uma escola regular, por indicação de um médico,

> para ter referências boas de pessoas que não tivessem a limitação que ele tem ... e assim eu fiz, né? ... eu matriculei o Pedro numa escola comum, com poucas crianças na escola, e na época a direção da escola foi fantástica, porque fez uma reunião com os outros pais e só comunicou que estava chegando uma criança com síndrome de Down na escola e que era muito bem-vinda e fez esse comunicado para os pais e realmente foi uma escola, muito, muito receptiva, muito inclusiva, principalmente por ser a tantos anos atrás, né? E Pedro ficou nessa escola durante dois anos. (B., comunicação pessoal, 10 de agosto de 2022)).

Ele frequentou escolas regulares durante toda a vida. “E nós fomos caminhando, uma caminhada cheia de desafios, mas que a gente conseguiu chegar lá na frente” (B., comunicação pessoal, 2021), reforçando que a adulticidade se constrói desde pequeno, conforme Lepri, (2022), que diz que “Grande parte da qualidade da vida adulta, ou ainda, a própria possibilidade de ter uma identidade adulta, se define desde a infância” (p. 47).

Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Para realização do processo de aconselhamento de carreira, foram utilizadas técnicas como, por exemplo, a narrativa de vida do sujeito, técnica considerada importante para autores referências na área, a fim de identificar (ou ratificar) um padrão abrangente nos seus desejos.

> o uso da narrativa no aconselhamento de carreira estimula a reflexão sobre a experiência pessoal e subjetiva, ao fornecer aos eventos, muitas vezes desconectados, uma ordem e um significado vinculados ao contexto mais relevante para a compreensão da questão de carreira trazida pelo cliente. As pequenas histórias de vida são transformadas em uma grande narrativa coerente, compreensiva e progressiva do passado, presente e futuro (Araújo et al., 2013. p. 192).

A ferramenta da narrativa, nesse caso, pode ser bem explorada, pois buscou-se os registros das sessões de atendimento clínico do indivíduo e relatos de sua mãe. Os registros, como toda a história de vida dele, suas narrativas e seus desejos naquele determinado momento colaboraram para a escolha de um curso que pudesse validar a prática profissional de intérprete de Libras. Outras técnicas foram também utilizadas nesse processo, como a oportunidade de acesso aos cursos possíveis, antes da escolha propriamente dita. Além disso, todo trabalho foi acompanhado por uma psicóloga.

Análise das Narrativas

A análise das narrativas foi inspirada na proposta de Labov (1997) por se tratar de um relato de experiência pessoal. Neste sentido, organizou-se o material gerado em dimensões de temporalidade, causalidade, consequências, elogio e culpa e o ponto de vista de Pedro. Destacou-se suas reflexões, teorias e, finalmente foram reagrupadas a narrativa para o diálogo com a teoria.

Resultados e discussões

A família tem papel fundamental no desenvolvimento da pessoa com a trissomia do 21 e dar oportunidades pode ser fator de suma importância na conquista de sua autonomia. A legislação brasileira (*Lei nº13146, 2015*) garante igualdade de oportunidade às pessoas com deficiência, mas é a família na qual essa pessoa está inserida que guiará esse acesso e permitirá ou não as possibilidades. É na família que acontece a socialização primária, descrita por Lepri (2022), por meio da qual se aprendem funções decisivas para o acesso ao mundo adulto. É quando a criança aprende a "se sentir parte do mundo em que habita, a reconhecer o outro e, através do outro, a reconhecer a si mesma como diversa do outro" (Lepri, 2022, p.54), bases fundamentais para uma vida adulta com autonomia.

São diversas as pesquisas e produções acadêmicas que abordam a importância do impacto da família no desenvolvimento (Medrado et al., 2020; Minetto, 2010; Minetto & Bermudez, 2017; Pereira-Silva et al., 2007; Sousa, 2011). Minneto (2010, p. 28) afirma que " as relações que se estabelecem no contexto familiar influenciam diretamente o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança". A partir disso, Montobio e Lepri (2007) questionam se há possibilidade de alcançar autonomia vivendo em realidades e em situações que não preveem autonomia.

Credita-se muito o sucesso dos resultados da intervenção relatada neste trabalho ao envolvimento da família de Pedro durante todo o processo. A mãe acompanhou cada passo e fez-se presente em uma parceria fundamental para o êxito do trabalho: Família-pessoa com T21-Profissional. Este é o tripé-base para qualquer intervenção com foco no desenvolvimento de pessoas com deficiência intelectual (Franco, 2015). Lepri (2022, p. 16) afirma que a transição para a vida adulta é uma "ação conjunta entre a pessoa, a família, o sistema de serviços oferecidos e a comunidade", e no caso de Pedro é possível perceber a ação de cada um desses elementos e o impacto para sua transição à vida adulta.

Além da parceria para este trabalho, destaca-se também o engajamento da família ao longo de toda vida do jovem, como exemplo, início da intervenção precoce ainda com poucos dias de vida, inclusão em escolas regulares e tantas outras ações realizadas por acreditarem no desenvolvimento de Pedro. Montobio e Lepri (2007) retratam as oportunidades oferecidas para a chegada ao mundo dos adultos como uma viagem de trem em que o embarque só acontece se permitido pela família.

O processo de aconselhamento de carreira teve o objetivo de "prover o orientando de habilidades pessoais que o permita enfrentar as demandas ambientais no momento de transição entre a escolha e o mundo do trabalho; é a promoção de comportamentos adaptativos" (Sparta, 2003, p. 6). Lepri (2022) afirma que a primeira condição para enfrentar o mundo dos adultos é ser capaz de se perceber como indivíduo autônomo, separado do outro, para que haja condições de exprimir seu próprio ponto de vista sem que seja condicionado por representações depreciativas. Sendo assim, entende-se que dar a Padro acesso a informações seria uma forma de oferecer-lhe a oportunidade de fazer sua própria escolha rumo ao mundo dos adultos.

Quando o processo foi iniciado, Pedro cursava graduação em Letras-Libras, porém não houve apoio por parte da instituição para que fosse incluído efetivamente. A partir disso, iniciou-se uma reflexão sobre a continuidade do curso em andamento, dando início ao processo de aconselhamento de carreira. Buscou-se entender melhor o perfil e o desejo de Pedro e, por meio de uma pesquisa sobre o curso em uma das sessões, identificou-se que o objetivo final do curso de Letras-Libras não era o seu objetivo. Seu sonho é ser intérprete profissional,

não professor de Libras. Tudo isso corrobora com Sparta (2003), que afirma que a busca por informações assertivas pode influenciar de maneira positiva na escolha do envolvido.

Iniciou-se então o seu processo de desligamento do curso em questão e, concomitantemente, a busca pelo caminho para que pudesse realizar seu sonho. O processo incluiu entrevistas com surdos, visitas a duas instituições de surdos em Belo Horizonte e avaliação de dois surdos sobre a atual fluência de Pedro na língua. Esse processo resultou na busca de um curso superior de intérprete de Libras. Entre uma sessão e outra, Pedro mesmo realizou essa busca e encontrou o Curso da Faculdade Uníntese de Comunicação Assistiva, Tradução e Interpretação da Libras/Língua Portuguesa. Ele mesmo se inscreveu no processo seletivo e iniciou o contato com a faculdade. A partir disso, aconteceram diversas reuniões com a equipe pedagógica, a família e a terapeuta para que pudessem alinhar as demandas de inclusão do estudante e identificar quais suportes e adaptações seriam necessários.

A Faculdade Uníntese é referência no ensino de Libras em todo o Brasil há mais de 20 anos, e pela primeira vez recebeu um aluno com T21, se mostrando disposta a realizar a inclusão no sentido real da palavra, diferentemente da faculdade anterior. Pedro teve e tem suporte desde o início do curso. A redução de carga horária a cada semestre, com análise individual de acordo com o perfil do estudante é um exemplo das ações de inclusão realizadas pela faculdade. Machado (2014) afirma que, havendo envolvimento da instituição, o processo é facilitado, aumentando as chances de êxito.

Além disso, foi elaborado um quadro de horários de estudo pela terapeuta, que considerou questões individuais de Pedro e gerais da trissomia, como tempo reduzido de atenção, dificuldade de organização e necessidade de repetição do conteúdo (Mustacchi et al., 2017). Foi desenhado uma proposta com três momentos diferentes durante o dia para o estudo, com duração de uma hora cada um, podendo estender até uma hora e meia.

A contratação de uma professora particular com o objetivo de, principalmente, organizar o cronograma do conteúdo a ser estudado em cada encontro, da entrega das atividades, do acompanhamento de todo o processo no portal didático da faculdade, já que o curso em questão é na modalidade a distância, também tem sido importante no desenvolvimento acadêmico do estudante (Bezerra, 2020).

Atualmente, Pedro está no quinto período do curso, com um excelente aproveitamento. Importante destacar que a professora particular não faz as atividades por ele, apenas acompanha-o e facilita seu acesso para que ele mesmo responda as avaliações e realize os trabalhos. Em um segundo momento, percebeu-se ainda a necessidade de uma professora apoio de Libras, que trabalhasse reforçando os sinais, acompanhando assim o seu desenvolvimento e progresso com a Língua.

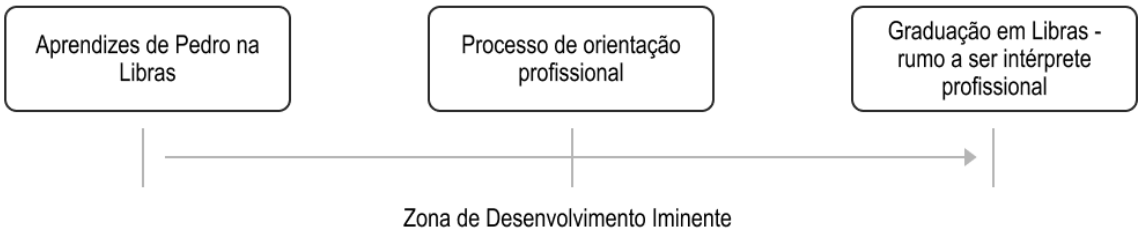
Durante todo esse período e até então, Pedro permanece em acompanhamento terapêutico. Além de um acompanhamento contínuo de todo o processo de inclusão na faculdade, ele trabalha também suas angústias individuais e habilidades sociais. Cada passo é sempre permeado de muita troca entre o tripé já mencionado, validando a importância do papel da psicologia no processo e da parceria e participação da família (Medrado et al., 2020; Minetto, 2010; Minetto & Bermudez, 2017; Pereira-Silva et al., 2007; Sousa, 2011).

“O significado da viagem rumo à fase adulta e a seus papéis sociais está ligado também à capacidade do observador de se transformar em companheiro de viagem que orienta sem substituir” (Montobio & Lepri, 2007, p. 113). Pedro encontrou no seu caminho pessoas que entenderam e escolheram ser apoio para ele na viagem ao mundo adulto possível (Lepri, 2022), tendo cada uma delas sua responsabilidade. Conforme relata Montobio e Lepri (2007), “a responsabilidade de um educador que acompanha o indivíduo na viagem rumo à autonomia e à realização de si mesmo é sempre grande” (p. 114).

Todo o trabalho aqui apresentado ratifica também a teoria de Vigotski (1989) quando discute o conceito traduzido no Brasil como Zona de Desenvolvimento Iminente (Prestes, 2010), entendido como o espaço de interpelação entre o que a pessoa consegue resolver sozinha em seu nível de desenvolvimento atual e o que

ela alcançará a partir da orientação ou apoio de outras intervenções, sendo definido como desenvolvimento possível ou potencial. É o que pode ser visto na imagem a seguir com o caso relatado aqui neste trabalho.

FIGURA *4*
Desenvolvimento de Pedro conforme a Teoria de Vigotski



Fonte: Figura construída pela autora, com base nos dados da pesquisa.

A figura representa o resultado obtido no caso da história de Pedro: com suporte da família e com o processo de orientação profissional, ele alcançou um objetivo que não conseguiria sem esse apoio. O seu desenvolvimento foi ampliado, sendo o processo de aconselhamento de carreira um dos pontos que podem ser considerados dentro da zona de desenvolvimento eminente no seu processo de escolarização.

Considerações finais

Foi observado melhoria de autoestima e empoderamento, também foram identificadas aquisição de habilidades sociais: posicionamento no local de trabalho, organização do tempo de estudo, sua comunicação com os pares, com a família, com os superiores no local de trabalho, além de alterações nas habilidades de enfrentamento, posicionamento diante de um desejo, expressão das próprias vontades e decisões.

A qualidade de vida e a inserção social também foram apontados como resultados favoráveis para o Pedro. É nítido seu amadurecimento e desenvolvimento. Este trabalho corrobora a importância da participação da família no processo de inclusão de uma pessoa com DI na sociedade de um modo geral, bem como o impacto das oportunidades dadas pela família no desenvolvimento dessas pessoas.

A parceria da família com profissionais ao longo da vida de Pedro pode ser vista como um fator determinante em todo esse desenvolvimento. Apesar de muitos desafios, a família encontrou espaços e profissionais, como escolas, terapeutas, profissionais da saúde e da educação, que contribuíram para esse bom resultado.

A experiência demonstra a necessidade de novas práticas de aconselhamento profissional com pessoas com deficiência intelectual devido à escassez de publicações relacionadas ao tema. Reafirma-se que foi perceptível a importância dessa prática, o que instiga novas atuações com outros jovens com T21, tendo assim uma contribuição para a inclusão de cada vez mais pessoas com a trissomia em espaços como ensino superior. Sugere-se pesquisas que abordem a qualidade da permanência desses alunos nos cursos de graduação, bem como a trajetória de carreira após a realização do curso escolhido. Toma-se aqui a liberdade em dizer que esse trabalho é mais um “sinal precioso da experiência de uma minoria ativa que trabalha com esperança de modificar ‘o curso das coisas’” (Montobio & Lepri, 2007, p. 13).

Referências

Alegria, M. L. M., de Moraes, L. M. B., & Miazaki, M. (2019). A iminente importância da orientação profissional para uma escolha de carreira assertiva. *Revista Científica do UBM*, *21*(41),179-187. https://doi.org/10.52397/rcubm.v21i41.928.

Angonese, L. S.; Boueri, I. Z. & Schmidt, A. (2015). O adulto com deficiência intelectual: concepção de deficiência e trajetória de carreira. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *16*(1), 23-34. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203041069004.

Aranha, M. L. de A. (1996). *Filosofia da Educação* (2ª ed.). Editora Moderna. São Paulo.

Araújo, G. A., Paradiso, Â. C., Lassance, M. C. P., & Sarriera, J. C. (2013). Carreira e narrativa: contribuições para a intervenção. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *14*(2), 191-201. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203030931005.

Bezerra, G. F. (2020). A Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva: a problemática do profissional de apoio à inclusão escolar como um de seus efeitos. *Revista Brasileira de Educação Especial, 26*(4), 673-688. https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0184.

Bittles, A. H., Bower, C., Hussain, R., & Glasson, E. J. (2007). The four ages of Down syndrome. *European journal of public health*, *17*(2), 221-225. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl103.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução no 510, de 7 de abril de 2016: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.

Figueira, E. (2008). *Caminhando em Silêncio: Uma Introdução à Trajetória da Pessoa com Deficiência na História do Brasil* (4ª ed.). Wak.

Franco, V. (2015). *Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança* (1ª ed.). ALOENDRO.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censos 2021. Resumo Técnico Do Censo Da Educação Superior 2021*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censos 2018. Resumo Técnico Do Censo Da Educação Superior 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censos 2018. Resumo Técnico Do Censo Da Educação Superior 2018.* Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censos 2016. Resumo Técnico Do Censo Da Educação Superior 2016. Rio de Janeiro*: IBGE, 2016.

Ivatiuk, A. L., & Yoshida, E. M. P. (2010). Orientação Profissional de pessoas com deficiências: Revisão de literatura (2000-2009). *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. *11*(1), 95-106. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902010000100010.

Labov, W. (1997). Some further steps in narrative analysis. *Journal of Narrative and Life History*, (7), Issue 1-4, 395 – 415. https://doi.org/10.1075/jnlh.7.49som.

Lei nº. 13.146, de 6 de julho de 2015. (2015). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

Lepri, C. (2022). *Tornar-se adulto a condição adulta da pessoa com deficiência intelectual* (1ª ed.) Saberes editora.

Lopes-Tavares, L. M. F., Delgado, L. M. B., Santos, L. M. M., & de Fátima Minetto, M. (2023). Programa de Apoio à Inclusão Escolar de Crianças com T21 (Síndrome de Down) Oferecido por uma Instituição

de Apoio. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, *12*(1), 101-114. https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/403.

Machado, E. V. (2014). Inclusão no ensino superior - uma experiência exitosa. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, *9*(1), 120-129. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6202630.

MEC/SEESP. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. (2007). Portal do Ministério da Educação. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=381-politica-nacional-seesp&Itemid=30192.

Medrado, C. S., Scali, D. F., Pereira-Silva, N. L., Rooke, M. I., & Crolman, S. R. (2020). Caracterização do sistema familiar de pessoas com deficiência intelectual: Uma análise sociodemográfica. *Interação em Psicologia*, *24*(3), 239-248. https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/66244/42622.

Minetto, M., & Bermundez, B. (2017). *Bioecologia do desenvolvimento na síndrome de Down: práticas em saúde e educação baseadas em evidências. Acompanhamento interdisciplinar*. Íthala.

Minetto, M. de F. J. (2010). *Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico* [Tese de Doutorado]. Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/94159/289938.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Montobbio, E., & Lepri, C. (2007). *Quem eu seria se pudesse ser: a condição adulta da pessoa com deficiência intelectual*. Fundação Síndrome de Down.

Mustacchi, Z., Salmona, P., & Mustacchi, R. (2017). *Trissomia 21 (síndrome de down): Nutrição, Educação e Saúde*. Memnon.

Natoli, J. L., Ackerman, D. L., McDermott, S., & Edwards, J. G. (2012). Prenatal diagnosis of Down syndrome: a systematic review of termination rates (1995–2011). *Prenatal diagnosis*, *32*(2), 142-153. https://doi.org/10.1002/pd.2910.

Oliveira, J. P. D., Santos, S. A. D., Aspilicueta, P., & Cruz, G. D. C. (2012). Concepções de professores sobre a temática das chamadas dificuldades de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Especial*, *18*(1), 93-112. https://www.scielo.br/j/rbee/a/ckMKLwrG63dMDY9Y8cHYFNp/?format=pdf&lang=pt.

Pereira-Silva, N. L., & Dessen, M. A. (2007). Crianças com e sem síndrome de Down: valores e crenças de pais e professores. *Revista Brasileira de Educação Especial, 13*(3) 429-446. https://www.scielo.br/j/rbee/a/yKdHWnVYsQBFjsNxYLgbKpv/?lang=pt.

Prestes, Z. R. (2010). *Quando não é quase a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski. Repercussões no campo educacional*. [Tese de Doutorado não publicada]. Programa de Pós-Graduação em Educação, UnB.

Schwartzman, J. S., & Lederman, V. R. G. (2017). Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico -e intervenção precoces. *Inclusão Social, 10*(2), 17-27. https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4028.

Sousa, M. E. G. de. (2011). *O Papel da Família e da Escola Inclusiva num Percurso de Desenvolvimento Resiliente - Um Estudo de Caso* [Dissertação de Mestrado]. Curso de Educação Especial, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Sparta, M. (2003). O desenvolvimento da orientação profissional no Brasil. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *4*(1-2), 1-11. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902003000100002.

Vigotsky, L. S. (1989). *Pensamento e linguagem*. Ed. Ridendo Castigat Mores.

SOCIAL AND PROFESSIONAL FACTORS FOR TEACHING STAFF ETHNIC TOLERANCE AND MULTICULTURAL IDEOLOGY IN PRESCHOOL EDUCATION: RESULTS OF A STUDY IN PORTUGAL

João Miguel Alves Ferreira
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra | naquelepordosol@gmail.com

Sergii Tukaiev
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Educational Scientific Institute of High Technologies | serhii.tukaiev@knu.ua

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Amâncio Carvalho
Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
amancioc@utad.pt

Revisor 3
Teresa Tavares
Agrupamento de Escolas n.º 2 - Escola Secundária D. Manuel I, Beja, Portugal / Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Educação, Beja, Portugal
Professora Adjunta Convidada no Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação, Portugal
tsousatavares@gmail.com

Citação:
Ferreira, J., & Tukaiev, S. (2025). Social and professional factors for teaching staff ethnic tolerance and multicultural ideology in preschool education: results of a study in Portugal. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 305-318). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O aumento da migração levou à formação de sociedades culturalmente diversas em muitos lugares do mundo e Portugal não é uma exceção neste contexto. A diversidade étnica e cultural está a aumentar na maioria dos países da Europa Ocidental. Efetivamente, o século XXI tem sido designado como a era da migração e este fluxo migratório contínuo tem resultado em grandes alterações populacionais a nível mundial. As atitudes em relação ao multiculturalismo em contextos educativos são qualidades desejáveis para boas práticas de ensino. O pessoal docente desempenha um papel fundamental na inclusão de alunos de diferentes origens étnicas e na educação dos alunos para o respeito pela diversidade. O objetivo deste estudo é estudar o impacto das características sociodemográficas do pessoal docente na tolerância étnica e na ideologia multicultural no contexto da educação pré-escolar. Este objetivo foi possível através da avaliação de duas escalas: A Escala de Tolerância Étnica (*Berry & Kallin*, 1995) e a Escala de Ideologia Multicultural (*Berry & Kallin*, 1995). A amostra é constituída por 13 auxiliares de ação educativa e 7 educadores de infância que trabalham numa instituição privada de segurança social portuguesa. Para explorar os determinantes sociodemográficos e profissionais da tolerância étnica e da ideologia multicultural, foi efetuada uma análise de dados utilizando frequências, percentagens, gráficos de dispersão, correlações e testes estatísticos para comparar grupos. Conclusões: Características como a idade, o nível de escolaridade e a antiguidade no trabalho foram significativamente associadas à tolerância étnica global e à ideologia multicultural. Os profissionais mais velhos e mais antigos têm atitudes menos positivas em relação à diversidade e à diferença. Quanto mais elevada a escolaridade, maior a tolerância e a ideologia multicultural. Esta evidência empírica indica a necessidade de investir esforços na educação e na formação especializada de todos os profissionais, com uma abordagem especial ao pessoal docente mais velho e sénior. O estudo destas relações pode oferecer valiosas perspetivas para programas educativos destinados a estes profissionais. A educação para a tolerância tem como objetivo promover a cultura da paz e da aceitação dos outros para o bem-estar e a gestão da diversidade. Por conseguinte, é importante criar ambientes de aprendizagem, conteúdos e instalações para a educação e para a tolerância, em conformidade com os valores universais da educação.

Palavras-chave: Educação para a tolerância étnica; Diferenças multiculturais; Educação pré-escolar.

Introdução

O aumento da migração levou à formação de sociedades culturalmente diversas em muitos lugares do mundo e Portugal não é uma exceção neste contexto. A diversidade étnica e cultural está a aumentar na maioria dos países da Europa Ocidental.

Efetivamente, o século XXI tem sido designado como a era da migração e este fluxo migratório contínuo tem resultado em grandes alterações

populacionais a nível mundial. As atitudes em relação ao multiculturalismo em contextos educativos são qualidades desejáveis para boas práticas de ensino. O pessoal docente desempenha um papel fundamental na inclusão de alunos de diferentes origens étnicas e na educação dos alunos para o respeito pela diversidade.

O objetivo desta investigação é estudar o impacto das características sociodemográficas do pessoal docente na tolerância étnica e na ideologia multicultural no contexto da educação pré-escolar. Este objetivo foi possível através da avaliação de duas escalas: A Escala de Tolerância Étnica (Berry & Kallin, 1995) e a Escala de Ideologia Multicultural (Berry & Kallin, 1995). A amostra é constituída por 13 auxiliares de ação educativa e 7 educadores de infância que trabalham numa instituição privada de segurança social portuguesa.

Para explorar os determinantes sociodemográficos e profissionais da tolerância étnica e da ideologia multicultural, foi efetuada uma análise de dados utilizando frequências, percentagens, gráficos de dispersão, correlações e testes estatísticos para comparar grupos.

A diversidade cultural é atualmente uma realidade constante no contexto educativo e é de suma importância dar respostas a este novo desafio para um novo paradigma de educação, uma nova consciência. Com base em evidências empíricas, advindas dos resultados do presente estudo, procuraremos indicar onde haverá necessidade de investir esforços na educação e na formação especializada dos profissionais, assim como tentaremos inferir qual ou quais grupos do pessoal docente necessitarão de uma abordagem especial.

O estudo destas relações pode oferecer valiosas perspetivas para programas educativos destinados aos profissionais identificados. A educação para a tolerância, como veremos em seguida, tem como objetivo promover a cultura da paz e da aceitação dos outros para o bem-estar e a gestão da diversidade. Urge, então, criar ambientes de aprendizagem, conteúdos e instalações para a educação para a tolerância, em conformidade com os valores universais da educação.

Tolerância Étnica

De acordo com a Constituição da República Portuguesa, artigo 13.º, n.º 2- (Princípio da igualdade), 8.ª versão:

"Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual".

Atualmente, o termo tolerância é usado para designar a disposição geral para tratar outra pessoa de uma forma paciente e generosa, mas também como referência à virtude política na nossa relação com outros cidadãos que são, de alguma forma, diferentes (Habermas, 2003). Ricoeur (1990) nota dois usos essenciais associados à palavra: um mais dirigido às instituições e autoridades, que diz respeito à ausência de interditar quando se poderia não fazê-lo, e outro mais relacionado com o comportamento individual, mais exatamente a atitude de admitir no outro uma maneira de pensar ou agir diferente da do próprio.

Marcus et al. (1995) sugere que a intolerância é uma atitude mais automática que a tolerância devido à facilidade com que as pessoas interiorizam estereótipos e preconceitos face a exogrupos. Nesta perspetiva, tolerância implica obrigatoriamente oposição ou desacordo face aos grupos-alvo, sendo diferenciada tolerância de simples indiferença, simpatia ou pertença aos mesmos.

Num estudo efetuado por Gibson (1987), no que respeita a membros de grupos minoritários (imigrantes, minorias étnicas, *gays*, etc.), o autor afirma que a tendência deve ser para apresentarem níveis de tolerância mais elevados, uma vez que estes deverão ter maior probabilidade de terem sido vítimas de discriminação e por isso reverem-se noutras minorias; já no estudo de Sullivan et al. (1982) era esperado que os negros fossem mais tolerantes por este motivo, embora esta hipótese não se tenha verificado empiricamente.

A tolerância étnica é uma atitude fundamental para a promoção da paz e da justiça social em sociedades multiculturalistas. Segundo Hall (1997), a tolerância étnica é definida como "a capacidade de respeitar, aceitar e valorizar as diferenças culturais e étnicas presentes na sociedade". Isso envolve a promoção da diversidade cultural, bem como a redução da discriminação e do preconceito.

Para Samovar e Porter (2010), a tolerância étnica é um valor que deve ser cultivado em todas as sociedades democráticas, pois promove a compreensão e a aceitação de diferenças culturais. A tolerância étnica pode ser vista como um valor fundamental para a construção de sociedades plurais e inclusivas, capazes de valorizar a diversidade étnica e cultural.

Segundo Tajfel e Turner (1986), a tolerância étnica está diretamente relacionada à identidade social e ao "pertencimento" a um grupo. A tolerância étnica é uma atitude positiva em relação a outros grupos étnicos, que promove a coesão social e a identidade positiva do grupo. Isso é especialmente importante em sociedades plurais, onde a diversidade étnica e cultural é a norma.

Para Banks (1997), a tolerância étnica pode ser promovida através de uma educação multicultural, que valoriza e celebra a diversidade cultural e étnica. A educação multicultural ajuda a desenvolver atitudes positivas em relação à diversidade, o que pode levar à tolerância étnica e à redução da discriminação e do preconceito.

Resumindo, a tolerância étnica é um valor fundamental para a promoção da paz, da justiça social e da harmonia social em sociedades multiculturais. A promoção da tolerância étnica pode ser alcançada através de uma educação multicultural que valoriza a diversidade cultural e étnica e promove atitudes positivas em relação à diversidade.

Ideologia Multicultural

Todos os indivíduos que vivem num meio culturalmente diversificado, inevitavelmente, são afetados pelo contacto com pessoas, de outros grupos culturais, que estão presentes na sociedade (Hui et al., 2015). Neste contexto, o bem-estar e as relações interculturais dos indivíduos podem ser afetados pelas suas visões, em relação à diversidade cultural existente na sua sociedade, o que pode influenciar a sua ideologia multicultural e a forma, quer comportamental, quer psicológica, como se envolvem nas relações interculturais (Hui et al., 2015).

A ideologia multicultural é um conjunto de crenças e valores que reconhecem a importância da diversidade cultural e étnica na sociedade e promovem a igualdade de oportunidades para todos os grupos étnicos. De acordo com Parekh (2006), a ideologia multicultural é baseada na ideia de que todas as culturas têm igual valor e que a diversidade cultural é um recurso valioso para a sociedade.

A ideologia multicultural está associada a experiências positivas de vida, para com as minorias raciais e étnicas (Gurin et al., 2002), destacando-se, assim, por ser uma componente essencial na compreensão das relações interpessoais (Berry, 2001), por reconhecer e celebrar diferenças entre grupos (Syed, 2013) e por facilitar o convívio de indivíduos, com caraterísticas culturais diferentes, numa sociedade plural (Berry et al., 1977), o que tornou a multiculturalidade um fator importante para o aumento da riqueza da sociedade, onde é possível promover a relaçãoo entre culturas, sem anular a identidade de cada uma delas (Ramos, 2007).

O constante contacto intercultural e os consequentes conflitos sociais têm levado vários investigadores a desenvolverem estudos, que mostram a importância de deter uma ideologia orientada para a multiculturalidade e a tentar perceber qual é a ideologia ideal para estruturar uma sociedade culturalmente diversificada e facilitadora das interações sociais entre os membros da sociedade de acolhimento e imigrantes, em ambientes culturalmente diversificados (e.g., Dovidio & Gaertner, 2000; Hui et al., 2015).

Segundo Kymlicka (2010), a ideologia multicultural defende a necessidade de políticas públicas que garantam a igualdade de oportunidades para todos os grupos étnicos e culturais, bem como o reconhecimento e a

valorização da diversidade cultural. Isso envolve a promoção da inclusão social e a redução da discriminação e do preconceito.

Para Modood (2007), a ideologia multicultural é uma forma de abordar a diversidade cultural que reconhece a importância da igualdade de oportunidades e do respeito pelas diferenças culturais. Isso envolve a promoção de políticas públicas que valorizem e promovam a diversidade cultural, bem como o reconhecimento dos direitos e das necessidades das minorias étnicas.

De acordo com Young (1995), a ideologia multicultural é uma forma de política que promove a igualdade de oportunidades para todos os grupos étnicos e culturais, bem como a promoção da diversidade cultural e étnica. Isso envolve o reconhecimento dos direitos das minorias étnicas e a promoção de políticas públicas que garantam a inclusão social e a participação política desses grupos.

Hofstede (1997) reforça que os contactos interculturais provocam sentimentos de grupo e logo ao primeiro impacto as reações e as atitudes não são compreendidas entre os diferentes grupos culturais. Para que indivíduos culturalmente diferentes sejam integrados é necessária a criação de ambientes onde estes indivíduos possam conviver e sentir, de alguma forma, que os seus direitos sejam igualitários (Hofstede, 1997).

No seu estudo, os autores Van Oudenhoven e Hofstra (2006) explicam a razão pela qual as diferenças culturais não são apreciadas pelos indivíduos, justificando que a similaridade leva à atração, ou seja, o nosso interesse desperta por indivíduos que são idênticos a nós, ou ao nosso grupo relativamente a atitudes, valores e aptidões por exemplo.

Desta forma, o multiculturalismo permite compreender as diferenças culturais para que, em intervenções futuras, os indivíduos tentem mudar as suas atitudes em relação aos outros, em vez de atitudes sobre si mesmos (Gurin & Nagda, 2006). Neste sentido, Syed (2013) salienta que entender a identidade dos outros é bastante importante, pois não entender essa identidade interfere na nossa capacidade de pensar acerca da importância dos outros na sociedade.

Resumindo, a ideologia multicultural é um conjunto de crenças e valores que promovem a igualdade de oportunidades e o respeito pelas diferenças culturais. A ideologia multicultural é baseada na ideia de que todas as culturas têm igual valor e que a diversidade cultural é um recurso valioso para a sociedade.

Educação Pré-escolar

Em Portugal, a Educação e Acolhimento na Primeira Infância (EAPI) está organizada numa estrutura bietápica, com respostas distintas para crianças mais novas (dos 0 aos 3 anos) e mais velhas (dos 3 à entrada na escolaridade obrigatória). A oferta para crianças com menos de 3 anos tem um foco no acolhimento e cuidados infantis, enquanto a educação pré-escolar, dirigindo-se a crianças mais velhas, é considerada legalmente a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida (Eurydice, 2023).

A EAPI destinada às crianças com menos de 3 anos de idade não faz parte do sistema educativo e está sob a alçada do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). Esta oferta é maioritariamente assegurada por entidades privadas não lucrativas, como as Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSS ou instituições legalmente equiparadas, com acordos de cooperação com o MTSSS, e por entidades privadas lucrativas com licença de funcionamento aprovada por esse Ministério (Eurydice, 2023).

Os objetivos da resposta social Creche visam proporcionar o bem-estar e desenvolvimento das crianças dos 3 meses aos 3 anos, num clima de segurança afetiva e física, durante o afastamento parcial do seu meio familiar, através de um atendimento individualizado e da colaboração estreita com a família numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo das crianças.

Em Portugal, a educação pré-escolar abrange crianças dos 3 aos 6 anos (idade de início da escolaridade obrigatória) e é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida (Lei n.º 5/97, de 10 de fevereiro), sendo complementar da ação educativa da família (Eurydice, 2023).

A tutela pedagógica é da responsabilidade do Ministério da Educação, competindo-lhe assegurar a qualidade da educação nos estabelecimentos da rede nacional de educação pré-escolar (Eurydice, 2023).

De acordo com a legislação portuguesa, a Educação Pré-escolar tem como objetivo "promover o desenvolvimento pessoal e social da criança e a sua formação cívica, fomentando a sua inserção na sociedade e respeitando a sua identidade cultural, contribuindo para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso da aprendizagem" (Decreto-Lei n.º 55/2018).

A educação pré-escolar é uma resposta social, regulada em termos legais, conforme as orientações pedagógicas e psicológicas, onde a criança deve ser acolhida, amada e respeitada na sua originalidade e ajudada a crescer harmoniosamente (Ministério da Educação, 2016).

A educação pré-escolar é uma modalidade de educação que tem como objetivo promover o desenvolvimento integral da criança, bem como a sua preparação para o ensino básico. Segundo o Ministério da Educação (2016), a educação pré-escolar visa "contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à educação, fomentando o desenvolvimento das capacidades das crianças, nomeadamente nos aspetos físico, motor, emocional, cognitivo, social e moral" (p. 6).

A educação pré-escolar constitui uma das primeiras experiências da criança num sistema organizado, exterior ao seu círculo familiar, onde irá ser integrada e no qual se pretende que venha a desenvolver determinadas competências e capacidades.

Por diferentes motivos inerentes à sociedade atual, a família já não consegue realizar sozinha a tarefa de educar uma criança, como tradicionalmente acontecia. Numa sociedade, onde cada vez é maior o número de mulheres que trabalham a tempo inteiro, a efetiva partilha das tarefas do universo público e privado convida a que mulheres e homens dividam responsabilidades em matéria de educação dos filhos, competindo ainda, ao Estado e à sociedade civil proporcionar apoio e suporte às famílias (Instituto de Segurança Social, 2010).

Todas as crianças são diferentes e utilizam um conjunto de capacidades para investigar e apropriar-se do mundo que as rodeia, para comunicar com os outros, para se ajustar às diferentes pessoas com as quais vão estabelecendo interrelações. É no decurso dos três primeiros anos que uma criança vai aprender as principais regras de relacionamento com os outros, a andar, a falar e a resolver problemas. É então num contexto relacional que o desenvolvimento das crianças muito pequenas ocorre, é através da relação com o outro, do que lhe é permitido ou não, das respostas facultadas e da rapidez com que estas são dadas que o processo de tornar cada criança num indivíduo único e com uma identidade própria se processa (Instituto de Segurança Social, 2010).

Os princípios gerais da educação pré-escolar estão regulamentados pelo Instituto da Segurança Social, sendo estes: assegurar um clima de segurança e bem-estar; promover o desenvolvimento pessoal e social da criança; contribuir para a igualdade de oportunidades no seio escolar e para o sucesso de aprendizagem; incutir comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diferenciadas; incentivar a participação das famílias no processo educativo; estabelecer relações de colaboração com a comunidade; fazer o despiste precoce de qualquer inadaptação ou deficiência, garantindo um encaminhamento adequado para cada caso e prevenir e compensar falhas sociais e culturais do meio familiar.

Neste contexto, segundo o Instituto de Segurança Social, torna-se necessário que os prestadores de cuidados responsáveis pela criança pautem a sua intervenção por critérios de qualidade, nomeadamente: ter em consideração o superior interesse da criança, especialmente quando se encontra a planificar o trabalho, aspeto que implica um trabalho de grande proximidade com a família desta; estabelecer uma parceria forte com a família das crianças que estão ao seu cuidado, de forma a obter informação acerca das capacidades

e competências das crianças; ter em atenção os cuidados ao nível da qualidade das relações que a criança vai estabelecer quer com outras crianças quer com os adultos, pois é num contexto relacional que as aprendizagens da criança ocorrem, pelo que, quando se está a planificar um trabalho com estas crianças, este é um aspeto central a ter em consideração; todas as crianças necessitam de se sentir incluídas, de ter um sentimento de pertença, de se sentir valorizadas e importantes para algo, pois só assim é possível construir uma relação de respeito mútuo, afetiva, calorosa e reciproca entre a criança e o adulto responsável por ela; é ainda muito importante compreender as formas como estas crianças aprendem.

Este é, segundo o Instituto de Segurança Social, um processo complexo, em que se tem de promover um ambiente que facilite a brincadeira, a interação, a exploração, a criatividade e a resolução de problemas por parte das crianças. Só desta forma é que elas poderão desenvolver o máximo das suas competências e capacidades. Isto implica: pensar a criança como um aprendiz efetivo e ativo, que gosta de aprender; criar um ambiente flexível que possa ser adaptado imediatamente aos interesses e necessidades de cada criança, promovendo o acesso a um leque de oportunidades de escolhas e que lhe permita crescer confiante e com iniciativa; estabelecer relações que encorajem a criança a participar de forma ativa; crianças muito novas aprendem melhor através de aprendizagens ativas em que se encontrem envolvidas e que possuam significado para elas, pelo que a brincar será o melhor contexto em que estas crianças aprenderão; procurar conhecer o grupo de crianças pelo qual se encontra responsável, aprendendo a observar o seu comportamento e interações; estabelecer uma rotina diária consistente que reforce e valorize as continuidades, desta forma, as crianças desenvolverão um sentimento de pertença a um ambiente que podem prever no seu quotidiano; dinamizar oportunidades para que a criança possa comunicar os seus sentimentos e pensamentos (p.e. através da possibilidade de estar sozinha com o adulto de referência) e dispor de adultos que estão interessados e envolvidos na prestação dos cuidados à criança.

Sabemos que as experiências das crianças nos seus primeiros anos de vida estão muito relacionadas com a qualidade dos cuidados que recebem. Também sabemos que estas experiências podem ter um verdadeiro impacto no seu desenvolvimento futuro. Os cuidados adequados durante a primeira infância trazem benefícios para a toda a vida. A infância é a etapa fundamental da vida das crianças, sendo os primeiros 36 meses de vida particularmente importantes para o seu desenvolvimento físico, afetivo e intelectual. Desta forma, importa que este novo contexto de desenvolvimento se caracterize por um ambiente acolhedor e dinamizador de aprendizagens, onde a criança se possa desenvolver de forma global, adequada e harmoniosa (Instituto de Segurança Social, 2016).

Para que este desenvolvimento ocorra, é ainda importante que estas crianças se encontrem num local onde possam ser amadas e se sintam seguras. É igualmente importante que tenham oportunidades para brincar, se desenvolver e aprender num ambiente seguro e protetor. Só desta forma ser-lhes-á possível desenvolver a sua autoestima, autoconfiança e capacidade de se tornarem independentes face aos desafios futuros com que irão ser confrontadas ao longo do seu desenvolvimento (Instituto de Segurança Social, 2016).

Em resumo, a Educação Pré-escolar é uma etapa fundamental no processo de desenvolvimento da criança, que tem como objetivo promover o seu desenvolvimento integral e prepará-la para a vida em sociedade. A Educação Pré-escolar é uma oportunidade para a criança aprender a socializar, a interagir com outras crianças e adultos, a expressar-se e a descobrir o mundo que a rodeia.

A sua importância é reconhecida por diversos autores, que destacam o seu papel na promoção do desenvolvimento cognitivo, social, emocional e moral da criança, bem como na formação de cidadãos críticos e responsáveis.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é estudar o impacto das características sociodemográficas do pessoal docente na tolerância étnica e na ideologia multicultural, no contexto da educação pré-escolar.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 13 auxiliares de ação educativa e 7 educadores de infância que trabalham numa instituição privada de segurança social portuguesa.

Instrumentos

Os sujeitos completaram um questionário que incluía a obtenção de informação demográfica (e. g., idade, género, estado civil, anos de serviço, experiência com outras culturas, ...) e as escalas abaixo descritas:

Escala de Ideologia Multicultural: Esta escala foi desenvolvida por Berry e Kalin (1995) para o contexto canadiano. A escala, adaptada para o contexto português, comporta dez itens que permitem avaliar o apoio em se ter uma sociedade diversa do ponto de vista cultural em que os grupos etnoculturais mantêm e partilham as suas culturas com os outros. Cinco destes itens estão direcionados negativamente. Os itens foram avaliados numa escala de tipo Likert com sete pontos, desde fortemente em desacordo (1) a fortemente de acordo (7).

Escala de Tolerância Étnica: Esta é uma escala de etnocentrismo desenvolvida por Berry e Kalin (1995) para o contexto canadiano. A escala, adaptada para o contexto português, comporta sete itens que avaliam a vontade em aceitar pessoas ou grupos culturalmente diferentes de si próprio. Há dois itens que estão direcionados positivamente (indicando tolerância) e cinco itens direcionados negativamente (indicando preconceito). Uma pontuação elevada denota tolerância. Os itens foram avaliados numa escala de tipo Likert com sete pontos, desde fortemente em desacordo (1) a fortemente de acordo (7).

Procedimento

O trabalho de campo foi realizado em 2022, na região de Lisboa. Na apresentação dos questionários era solicitada a colaboração dos sujeitos, feito um apelo à sinceridade nas respostas e garantido o anonimato. Salvaguardados os princípios éticos, incluindo o sigilo e a confidencialidade, aceitaram colaborar de livre vontade e responderam ao questionário. Cada sujeito demorou entre 20 e 30 minutos a responder aos questionários. Depois de o completarem, agradeceu-se aos sujeitos e respondeu-se a algumas perguntas colocadas.

Procedeu-se a análise descritiva das variáveis recorrendo a quadros de distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas, tais como a média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

A fiabilidade das escalas de ideologia multicultural e tolerância étnica foi avaliada com recurso ao alpha de Cronbach. Para examinar a relação de interdependência entre o nível de habilitações, idade e antiguidade na função e as escalas de ideologia multicultural e tolerância étnica, analisaram-se coeficientes de correlação de Pearson. Para testar diferenças nas escalas consoante grupos (ter filhos, experiência cultural, categoria profissional e estado civil) realizaram-se múltiplos testes não-paramétricos (*Mann-Whitney e Kruskal-Wallis*) face à constante violação do pressuposto da normalidade populacional (Field, 2018; Marôco, 2018).

Todas as análises estatísticas foram realizadas com *IBM SPSS Statistics 24.0* (Chicago, IL) e a presente investigação escrita de acordo com as normas APA 7 (APA, 2020; Prada et al., 2021).

Resultados

Apresentam-se, em primeiro lugar, na Tabela 1, os principais traços sociais e profissionais que caracterizam a amostra de 20 profissionais (docentes e não docentes) na área da educação infantil.

TABELA 1
Caraterização da amostra em estudo

	n	%
Género		
Feminino	20	100,0
Masculino	0	0,0
Escolaridade		
2º ciclo	1	5,0
3º ciclo	3	15,0
Secundário	8	40,0
Superior	8	40,0
Estado civil		
Solteira	6	30,0
Casado/União de facto	12	60,0
Divorciada	2	10,0
Tem Filhos?		
Não	5	25,0
Sim	15	75,0
Categoria profissional		
Educadora infância	7	35,0
Auxiliar educação	13	65,0
Faixa etária das crianças		
3-12 meses	4	20,0
12-24 meses	6	30,0
2-3 anos	10	50,0
Experiência com outras culturas		
Sim	17	85,0
Não	3	15,0
Antiguidade – Média 17,4 anos (DP 12,2) ; Min: 2; Max:46		
Idade- Média 43,7 anos (DP 14,1) ; Min: 20; Max: 20		

A amostra é totalmente composta por inquiridos do género feminino com uma média etária de 43,7 anos (desvio padrão de 14,1), caracterizada por uma escolaridade intermédia (40% tem o ensino secundário e 40% tem o ensino superior). A maior parte das inquiridas são casadas ou vivem em união de facto (60%) e apenas 25% não têm filhos.

Em termos de caracterização profissional temos uma média de antiguidade na função de 17,4 anos (desvio padrão de 12,2). As educadoras de infância representam 35% da amostra. A restante amostra é composta por auxiliares de educação.

Quando questionadas se têm ou tiveram experiência com outras culturas na sua prática profissional, 85% das inquiridas respondeu afirmativamente.

Em seguida, atentemos na Tabela 2. As escalas mencionadas apresentam fiabilidade interna dentro do aceitável (alpha de Cronbach > 0,6). Numa escala de 1 a 7, obtivemos uma média de 4,90 (desvio padrão de 0,63) na escala de ideologia multicultural, representando uma atitude média ligeiramente mais positiva face aos imigrantes e diversidade cultural. Em relação à tolerância étnica, esta segue a mesma amplitude de escala, e obtivemos uma média de 4,71 (desvio padrão de 0,61).

TABELA 2
Análise Descritiva das escalas de Ideologia Multicultural e Tolerância Étnica

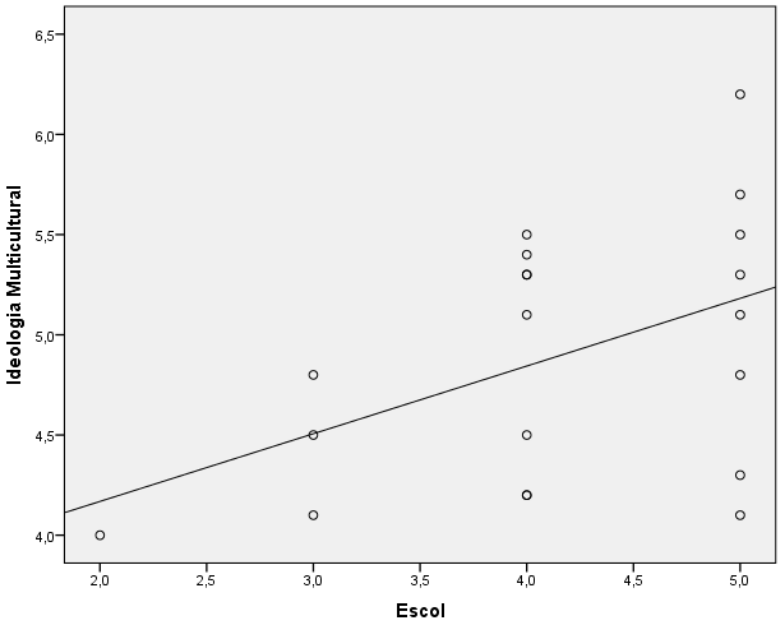
	Nº itens	Alpha de Cronbach	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Escala de Ideologia Multicultural	10	0,679	4,95	4,90	0,63	4	6
Escala de Tolerância Étnica	7	0,683	4,57	4,71	0,61	3	6

Seguidamente, observemos a Tabela 3 e a Figura 1. Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a ideologia multicultural e a escolaridade. Quanto maior for o nível de escolaridade das inquiridas, maior a atitude positiva face à diversidade cultural.

TABELA 3
Coeficientes de correlação de Pearson para Ideologia multicultural

	Coeficiente de correlação	p
Idade	-0,309	0,185
Escolaridade	0,466	<0,05
Antiguidade	-0,338	0,144

FIGURA 1
Diagrama de dispersão: Ideologia multicultural vs. Escolaridade



Vejamos agora a Tabela 4, existem duas correlações estatisticamente significativas entre a Tolerância Étnica e a escolaridade.

TABELA 4
Coeficientes de correlação de Pearson para Tolerância Étnica

	Coeficiente de correlação	p
Idade	-0,616	<0,05
Escolaridade	0,293	0,209
Antiguidade	-0,485	<0,05

Nas Figura 2 e 3 verificamos que quanto maior for a idade e a antiguidade das inquiridas, menor a sua tolerância étnica.

FIGURA 2
Diagrama de dispersão: Tolerância Étnica vs. Idade

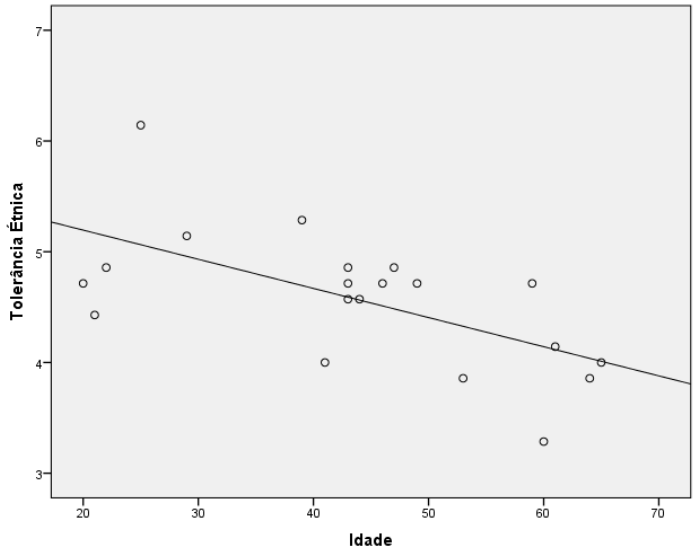
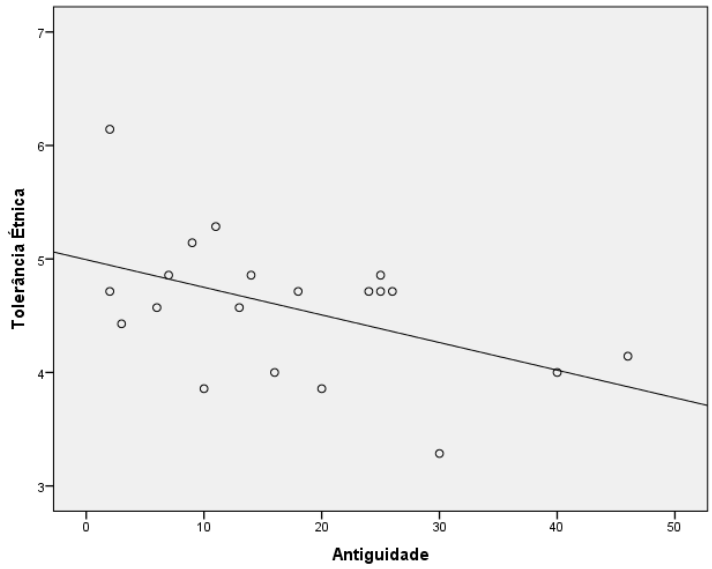


FIGURA 3
Diagrama de dispersão: Tolerância Étnica vs. Antiguidade



Na Tabela 5 podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas na ideologia multicultural e tolerância étnicas consoante ter filhos, estado civil, categoria profissional e experiência com outras culturas na prática profissional.

TABELA 5
Comparação entre grupos

	Ideologia Multicultural				Tolerância Étnica			
	Mediana	Média	Desvio Padrão	p	Mediana	Média	Desvio Padrão	p
Tem filhos?								
				0,735				0,735
Sem filhos	5,0	5,1	0,4		4,7	4,6	0,5	
Com filhos	4,8	4,9	0,7		4,7	4,6	0,7	
Estado civil								
				0,999				0,567
Solteira	5,0	4,9	0,4		4,6	4,7	0,8	
Casado/União de facto	5,0	4,9	0,6		4,7	4,6	0,4	
Divorciada	5,1	5,1	1,6		4,0	4,0	1,0	
Categoria profissional								
				0,588				0,536
Educadora infância	5,1	5,0	0,7		4,7	4,7	0,4	
Auxiliar educação	4,8	4,8	0,6		4,6	4,5	0,7	
Experiência com outras culturas								
				0,564				0,093
Sim	4,8	4,9	0,7		4,6	4,5	0,5	
Não	5,3	5,2	0,3		4,9	5,1	0,8	

Conclusão

Características como a idade, o nível de escolaridade e a antiguidade no trabalho foram significativamente associadas à tolerância étnica global e à ideologia multicultural. Os profissionais mais velhos e mais antigos têm atitudes menos positivas em relação à diversidade e à diferença. Quanto mais elevada a escolaridade, maior a tolerância e a ideologia multicultural. A observação de que os profissionais mais jovens têm atitudes mais positivas em relação à diversidade e à diferença pode ser interpretada de várias formas, mas não necessariamente como uma tendência de que esses profissionais se tornarão menos favoráveis com o passar dos anos. Esta diferença pode refletir uma mudança geracional nas mentalidades e valores. As novas gerações crescem em ambientes mais diversificados e globalizados, o que pode influenciar positivamente as suas atitudes em relação à diversidade. Além disto, os profissionais mais jovens podem ter tido acesso a uma educação mais inclusiva e multicultural, o que os torna mais sensíveis, abertos e recetivos à diversidade. As experiências de vida também desempenham um papel importante: os profissionais mais jovens podem ter tido mais oportunidades de interagir com pessoas de culturas diversas, o que pode ter moldado as suas atitudes desde cedo. Atendendo a que a vida é uma jornada dinâmica e as pessoas estão em constante mudança e processo de aprendizagem, não conseguimos prever com exatidão como é que as suas atitudes evoluirão ao longo do tempo. Isto depende de uma variedade de fatores, incluindo as experiências pessoais, os contextos sociais, culturais e políticos, bem como oportunidades de formação e desenvolvimento profissional ao longo da carreira. Esta evidência empírica indica a necessidade de investir na educação e na formação especializada de todos os profissionais (docentes e não docentes), com uma abordagem especial ao pessoal docente mais velho e sénior. O estudo destas relações pode oferecer valiosas perspetivas para programas educativos destinados a estes profissionais. A educação para a tolerância tem como objetivo promover a cultura da paz e da aceitação dos outros para o bem-estar e para a gestão da diversidade. Por conseguinte, é importante criar ambientes de aprendizagem, conteúdos e instalações para a educação para a tolerância, em conformidade com os valores universais da educação.

Referências

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). https://doi.org/10.1037/0000165-000.

Banks, J. A. (1997). Multicultural education: Characteristics and goals. In J. A. Banks & C. A. M. Banks (Eds.), *Multicultural Education: Issues and Perspectives*, 3-30. Wiley.

Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, *57*(3), 615-631. https://doi.org/10.1111/0022-4537.00231.

Berry, J. W., & Kalin, R. (1995). Multicultural and ethnic attitudes in Canada: An overview of the 1991 National Survey. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 27*(3), 301–320. https://doi.org/10.1037/0008-400X.27.3.301.

Berry, J. W., Kalin, R., & Taylor, D. M. (1977). Multiculturalism and ethnic attitudes in Canada. Ottawa: Ministry of Supply and Services.

Constituição da República Portuguesa, de acordo com a Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12/08, Almedina, 2005.

Decreto-Lei n.º 55/2018, de 6 de julho. Diário da República, 1.ª série, n.º 129.

Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (2000). Aversive racism and selection decisions: 1989 and 1999. *Psychological Science*, *11*(4), 315-319. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00262.

Eurydice (2023). Educação pré-escolar e cuidados de infância. *Comissão Europeia*. Consultado a 23 de Junho de 2023. https://eurydice.eacea.ec.europa.eu/pt-pt/national-education-systems/portugal/educacao-pre-escolar-e-cuidados-de-infancia.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5.ª ed.). SAGE.

Gibson, J. L. (1987). Homosexuals and the Ku Klux Klan: A Contextual Analysis of Political Tolerance. *The Western Political Quarterly*, 40(3), 427-448.

Gurin, P., & Nagda, B. A. (2006). Getting to the what, how, and why of diversity on campus. *Educational Researcher*, *35*(1), 20-24. https://doi.org/10.3102/0013189X035001020.

Gurin, P., Dey, E. L., Hurtado, S., & Gurin, G. (2002). Diversity and higher education: Theory and impact on educational outcomes. *Harvard Educational Review*, *72*(3), 330-366. Consultado a 26 de Junho de 2023. https://igr.umich.edu/files/igr/Diversity%20and%20Higher%20Education.pdf.

Hall, S. (1997). *Who needs identity?* In P. Du Gay & S. Hall (Eds.), Questions of Cultural Identity (pp. 1-17). London, Sage Publications.

Habermas, J. (2003), *"Intolerance and Discrimination"*, in I.CON, 1(1), 2-12.

Hill, M., & Hill, A. (2008). Investigação por questionário (2.ª Ed.). Edições Sílabo.

Hofstede, G. (1997). Culturas e organizações: compreender a nossa programação mental. (Trad. De A. Fidalgo). Lisboa: Edições sílabo.

Hui, B., Chen, S., Leung, C., & Berry, J. (2015). Facilitating adaptation and intercultural contact: The role of integration and multicultural ideology in dominant and non- dominant groups. *International Journal of Intercultural Relations*, *45*, 70-84. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2015.01.002.

Instituto de Segurança Social (2010). *Creche - Manual de Processos Chave* (2ª ed. revista). Gestão da Qualidade das Respostas Sociais: Creche.

Kymlicka, W. (2010). *Multiculturalismo: Sucesso, fracasso e o futuro da política de reconhecimento*. Editora da Universidade de Brasília.

Marcus, G. E., Sullivan, J. L., Theiss-Morse, E., & Wood, S. L. (1995). With Malice Toward Some: How People Make Civil Liberties Judgments. Cambridge: Cambridge University Press.

Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7º ed.). ReportNumber.

Ministério da Educação (2016). Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. Lisboa: Direção-Geral da Educação.

Modood, T. (2007). *Multiculturalism: A civic idea*. Polity.

Parekh, B. (2006). Rethinking multiculturalism: Cultural diversity and political theory. Palgrave Macmillan.

Prada, M., Camilo, C., Garrido, M. V., & Rodrigues, D. L. (2021). O diabo está nos pormenores: Introdução às normas para escrita científica da American Psychological Association (7ª edição). *PSICOLOGIA*, *35*(1), 95-146. https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i1.1727.

Ramos, N. (2007). Sociedades multiculturais: interculturalidades e educação. Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. *Revista Portuguesa da Pedagogia*. *41*(3), 223- 244. Consultado a 20 de Junho de 2023. http://impactum-journals.uc.pt/rppedagogia/article/view/1216.

Ricoeur, P. (1990), *"Tolerância, Intolerância, Intolerável*", in Ricoeur, P. (ed.), Em Torno ao Político, São Paulo: Edições Loyola, 174-190.

Samovar, L. A., & Porter, R. E. (2010*). Intercultural communication: A reader* (13th ed.). Cengage Learning.

Sullivan, J. L., Piereson, J., & Marcus, G. E. (1982). *Political Tolerance and American Democracy*. Chicago: University of Chicago Press.

Syed, M. (2013). Identity exploration, identity confusion, and openness as predictors of multicultural ideology. *International Journal of Intercultural Relations 37*(4), 491-496. Consultado a 21 de Junho de 2023. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2013.04.005.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of Intergroup Relations*, 7-24. Nelson-Hall.

Van Oudenhoven, J., & Hofstra, J. (2006). Personal reactions to 'strange' situations: Attachment styles and acculturation attitudes of immigrants and majority members. *International Journal of Intercultural Relations 30*(6), 783-798. Doi:10.1016/j.ijintrel.2006.05.005.

Young, I. M. (1995). *Justice and the politics of difference*. Princeton University Press.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

Elisiane Perufo Alles
Universidade Federal do Paraná | alles.elisiane@gmail.com

Iasmin Zanchi Boueri
Universidade Federal do Paraná | boueri.iasmin@gmail.com

Maria de Fátima Joaquim Minetto
Universidade Federal do Paraná | fa.minetto@gmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Manuel Joaquim Loureiro
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal
loureiro@ubi.pt

Citação:
Alles, E., Boueri, I., & Minetto, M. (2025). Deficiência Intelectual e a promoção da autonomia. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 319-332). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

As pessoas com deficiência intelectual enfrentam desafios únicos na vida quotidiana, incluindo a necessidade de ensino programado para as habilidades de saúde e segurança para garantir a sua autonomia, o bem-estar e a participação plena na comunidade. O desenvolvimento destas habilidades é essencial para promover a qualidade de vida, o autocuidado, prevenir acidentes e riscos, participar de atividades comunitárias de forma independente e propiciar uma maior independência, destaca-se que todos estes elementos são essenciais na transição para a vida adulta. Nesta perspetiva, este trabalho teve por objetivo verificar a eficácia de um programa de ensino sobre habilidades de saúde e segurança aplicado a jovens com deficiência intelectual. Os cinco jovens com deficiência participantes frequentavam uma turma de unidade ocupacional de culinária de uma escola especial em uma cidade de grande porte do sul do Brasil. Por meio da Escala de Intensidade de Apoio versão adulto, foi possível verificar no pré-teste a maior necessidade de apoio nos domínios: Vida Comunitária (98%); Emprego (99%), Saúde e Segurança (93%). Após a intervenção, uma formação continuada com professores para realização de práticas de ensino, verificou-se um decréscimo nos índices de apoio, principalmente nos domínios referentes à Vida Comunitária (90%) e Saúde e Segurança (83%) dos jovens com deficiência intelectual. Nos resultados apresentados além do êxito nos quesitos de saúde e segurança foi possível constatar uma maior independência na execução das tarefas atreladas a execução das receitas. Em suma, é fundamental que sejam criadas oportunidades com programas de ensino direcionados para que pessoas com deficiência intelectual possam desenvolver as suas habilidades e competências, participando ativamente na comunidade e, desta forma, construir uma sociedade mais justa, inclusiva e igualitária.

Palavras-chave: Deficiência intelectual; Autonomia; Saúde e Segurança.

Conceção de Deficiência Intelectual

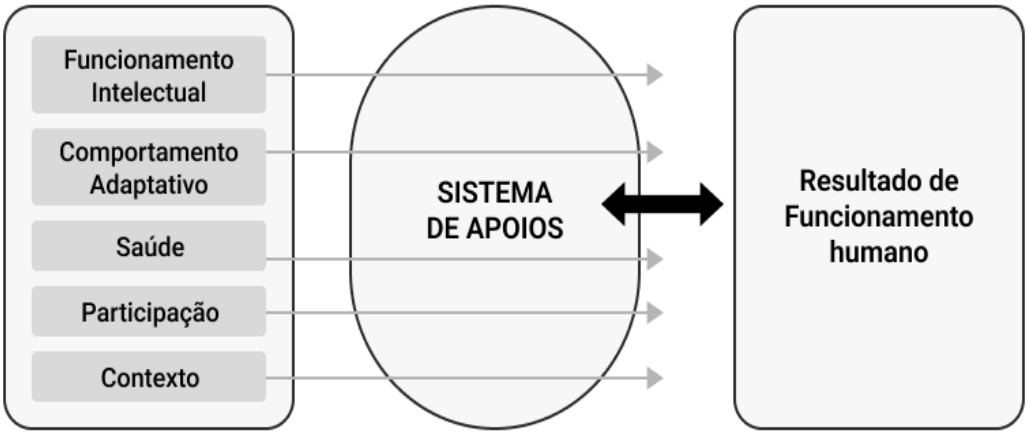
O diagnóstico de deficiência intelectual (DI) é caracterizado por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo e sua idade de início está compreendida pelo período do desenvolvimento do sujeito sendo ajustada até os 22 anos (Schalock et al., 2021). O funcionamento intelectual se refere às capacidades mentais, como raciocínio, aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisões. Já o comportamento adaptativo é expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, necessárias para a vida cotidiana. Sendo essencial considerar os seguintes paradigmas:

- as limitações no funcionamento devem ser consideradas dentro do contexto, típico da idade e cultura do indivíduo;
- a avaliação considera fatores culturais e linguísticos, bem como fatores de comunicação, sensoriais, motores e comportamentais;
- as limitações frequentemente coexistem com as potencialidades;
- um propósito importante de descrever as limitações é desenvolver um perfil de suportes necessários;
- com suportes personalizados apropriados durante um período sustentado, o funcionamento da vida da pessoa com DI geralmente melhorará. (Schalock et al., 2021, p.14).

Os cinco aspetos corroboram com o modelo multidimensional que refletem o desenvolvimento mútuo das cinco dimensões do funcionamento humano (funcionamento intelectual, comportamento adaptativo, participação, saúde e contexto), sistemas de apoio necessários para um pleno desenvolvimento (Schalock et al., 2021), como podemos observar na Figura 1.

FIGURA 1

Modelo multidimensional integrando as dimensões de funcionamento humano, sistemas de suporte e resultados de funcionamento humano



Nota. Schalock, Luckasson & Tassé.

Os apoios são recursos e estratégias que promovem o desenvolvimento, a educação, interesse e bem-estar da pessoa melhorando o funcionamento do individual (Thompson et al., 2009). Assim, a necessidade de apoio é destacada por Thompson e colaboradores (2009) como o padrão e a intensidade de apoio que uma pessoa requer para participar de atividades associadas ao funcionamento humano.

Esta visão reflete o potencial de crescimento das pessoas com DI e fornece uma estrutura para a implementação de sistemas de apoio que terão um efeito positivo no funcionamento e no bem-estar pessoal. Esta rede interconectada de recursos e estratégias promove o desenvolvimento e os interesses do indivíduo com DI atendendo às demandas e potencializando o desenvolvimento pessoal, a autonomia, autodeterminação, relações interpessoais, os objetivos pessoais, auto advocacia, inclusão social e bem-estar (Schalock et al., 2021).

Isso dito, este trabalho teve por objetivo apresentar as aprendizagens proporcionadas aos estudantes com deficiência intelectual no que tange as habilidades de saúde e segurança numa turma da unidade ocupacional de culinária de uma escola da modalidade de educação especial em uma cidade de grande dimensão do sul do Brasil. Cabe salientar que este estudo é um recorte de uma pesquisa de mestrado intitulada “Formação continuada de professores no processo de transição para a vida adulta de jovens com deficiência intelectual” (Alles, 2020).

Metodologia

Local

O estudo foi desenvolvido com uma turma da Unidade ocupacional de uma Escola de Ensino Fundamental na Modalidade de Educação Especial no estado do Paraná – Brasil.

Participantes da pesquisa

Participaram do estudo cinco estudantes com DI, idade entre 16 e 22 anos identificados por código (A1, A2, A3...) para manter a confidencialidade conforme apresentado na Tabela 1. Participou também a professora regente da turma (50 anos de idade), que possui formação inicial em pedagogia e especialização em educação especial, atendimento educacional especializado e tecnologias assistivas, tendo 31 anos de experiência em educação especial, sendo 4 anos na escola especial onde ocorreu a pesquisa.

TABELA 1
Caraterização dos estudantes

Identificação	Idade	Gênero	Diagnóstico	Tempo na Instituição	*Frequentou a escola regular*	*Emprego*
A1	19 anos	Feminino	Síndrome de Down	6 anos	*Não*	*Não*
A2	19 anos	Masculino	Deficiência Intelectual	6 anos	*Não*	*Não*
A3	16 anos	Masculino	Deficiência Intelectual	5 anos	*Não*	*Não*
A4	17 anos	Masculino	*Deficiência Intelectual* *Epilepsia* *Paralisia Cerebral*	1 ano	*Não*	*Não*
A5	22 anos	Feminino	Síndrome de Down	7 anos	*Não*	*Não*

Nota. Dados da pesquisa

Instrumentos

A Escala de Intensidade de Apoio – SIS versão adulto (Thompson et al., 2004) esse instrumento está em processo de validação para a realidade brasileira, projeto coordenado pela professora doutora Maria Amélia Almeida vinculada a Universidade Federal de São Carlos. A escala SIS é composta por 86 questões ao longo de três grandes seções, sendo a Seção 1 intitulada Escala de intensidade de apoio (49 questões distribuídas ao longo de seis domínios); Seção 2 Atividades de proteção e defesa (oito questões) e Seção 3 Necessidades de apoio médico e comportamental (29 questões). A SIS tem por objetivo identificar e avaliar os apoios extra que a pessoa com deficiência intelectual necessita para participar nas atividades comuns da vida e demandas sociais, por meio de uma escala *Likert* na tríade tipo, frequência e tempo de apoio extra destinado à pessoa com deficiência intelectual, com os seguintes níveis:

0 – Nenhum apoio; nenhuma ou menos de uma vez por mês; nenhum tempo.

1 – Monitoramento; pelo menos uma vez por mês, mas não uma vez na semana; menos de 30 minutos.

2 – Pistas verbais ou gestuais; pelo menos uma vez por semana, mas não uma vez por dia; entre 30 minutos e 2 horas.

3 – Ajuda física parcial; pelo menos uma vez por dia, mas não uma vez a cada hora; entre 2 e 4 horas

4 – Ajuda física total; a cada hora ou com mais frequência; 4 horas ou mais.

Foi utilizado para pontuar e interpretar os resultados da SIS um formulário de pontuação com os totais de escores brutos de cada domínio, somados a partir das três dimensões (tipo, frequência e tempo de apoio). De posse desses escores foram verificados no manual do usuário (Thompson et al., 2004) os índices de necessidade de apoio (escores padronizados dos seis domínios e o índice de necessidade de apoio).

Outro instrumento utilizado foi o protocolo de registro de aprendizagem consistiu num instrumento elaborado pela pesquisadora embasado nas pesquisas de Boueri (2010; 2014) e Zutião (2016), tendo por objetivo verificar as mudanças comportamentais no repertório dos participantes mediante o número de ocorrências dos comportamentos, aferindo as diferenças comportamentais para análise dos possíveis efeitos do programa de ensino. Para escolha dos comportamentos a serem ensinados e avaliados foram utilizadas as habilidades de saúde e segurança apresentadas na Escala de Intensidade de Apoio (*Supports Intensity Scale* - SIS) desenvolvida por pesquisadores da Associação Americana de deficiência intelectual e do desenvolvimento (AAIDD - *American Association of Intellectual and Developmental Disability*). Foram mensurados os níveis de apoio fornecido aos estudantes no decorrer da implementação do programa conforme a seguinte legenda:

(NO) Não observado;

(1) Auxílio físico;

(2) Dica parcial;

(3) Dica verbal e demonstrativa;

(4) Dica verbal e

(5) Execução independente.

Procedimento Éticos

A pesquisa foi submetida e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade de Federal do Paraná sob parecer nº 3264881. Todos os procedimentos éticos foram cumpridos e respeitados.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

A pesquisa seguiu algumas etapas, a saber:

- Apresentação do projeto à secretária de educação;
- Delimitação da instituição;
- Apresentação do projeto e convite aos professores para participar da pesquisa;
- Delimitação dos participantes;
- Observação e elaboração do protocolo de registo de aprendizagem;
- Desenvolvimento do procedimento de intervenção;
- Intervenção - Formação continuada durante a hora de atividade do professor (atividades teórico-práticas respeitando o tempo de aprendizagem do professor).

Após a delimitação do local e participantes da pesquisa, iniciaram-se as observações e elaboração dos instrumentos de avaliação e da formação continuada com enfoque no processo de transição para a vida adulta.

A formação continuada (intervenção) consistiu num programa desenvolvido pelas pesquisadoras embasado na análise aplicada do comportamento e incluindo como parâmetro os programas desenvolvidos por LeBlanc (1992), Suplino (2005; 2009), Boueri (2010; 2014), Lopes (2016) e Zutião (2016) fundamentados na metodologia do Currículo Funcional Natural, como: análise do ambiente e avaliação inicial dos participantes, elaboração do programa, adaptação de materiais, implementação por meio de sessões de ensino teórico e prático, manutenção dos comportamentos e análise dos resultados obtidos.

Procedimento de intervenção

A intervenção consistiu em uma formação continuada com atividades teóricas e práticas, conforme apresentado na Figura 1. Tendo duração de seis meses (de abril a setembro de 2019) mediante encontros semanais durante a hora atividade da professora.

TABELA 2
Estruturação da intervenção

Unidade	Sessão	Tema	Objetivo	Material	Atividade
Unidade 1: Compreendendo a Deficiência Intelectual	Teórico	Deficiência Inteletual	Conhecer a atual definição de deficiência intelectual e as formas de diagnóstico.	Apresentação em *Powerpoint* e texto sobre a temática	Leitura do texto sobre o tema e realização de perguntas sobre o tema
		Escala de Intensidade de Apoio	Conhecer a Escala e as áreas adaptativas que compõem este instrumento, compreendendo os apoios necessários para os jovens/adultos com DI realizarem atividades adaptativas.		
	Prático	Escala de Intensidade de Apoio	Conhecer a Escala e as áreas adaptativas que compõem este instrumento, compreendendo os apoios necessários para os jovens/adultos com DI realizarem atividades adaptativas.	Escala de intensidade de Apoio; Manual do Usuário	Aplicar a Escala com um aluno
Unidade 2: Como Avaliar	Teórico	Protocolo de aprendizagem	Identificar e compreender a construção e utilização de um protocolo de aprendizagem	Apresentação de exemplos de protocolos Texto sobre o assunto	Leitura do material e discussão do tema
	Prática		Construir um protocolo a fim aferir as habilidades aprendidas durante o programa, conforme atividade ensinada.		Construção do protocolo de aprendizagem

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)
Estruturação da intervenção

Unidade	Sessão	Tema	Objetivo	Material	Atividade
Unidade 3: Como planear	Teórico	Planeamento Centrado na Pessoa	Conhecer o instrumento e como utilizá-lo	Apresentação dos 18 passos	Leitura do Material e discussão do tema
		Currículo Funcional Natural (CFN)	Compreender os princípios norteadores, bem como a filosofia do CFN relacionando com a realidade do aluno com DI.	Apresentação em PowerPoint sobre o tema e exemplos de práticas baseadas no CFN.	
	Prático	Planeamento Centrado na Pessoa	Estruturar um plano centrado na pessoa para o ensino de atividades, destacando metas e objetivos a curto, médio e longo prazo.	Apresentação dos 18 passos	Construção do planejamento centrado na pessoa com a equipe pedagógica e pais e/ou responsáveis legais, baseado no CFN.
Unidade 4 – Planeando o Ensino	Prático	Planeamento das atividades	Estruturar o planejamento para o ensino das habilidades, selecionando atividades, metas e objetivos, assim como os materiais a serem utilizados e/ou podem ser adaptados para o ensino de habilidades adaptativas.	Plano centrado no aluno	Construção do planeamento
Unidade 5 – Aplicação	Prático	Estruturação das atividades	Elencar as atividades a serem desenvolvidas especificando os apoios a serem fornecidos	Plano centrado no aluno Material adaptado pertinente para a execução das atividades	Atividades a serem desenvolvidas na escola e durante a Culinária

Nota. Dados da pesquisa

A formação continuada (intervenção) consistiu num programa desenvolvido pelas pesquisadoras embasado na análise aplicada do comportamento e incluindo como parâmetro os programas desenvolvidos por LeBlanc (1992), Suplino (2005; 2009), Boueri (2010; 2014), Lopes (2016) e Zutião (2016) fundamentados na metodologia do Currículo Funcional Natural, como: análise do ambiente e avaliação inicial dos participantes,

elaboração do programa, adaptação de materiais, implementação por meio de sessões de ensino teórico e prático, manutenção dos comportamentos e análise dos resultados obtidos.

Uma vez que, a formação continuada foi ofertada à professora no ambiente de trabalho com objetivo de aprimorar as competências e conhecimentos a fim de proporcionar aos seus estudantes, jovens e adultos com deficiência intelectual, maior autonomia e independência nas atividades, enfatizando as habilidades de Saúde e Segurança e auxiliando no processo de transição para a vida adulta. Assim, a formação foi estruturada em cinco unidades: Unidade 1- Deficiência intelectual e conceitualização; Unidade 2- Currículo Funcional Natural; Unidade 3- Planejamento centrado na pessoa; Unidade 4- Planejamento do ensino; e Unidade 5- Estruturação das atividades. Foi utilizado um material instrucional que, de forma clara e de fácil compreensão, possibilitava que a professora tivesse acesso a textos, exemplos de atividades e sugestões de recursos para utilizar na prática de ensino, possibilitando a reflexão acerca de seus saberes e prática pedagógica.

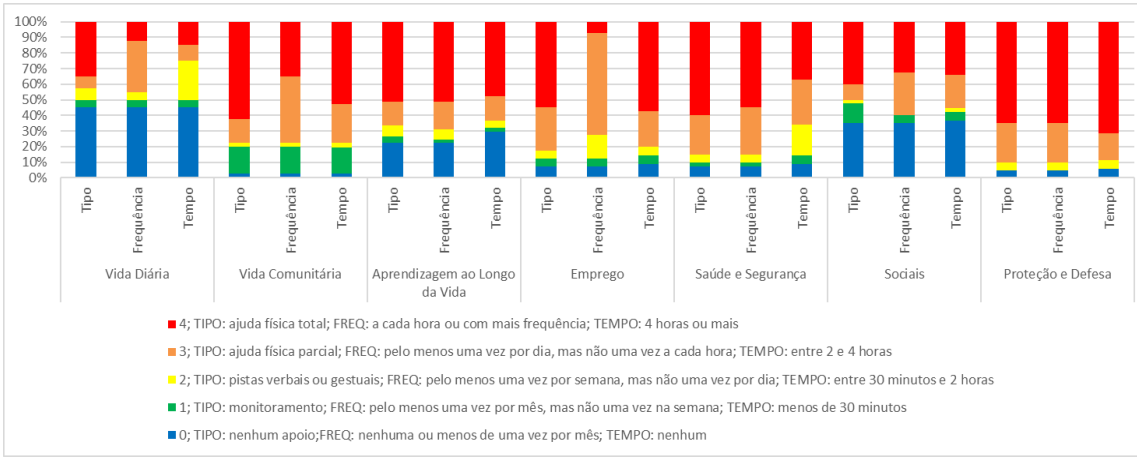
Resultados e discussão

Inicialmente serão apresentados os dados obtidos com pré e pós teste da Escala SIS seguidos dos dados obtidos por meio do protocolo de registro de aprendizagem. Vale relembrar que a Escala SIS é um instrumento que avalia a intensidade de apoio que o jovem e adulto com DI necessita nos seguintes domínios: (A) Atividades de vida diária; (B) Atividades de vida comunitária; (C) Atividades de aprendizagem ao longo da vida; (D) Atividades de Emprego; (E) Atividades de saúde e segurança e (F) Atividades sociais. Além de uma seção destinada a atividades de proteção e defesa e outra com as necessidades específicas de apoio médico e comportamental.

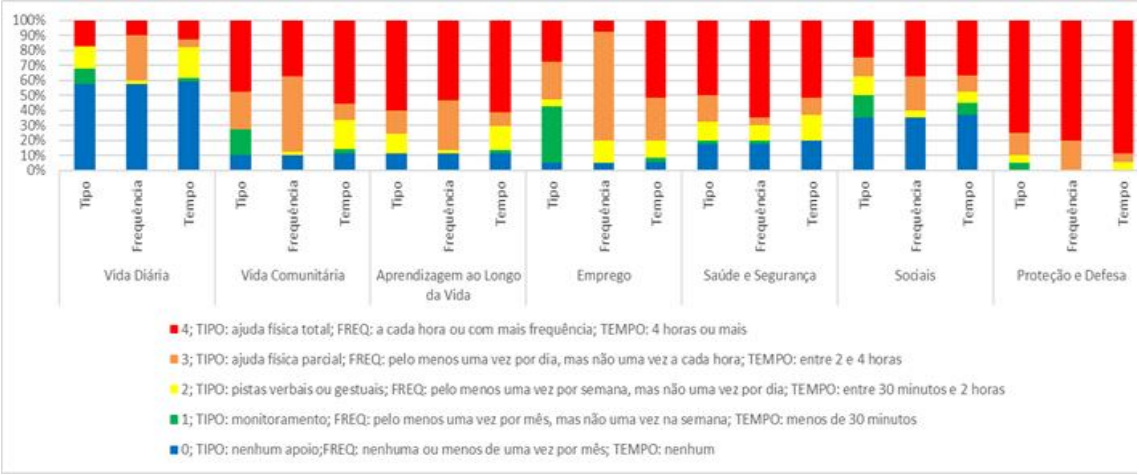
Na Figura 2 são apresentados os índices de necessidade de apoio presentes na SIS, O pré-teste (Figura 2A) e pós-teste (Figura 2B) apresentam o tipo, frequência e tempo de apoio necessário para cada um dos domínios avaliados antes e após o desenvolvimento do programa de ensino. A partir da intervenção realizada com o professor para mudança de sua prática de docência observou-se alterações nas aprendizagens dos alunos, que pode se vincular possivelmente a implementação do programa.

FIGURA 2

Índices de necessidade de apoio pré e pós-teste da Escala de Intensidade de Apoio



(A)



(B)

Nota. Alles (2020)

Antes da intervenção é possível notar os altos índices de apoio nas habilidades de proteção e defesa (95%); Vida comunitária (98%) e atividades de emprego (93%) e saúde e segurança (93%) e o menor índice nas habilidades de vida diária (55%).

Para intervenção foi elaborado um material instrucional com as temáticas abordadas na formação (deficiência intelectual, o sistema de apoio, planejamento centrado na pessoa e currículo funcional natural), além de sugestões de leituras e vídeos. Neste momento de formação havia uma conversa sobre o tema relacionando ao contexto e aos estudantes. De forma colaborativa (Pimenta, Macedo, 2017; Cortés, Olivencia, 2017; Duek, 2011; Fernandes, Lima-Rodrigues, 2016) eram pensadas, estruturadas e adaptadas as estratégias e adequações necessárias para a turma e especificamente a cada estudante, como por exemplo um quadro móvel utilizado em sala de aula, forrado com feltro onde por meio de cartões de comunicação alternativa com velcro (Zutião, 2013) eram construídas as receitas, sendo utilizado também na cozinha industrial como recurso para a elaboração e execução das receitas.

FIGURA 3
Quadro móvel adaptação para elaboração das receitas



Nota. Recursos da pesquisa.

A utilização de cartões de comunicação alternativa, foi uma estratégia utilizada uma vez que muitos dos estudantes não eram alfabetizados. Assim, por meio dos cartões, com imagens reais, conseguiam realizar uma leitura funcional (Zutião, 2013; 2016; LeBlanc, 1998; Suplino, 2009) e consequentemente realizar a tarefa proposta.

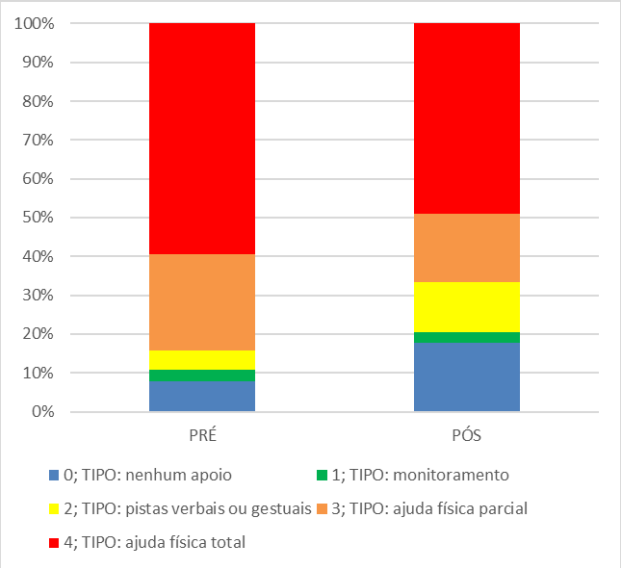
A intervenção foi baseada nas habilidades de saúde e segurança, mas observa-se que habilidades presentes em outros domínios, também foram incorporados na intervenção, uma vez que estavam em conformidade com os comportamentos esperados na unidade ocupacional de culinária e no desenvolvimento da autonomia dos estudantes neste espaço de aprendizagem. Por exemplo dentre as atividades de saúde e segurança temos "Aprender a ter acesso aos serviços de emergência", e, nas atividades de aprendizagem ao longo da vida "Aprender e usar estratégias para a resolução de problemas" o que corrobora com as atividades de saúde e segurança e de autoadvocacia propiciando o desenvolvimento da autonomia do estudante.

No resultado da SIS após a intervenção (pós-teste) é possível observar o decréscimo nos índices de apoio, após duas seções de intervenção principalmente nas atividades de vida diária (43%); vida comunitária (90%) e saúde e segurança (83%).

Como já salientado, o estudo tem como foco as habilidades de saúde e segurança e na Figura 4 é possível observar o decréscimo dos apoios mais intensos (ajuda física total e parcial) e a utilização de pistas verbais e/ou gestuais para a realização das atividades, bem como, uma maior independência nas habilidades de saúde e segurança. LeBlanc (1998) destaca, como um dos procedimentos básicos para a aprendizagem, que as ajudas físicas devem ser evitadas, de forma a dar ao estudante a oportunidade de fazer sozinho.

Figura 4

Índices de necessidade de apoio nas habilidades de saúde e segurança



Nota. Alles (2020)

As habilidades de saúde e segurança são compostas por oito atividades, a saber: (1) Tomar medicamento; (2) Evitar riscos para a sua saúde e segurança; (3) Obter serviços de cuidados de saúde; (4) Deslocar-se sem apoio de outra pessoa; (5) Aprender a ter acesso aos serviços de emergência; (6) Manter uma dieta nutritiva e equilibrada; (7) Manter a saúde e uma boa forma física e (8) Manter o bem-estar emocional (Thompson et al., 2004). Foram identificados no pré-teste os maiores índices de apoio (ajuda física total) nas atividades "Evitar riscos para a saúde e segurança"; "Aprender a ter acesso aos serviços de emergência e "Manter o bem-estar emocional".

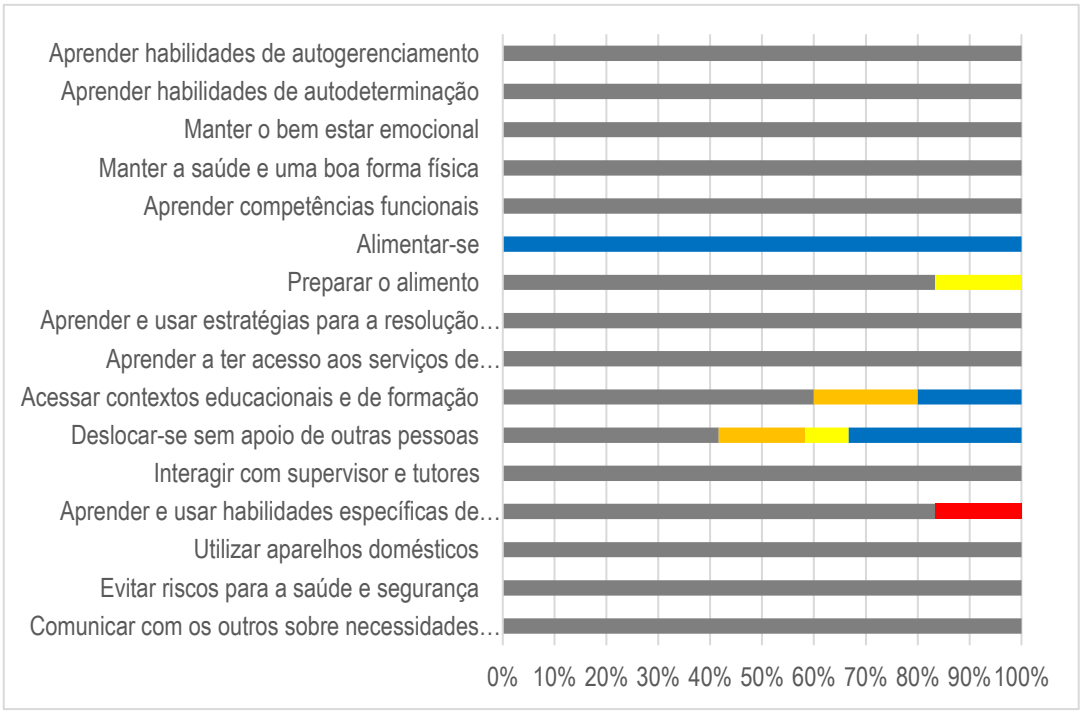
Deste modo, após uma avaliação inicial, foram definidos os objetivos e selecionadas as estratégias de ensino, os recursos, apoios e adaptações necessárias. Ao implementar é necessário monitorar e avaliar o progresso do estudante e as estratégias, verificando se é necessário algum ajuste ou modificação. Mediante essa avaliação contínua, os ajustes necessários, materiais e atividades vão atender as necessidades dos estudantes e consequentemente o aprendizado (Schalock et al.,2021).

Assim, durante a implementação a fim de avaliar e monitorar o progresso dos estudantes foi utilizado como uma das principais ferramentas o protocolo de registro de aprendizagem, possibilitando evidenciar os comportamentos embasados no currículo funcional natural e os apoios nas habilidades saúde e segurança.

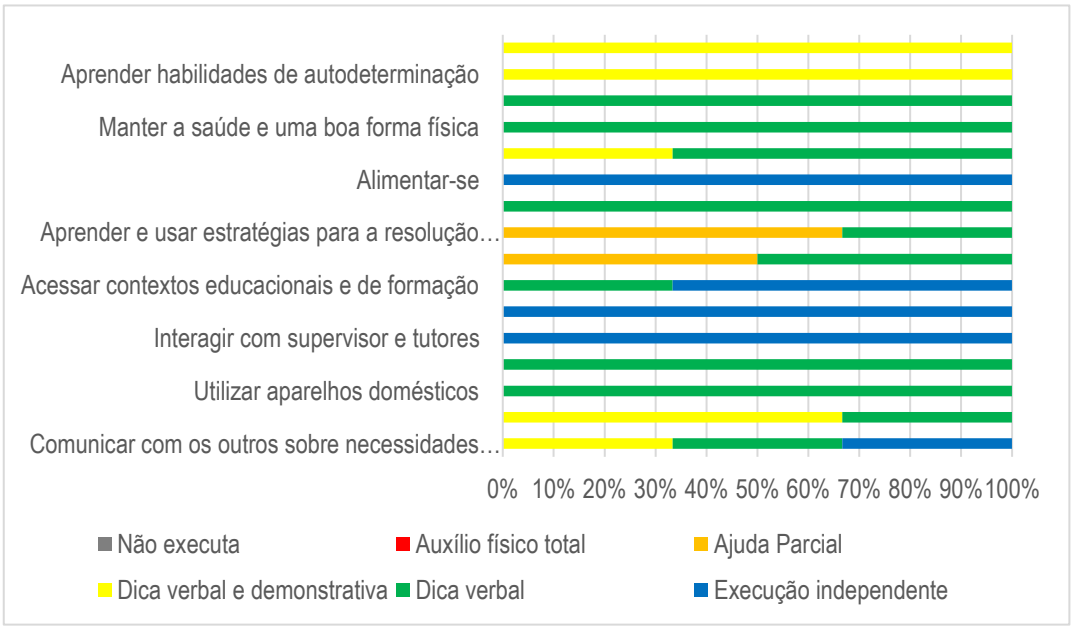
Durante as observações (Figura 5A) foi possível evidenciar que poucos foram os momentos que os estudantes tiveram oportunidades de executar os comportamentos observados. A mudança é observada após a intervenção (Figura 5B).

FIGURA 5

Tipos de apoio nas habilidades de saúde e segurança



(A)



(B)

Nota. Alles (2020)

Alimentar-se é a única habilidade na qual os estudantes possuem independência, e, após a intervenção é notória a inserção dos apoios condizentes aos estudantes possibilitando sua participação e envolvimento nas atividades propostas. As dicas verbais e demonstrativas são os apoios mais utilizados. A ajuda parcial é necessária para "Aprender e usar estratégias para a resolução de problemas" e "Aprender a ter acesso aos serviços de emergência", habilidades essas desenvolvidas mediante questionamentos, vivências no ambiente

de aprendizagem e na elaboração de cartões informativos com número de telefones úteis de segurança e primeiros socorros.

Mediante tais resultados é possível observar o quanto é imprescindível uma observação e avaliação do estudante a fim de elaborar e propor atividades condizentes a realidade, potencialidades e capacidades do indivíduo, estabelecendo, estruturando e fazendo as adaptações necessárias a fim de ocasionar o menor número de erros possíveis, partindo de atividades que o estudante já domina, indo das mais fáceis para as mais difíceis. A medida que o indivíduo conquista determinadas capacidades, habilidades, novos comportamentos e ações outras aquisições vão contribuindo para o seu aprendizado, desenvolvimento e autonomia.

Deste modo, o embasamento no currículo funcional natural (LeBlanc, 1992; Suplino, 2009) possibilitou benefícios ao aprendizado mediante a oferta de oportunidades de vivenciar e conviver com seus pares o desenvolvimento das atividades propostas, permitindo a manutenção e generalização do aprendizado por meio de habilidades adquiridas e uteis no contexto em que estão inseridos, principalmente na unidade ocupacional de culinária, na execução das receitas no ambiente natural onde os comportamentos ocorrem normalmente permitindo a manutenção e generalização do aprendizado. Bronfenbrenner (1996; 2004) salienta que os ambientes mais próximos da pessoa, como a família, escola, amigos e vizinhos, exercem um papel importante no desenvolvimento do indivíduo bem como na aquisição da autonomia.

Considerações finais

Este estudo destacou as aprendizagens proporcionadas aos estudantes com deficiência intelectual nas habilidades de saúde e segurança após um intervenção de formação continuada com a professora propiciando maior autonomia na unidade ocupacional de culinária aos estudantes. Na literatura encontramos embasamento teórico e evidencias científicas que os ambientes próximos, aqui neste caso a escola, exercem um papel importante no desenvolvimento do indivíduo, e, cabe ao professor propiciar um ambiente enriquecedor e estimulante para a aprendizagem. Assim, é imprescindível ter um olhar atento, respeitando o tempo e limite de cada estudante, ter consciência das suas necessidades e potencialidades, bem como de ofertar os apoios necessários. Nos resultados é possível observar que mediante a oferta dos apoios condizentes com as necessidades de cada estudante, torna-se possível a realização das atividades propostas com êxito e maior autonomia, contribuindo para o desenvolvimento da autoestima, bem-estar e autoconhecimento.

A metodologia embasada no currículo funcional natural trouxe subsídios para a professora organizar o ambiente de aprendizado, as atividades propostas e condutas a serem adotas, uma vez que a organização e favorecimento dos espaços de aprendizagem, o encorajamento, incentivo, responsabilidade e escolhas são princípios que contribuem para o desenvolvimento da autonomia e aprendizado dos estudantes.

Por fim, mediante o estudo aqui apresentado e os resultados obtidos, sugere-se novas pesquisas principalmente no que tange as habilidades de proteção e defesa, que contemplam atividades de autodefesa, autogerenciamento, autodeterminação e autoadvocacia.

Referências

Alles, E.P. (2020) *Formação continuada de professores no processo de transição para a vida adulta de jovens com deficiência intelectual* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná]. Acervo Digital UFPR. https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/68861.

Almeida, M. A. (2013) *Adaptação e Validação da Escala de Intensidade de Suporte – SIS para o Brasil: Uma Contribuição para Avaliação Funcional de Jovens e Adultos com Deficiência Intelectual*. Projeto submetido ao edital: MCTI/CNPq/MEC/CAPES Nº 43/2013. São Carlos.

Almeida, M. A.; Zutião, P.; Boueri, I. Z.; Postalli, L. M. (2018) Escala de intensidade de suporte - SIS: consistência interna, fidedignidade e caracterização da amostra. in M. A. Almeida, E. G. Mendes, L. M. M. Postali.(Eds.), Práticas pedagógicas inclusivas em contextos escolares (p. 219-244). Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial- ABPEE.

Almeida, M. A., Boueri, I. Z. & Postalli, L. (2016). A Escala de Intensidade de Suporte – SISno Brasil. *Journal of research in Special Educational Needs, 16*(s1), 60-64. https://doi.org/10.1111/1471-3802.12125.

Boueri, I. Z. (2014) *Instituições residenciais para pessoas com deficiência intelectual: um programa educacional para promover qualidade no atendimento* [Tese de doutoramento, Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional UFSCar. https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2926?show=full.

Boueri, I. Z. (2010) Efeitos de um programa educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos] Repositório Institucional da UFSCar. https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/3053?show=full.

Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Artes Médicas. (Obra original publicada em 1994).

Bronfenbrenner, U. (2011) *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.

Cortés, M.I.N.; Olivencia, J.J.L. (2017) Los profesionales educativos como agentes de capacitación socio-laboral de los jóvenes com diversidade funcional intelectual. *Rev. Digit. Invest. Docencia Univ.*, *11*, (1), 62-81.

Duek, V.P. (2011) *Educação Inclusiva e formação continuada: contribuições dos casos de ensino para os processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional de professores* [Tese de doutoramento, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional UFRN. https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14342.

Fernandes, H.E.; Lima-rodrigues, L.M. (2016) A transição para a vida ativa em jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais: o caso da cercimb/Portugal. *Journal of Research in Special Educational Needs, 16* (s1),1055–1060. https://doi.org/10.1111/1471-3802.12134.

LeBlanc, J. M. (1992) *El Curriculum Funcional em la educación de la persona con retardo mental*. Conferência apresentada en la ASPANDEM. Mallaga, España.

LeBlanc, J. M. (1998) *Curriculum Funcional/Natural para la vida - La definición y desarrollo historico.* Centro de Educación Especial, Ann Sullivan. Lima, Perú.

Pimenta, L. R. R.; Macedo, R. M. S. (2017) Práticas colaborativas e dialógicas em múltiplos contextos (pp. 299-326). In: M. A. Grandesso (Ed.), *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e prática*. Editora CRV.

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Suplino, M. (2009) *Currículo Funcional Natural. Guia prático para a educação na área de autismo e deficiência mental* (3ª Edição Revisada). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Rio de Janeiro.

Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., & Rotholtz, D. A. (2004). *Support intensity scale. Supports Intensity Scale Users Manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Thompson, J. R., Doeke, K., Holmes, A., Pratt, C., Myles, B. S., Shogren, K. A., & Wehmwyer, M. L. (2017). *Person-Centered Planning with the supports intensity scale–Adult version*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Zutião, P. (2018) *Programa "Vida na Comunidade" para familiares de jovens com deficiência intelectual* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos] Repositório Institucional da UFSCar. https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7889.

Zutião, P. (2013) Utilização do Currículo Funcional Natural visando independência de jovens e adultos com deficiência intelectual. 124 f. Monografia de graduação. Curso de Licenciatura em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos.

EDUCAR PARA O SENTIDO, REALIZAR A PAZ

Liliana Rodrigues
Universidade da Madeira – CIE-UMa | lilianagr@staff.uma.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Flávio Corsini Lirio
Universidade Federal de Roraima, Brasil
flavio.corsini.lirio.ufrr@gmail.com

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Rodrigues, L. (2025). Educar para o sentido, realizar a paz. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 333-339). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Não deixa de ser irónico que, numa altura em que tanto se apregoa a liberdade de se ser e de estar este seja, também, o tempo em que se achincalha e se julga no lugar sem espaço, onde uma espécie de liberdade de expressão não tem limites. Não nos será possível, a partir daqui retirar conclusões experimentais mas tão somente vivenciais. Até onde podemos ir? Haverá uma relação entre estarmos continuamente ligados e a sociedade espetáculo que construímos? Estará esta forma de se estar na vida ligada a algum tipo de tédio? Como fazer a paz num mundo de violência? Como educar para o sentido? O propósito desta reflexão, de base hermenêutica, é levar ao leitor à reflexão sobre o papel da Filosofia num currículo que tenha como meta a Educação para a Paz.

Palavras-chave: Sentido; Filosofia; Educação; Paz.

1. O Sentido

A sociedade promete ao indivíduo um sentido para a sua existência, mas isso não é cumprido *aqui e agora*. Ocupamos grande parte do nosso tempo na luta contra o exterior, na expectativa de saber quem usufruirá de uma maior parcela do produto social. Não sendo possível a busca de um sentido de vida no grupo, precisamente porque esse sentido é único, íntimo e impartilhável, vivemos numa incessante busca de um caminho, à partida, demasiado longo.

Chomsky refere o tempo da "pedagogia das mentiras" (Chomsky, 2010, p. 203) que corta o pensamento e nos infantiliza a ação. Afastado de si e dos outros "(...) é mais fácil viver num sistema doutrinal" (Chomsky, 2010, p. 204) que nos oferece quinquilharias e bugigangas. Mesmo depois de tanto ter, habita em nós o sentimento de infelicidade, ou, quando menos, de insatisfação.

Somos cada vez mais sós, mais pobres e menos capazes de lidar com as dificuldades. Vivemos num mundo de recompensas que sobrevive numa economia de vontades. "O mercado do mérito" (Sandel, 2020, p.133) é a forma mais disfarçada de infelicidade. Saímos de diferentes lugares maniatados por um ponto de chegada comum que deixa de fora o processo, naturalmente dissemelhante.

A nossa sociedade transformou-se num espetáculo deprimente a céu aberto e nós, numa letargia profunda, infetados pelo conforto da artificialidade, aceitamos este tipo de indigência que não é apenas intelectual: é profundamente imoral. Mas também existe, num ponto da horizontalidade linear da vida, o confronto inevitável com a busca pelo sentido da vida. Esse ponto assenta na reflexão de indefinição da utilidade que o indivíduo sente no espaço social. É o momento em que o mecanicismo e calculismo social se transfigura em solidão individual.

Daqui decorre o isolamento social e, por outro lado e de forma menos evidente, o encontro do homem consigo próprio. Importa-nos, aqui a análise da perceção do Nada, ou de que o muito que havia em nós é, provavelmente, irrisório. O mais importante ficou por realizar: a felicidade do homem.

A *vida interior* é o que constitui o indivíduo na sua individualidade não natural, quer dizer, o *racional inacabado* - o sagrado tradicional, o sentimento que para a sociedade nada mais é do que o elemento histórico.

> (...) o indivíduo só descobre um sentido para a luta – seja contra a natureza exterior, seja dentro da sociedade -, na medida em que esta parece-lhe necessária em vista de poder viver para si mesmo, segundo o seu próprio sagrado (Weil, 1990, p. 123).

A imperfeição do sistema e organização sociais mostram que, como humanidade, precisamos de nos manter em alerta para garantir o equilíbrio das forças da natureza exterior. A eliminação do exercício da violência natural sobre nós significaria a possibilidade de uma liberdade sem constrangimentos, mas sem que isso expressasse a ausência da insatisfação e, por consequência do tédio. A insatisfação estaria, assim, relacionada com a sua própria existência.

A sociedade moderna pretende que o indivíduo *mutile* e faça desaparecer a sua própria individualidade. O indivíduo é pressionado a agir, mas essa pressão não deixa de ser sobre uma individualidade histórica, de tal modo que o indivíduo age não pelo que tem de social, mas pelo que *ele conserva de pessoal.* "A individualidade permanece irredutível porque a sociedade exige dela que se sacrifique a si mesma e, assim, acaba fixando-a numa situação de conflito" (Weil, 1990, p. 125).

2. A Razão Sensata

A racionalidade protege os homens da violência externa, da natureza e dos homens. Este valor (a racionalidade), mais prometido do que cumprido pela sociedade, é real para os homens, mas como valor negativo. Isto é, a racionalidade significa a ausência do mal que por sua vez impediria a realização de qualquer bem.

Os valores situados fora do plano da natureza e da luta com ela são considerados como inúteis em relação ao valor social. O *Eu Universal* é negado pois dele apenas tem (a sociedade) uma ínfima lembrança, como que um vestígio, um valor residual que para um indivíduo tem o poder de dar uma vida sensata. A força de tais valores permite ao homem uma vida sem conflito "entre o que é exigido dele e o que ele exige de si mesmo:" (Weil, 1990, p. 127).

Ainda não estamos no plano da Ação, onde razão e liberdade coincidem. Podemos afirmar que a reflexão precede a ação, no sentido aristotélico em que a deliberação precede a decisão:

> (...) O homem é princípio das acções, e a deliberação tem por objecto o que ele mesmo pode fazer, e as suas acções fazem-se com vista a outras coisas. Pois não pôde ser objecto da deliberação o fim, mas os meios que conduzem aos fins; nem tão pouco as coisas individuais, (...). Todos, com efeito, deixamos de inquirir como actuaremos quando retrotraímos o princípio a nós mesmos e à parte directiva de nós próprios, pois esta é a que a escolhe (...) E como o objecto da escolha será também um desejo deliberado de coisas ao nosso alcance; porque quando decidimos depois de deliberar desejamos de acordo com a deliberação. (Aristóteles, 2004, pp. 37-38)

A ideia de igualdade de seres razoáveis é o motor para a compreensão da natureza como objeto para a razão. A transformação do ponto de vista compreende o homem como luta com a natureza exterior e esta decisão não é espontânea, quer dizer, não decorre independentemente das condições reais, naturais, históricas e sociais.

De qualquer modo, o indivíduo tem de si mesmo um ponto de vista bidimensional: “ele vive para si no seu sagrado pessoal, mas esse sagrado é privado, a sua vida pessoal não é a sua vida séria, aquela da qual depende, junto com o seu lugar na sociedade, a possibilidade de levar uma vida pessoal.” (Weil, 1990, p. 129).

Para si mesmo o indivíduo é um homem privado e a sua vida não se cruza (ou não se deve cruzar) com a sociedade. O secretismo da sua existência pessoal quando muito poderá ser reconhecido por aqueles que com ele partilham dos mesmos valores, mas ainda assim entre tais indivíduos a vida é sempre considerada como privada e deste modo também é *privada* de qualquer valor social, já que para a sociedade o valor a ser atendido é o do trabalho.

A vida pessoal de cada indivíduo não pode interferir na vida pública e o próprio indivíduo sabe que a sua privacidade não deve ultrapassar certas fronteiras se quer continuar a subsistir. O indivíduo sabe que o seu valor social, no plano da utilidade, é insensato relativamente à sua vida pessoal. É por isso que no “plano da sociedade o indivíduo está dividido, sente-se dividido e, assim, é essencialmente insatisfeito.” (Weil, 1990, p. 130).

O fim da educação é educar o homem violento à razão sensata. A violência é um dado e ela não deve ser objeto da nossa admiração, nem de provocação. A violência deve ser transformada e a universalização do indivíduo é o objetivo dessa transformação.

3. A Insatisfação

Por se sentir insatisfeito o indivíduo encontra-se e torna-se (como sujeito) objeto da reflexão para si mesmo. O indivíduo vê a sociedade como um aspeto parcial, portanto insuficiente, para a compreensão da totalidade da realidade. Essa insuficiência deve mostrar-se a partir e no interior da vida ativa.

A função primeira, no âmbito da educação para a paz, é o educador ser consciência dessa insuficiência e insatisfação do indivíduo consigo mesmo e que nasce precisamente da realidade histórica. Só assim é que a educação será negativa, no sentido em que não mostra o sentido, mas indica onde é que ele não pode estar. A educação poderá assumir uma posição de confissão, isto é, poderá ser a possibilidade de reconhecimento do tédio, da violência, mas, também, da perplexidade da existência, da busca e da procura. Uma educação que permite a cada um a admissão da ausência do sentido e do reconhecimento de onde ele não pode estar. É esta educação que se assume possibilidade de combate ao tédio, isto é, a uma forma de violência entranhada nas vidas que não configuram a possibilidade do sentido não estar nas coisas, nem no que elas menos esperam.

Pela educação o homem prepara-se para dar conteúdo à liberdade. A educação para a vida sensata é já o exercício da liberdade. Esta procura seria assumir a responsabilidade do mundo. Seria a renovação de um mundo comum. A educação é uma opção livre pela razão através da discussão e do diálogo. A educação deve integrar a crítica, as ideias, as paixões, o mito e o imaginário que dão e criam o sentido da vida.

4. A Sociedade

A situação do indivíduo diante da sociedade é semelhante à situação que ele vive diante da natureza exterior. A sua liberdade é limitada porque ele quer participar *na* história tornando essa mesma liberdade concreta e verdadeiramente eficaz. Também é livre de morrer pela liberdade das suas ações. Naquele primeiro sentido (liberdade limitada) a sociedade é uma segunda natureza, pois é por ela que conhece o funcionamento das leis da sociedade e das regularidades apresentadas por essas leis.

O mecanismo social é como uma teia onde o indivíduo é preso e é esse *estar preso* a condição de possibilidade positiva para a ação (o *estar preso* também pode conduzir ao fracasso). É porque existem

normas que se pode agir, isto é, a decisão e a discussão razoáveis só fazem sentido dentro de um plano comum, com outros indivíduos e isto só acontece porque a própria sociedade é *capataz* de uma estrutura que não é alheia aos indivíduos. Isto não implica forçosamente que essa estrutura esteja sempre e já conhecida (no seu sentido mais amplo) e que toda a decisão razoável possa sempre acontecer. O homem naturalmente, no seu quotidiano, age atendendo aos costumes da comunidade de que faz parte e no seu horizonte tem presente as suas experiências pessoais.

O indivíduo aos olhos da sociedade é apenas força bruta, quer dizer, ele é, ou pelo menos deve ser, inteligência a ser colocada em oposição à natureza não humana. O próprio indivíduo reconhece que para tirar partido dos benefícios da sociedade tem de contribuir para o sucesso da luta. "(...) a sociedade só reconhece o resultado mensurável, e o indivíduo na sociedade deve sempre medir o seu próprio valor (social) por este critério, posto que é por ele que os outros o avaliam" (Weil, 1990, p. 100).

Isto significa que o homem deve colaborar para o bom funcionamento do mecanismo social e as vantagens a serem extraídas do trabalho social implicam que ele ofereça também uma contribuição útil para a luta com a natureza exterior, que ele ofereça bens produzidos por ele, que é o mesmo que dizer *que o indivíduo se torne precioso para os outros*, transformando-se num objeto utilizável nesse trabalho e para esse trabalho social. O próprio mecanismo social ameaça e, nas suas últimas consequências, elimina aqueles que não se ajustam aos seus requerimentos e exigências.

A distribuição desigual dos bens produzidos entre os indivíduos numa dada sociedade tem como critério o valor da participação no trabalho social. Assim, nasce a competição como regra, quer dizer, cada homem naturalmente tende para uma situação estável e a participação nos bens está pendente do *lugar* que ele ocupa na organização social. "(...) os lugares são remunerados segundo o valor que se atribui à função neles desempenhada para o trabalho social (Weil, 1990, p. 101).

5. A competição

A competição, cujo objetivo é uma vida *boa*, faz com que os indivíduos se revejam como objetos naturais a serem valorizados por um grau máximo de utilidade. A sociedade particular, ou até mesmo a sociedade universal, é semelhante a uma arena onde se dá uma luta entre indivíduos, não das individualidades, não dos homens como são para si.

O mecanismo social mostra ao indivíduo a sua força de atração e a sua força repressiva, o que implica *metamorfoses* segundo as necessidades e os desejos da sociedade. A pressão social leva à deploração do indivíduo que se vê reduzido "ao papel de artigo útil e mercadoria que tem o seu preço".

O homem desnaturalizado é o homem civilizado, cultivado e moral. É homem que procura a paz. A universalidade da paz é revelada ao indivíduo na dimensão social, sob a forma de necessidade, onde se exige a libertação daquilo que é imediato e individual. O desejo e a paixão nas suas formas naturais, e projetam-se no indivíduo. É o reconhecimento de que ele é, efetivamente, um membro da e na comunidade.

O indivíduo natural pretende da sociedade aquele direito que lhe pertence enquanto membro da comunidade: o direito de participação nos bens produzidos. Querer viver para si implica que haja uma distanciação e uma exoneração da luta com a natureza exterior. Esta é a forma mais infalível para dispor do precioso tempo livre, que é o que caracteriza "a sua existência de indivíduo vivendo para si mesmo. É preciso, pois, que ele submeta a sua natureza interior, e a si mesmo, à necessidade dessa luta libertadora: a coisificação, na sociedade moderna, é o preço da personificação" (Weil, 1990, p. 104).

6. A Injustiça

A lei social deverá ser eficaz, ou ineficaz. Enquanto lei, ela não é justa nem injusta. O objetivo é estabelecer regras nas relações entre os homens de forma que a violência seja subtraída e reduzida à sua forma mínima e que a paz social seja a viabilidade do máximo rendimento social. Este conceito de lei não deixa por isso de ser insuficiente pela sua própria abstração frente à sociedade.

É o sentimento de injustiça, não da lei, mas da sociedade que regula as suas atividades por meio dessa lei, que neste momento já se elevou acima da violência e da injustiça e que questiona o conceito de lei referido. Assim, a eficácia ou ineficácia da lei está intimamente conectada com o critério social de eficácia. Quando a máxima produção é possível com mínimo de dispêndio de trabalho humano, verificamos que se trata de uma sociedade bem organizada.

Para os homens, o trabalho não é um valor em si. Os homens, antes de mais, querem *sentir-se* livres, ter *tempo livre*. A organização particular, caracterizada por ser imperfeita, faz surgir aos olhos daqueles que constituem a sociedade o sentimento de injustiça social, ou melhor, a sociedade surge sob a forma de injustiça social.

O verdadeiro mecanismo justo para designar em cada carreira os candidatos mais qualificados será a *competição*. No entanto pela ação dos fatores históricos este mecanismo é constantemente adulterado. Já não são os indivíduos que dão provas das suas qualidades individuais, mas sim os grupos sociais já constituídos que lutam pela sua própria situação social e isto não passa despercebido nos nossos dias, visto que o mais importante é estar inserido num grupo social historicamente bem situado.

Na sociedade particular e histórica um grupo social que tenha sido preponderante num certo tempo e que no presente já não seja considerado como útil pela sociedade lutará com todas as suas forças para defender a sua situação social e, nas suas últimas consequências, obstruirá e impedirá por todos os meios possíveis a ascensão dos outros grupos que no passado eram considerados inimportantes, mas que se tornaram essenciais no presente e que deveriam ocupar tal lugar nas condições do presente do ponto de vista de uma organização racional.

Essa luta dos grupos é a origem da luta por estratos, onde inevitavelmente um dos estratos sente-se prejudicado e até mesmo ameaçado pelo grupo do estrato supostamente superior. É por isso que os estratos têm um carácter histórico, portanto não racional. Os grupos existirão sempre, já que são racionalmente necessários, mesmo na sociedade bem organizada. Nesta sociedade não há lugar para estratos, já que não há resistência histórica, seja no declínio ou na ascensão dos grupos. Aqui impera a regulação da circulação dos indivíduos entre os grupos somente pelas qualificações individuais.

Com alguma facilidade concluímos que a luta dos estratos na sociedade particular é a expressão do sentimento de injustiça, o que não significa que esta sociedade não seja organizada. A sua organização é medida por critérios que dizem respeito à forma e à técnica da sociedade. “Do ponto de vista racional, a luta dos estratos provoca um aumento de racionalidade. É verdade que a luta não visa à eficácia do trabalho social; todavia, com o tempo (não imediatamente), acaba contribuindo para isso” (Weil, 1990, p. 115).

A luta do histórico contra si próprio, isto é, a luta por uma distribuição mais equitativa acaba por ter em vista a realização do racional. O desejo de uma organização melhor é concebido pela luta dos estratos e, deste modo, os processos envolvidos para tal finalidade são por si irracionais.

Parece que a violência se sobrepõe a quaisquer outros valores, já que o sentimento de injustiça é fortemente despertado e o apelo à violência torna-se a única forma de restituir a justiça. Os homens não veem o que é verdadeiramente racional. A própria racionalidade é suspeita, pois a contradição é imanente aos estratos, mesmo que recorram ao *Tribunal da Razão*.

Conclusões

É na luta dos estratos que o indivíduo se volta para si mesmo e descobre a sua solidão e abandono. Sem dúvida que uma melhor organização é o produto da luta entre os estratos, mas também não há dúvida que a efetivação desse desejo se constitui por aquilo que é irracional/ natural no indivíduo, a saber, a violência. Isto não quer dizer que a luta seja puramente irracional, antes é a realização da racionalidade por meio da violência. Por conseguinte, na sociedade o indivíduo não é orientado para o que nele é social e racional.

É a própria injustiça social, onde as leis mecânicas tomaram o lugar das leis justas, que é o mesmo que dizer: falta de organização racional. Daqui decorre que a sociedade seja uma segunda natureza exterior e hostil aos olhos dos indivíduos.

> Sem se darem conta, as sociedades modernas, que já não podem acreditar na salvação cristã, vivem uma esperança metafísica absolutamente prejudicial à justiça, à inteligência e ao prazer, mas adequada às finalidades de escravização e embrutecimento que animam os manda-chuvas do Estado (Azúa, 1986, p.39).

O indivíduo até é capaz de acreditar que a longo prazo o racional vencerá o histórico e o circunstancial, mas esse longo prazo faz com que a racionalidade se situe num horizonte longínquo. Por outro lado, os próprios estratos sociais pelo descontentamento total, negam a possibilidade de uma organização racional e justa.

A desconfiança é inerente à luta dos estratos e, frequentemente, gera-se e volta-se contra os que são os primeiros a proclamar a desconfiança. O indivíduo vê que foi usado e enganado, melhor, *coisificado* pelos líderes com sede de poder e com ganância de ascensão social (isto sucede com uma certa regularidade na política partidária contemporânea).

> O indivíduo na sociedade histórica está excluído de um racional do qual ele é apenas objecto. Ele pode ter satisfações na sua existência. Ele pode ter a sorte de pertencer a um grupo solidamente estabelecido no topo da escala social, ou em plena ascensão. Ele pode sentir-se seguro pela consciência de possuir qualidades naturais apreciáveis. Ele pode contentar-se com o que tem, e desenvolver uma certa sabedoria da renúncia, pelo menos enquanto a evolução social não o obriga a viver abaixo do mínimo vital (histórico). Mas ele considera-se, então, um favorecido da sorte (Weil, 1990, p.115).

A orientação do homem não está pendente dessa segunda natureza, a sociedade, da qual, no entanto, ele não se pode desvincular. Ela mostra ao indivíduo que ele em si mesmo é vazio de conteúdo, isto é, é sem significação, um "*flatus vocis*: o racional o precipita no irracional absoluto" (Weil,1990, p. 120).

Ao abordarmos a problematicidade da sociedade moderna e do indivíduo pretendemos mostrar que a compreensão dessa sociedade é insuficiente para o indivíduo que se quer compreender como sujeito.

Os valores do indivíduo na sociedade derivam de conceitos como eficácia e sucesso. Mas, o sentido da existência e da dignidade humana também passa por valores estéticos, religiosos, do próprio sentido dado no grupo social, na vida em família, etc.

O indivíduo na sociedade é objeto, o que significa tornar-se objetivo, isto é possibilidade de elevar-se ao universal. "Esse universal, ainda formal, nega a individualidade que ele universaliza; noutros termos, leva a um universal que não é universal para nenhuma subjectividade, mas nem por isso menos universal" (Weil, E., 1990, p. 121).

O descontentamento com a sociedade, que não se pode reduzir a uma revolta individual e natural, implica que o indivíduo se submeta ao juízo daqueles que racionalmente organizaram-se em sociedade. Assim pode ocorrer a crítica e a correção do sistema. Não basta estar fora do jogo e criticar as regras estabelecidas. É preciso jogar o jogo da sociedade e através de uma perspetiva razoável, pôr em causa o sentido desse jogo, mas na sua totalidade, perguntar pelo *fim* do jogo. De qualquer modo, a questão do sentido não tem de ser

necessariamente colocada, pois pode acontecer que o indivíduo decida distanciar-se da sociedade, mas aí terá de renunciar à compreensão e a qualquer crítica (razoável) da sociedade.

Os tempos são perigosos pelos extremos ideológicos e só o respeito pelos direitos fundamentais, os humanos direitos, é que podemos nos reencontramos com o sentido. Um sentido que não se diz e que não se ordena, mas que se busca e vive. Só assim é possível realizar uma paz que se reconcilia com a alma da humanidade e com a possibilidade de um Estado Mundial.

O Estado Mundial seria uma organização cuja ação política visaria a satisfação dos indivíduos razoáveis e *ser* Estado Mundial significaria o desaparecimento da política externa, já que não existiria *exterior*. A educação viva seria a particularidade razoável de uma educação social formal e racional. Ele, Estado Mundial, teria como tarefa a coordenação do trabalho das comunidades, cujo fim seria o desenvolvimento do universal particular concreto e deste modo, da sua moral.

A subsistência do Estado Mundial dependeria de um nivelamento igualitário das formas de vida das variadas sociedades, o que não se apresenta como obstáculo, já que *em princípio*, a humanidade saiu vitoriosa na luta com a natureza exterior e os problemas relativos à produção e à riqueza global são solucionáveis.

Quando falamos de governo mundial é necessário referir que a ação deste governo é, antes de mais, educação para a *racionalidade razoável*. A racionalidade é condição de possibilidade da educação e, neste sentido, da moral. Neste Estado nada há a temer, nem se exige lealdade cega, o que significa que a ameaça e a opressão estão banidas *deste* mundo. É aqui que surge o conceito de *amizade*, onde aparecem associações livres que se constituem numa única sociedade para a Paz.

Financiamento

FCT/UIB/04083/2020

Referências

Aristóteles. (2004). *Ética a Nicómaco*. Quetzal Ed.

Azúa, F. (1986). *História de Um Idiota Contada por Ele Mesmo*. Lisboa: Ed. Querco.

Chomsky, 2010, *La (des)educación.* Crítica Ed.

Sandel, 2023. *O descontentamento da democracia.* Editorial Presença.

Weil, E. (1990). *Filosofia Política*. Ed. Loyola.

LA INTRODUCCIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA CULTURAL EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD: REFLEXIONES DESDE CHILE

Alejandra Carreño Calderón
Centro de Salud Global Intercultural Facultad de Medicina CAS – Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo | a.carreno@udd.cl

M. Eliana Correa Matus
Centro de Salud Global Intercultural Facultad de Medicina CAS – Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo |me.correa@udd.cl

Katherine Meneses Jiménez
Universidad Rovira e Virgili | k.meneses@udd.cl

Arbitragem científica:
Revisor 1
Inés Gabari
Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Universidad Pública de Navarra, España
igabari@unarra.es

Revisor 2
Irma Brito
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal
irmabrito@esenfc.pt

Citação:
Carreño Calderón, A., Correa Matus, M., & Meneses Jiménez, K. (2025). La introdución de la antropología cultural en la formación de profesionales de ciencias de la salud: reflexiones desde Chile. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 341-356). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

La relación entre antropología y ciencias de la salud tiene origen en la génesis de las disciplinas, en tanto ambas se preguntan sobre la naturaleza del ser humano y las construcciones culturales generadas para la sobrevivencia y el bienestar colectivo. A pesar de esta cercanía, pocas veces la formación de profesionales de ciencias de la salud incluye aproximaciones a la teoría y metodología antropológica. Basado en el desarrollo de los diseños curriculares de dos cursos de antropología para carreras de obstetricia y terapia ocupacional de una Universidad privada en Chile, el artículo pretende exponer propuestas metodológicas para la comprensión del concepto de cultura en salud, así como reflexionar sobre los desafíos interdisciplinarios que suscita la incorporación de teoría antropológica en la formación de futuros profesionales de la salud. Se realiza una revisión de los enfoques que hasta ahora han incorporado este tipo de cursos en carreras de la salud en Chile y se contextualiza la necesidad de incorporar materias sociales y humanísticas en la formación de profesionales de la salud como parte de una necesidad social y política con miras a fortalecer los sistemas de salud pública y reducir las inequidades en salud que afectan particularmente a poblaciones marginadas. Se detalla el desarrollo de los cursos, enfatizando la incorporación de conceptos de interculturalidad, género y determinación social de la salud, incluyendo el testimonio de coordinadoras y directoras de carrera de las disciplinas que han considerado la antropología en sus mallas curriculares. Se finaliza con una reflexión sobre la potencialidad de la introducción de la antropología en la formación de profesionales de la salud, como una forma de ofrecer a los futuros profesionales tanto instrumentos de comprensión de la sociedad en que se desempeñarán, así como de análisis de la salud como una construcción social, promoviendo el valor de la salud pública, la educación en salud y la responsabilidad social de quienes se desempeñan en el campo sanitario.

Palabras clave: Antropología Médica; Educación Médica; Interculturalidad; Género y Salud; Determinantes Sociales de la Salud.

Introducción: Unir campos separados

La antropología cultural, como disciplina, pocas veces entra en la escena mediática y muchas son las dudas y mitos que la circundan como profesión. Sin embargo, el año 2020, año marcado por la pandemia, hubo una cita que llamó la atención en las redes sociales, proveniente justamente de una de las antropólogas más reconocidas del área. Sin fuentes certeras, se dice que una estudiante preguntó a Margaret Mead, profesora de la Universidad de Columbia, ¿cuál consideraba ella que fue

el primer signo de civilización en la humanidad? En un periodo marcado por la superación del evolucionismo, se esperaba que la profesora hablara de lengua, escritura, ritualidad fúnebre, parentesco, etc., pero no. Ella habló de cuidados, indicando que el primer signo de civilización en la cultura fue un fémur que alguien se fracturó y luego apareció sanado. En la naturaleza ningún animal sobrevive a una pierna rota el tiempo suficiente para que la pierna sane, pues llegarán depredadores y su grupo lo abandonará. Un fémur roto que ha cicatrizado es la prueba de una sociedad que sostiene la vida y organiza la muerte: es la prueba que alguien se ha tomado el tiempo para quedarse con esa persona, para cuidarla y alimentarla mientras su hueso sanaba. Con esta cita, ampliamente difundida en redes sociales y en el debate público durante un momento crítico de cuidados a nivel global, Margaret Mead recuerda la estrecha relación existente entre medicina y cultura, haciendo referencia a una vida de trabajo desarrollado en torno a temas como el impacto de la cultura sobre procesos biológicos y sociales, la construcción social de las emociones, etc. (Gordan 1976).

La relación a la que refiere Mead se remonta a los orígenes de antropología y ciencias de la salud, toda vez que recordamos que ambas áreas incluyen entre sus preguntas esenciales cuestiones como ¿qué elementos hacen posible la vida humana?, ¿cuál es el origen del sufrimiento, el malestar, la crisis y la desorganización de los sistemas? ¿cómo organizamos respuestas frente a la crisis, el dolor y la muerte? Sin embargo, a pesar de la profundidad de estas interrogantes, el devenir de ambas disciplinas como ciencias trazaron derroteros separados, marcados por los procesos de "medicalización de la medicina" y de "culturalización de la antropología". Respecto al primero, el antropólogo David Le Breton (1995) explica con detalle los procesos históricos que, durante el renacimiento, transformaron al cuerpo en objeto de observación, haciéndolo pasar de ser el medio por el que se experimenta el mundo, a ser materialidad, carne, objetualidad sobre la que se despliega el conocimiento (Morales Saéz, 2010). Este proceso es descrito por Le Breton (1995), como un proceso por el cual los seres humanos pasamos de la idea de ser un cuerpo, a poseer un cuerpo; en palabras del autor: "se rompe la correspondencia entre la carne del hombre y la carne del mundo" (p.60). El pensamiento se eleva a un plano racional y se "desencarna", quedando el cuerpo expuesto a un conocimiento médico que organiza una forma de saber basado en la metáfora de la máquina: un cuerpo que funciona a través de complejos sistemas interrelacionados, en los que cada parte es fundamental para el funcionamiento de la otra y en los que la biología pasa a tomar el protagonismo en las respuestas sobre el origen del dolor, la enfermedad y la muerte.

Por su parte, la antropología también vive procesos de distanciamiento de las preguntas sobre la salud. Como es sabido, el reconocimiento de la existencia de la antropología médica como subdisciplina de la antropología social y cultural, solo llega en los años 80 del siglo XX, varias décadas después que ésta se instalara en universidades y centros académicos como ciencia social (Carreño et. al 2023). En este recorrido, durante fines del siglo XIX e inicios del XX antropólogos y antropólogas se dedicaron a indagar en áreas relativas a la salud, vinculándolas principalmente con estudios del folklore, las religiones, creencias, pensamiento mágico y conocimiento etnobotánico de sociedades no occidentales, sin reconocer que estos ámbitos pertenecieran a sistemas de salud-enfermedad símiles a los que se desarrollaban en las sociedades occidentales (Martínez-Hernáez, 2008).

Los efectos de esta separación de derroteros tienen consecuencias persistentes en nuestras sociedades y en los programas de formación tanto de las carreras de la salud, como de las ciencias sociales. Por una parte, es posible observar que la formación de ciencias de la salud sufre aún los rezagos de la hegemonía de un modelo "empírico naturalista" basado en la separación cuerpo-sujeto-sociedad, donde el objeto principal de acción del profesional es la enfermedad, despojando a las ciencias de la salud de la dimensión política y social de su quehacer (Foucault, 2005). En consecuencia, la incorporación de disciplinas como educación para la salud, determinación social de la salud y otras bases de la salud pública tienden a tener un desarrollo limitado, reproduciendo el paradigma en el que la labor médica se basa en la imposición de significados, donde el primero de los actores de la diada médico-paciente tiene conocimiento verdadero y lo impone sobre el segundo, quien es concebido como desconocedor de dicho saber y por lo mismo miembro pasivo, receptor de intervenciones y tratamientos mirados a la eliminación de la enfermedad (Díaz et al., 2010). Este paradigma se ve reforzado por la práctica clínica, donde a menudo los y las estudiantes confirman la primacía del modelo

biomédico y las dificultades de instalación de principios como la salud comunitaria, la participación social y la educación en salud (Diaz et. al 2010; Tapia & Carreño, 2018).

Por otra parte, desde las ciencias sociales existe solo recientemente conciencia sobre la importancia de considerar los sistemas biomédicos como sistemas culturales. Los aportes de las corrientes antropología médica norteamericana fueron clave en la "reconquista" y reconocimiento del contenido cultural y social en que la experiencia de salud y enfermedad es inscrita (Kleinman, 1981), permitiendo desarrollar una vasta gama de estudios sobre los significados culturales y políticos de los procesos de salud-enfermedad (Singer, 1990). Pese a los notables aportes de estos desarrollos, muchos de sus hallazgos no logran entrar en diálogo real con las disciplinas de la salud pública, debido en parte a resistencias propias del campo sanitario que tiende a conformarse como un campo formado a partir de la hegemonía del saber biomédico y en parte debido a la aproximación críticas y/o abstractas que tienden a tener algunas investigaciones antropológicas, con consecuentes dificultades para su aplicación en el campo sanitario, incluida la educación para la salud. Dadas estas premisas el presente capítulo pretende exponer propuestas pedagógicas para la comprensión del concepto de cultura en carreras de la salud, así como reflexionar sobre los desafíos interdisciplinarios que implica la incorporación de teoría antropológica en la formación de futuros profesionales de la salud, en base a experiencias de diseño curricular de los ramos de Antropología e Interculturalidad de las carreras de obstetricia y terapia ocupacional de una universidad privada en Chile.

1. Antropología e Interculturalidad para la educación en salud

La incorporación de las ciencias sociales a las carreras de la salud y las denominadas humanidades médicas se han comprendido de diversas formas, abarcando diferentes disciplinas y saberes. Dentro de los aspectos sociales y personales que se comienzan a valorar para la práctica de la salud y su trabajo se señalan componentes psíquicos de la enfermedad, factores socioculturales y socioeconómicos que rodean la salud y enfermedad, la situación histórica y su papel en la experiencia de enfermar y la condición ética en los aspectos clínicos (Laín Entralgo 1985 en Macías Llanes, 2011). De esta manera, las humanidades médicas son entendidas desde el despliegue y aporte de diversas disciplinas como la antropología, sociología, filosofía, historia, artes, ética, psicología, entre otras que aportan a la comprensión de los procesos de salud y enfermedad en la persona y su contexto (Macías Llanes, 2011).

En la visión individual, la incorporación de las ciencias sociales a las ciencias de la salud ha redireccionado la atención desde el cuerpo enfermo a la persona que experimenta una enfermedad, y desde lo social ha permitido integrar la comprensión de los contextos socioculturales e históricos en la experiencia de cuidar de la salud y la enfermedad. Dentro de los beneficios que se han reconocido a la formación en ciencias sociales para profesionales de la salud se ha identificado el pensamiento crítico y reflexivo en torno a la práctica de la "medicina del futuro" y sus roles para su desarrollo, un análisis crítico de la biomedicina y la posibilidad de trascender a un modelo biopsicosocial, de desarrollar herramientas de investigación social e instrumentos éticos en la práctica de salud (Giovannini & Brownlee, 1982; Lechopier et al., 2018). Además, se reconoce que las ciencias sociales permiten el entrenamiento de estudiantes de carreras de la salud para mejorar el conocimiento de lo personal y social de experiencias en salud, comprender símbolos que rodean los procesos de enfermar, profundizan la reflexividad crítica y consciencia de responsabilidad de los profesionales y contribuyen a una práctica profesional independiente e interdisciplinaria (Cammarota & Faccia, 2018).

Entre otros conceptos, en el trabajo de la antropología y la salud se ha utilizado ampliamente el concepto de competencia cultural, como una habilidad importante de adquirir en profesionales de la salud para el logro de una atención sensible culturalmente. Respecto al desarrollo de esta competencia en la formación en carreras de la salud, se identifica que los cursos deben contar con una base teórica coherente, como también un entorno que promueva la diversidad, metodologías experimentales y didácticas preferentemente presenciales integradas desde las primeras etapas de la formación profesional (Castillo, 2022).

Desde el reconocimiento de las necesidades diversas para el abordaje de la salud desde una perspectiva individual y social, se han incorporado en el desarrollo curricular de las carreras de la salud las ciencias sociales y humanidades médicas, comenzando en la carrera de medicina y luego trasladándose a otras carreras de la salud. Tradicionalmente las carreras de la salud han tenido un enfoque curricular teórico clínico, donde los primeros años se focalizan en el estudio de ciencias básicas y luego se estudia y practican las ciencias clínicas en las atenciones directas a personas. Dentro de esta organización curricular se han incorporado asignaturas de ciencias sociales en ramos principalmente teóricos donde el desafío predominante es evitar la desarticulación de las competencias provenientes de las ciencias sociales en la atención clínica (MacLeod & McCullough, 1994). A nivel internacional, se reconoce que no hay un balance curricular entre las ciencias médicas y ciencias sociales en carreras de la salud, las cuales tienden a inclinarse hacia una formación predominantemente biomédica (Moreno-Leguizamon, Patterson, Gómez, 2015), aun cuando numerosas perspectivas están promoviendo la incorporación de conceptos más amplios que la mencionada "competencia cultural", tales como competencia estructural en la educación en salud, que busca reconocer el rol de las estructuras sociales en la reproducción de inequidades a nivel global e identifica el rol de la salud global en la reproducción de dichas inequidades (Harvey et. al 2022).

En el contexto de Chile, al realizar un análisis de los perfiles de egreso de carreras de terapia ocupacional y obstetricia disponibles en universidades de la Región Metropolitana (Chile), se puede observar la mención de competencias relacionadas a las ciencias sociales y antropología y/o la mención de desafíos territoriales y socioculturales en los que se pretende formar a las y los estudiantes. Respecto a la carrera de terapia ocupacional, se identifica en el perfil de egreso de cinco universidades aspectos explícitos relacionados a la formación en desafíos vinculados a la formación en ciencias sociales, a través de competencias específicas, abordaje de contextos sociales y enfoques y principios. En las competencias específicas se declaran, por ejemplo, valoración de la diversidad y participación social, razonamiento y pensamiento crítico. En el contexto en el que se busca formar a estudiantes aparecen descripciones relacionadas a la construcción sociohistórica de las personas, una perspectiva social, incorporar las vidas cotidianas y la óptica de derechos humanos. Dentro de los enfoques o principios desde los que se declara la formación se señalan conceptos como interculturalidad, feminismos, buen vivir, curso de vida, enfoque biopsicosocial y derechos humanos. Estos aspectos se vinculan a la comprensión profunda de la salud ocupacional de las comunidades, más que de los individuos, y la valoración de necesidades desde los enfoques enunciados para la entrega de una atención contextualizada y culturalmente pertinente.

En el caso de la carrera de obstetricia, por su parte, nueve universidades declaran en sus perfiles de egreso de manera explícita el desarrollo de habilidades y competencias relacionadas a desafíos socioculturales, también articulados a través de la declaración de habilidades, enfoques y desafíos. Respecto a los enfoques y perspectivas se declaran el enfoque de género, biopsicosocial, marco bioético, interculturalidad, derechos humanos y trato humanizado. Respecto a los desafíos y características sociales y contextuales se mencionan la multiculturalidad, diversidad de género, población mayor y diversidad de manera amplia. Estos enfoques y desafíos se enmarcan en el cuidado y atención de la salud sexual, reproductiva y afectiva de las mujeres y comunidades, reconociendo de manera prioritaria el enfoque de género en su abordaje. De esta manera, lo declarado en los perfiles de egreso hace alusión a desafíos sociales compartidos, pero con las particularidades de cada disciplina en su actuar en el cuidado de la población.

Al revisar las mallas curriculares disponibles de ambas carreras, se observan cursos con títulos que hacen alusión a ciencias sociales y antropología, que se presentan de diferentes maneras y en diferentes momentos de la formación, aún en las universidades que no declaran competencias relacionadas en sus perfiles de egreso. En el caso de terapia ocupacional, ocho universidades imparten una asignatura vinculada a ciencias sociales en su malla, la mayoría durante el primer año de formación, y tres universidades tienen dos asignaturas vinculadas a ciencias sociales o más. Al observar los nombres de los cursos destaca como gran parte aluden explícitamente a estudios culturales, antropológicos o socio-antropológicos, formulando un vínculo directo con la antropología. Otros cursos tienen títulos más amplios donde pueden estar

implementados de diferentes disciplinas de ciencias sociales, como ciencias sociales para terapia ocupacional, sociedad y ocupación o mezclan dos o más disciplinas sociales como psicología y antropología.

De las nueve universidades que imparten la carrera de obstetricia en Santiago, siete incorporan asignaturas en su malla que se relacionan con ciencias sociales, donde una universidad cuenta con dos asignaturas y una universidad cuenta con cuatro asignaturas relacionadas. Los cursos se implementan principalmente el primer o segundo año de carrera, en el bloque teórico, y los nombres de las asignaturas suelen señalar ciencias sociales o salud y sociedad de manera amplia, y en el caso de cuatro universidades se hace mención explícita a la antropología como disciplina que desarrolla el curso.

Al revisar los perfiles de egreso y mallas curriculares es interesante observar cómo se implementan cursos relacionados a la antropología y las ciencias sociales en las carreras revisadas, incluyendo aquellas que no lo declaran en sus perfiles de egreso. La implementación de estos cursos se realiza principalmente en los dos primeros años de formación, en paralelo a otros cursos de ciencias básicas y los primeros cursos clínicos que tienen una orientación individual y biomédica, con un gran contraste de enfoques. Es interesante preguntarse sobre cómo se asegura la incorporación de lo aprendido en un curso único y teórico en los cursos relacionados a la atención de personas posteriormente, para no perder el enfoque sociocultural y la complejidad del contexto y necesidades diversas. Por otro lado, en el análisis curricular realizado es posible identificar que las carreras analizadas en todas las universidades de la región cuentan en su malla con al menos un curso de psicología y curso de bioética, desde un abordaje individual de la complejidad, mientras que algunas tienen asignaturas de antropología u otras disciplinas que estudian la cultura y sociedad prestando atención al contexto.

Es importante remarcar que las universidades revisadas corresponden a la Región Metropolitana, zona central del país, que enfrenta desafíos socioculturales, políticos y económicos particulares, por lo que sería interesante explorar si se incorporan este tipo de cursos en la formación universitaria en otras zonas del país, donde se enfrentan otros desafíos territoriales y procesos históricos. Esta revisión si bien provee un panorama general sobre la presencia de este tipo de cursos en las carreras de la salud, no nos permite conocer la articulación de los contenidos a lo largo de las líneas de las carreras, ni la especificidad de la presencia del enfoque de la antropología médica en los contenidos.

Por otra parte, es necesario mencionar que el proceso de incorporación de disciplinas de ciencias sociales en carreras de la salud se da en un marco histórico particular. La necesidad de enfocar las ciencias de la salud, desde una planificación curricular que ponga en el centro a la comunidad y sus necesidades, se ha visto reflejada en la serie de procesos vividos a nivel país, desde el llamado “mayo feminista” en mayo de 2018, que a partir de denuncias por acoso y abuso sexual en espacios universitarios y académicos, movilizó a cientos de estudiantes en todo el país por la reivindicación de sus derechos, buscando visibilizar las situaciones de desigualdad de las mujeres, la educación sexista y la violencia de género a nivel país y en las universidades (Lara, 2022). Estas manifestaciones fueron el preludio del “estallido social” que comienza el 18 de octubre de 2019, motivado por el alza del transporte público, que lleva a masivas manifestaciones e incidentes a lo largo del país que duraron hasta marzo de 2020 y que reflejaban las condiciones de profunda desigualdad que vive la población. Diversas eran las demandas posicionadas desde los distintos sectores, entre ellas mejora salarial y pensiones de vejez, educación gratuita, pública y de calidad en contextos de una educación de mercado altamente privatizada y acceso y cobertura universal de salud. “Hasta que la dignidad se haga costumbre” era la consigna del momento que culminó con el acuerdo para convocar a plebiscito nacional que determinaría la redacción de una nueva constitución política, que debió ser postergado producto de la pandemia por COVID-19 para el 25 de octubre de 2020 (Jimenez, 2020).

La reivindicación de los derechos indígenas también fue una de las demandas del estallido, plasmadas en la emergencia pública de conceptos como reconocimiento, plurinacionalidad, territorios indígenas, educación, salud intercultural (Menéndez, 2024), entre otros. El despertar político y social que marcó este periodo dio la posibilidad de materializar aspiraciones de larga data de los pueblos originarios por medio de la inclusión de escaños reservados para la redacción de la nueva constitución que se planteó como salida al conflicto social.

Más allá de los resultados de este proceso político y social que ha marcado la historia del país, estos hitos han revelado las profundas inequidades y tensiones sociales presentes en Chile, generando una llamada de atención a los gobernantes para la generación de reformas estructurales de distintos sectores, entre ellos la salud. El estallido social evidenció las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la percepción de exclusión e injusticia por parte de los grupos más desfavorecidos. A ello se sumó la crisis migratoria que se incrementa a partir del 2020, convirtiendo a Chile en un país de destino para personas de países como Venezuela, Haití, Colombia, Perú y Bolivia, agudizando las necesidades de salud de grupos que enfrentan dificultades en el acceso y cobertura de salud, falta de aceptación social y racismo debido a diferencias culturales, lingüísticas, y de información tanto en el proceso migratorio como al asentarse en el país (Cabieses et. al 2024).

A partir de esto se devela la urgencia del reconocimiento de la diversidad cultural como un elemento crucial para el desarrollo de políticas públicas en salud y reformas sociales pertinentes, respetando sus identidades, medicinas y prácticas culturales, que han sido sometidas a las imposiciones del modelo biomédico e impactadas por procesos históricos que están a la base de las inequidades que presentan los datos epidemiológicos. En la misma línea, lo ocurrido a partir del mayo feminista invita a repensar la necesidad de la incorporación del enfoque de género en la atención de salud que visibilice cómo los factores biopsicosociales, culturales, económicos y políticos impactan de manera diferencial la salud de hombres, mujeres y diversidades sexuales, destacando el rol que pueden cumplir los sistemas de salud en la promoción de mayor equidad en las relaciones de género.

A nivel universitario, el estallido social posibilitó repensar el tipo de salud que posee el país, regulada por el mercado y altamente individualizada, a pesar de reformas que han buscado instalar modelos de tipo familiar-comunitario. Para lograr el fortalecimiento de un enfoque preventivo, basado en atención primaria y pertinente con las comunidades y territorios, la organización “Universidades por el territorio”, articulada entre académicos trabajadores de universidades que imparten formación de pregrado y post-grado en ciencias de salud, indica que “se requieren profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, los cuales deben procurar integrar los saberes científicos con los tradicionales en salud, y establecer un diálogo de saberes” tal como sostiene la Declaración de Alma Ata 1978 (Universidades por el Territorio, 2021, p.6). La inclusión del enfoque de género y de la interculturalidad en la formación de profesionales de la salud, posibilita abordar las disparidades en busca de un sistema de salud más equitativo, respetuoso y sensible con las necesidades de los diversos grupos (Carreño & Obach 2022). En este contexto, la incorporación de los cursos de antropología en disciplinas de la salud se transforma en una forma de dar respuesta a necesidades sentidas no solo desde el espacio académico, sino también desde la sociedad en general, que demanda mayor justicia social en los sistemas sanitarios y la organización del cuidado, así como un fortalecimiento de las vinculaciones entre sistemas de salud, comunidad y territorios.

2. Diseñando cursos de antropología para carreras de la salud

Desde un punto de vista temporal, es necesario destacar que la carrera de enfermería fue la primera en instalar el curso, que sirvió como inspiración a las carreras de terapia ocupacional y obstetricia formadas más tarde en una universidad privada de Santiago. En ambos casos estos cursos se integran en los primeros años de formación de pregrado y son parte de líneas establecida en las mallas curriculares dedicada a la educación en salud e inclusión, como competencias específicas y a la responsabilidad pública, comunicación, ética y visión global como competencias genéricas. A continuación, detallaremos estructura y contenidos de los cursos impartidos, mencionando algunas especificidades desarrolladas para cada área (Tabla 1).

El primer curso desarrollado fue el de “Antropología e Interculturalidad” en la carrera de obstetricia. El curso nace en base a experiencias precedentes del equipo de dirección de la carrera diseñando mallas curriculares para dicha profesión, en la que se habían acercado a temáticas de la antropología de la reproducción y el género en salud. El año siguiente, se diseñó un curso similar para la carrera de Terapia Ocupacional. Si bien

ambos cursos fueron pensados en áreas temáticas similares, se aplicaron especificaciones según la especialidad a la que pertenecían, de modo de hacerlos coherentes con los diseños curriculares profesionales.

TABLA 1
Unidades de contenido del curso de Antropología para las carreras de Obstetricia y Terapia Ocupacional

Carrera	**1.**	**2.**	**3.**	**4.**
Obstetricia	Salud, enfermedad y cultura	Cuerpo y síntomas como construcciones culturales	Género y cultura en la atención de salud sexual y reproductiva	Interculturalidad en la atención de salud sexual y reproductiva
Terapia Ocupacional	Salud, cuerpo, enfermedad y cultura	Género y Determinantes Sociales de la Salud		Interculturalidad y salud en el curso de vida

A continuación, se detallan parte de los contenidos y estructura de cada curso, para luego relatar las impresiones que emergen de la implementación de los cursos en base a una entrevista grupal realizada a las coordinadoras y directoras académicas de las carreras implicadas.

Carrera de obstetricia

- **Salud, enfermedad y cultura**: La primera unidad corresponde a una unidad introductoria en la que se busca que los estudiantes comprendan las dimensiones culturales de la salud y la enfermedad a través de casos específicos, analizando los componentes culturales del sistema biomédico a través de la discusión grupal de sus elementos históricos y políticos. Se introducen elementos del paradigma de los Determinantes Sociales de la Salud y se acerca a los estudiantes a la investigación cualitativa y etnográfica en salud. Para cumplir estos objetivos, además de clases frontales con contenido explicativo de los principales marcos teóricos e históricos que sustentan la relación entre antropología y salud, se realizan ejercicios autobiográficos para develar las propias concepciones de la salud y el modo en que dicha concepción incide sobre su autocuidado, autoestima y la percepción de su entorno, incluido el sistema sanitario al que pertenecen y las estrategias de cuidado que se ejercen en sus familias y redes de apoyo. En las primeras clases las estudiantes, mayoritariamente mujeres, comparten parte de sus autobiografías en salud y hacen emerger dimensiones sociales de sus relatos en los que aparecen diferencias de clase, de género y territoriales entre quienes viven en zonas periféricas, céntricas, urbanas y rurales. Se comparan dichas experiencias y nociones de salud y enfermedad con relatos provenientes de otras culturas, mencionando, por ejemplo, la noción de salud que tiene el pueblo mapuche, pueblo indígena de mayor presencia en Chile y/o los conceptos de salud presentes en la medicina tradicional china o india. Una vez consolidados estos conocimientos, se pasa a introducir la idea de la biomedicina como construcción cultural y su vinculación con los procesos de medicalización de procesos fisiológicos específicos. Se introducen elementos de la historia de la medicina, relevando su vinculación con transformaciones históricas de las sociedades contemporáneas. Se profundiza en la idea de la medicalización a través de la búsqueda de ejemplos de la vida cotidiana en la que es posible observar un creciente aumento de la soberanía del saber médico sobre procesos que previamente no eran considerados pertenecientes al ámbito sanitario como el embarazo, parto y puerperio, las pautas de alimentación, la búsqueda de belleza, etc. Se organizan debates en torno a las ventajas y

desventajas de dicho proceso y las implicancias que tiene en fenómenos cercanos a las estudiantes como: las altas tasas de cesáreas en Chile, la violencia obstétrica, la automedicación y consumo de psicoestimulantes, el abuso de fármacos para trastornos del ánimo y el sueño, el control del peso, etc.

- **Cuerpo y síntomas como construcciones culturales**: En la segunda unidad se explora el tema del cuerpo y las experiencias de salud enfermedad. Respecto al primero, se recorre la historia del cuerpo, reconociendo los orígenes de la centralidad que tiene en nuestras sociedades. Las estudiantes debaten sobre las asociaciones entre el cuerpo y la máquina propias de occidente y describen las consecuencias que perciben entre estas asociaciones y fenómenos como el stress, la búsqueda de rendimiento continuo, el abandono de los grupos envejecidos, los ideales de belleza y su relación con construcciones identitarias. Se presenta material etnográfico de usos de la corporalidad presentes en otras culturas, introduciendo temas como las modificaciones corporales, el uso de *pearcings* y tatuajes, las cirugías plásticas y modificaciones genitales, la expresión afectiva a través del cuerpo y la sexualidad, de modo de generar debates sobre la importancia de la corporalidad en la existencia humana, más allá de la definición biologicista. Por otra parte, siempre basado en sus experiencias biográficas, las estudiantes introducen los conceptos de *illness, sickness y disease,* propuestos por la antropología médica para diferenciar la definición biomédica, personal y social de la enfermedad. Se realizan ejemplos basados en patologías de gran impacto en nuestra sociedad como el cáncer, el VIH y el COVID-19.

- **Género y cultura en la atención de salud sexual y reproductiva**: en esta unidad se buscar que los estudiantes comprendan los factores que diferencian los conceptos de género y sexo a través del análisis de textos históricos y etnográficos, infieran el rol que adquiere el género como determinante de la salud a través del análisis de brechas en salud y también las consecuencias de los modelos hegemónicos de masculinidad sobre las condiciones de salud de los hombres y diversidades sexuales a través de relatos publicitarios, testimonios de participantes y prensa. Las clases de esta unidad están pensadas para que los estudiantes identifiquen el género como una determinante social de la salud y puedan observar su acción en diversos niveles de la sociedad. Se parte la unidad exponiendo la óptica de las determinantes sociales en base a la pregunta "¿pueden las personas elegir sus condiciones de salud?" y se proyectan documentales sobre la vida de mujeres en contextos de escasos recursos en Chile. Se generan reflexiones grupales sobre el impacto que las condiciones relatadas pueden tener sobre la salud del núcleo familiar y se releva el rol de las mujeres como madres y cuidadoras poniendo el relato en relación a datos de salud pública diferenciados por género. Se introducen los conceptos de heteronormatividad y androcentrismo en la ciencia y se analiza la atención de salud sexual y reproductiva a la luz de estereotipos de género. Se discute la idea que el género construye también masculinidades y diversidades sexuales y se dedican clases con presencia de invitados en torno a estas temáticas, abordando los desafíos que el sector salud tiene para la eliminación de la heteronormatividad y la masculinidad hegemónica en las relaciones con los/as usuarios/as. Se utilizan recursos como análisis de publicidad, documentales, podcast para las actividades de la unidad.

- **Interculturalidad en la atención de salud sexual y reproductiva:** A partir de los aprendizajes obtenidos en la unidad anterior, se introduce el tema de la interculturalidad en salud, iniciando con una reflexión sobre la presencia de diversidad cultural en la sociedad chilena y latinoamericana. Se identifican diversidades vinculadas a la presencia de pueblos originarios, migrantes, pluralismo religioso y diversidad territorial. Se realizan debates en torno a la interculturalidad a nivel internacional y los desafíos para el sector sanitario, adentrándose específicamente en materia de salud sexual y reproductiva. Se discuten desde el punto de vista de la salud pública, las inequidades que afectan a poblaciones específicas y las diferencias existentes en materia de concepción de salud reproductiva. Se exponen registros etnográficos provenientes de la antropología del parto, relevando las diferencias entre modelos de nacimiento en diversas culturas. Se describe la situación de salud sexual y

reproductiva de mujeres migrantes en Chile y se generan ejercicios de acciones comunitarias para mejorar sus condiciones de salud. Por último, el curso finaliza a partir de un debate sobre los modelos de nacimiento presentes en el país y sus diversas ventajas y desventajas, problematizando desde un punto de vista económico y político la alta tasa de cesáreas de países latinoamericanos, e introduciendo el concepto de violencia obstétrica, presente en proyectos de ley que hoy se encuentran en discusión en el país.

Carrera de terapia ocupacional

- **Salud, cuerpo, enfermedad y cultura**: en el caso de terapia ocupacional, considerando la importancia que tienen para el ejercicio profesional los conceptos de rehabilitación y el trabajo con personas en situación de discapacidad (PCD), diversidades ocupacionales, neurodivergencias, etc., se realizó una adaptación al curriculum del curso. Se dedica la primera unidad a introducir la idea de la salud como un concepto cultural a través de ejercicios biográficos y se analizan los componentes culturales del sistema biomédico a través de discusiones grupales sobre las concepciones de cuerpo y salud presentes en sus experiencias biográficos. En esta misma unidad se introduce el tema de la historia de la corporalidad y su relación con la hegemonía de una mirada científico-racional mirada al uso funcional del mismo. Se realizan ejercicios biográficos con el fin de explorar en sus propias percepciones del cuerpo, y se explora material audiovisual y literario (poesía) sobre las experiencias corporales de quienes viven en situación de discapacidad. Los estudiantes debaten en torno a la normatividad que circunda al cuerpo y los circuitos de marginación social que viven personas con diversidad funcional. Dado el interés que suscita el tema en las propias biografías de los/as jóvenes, se profundiza en temas como los trastornos de la alimentación, salud mental y corporalidad, autolesionismo y temas afines.

- **Género y Determinantes Sociales de la Salud**: al igual que en el curso de obstetricia, la unidad 2 transita hacia la óptica de las determinantes sociales de la salud, primero debatiendo sobre el impacto que las condiciones económico, políticas y de sistemas sociales tienen sobre los resultados de salud de las personas y luego hacia una profundización en los temas de género. Se introducen contenidos similares a los propuestos para obstetricia desde la antropología del género, pero se profundiza hacia el trabajo con poblaciones que son parte de los grupos de intervención profesional de la terapia ocupacional. En particular se debate sobre el tema de los cuidados y su dimensión sociopolítica, evidenciando, por ejemplo, el impacto que tienen la reducción de la concepción de la mujer como madre/cuidadora sobre la diferencia que existe en la condición de mujeres y hombres en situación de discapacidad. Además, nos adentramos en el trabajo con grupos donde el género se cruza interseccionalmente con otros factores como el caso de jóvenes y adolescentes, mujeres privadas de libertad, adultos mayores, habitantes de territorios rurales, etc. Se debate también sobre las diversidades sexo-genéricas y la incorporación del enfoque de género en la atención de salud a estas poblaciones.

- **Interculturalidad y salud en el curso de vida**: A diferencia de lo que se diseñó para el curso de obstetricia que privilegió el tema de salud sexual y reproductiva, en el caso de terapia ocupacional se introduce el enfoque de curso de vida, de manera de visibilizar los cruces presentes entre la diversidad cultural y las diversas etapas del ciclo vital. Es por ello que esta última unidad si bien contextualiza el tema de la diversidad cultural presente en el territorio al igual que en obstetricia, también realiza cruces con la óptica de curso de vida identificando sus características desde la demografía y la salud pública, para luego adentrarnos en situaciones específicas. Se analiza, por ejemplo, la situación de las niñeces migrantes, los desafíos de las intervenciones con adolescentes y jóvenes y se reflexiona sobre el envejecimiento desde una óptica intercultural, comparando las visiones diversas del ciclo de vida presentes en pueblos originarios, en particular de los pueblos andinos. En esta unidad se espera que los estudiantes comprendan qué significa la interculturalidad en salud y pluralismo a través de la

discusión grupal de ejemplos de sociedades contemporáneas, reconozcan el rol de las distintas etapas de la vida en el surgimiento de necesidades específicas en salud y propongan intervenciones y soluciones basadas en la comunidad, que sean inclusivas y con pertinencia cultural.

Como emerge de este recorrido, los cursos diseñados buscan adecuar los aportes de la antropología de la salud a las necesidades formativas de las diversas profesiones. Si bien han pasado solo tres años desde su implementación, el análisis que realizan coordinadoras y directoras de carrera habla de un balance positivo. Para recoger estos testimonios se realizó una entrevista grupal el día 21 de diciembre 2023. Participaron en la entrevista cuatro autoridades de las carreras donde se implementaron los cursos, se diseñó una pauta de entrevistas que fue compartida previamente con las participantes. La entrevista tuvo una duración de una hora, se realizó por via virtual y fue integralmente transcrita para su posterior análisis temático, todas las participantes consintieron el uso de los datos recopilados para la publicación del presente artículo. De los hallazgos de la entrevista surge en primera instancia la justificación que tiene la introducción de un ramo de antropología e interculturalidad en las mallas diseñadas, en base a una búsqueda de formación de profesionales capaces de comprender la realidad social en que se desempeñan:

> Nosotras en nuestra formación profesional no tuvimos este tipo de ramos, pero cuando pensamos en el diseño de esta carrera analizamos mallas de distintos países y antropología era como un ramo que les iba a dar una mirada pluralista, que las estudiantes pudieran comprender determinadas personas funcionan o no de tal manera. Si vas al sur a ejercer como matrona será distinto que en la RM. Esta visión es importante. (Obstetricia).

Por su parte, en terapia ocupacional el curso se piensa en línea con asignaturas como “estilos de vida y salud e “inclusión social”:

> Nos interesaba que los estudiantes tuvieran conciencia del estilo de vida de las personas y cómo influye en su salud, pero que ese enfoque tuviera base intercultural para entender por qué una persona, sociedad y familia incorpora o no ese estilo de vida. Y cuál es el rol desde la Terapia Ocupacional, cómo se inserta dentro de ese estilo de vida. (Terapia ocupacional).

Otro elemento que surge, es la necesidad de entregar una formación en línea con los desafíos actuales que pone la globalización, considerando el aumento de diversidad cultural dentro de los espacios clínicos y la posibilidad que los estudiantes se desempeñen en diversos contextos geográficos:

> Además en los campos clínicos se empezó a vivir este tema de la interculturalidad y la migración y finalmente nuestros estudiantes no tenían las herramientas para poder enfrentarse a este nuevo mundo clínico y lo pasaban mal todos, las matronas a cargo en los hospitales, los pacientes, los estudiantes. Entendimos, de hecho, yo creo que igual necesitaríamos más cursos, quedamos cortas con un solo curso. Sirve para el entendimiento de que es una cultura distinta. Nos ha servido también en Perú (donde las estudiantes realizan prácticas), es una experiencia totalmente distinta. Ven mucha población indígena que tienen muchas creencias, pero las estudiantes logran entender que su realidad no es la única. (Obstetricia).

Por último, respecto a la valoración que los cursos generan en los estudiantes, las académicas consideran que si bien son cursos “inesperados” para quienes eligen una formación profesional en salud, luego se vuelven una parte muy valorada de su formación:

> Los estudiantes valoran harto estas asignaturas, a lo mejor no la asocian naturalmente hasta que la tienen, pero siempre salen bien evaluados, con buenos comentarios. Y a lo mejor no notan en el momento que lo aplican, no notan cuando lo están aplicando, sino que les sale mas natural. A lo mejor no hacen el clic de voy a aplicar el conocimiento, pero la atención fluye. Así lo colocan en sus comentarios. Pero me parece que no dimensiona todo lo que el curso ayudó para que eso fluyera. (Obstetricia)

La coherencia con otras asignaturas también es parte de la valoración positiva del curso, que se entiende en línea con asignaturas previas y posteriores en las que los conceptos se van madurando y volviendo más aplicados:

> Esta es la segunda asignatura que habla de estos aspectos, está dentro de la línea de inclusión, antropología e interculturalidad, diversidad y estilos de vida. (...) Como trabajamos dentro de actividades como medio de ocupación es necesario saber en qué contexto está la persona, que historia tiene, cuál es su narrativa, que cuente la familia, etc. para ofrecer alternativas de intervención pertinentes a su contexto y a sus necesidades. En el otro cuadrante están las funciones cognitivas, físicas y emocionales, donde hay daño y donde no. Y otro son las demandas del ambiente que no es contexto. En esta triada aparece el desempeño profesional. Si vamos a modificar rutina o entrenar un nuevo hábito o función con un grado de discapacidad o no, o resignificar hábitos respecto a una nueva condición de salud física mental o social, es necesario reconocer el contexto, la cultura. Como Terapeutas Ocupacionales trabajamos mucho en área social: personas privadas de libertad en penitenciaría. Entonces no saber de esto es como no entender que voy a hacer allá. En todas estas asignaturas se vuelven a retomar y sobre todo en la que hacen después que son diversidad y participación social, se van aplicando temas concretos. (Terapia ocupacional).

Como emerge de estos testimonios, la incorporación de la Antropología en las mallas de ciencias de la salud es valorada positivamente gracias a las herramientas que puede dar a estudiantes para la comprensión de una sociedad en constante transformación. Sin embargo, esta valoración positiva depende, particularmente, de la coherencia que encuentre el curso con otros cursos presentes a lo largo del ciclo de formación y con la incorporación del enfoque social y de salud pública en los perfiles profesionales que se espera desarrollar en planes y programas.

Metodologías e intervenciones propuestas

Por último, esta sección de cierre pretende relatar brevemente algunas de las metodologías incorporadas en los cursos, con el fin de reflexionar sobre su potencialidad y uso como ejercicio pedagógico en el que se comprenden y asimilan los contenidos de clase. En particular, se narran las experiencias de trabajo con: a) autobiografías, b) la incorporación de participantes de la sociedad civil como “expertos por experiencia” que relacionan las clases con temas presentes en el activismo y en organizaciones de la sociedad civil y c) en la introducción de ejercicios de trabajo de campo etnográfico en las ciudades como forma de conexión con las metodologías antropológicas y la comprensión del concepto de "otredad” desde la experiencia.

Autobiografías: La utilización de narrativas autobiográficas como parte del proceso pedagógico no es nuevo. La pregunta por el ¿Quien eres tú? ¿Cómo esto se ve en tu vida? Implica un potencial relacional capaz de visualizar mundos que han sido ficticiamente separados, en donde la vida de los otros que se plantean a través de casos y los conceptos teóricos que se presentan en clases expositivas, comienzan a entrelazarse con la propia vida, la propia experiencia (Favaro & Luatti, 2004). En base a preceptos que son parte de la filosofía de la narración (Cavarero, 1997), el curso invita a los estudiantes a generar testimonios sobre experiencias autobiográficas en las que, en espacios de la clase o fuera de ella, tienen la misión de reflexionar en torno a recuerdos personales vinculados a las experiencias de salud y enfermedad. En un primer momento, los estudiantes relatan su propia historia de salud, visibilizando momentos clave de sus vidas en los que las temáticas de salud adquirieron preponderancia. A pesar de ser un ejercicio de intimidad, al compartir estas experiencias los estudiantes visibilizan elementos compartidos con otros/as compañeros/as, permitiendo identificar las dimensiones sociales que se encarnan en sus biografías. Emergen habitualmente elementos familiares, el rol de cuidadoras que han ejercido madres, abuelas, “*nanas*” o empleadas domésticas. Aparecen

autopercepciones referidas al cuerpo y a sus identidades: “soy enfermiza”, “nací fallado”, “tengo la suerte de ser sana”. También emergen temas comunes conectados con las condiciones de salud de niños, niñas y adolescentes: “sufrí *bullying* en el colegio”, “tuve problemas de alimentación”, “siempre quise ser flaca”, “me cuesta aceptar mi cuerpo”, “tengo déficit atencional”, etc. A través de estos ejercicios que son retomados múltiples veces a lo largo del curso, se demuestra cómo la concepción de salud presente en sus relatos está marcada por una cultura específica que tiende a centrarse en la ausencia de enfermedad y en la comprensión del cuerpo como una máquina disociada de su ser en el mundo. Por otra parte, otro ejercicio biográfico significativo en la carrera de obstetricia ha sido la recopilación de historias de nacimiento, donde las estudiantes entrevistan a sus madres, abuelas o hermanas sobre experiencias de parto, aplicando algunos conceptos incorporados desde la antropología del parto. De esta manera las estudiantes descubren, desde la experiencia de personas cercanas, las características de diversos modelos de atención, la dimensión socioemocional del parto y la presencia de diversas formas de violencia ginecobstétrica a la que está sometido.

Participación de activismo y sociedad civil: La enseñanza y socialización de conocimientos y saberes en el aula universitaria suele estar dentro de la dinámica de clases de cátedra donde el profesor o profesora conocedor(a) de un área específica dicta la clase a los y las estudiantes, compartiendo conocimientos producidos y sistematizados desde la academia. En la experiencia de los cursos impartidos de Antropología e interculturalidad para las carreras de obstetricia y terapia ocupacional se abordan diferentes contextos socioculturales e históricos que influyen en los procesos de atención de la salud y enfermedad, así como también se profundiza sobre grupos culturalmente diversos y sus necesidades en salud. Es por esto que se vuelve esencial que el conocimiento compartido en el aula sea un conocimiento situado en el territorio y con la población de la que se está aprendiendo, más allá de lo reconocido por las voces “expertas” que han estudiado las temáticas. A través de esta reflexión se tomó la decisión de invitar a profesores que además de trabajar el tema a abordar, tenían una experiencia como activistas en la sociedad civil y/o pertenecían a los grupos de los que se buscaba aprender. Este fue el caso de clases dictadas por un profesor invitado experto que forma parte de la comunidad LGBTIQA+ y participa en diferentes organizaciones como activista, además de académico, para el desarrollo de una atención en salud inclusiva con las diversidades sexuales que respondiera a sus necesidades y abordara sus identidades. Las clases se dictan en una modalidad participativa, donde al inicio se compartieron conocimientos teóricos que permitieron contextualizar la clase, con amplia participación de los y las estudiantes reconociendo definiciones sobre aspectos como sexo, género, orientación sexual, identidad de género etcétera. Luego se presentan, desde la evidencia internacional, las necesidades en salud de la comunidad LGBTIQ+ y los desafíos que enfrentan para su abordaje en los espacios de atención, para finalmente dar paso a compartir la experiencia personal como parte de la comunidad y en el trabajo social desarrollado con personas que viven estas experiencias.

A partir del hecho de compartir el relato personal, la experiencia corporeizada de formar parte de una comunidad y su experiencia en salud abre un diálogo profundo por parte de los estudiantes, donde emergen preguntas, comentarios y experiencias personales. Se reconocen las necesidades y desafíos presentados en la clase respecto a la salud de una comunidad en el relato biográfico de estudiantes y profesores, lo que cimienta el conocimiento desde el compartir una historia real. Las veces que se ha implementado esta clase los y las estudiantes se muestran abiertos a querer conocer más, realizando preguntas, pero también reflexionando sobre su rol como futuros y futuras profesionales de la salud en la atención de comunidades diversas. Esto se observa particularmente cuando se narran experiencias de exclusión y discriminación recibida por profesionales en la atención de salud por pertenecer al colectivo LGBTIQA+, donde los y las estudiantes empatizan y reflexionan sobre su rol en la atención en salud, pero también en el acompañamiento en procesos identitarios y en la educación a otros profesionales de la salud para garantizar el derecho a una atención libre de discriminación. En las reflexiones realizadas por el estudiantado emergen relatos de experiencias personales, algunas/os estudiantes se reconocen como parte de la comunidad y han vivido situaciones similares y distintas, otros/as han explicitado el valor de tener la oportunidad de conocer sobre los desafíos y necesidades en salud de la comunidad desde su propia voz. Estudiantes pertenecientes al colectivo

LGBTIQA+ han expresado como esta clase ha sido un evento inspirador que les ha permitido visualizarse como un/a profesional de la salud que pueden participar en transformaciones sociales desde su ejercicio profesional, pero también personal e identitario.

Lo anterior permite que los estudiantes comprendan el rol de su profesión en el contexto territorial, y reconozcan la salud de comunidades específicas de una manera colectiva, a través de las acciones que buscan el cuidado de la salud a través de la participación social y comunitaria organizada, reconociendo que el cuidado de la salud no es exclusivamente individual. Se visibiliza el activismo social como una práctica vinculada al cuidado de la salud colectiva y les permite conocer de que manera como profesionales de la salud pueden tener un rol en la transformación de las sociedades.

Observación participante: La observación participante es una técnica de recolección de datos propia de la investigación cualitativa, en particular del método etnográfico y utilizada en diversas disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología. El terreno o contexto es el espacio físico y temporal en el cual quien investiga participa de manera activa y analiza de manera crítica los sucesos, interacciones, relaciones, elementos materiales, personas, emociones, etc. de un determinado fenómeno. Cuando ingresamos a este contexto o terreno, hablamos de "ir al campo" o "ir a terreno", donde hacemos "trabajo de campo". La observación participante parte de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad. Se trata de comprender los fenómenos, de indagar la intencionalidad (Amezcua, 2000).

Uno de los ejercicios de observación participante consistió en una visita a La Vega Central, uno de los mercados agropecuarios más grandes y populares de la ciudad de Santiago. Este ejercicio fue realizado para la carrera de Terapia Ocupacional. Según Spitzer (2003), la observación participante permite al Terapeuta la exploración del significado de la ocupación para la persona, a partir de la experiencia subjetiva individual, ya que este método permite incorporar la perspectiva de la persona y mejorar la comprensión del caso (en Peñas, 2005).

La vega central es conocida como uno de los mercados más grandes y tradicionales del país, dónde se venden productos frescos como frutas, verduras, pescados, mariscos, carnes y otros alimentos, además de artículos relacionados con la cocina, hierbas y especias, así como pequeños restaurantes y puestos de comida que ofrecen platos típicos chilenos. Es un lugar muy concurrido y colorido, donde los agricultores y comerciantes locales venden sus productos a minoristas, restaurantes y público en general, entre ellos habitantes locales y turistas. El mercado tiene una larga historia, ubicado en la "La Chimba" zona que reunía a comerciantes y en la época colonial, convirtiéndolo así en uno de los principales centros de alimentos en Santiago desde principios del siglo XX. Así, La Vega Central se constituye no solo como un lugar para comprar productos frescos, sino también en una experiencia cultural única, ya que refleja la diversidad y vitalidad de la vida local.

La elección de La Vega Central, está relacionada a la posibilidad de acceso como lugar público y a la multiplicidad de fenómenos a observar por los estudiantes en términos de ocupación y diversidad. Así como propiciar una experiencia sensorial lleno de estímulos visuales, auditivos y olfativos. Entre ellos, las condiciones y formas de trabajo, la disposición del espacio y accesibilidad identificando rampas, escaleras, pasillos y otras infraestructuras que facilitan o dificultan el acceso para personas en situación de discapacidad o movilidad reducida, las dinámicas sociales dadas en el lugar, así como las redes y vínculos familiares, la diversidad cultural y lingüística que destaca la incorporación de personas migrantes a los espacios de trabajo, permitiendo a los estudiantes conectar con la realidad cotidiana de las personas, observar prácticas, hábitos y rutinas, relevando los posibles desafíos ocupacionales relacionados con el entorno de trabajo.

Para la realización del ejercicio los estudiantes debían informarse previamente del lugar a partir de recursos audiovisuales y un artículo académico que contextualizara la visita. Se les entregó previamente una ficha con las indicaciones y recomendaciones para la observación, como focalizarse en el ambiente físico, los objetos,

las acciones y narrativas de las personas, así como las relaciones entre ellas y las dinámicas de trabajo, con la siguiente pregunta guía: "¿Cómo una persona con dificultades físicas/psíquicas/sensoriales/sociales puede ver la Vega como su lugar de ocupación?

Los estudiantes debían hacer uso de su bitácora de campo para las anotaciones de sus observaciones, las que serían plasmadas luego en un ensayo. Cabe señalar que previo a la visita tuvieron una sesión de clases donde se explicaba la técnica de observación participante, su utilidad y formas de llevarla a cabo.

Para la escritura del ensayo, los estudiantes debían dar cuenta de lo observado de manera integral, incorporando los conceptos teóricos adquiridos en clase, con un tema o problema de interés como hilo conductor, para responder a las siguientes preguntas: ¿Por qué es relevante la temática escogida? ¿Qué puede aportar la terapia ocupacional en su abordaje? ¿Qué aportes ofrecen los conceptos antropológicos y/o contenidos abordados en clase para su abordaje? El ejercicio finalizó con la presentación grupal del ensayo al final del curso, ocasión que permitió discutir sus observaciones, identificar dificultades, necesidades y posibles aportes que la terapia ocupacional podría ofrecer a las personas que trabajaban en este espacio.

Es importante destacar que posterior a la visita se dedicó un módulo de clase para comentar el ejercicio y las sensaciones percibidas en los estudiantes, ocasión que enriqueció la actividad, en tanto permitió no solo el reconocimiento de la otredad y diversidad encontrada en el lugar, sino también en un espacio de confianza y respeto, manifestar sus opiniones, impresiones e incomodidades al enfrentarse a realidades tan distintas a las propias. En ello se visualizaron diferencias de clase y género en las percepciones de los estudiantes develando aquellos que pudieron integrarse de mejor manera en el ejercicio e interactuar con las personas presentes en La Vega, frente a otros que no lograron integrarse del todo, percibiendo sentimientos de rechazo y exclusión por el entorno. Todo esto, les permitió situarse culturalmente, poner en uso los conceptos como estereotipos y prejuicios vistos previamente en clase y reconocer la necesidad de abrirse a la diferencia y a la existencia de perspectivas, experiencias y formas de vida que difieren de las propias y que están presentes en los diversos territorios de ejercicio profesional.

Conclusiones

El recorrido del presente capítulo ha buscado relatar la instalación de cursos de antropología e interculturalidad en carreras de la salud, como una forma de acercar caminos de disciplinas que han estado históricamente alejadas a pesar de poseer pregunta y cuestionamientos comunes. El contexto histórico en el que se entreteje el fortalecimiento de los movimientos feministas, indigenistas así como una mayor conciencia sobre los efectos de la precarización de la vida asociados a los modos actuales de producción, ha permitido generar mayor visibilidad a temas que están en el corazón de la salud pública y las humanidades médicas como las inequidades en salud, la salud comunitaria y el enfoque de derechos y participación. En este marco, los cursos buscan a través de metodologías propias de la antropología y otras ciencias sociales como la etnografía, el involucramiento de la sociedad civil en la academia y la autobiografía, proveer de instrumentos para la comprensión de la salud como un objeto cultural, otorgando instrumentos para la conformación de profesionales y equipos de salud conscientes de las dimensiones políticas, económicas y de género implicadas en su quehacer cotidiano. Queda aún el desafío de mantener este tipo de materias y articularlas con conocimientos aplicados y de campos clínicos más específicos que puedan profundizar en aspectos clave de salud intercultural y derechos de los pueblos originarios, por ejemplo, así como dialogar con otros ámbitos de la salud pública como el fortalecimiento de la atención primaria y los modelos de prevención y promoción en salud. En vista de las evidencias presentadas, creemos que estas líneas de trabajo permitirán que la formación de los futuros profesionales sea la adecuada para lograr sistemas de salud pensados en el bienestar colectivo y no solo en la erradicación de la enfermedad.

Agradecimientos

Se agradece a las directoras y coordinadoras académicas de las carreras de Obstetricia y Terapia Ocupacional de la Universidad del Desarrollo: Mimy Mayol, Daniela Tupper, Vivian Villarroel y Alejandra Gonzalez, por el apoyo proveído para este artículo. También a Claudia Perez, Baltica Cabieses y Alexandra Obach, por ser pioneras en la instalación de los cursos de Antropología e Interculturalidad en las carreras de la salud de la Universidad del Desarrollo.

Referencias

Amezcua, M. (2000) El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería/ otoño,* 11(30).

Cabieses B., Belo K., Carreño A., Rada I., Rojas K., Knipper M., 2024. The impact of stigma and discrimination based narratives in the health of migrants in Latin America and the Caribbean: a scoping review. The Lancet Regional Health, 100660 https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100660.

Cammarota, A., & Faccia, K. (2018). Enseñar historia en las carreras de salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 22*(67), 1003-1015 https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0458.

Carreño Calderón, A., Leyton, D., Sadler, M., & Obach King, A. (2023). Trenzando las antropologías de la salud en Chile: Temas, diálogos y desafíos. *Antropologías del Sur*, *10*(20), 103-132.

Carreño A., Obach A., (2022) De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género. In Moya M., *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud* (pp. 169-189). FLACSO – Universidad de Chile, https://uchile.cl/dam/jcr:7cbf648e-7aeb-4d0c-a9c1-805552012cf8/Libro_El_quehacer_de_la_salud_publica30.pdf.

Castillo, J. (2022) Cultural competence in medical and health education: an approach to the topic. Seminars in Medical Writing and Education, 1:13. https://doi.org/10.56294/mw202213.

Cavarero, A. (1997) *Tu che mi guardi Tu che mi racconti.* Feltrinelli, Milano.

Díaz, P. A., Peñaranda, F., Cristancho, S., Caicedo, N., Garcés, M., Alzate, T., Bernal, T., & Gó, M. (2010). *Educación para la salud: Perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín,* Colombia. 28.

Favaro, G. & Luatti, L. (2004) *L'intercultura dalla A alla Z.* Francoangeli edizioni, Milano.

Foucault, M. (2005). *El nacimiento de la clínica*, Editorial Siglo XXI, Madrid.

Giovannini, M. & Brownlee, A. (1982) The contribution of social science to international health training. *Soc. Sci. Med*, 16: 957-964. doi: 10.1016/0277-9536(82)90363-x. PMID: 7112173.

Gordan, J. (1976). *Margaret Mead: The complete bibliography*. The Hague.

Harvey, M., Neff, J., Knight, K. R., Mukherjee, J. S., Shamasunder, S., Le, P. V., Tittle R., Jain Y., Carrasco H., Bernal-Serrano D., Goronga T., Holmes, S. M. (2022). Structural competency and global health education. *Global Public Health*, *17*(3):341-362. doi: 10.1080/17441692.2020.1864751.

Jimenez C. (2020). Chiledespertó: causas del estallido social en Chile. *Revista Mexicana Sociología*, 82(4) doi: http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.4.59213.

Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture.* University of California Press, San Francisco.

Lara, C. (2022) La politización de lo íntimo en el mayo feminista chileno y el movimiento# ChileDespertó. *Revista de Estudos Feministas,* 30(2): e75563.

Le Breton. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.

Lechopier, N., Moutot, G., Leféve, M.T., Poma, R., Grandazzi, G., Rasmussen, A. (2018) Health professionals prepared for the future. Why Social Sciences and Humanities teaching in Medical Faculties. *MedEdPublish*, 7:195. doi: 10.15694/mep.2018.0000195.1.

Macías Llanes, M.E (2011) Ciencias sociales y humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas*, 11(1), 1-23.

MacLeod, S.M. & McCullough, H.N. (1994) Social science education as a component of medical training. *Soc. Sci. Med*, 39(9):1367-1373. doi: 10.1016/0277-9536(94)90367-0.

Martínez-Hernáez, A. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Anthropos, Madrid.

Menéndez, E. (2024). Medicina tradicional: ¿Dónde están la vida, los sufrimientos, las violencias y las mortalidades en los pueblos originarios? *Encartes*, 7(13): 159-188. https://doi.org/10.29340/en.v7n13.347.

Morales Saéz, N. M. (2010). El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: Apuntes históricos sobre la medicalización. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, *3*, Article 3. https://relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/86.

Moreno-Leguizamon, C., Patterson, J., Gómez, A. (2015) Incorporation of social sciences and humanities in the training of health professionals and practitioners in other ways of knowing. *RHIME*, 2:18-23. https://www.rhime.in/ojs/index.php/rhime/article/view/3.

Peñas, OL. (2005) La investigación en terapia ocupacional: historia, actualidad y perspectivas. Documento de trabajo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179-187. https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90078-7.

Tapia S., Carreño A. (2018). ¿Es posible la integración del modelo comunitario en la atención de rehabilitación en Chile? Barreras para su real expresión desde los interventores. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, *2*(1), Article 1. https://doi.org/10.34052/rispch.v2i1.43.

Universidades por el Territorio (2021) Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. Dilemas y desafíos en las Enseñanzas-Aprendizajes de las Ciencias de la Salud.

EL DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA SALUD Y LA FELICIDAD DE LOS ESTUDIANTES: APORTES DESDE UNA EXPERIENCIA

Lilliana Villa-Vélez
Universidad de Antioquia | liliana.villa@udea.edu.co

Diana Paola Betancurth-Loaiza
Universidad de Caldas | diana.betancurth@ucaldas.edu.co

Miryam Bastidas-Acevedo
Universidad de Antioquia | miryam.bastidas@udea.edu.co

Fernando Peñaranda-Correa
Universidad de Antioquia | fernando.penaranda@udea.edu.co

Gloria Elena Lopera-Uribe
Universidad Pablo de Olavide | gelopuri@alu.upo.es

Arbitragem científica:
Revisor 1
Cristina Zukowsky-Tavares
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
cristina.tavares@unasp.edu.br

Revisor 2
Lara Guedes de Pinho
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal
lmgp@uevora.pt

Revisor 3
Natália Cristina de Oliveira
Universidade Guarulhos – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Centro Universitário Adventista de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
natcrisoliv@gmail.com

Citação:
Villa-Vélez, L., Betancurth-Loaiza, D., Bastidas-Acevedo, M., Peñaranda-Correa, F., & Lopera-Uribe, G. (2025). El desarrollo de capacidades para la salud y la felicidad de los estudantes: aportes desde uma experiencia. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 357-370). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMEN

Reflexionar sobre estudiantes sanos, felices y prósperos implica considerar el contexto en el que transcurren sus vidas. En muchas ocasiones, este contexto está marcado por injusticias sociales que limitan las oportunidades para tener una buena vida, en el sentido de tener lo que se necesita para ser y hacer. Se trata de construir una vida digna, entendiendo que la dignidad pasa por la felicidad y el florecimiento humano. Así, se parte de la premisa de que el desarrollo de los estudiantes está intrínsecamente vinculado al desarrollo de los cuidadores significativos, quienes pueden facilitar o limitar el acceso a las oportunidades. El cuidado de la salud abarca dimensiones amplias que trascienden los asuntos formales, como el acceso a los servicios de salud, las pautas para la crianza, la alimentación saludable y los recursos materiales. Implica comprender las necesidades de las personas y la vida que valoran. En esta vía, durante varios años hemos investigado la educación para la salud con grupos de madres que habitan un territorio informal de Colombia. Estas mujeres sufren injusticias sociales y muchas de ellas han sido migrantes internas en el territorio nacional, debido a la violencia. Estas experiencias han revelado la importancia del trabajo con las madres para avanzar hacia una crianza que promueva el florecimiento humano. Esto se logra desarrollando capacidades a través de propuestas educativas alternativas basadas en oportunidades para que desde las familias se potencie la salud, felicidad y prosperidad de los educandos en todos los ámbitos educativos.

Palabras clave: Justicia social; Educación para la salud; Felicidad. Fuente: DeCS (Bireme).

RESUMO

Refletir sobre estudantes saudáveis, felizes e prósperos envolve considerar o contexto em que vivem. Muitas vezes, esse contexto é marcado por injustiças sociais que limitam suas oportunidades de ter uma vida boa, entendida como ter o necessário para ser e realizar. Construir uma vida digna significa entender que a dignidade vem da felicidade e do florescimento humano. Assim, o desenvolvimento dos alunos está intrinsecamente ligado ao apoio de cuidadores significativos, o que pode facilitar ou limitar seu acesso a oportunidades. Os cuidados de saúde abrangem diversas dimensões, desde o acesso aos serviços de saúde até orientações para crianças, nutrição saudável e recursos materiais. Isso requer compreensão das necessidades das pessoas e das condições que valorizam suas vidas. Nos últimos anos, investigamos a educação em saúde com grupos

de mães que vivem em um território informal na Colômbia. Essas mulheres enfrentam injustiças sociais, muitas sendo migrantes internas devido à violência no país. Essas experiências destacaram a importância de trabalhar com as mães para promover o florescimento humano nas crianças. Isso é alcançado por meio do desenvolvimento de capacidades através de propostas educativas alternativas, oferecendo oportunidades para melhorar a saúde, felicidade e prosperidade dos alunos e suas famílias em todasas áreas educacionais.

Palavras-chave: Justiça social; Educação em saúde; Felicidade. Fonte: DeCS (Bireme).

Introducción

En el camino para lograr que los estudiantes sean sanos, felices y prósperos, no es suficiente la educación en crianza desde las pautas, conocimientos y comportamientos, como es habitual desde el sector salud (Betancurth Loaiza & Peñaranda Correa, 2016), pues no se tiene en cuenta el florecimiento humano de los estudiantes.

Adicionalmente, una educación en la vía del florecimiento humano implica trascender la escuela. Ver a los estudiantes sólo desde el ámbito institucional impide reconocer su realidad de una manera amplia e integral, y desconoce la necesidad de una articulación entre lo que hace la familia y la institución, con un propósito común que es el estudiante en un proceso de coeducación. Para poder integrar estas miradas, la Institución Educativa (IE) debe tener en cuenta la historia de crianza del niño y la dinámica familiar, la institución debe dar un giro en la mirada para acompañar a la familia y no solo al estudiante, por tal razón debe asumir un compromiso también con la familia por su función de crianza. Si carece de esta articulación, será difícil acompañar al niño de manera amorosa en la construcción del proyecto de vida para su florecimiento humano.

Por lo tanto, para la educación de los niños, las instituciones educativas deben atender el currículum, tanto explícito como oculto, porque de ello depende el desarrollo del niño. Se necesita promover la transformación de los maestros y mejorar el currículum en doble vía. Para lograrlo, cabe reconocer las tensiones entre los enfoques de competencias, resultados y capacidades, que a su vez representan formas subyacentes de relacionamiento entre educadores y educandos, formas diferentes de presentar y desarrollar los contenidos y expectativas variadas entre los actores de las instituciones educativas.

Asimismo, el desarrollo del niño está estrechamente relacionado con su salud, por lo tanto, es necesario avanzar en la articulación de los sectores salud y educación. Con respecto a esto, la experiencia investigativa del grupo (Lopera Uribe, et al. 2022) nos permite plantear la importancia de llevar a cabo procesos de educación en crianza dirigidos a los cuidadores de los niños en el hogar.

En este sentido, hemos encontrado que la crianza debe considerar las condiciones de los cuidadores, no es posible una crianza que favorezca el florecimiento del niño, sin trabajar de forma simultánea el florecimiento del adulto cuidador, especialmente en contextos con condiciones adversas donde las injusticias sociales no favorecen las oportunidades para el desarrollo humano.

El objetivo de este capítulo es abordar la posibilidad de tener estudiantes sanos, felices y prósperos desde una perspectiva que apunta al trabajo con los cuidadores para generar procesos que favorezcan el florecimiento humano.

Contextualización Teórica

Como fenómeno social y cultural, la crianza está situada históricamente y se encuentra cruzada por las condiciones sociales y culturales, así como por la experiencia particular de la persona que cuida. La educación en crianza constituye un proceso desde el cual se ejerce un control simbólico que afecta la construcción de subjetividades de los cuidadores, toda vez que está mediado por relaciones de poder. Así que es necesario comprender las condiciones sociales, culturales y personales en las cuales se lleva a cabo la crianza,

entendiéndolas como oportunidades que pueden facilitarla o limitarla. Por lo tanto, la crianza pasa por el desarrollo (o florecimiento) humano del cuidador y su calidad de vida. A continuación, presentamos la conceptualización sobre la crianza, el florecimiento humano y la educación desde el enfoque de las capacidades que permite comprender la educación en crianza desde una perspectiva estructural y crítica.

La crianza

La crianza, considerada como el acompañamiento que se le debe proveer a los niños para que crezcan y se desarrollen satisfactoriamente, está fundamentada en dos tareas primordiales, una es cubrir las necesidades básicas para la supervivencia del ser humano, como el afecto, la alimentación, el abrigo -vivienda y vestido- y una segunda, tan importante como la primera, es la inclusión en el grupo social, la cual proporciona una sensación de seguridad, por tanto es la acogida que los cuidadores le brindan a los recién llegados para que puedan reconocerse y ser reconocidos como sujetos de derecho en la sociedad en la que han nacido.

La crianza corresponde entonces a un complejo histórico, social, cultural y ontológico (Peñaranda, 2011). Lo reconocemos como histórico toda vez que en la historia de la humanidad las prácticas de crianza han cambiado de acuerdo con los conocimientos y la reflexión acerca del niño, como ser humano en proceso de crecimiento y desarrollo, con derechos y necesidades. Aunque durante la historia de la humanidad se han hecho esfuerzos por sostener la vida, no siempre el niño fue considerado como un sujeto; sin embargo, su crianza es un asunto ontológico, precisamente porque hace parte de la existencia misma, sin ella, no sería posible la continuidad del ser humano.

Por otro lado, la crianza tiene relación directa con el contexto sociocultural en el que el niño ha nacido, cada cultura le pone el sello que lo hará reconocerse por el resto de la vida. Se da por tanto una interrelación entre herencia y ambiente, que, si las circunstancias son apropiadas, favorecerá el desarrollo y la expresión del potencial del ser humano, el florecimiento humano que lleva consigo una sensación de bienestar con lo que "se es y con lo que se hace". De esta manera no hay una sola forma de criar, por lo que podremos hablar de "las crianzas", sin embargo, ello no obvia la necesidad de un cuidado cariñoso y sensible que proteja al niño y también brinde apoyo a la madre, un contexto social y cultural que los acoja. Como dice el proverbio, *"para criar un niño se necesita toda la tribu"*, no importa que esta no sea extensa, pero que "estén ahí" precisamente para los momentos en que surgen ciertas necesidades. Por lo anterior, es de interés para la crianza del niño, el desarrollo que a su vez tenga el adulto significativo, puesto que están en una relación de crianza que se convierte en interdependiente.

Es en las familias donde se les brinda el cuidado cariñoso y sensible a los niños, en ella aprenden normas sociales, que los preparan para ese contacto extrafamiliar e institucional como un continuo de la educación, en la corresponsabilidad que tienen la sociedad y el Estado en el desarrollo del niño, aportando un ambiente seguro y óptimo para la crianza.

El florecimiento humano: más allá de la felicidad

Hablar de felicidad, implica comprenderla desde diferentes perspectivas. Según el utilitarismo, una corriente de la ética defendida principalmente por los filósofos Jeremy Bentham y John Stuart Mill, las conductas moralmente buenas son aquellas que tienden a promover el placer o la felicidad. Estos autores consideraban que la felicidad es el único bien intrínseco y que el objetivo de la vida ética es maximizar la felicidad; fue lo que denominaron "principio de utilidad" o "principio de mayor felicidad" (Mill-Stuart, 1863).

Para Amartya Sen, la felicidad es uno entre tantos objetos de valor para el ser humano. Por eso, en lugar de los enfoques de utilidad, promulga el enfoque sobre la capacidad, entendiendo que la calidad de vida de los individuos y las sociedades debe evaluarse en función de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. Se entiende por funcionamientos, aquellas cosas que una persona logra hacer o ser al vivir, por ejemplo, estar

nutrido adecuadamente, tener buena salud o tener movilidad (funcionamientos elementales), ser feliz, lograr el autorrespeto o participar en la vida de la comunidad (funcionamientos complejos). Desde esta perspectiva, la capacidad alude a una serie de combinaciones alternativas de los funcionamientos, que la persona puede lograr y entre las cuales puede elegir. Por lo tanto, la capacidad de una persona depende de varios factores, que incluyen, tanto las características personales como los arreglos sociales; adicionalmente, las capacidades humanas constituyen una parte importante de la libertad individual. Como puede verse, este enfoque da lugar a incluir una variedad de actos y estados humanos que son importantes en sí mismos, independientemente de su utilidad (Sen, 1993).

Ahora bien, aunque Sen reconoce la existencia de unas capacidades básicas, entendiendo por éstas "la habilidad para satisfacer ciertos funcionamientos crucialmente importantes hasta ciertos niveles adecuadamente mínimos" (Ibid, p. 41), es Martha Nussbaum quien propone una lista de capacidades centrales, como condiciones mínimas necesarias para llevar una vida que sea deseable vivir y que libremente se decide llevar; condiciones que, de no existir, impiden tener una vida digna. Es en este contexto en el que esta autora introduce la noción de florecimiento humano, pues considera que es necesario el desarrollo de las capacidades centrales (Nussbaum, 2012) para que una vida humana pueda florecer.

La génesis de esta idea de florecimiento humano, que plantea Nussbaum (2014), se remonta a los planteamientos aristotélicos, aceptando la creencia de que el bien es la eudaimonía –la felicidad como bien supremo–. Aristóteles insiste en trascender la gnosis teórica, para comprender lo que es bueno para la vida (Calvo, et al., 2005), un bienestar o florecimiento que se logra mediante el ejercicio de las virtudes y la realización de la potencialidad humana. Nussbaum (1994), en su obra *La terapia de los deseos*, opta por evitar implicaciones engañosas o malentendidos con el concepto felicidad y lo plantea bajo la idea del florecimiento humano.

Coherente con esta postura, Peñaranda (2015) comprende el florecimiento humano como: "Un proceso integral, esto es, sinérgico, interactivo e iterativo, por lo que no puede abordarse de manera fraccionada. Concibo un mundo dialéctico que supera una visión dualista de la realidad y, desde la cual, sin desconocer la injerencia de lo estructural y lo social, se rescate al sujeto en su singularidad" (p. 993).

Educación y capacidades

Las injusticias sociales afectan profundamente las oportunidades de las personas para tener la vida que valoran, comprendidas estas oportunidades como medio para expandir la libertad y fomentar el desarrollo humano (Sen, 2000).

Desde la salud pública se resalta la importancia de avanzar hacia un desarrollo pedagógico de la educación para la salud que supere la perspectiva de educación centrada en los cambios de comportamiento, para entenderla como un proceso social y político con base humanista emancipadora. Se trata de potenciar las capacidades sociales y también las capacidades internas que corresponden a los rasgos que desarrollan los individuos en interacción con sus entornos (Nussbaum, 2012).

Al aproximarse al trabajo educativo con grupos vulnerados, es necesario entender que el foco de la justicia está centrado en la capacidad como libertad de elección de un conjunto de funcionamientos alternativos, entonces el proceso pedagógico debe enfocarse en potenciar la construcción de capacidades por parte de los educandos y esto implica reconocer que: "(…) tenemos razón para estar interesados no solo en la clase de vidas que conseguimos vivir, sino también en la libertad que realmente tenemos para escoger entre diferentes estilos y modos de vida" (Sen, 2009).

Se trata de pensar la educación para la salud desde un enfoque centrado en el desarrollo humano, como es el de las capacidades porque pone su atención en el sujeto, en la medida en que enfatiza que: "los elementos más importantes de la calidad de vida de las personas son plurales y cualitativamente distintos" (Nussbaum,

2012). Esta mirada implica trascender el centro que la educación formal pone en los resultados, para enfocarse en el proceso; en este sentido, hay un punto de encuentro con la propuesta de Sen cuando plantea que las oportunidades son "comprehensivas" -tienen en cuenta el proceso de elección- y no solo un asunto entendido como una "culminación" o un fin (Villa-Vélez, 2020). Este autor expone que las oportunidades sociales y los funcionamientos valiosos -entendidos como actividades o estados-, son la clave para el desarrollo; por ejemplo, argumenta cómo el mayor nivel educativo de la población en algunos países contribuye a aprovechar las oportunidades y propone que el éxito del proceso impulsado por la política social permite mejorar la calidad de vida de las personas (Sen, 2000).

Desde esta perspectiva de justicia se podría reconocer la educación para la salud como derecho y necesidad de las personas, en la medida en que aporta a la garantía de la salud como un funcionamiento básico para la vida buena; pero esencialmente como una capacidad en términos de oportunidad para decidir sobre la propia salud. Serían entonces el derecho a la salud y el derecho a la educación para la salud derechos interdependientes; de forma que la educación para la salud emancipadora debería hacer parte de las políticas públicas de los países, como apuesta pedagógica para hacer frente a las injusticias sociales, y el enfoque de las capacidades, constituir un marco teórico valioso para el desarrollo de esas políticas.

Por otra parte, la educación para la salud por sí sola no es suficiente para el logro de las capacidades para vivir la vida que se valora. Es importante reconocer que la educación -en general- no resuelve todo, ni genera las transformaciones sociales, pero en articulación con otras dimensiones aporta al cambio en los sujetos y de esta manera a la reestructuración de los poderes en las sociedades. La educación es un elemento central del enfoque de las capacidades porque: "(…) forma las aptitudes ya existentes en las personas y las transforma en capacidades internas desarrolladas de muchas clases. Esta formación es valiosa en sí misma, pero también es una fuente de satisfacción para la vida. Ejerce asimismo una función capital para el desarrollo y la ejercitación de otras muchas capacidades humanas: es, pues, un «funcionamiento fértil» de suma importancia para abordar los problemas de la desventaja y de la desigualdad" (Nussbaum, 2012, p.266).

Educación Popular: propuesta educativa para promover capacidades

La educación popular es una alternativa teórico-práctica para el desarrollo de la educación para la salud, dado su carácter de práctica social que se lleva a cabo en contextos populares, a partir de sus intereses y de la movilización política (Mejía, 2011). Una característica central es que en ella se politiza la educación y se pedagogiza la política, al considerar la acción política como espacio privilegiado de aprendizaje (Torres, 2007). Adicionalmente, la educación popular tiene un carácter emancipador, que promueve que los sujetos se cuestionen y se valgan de la educación para hacer la transformación de la sociedad. En este sentido como lo plantea Torres:

"Por educación popular entendemos un conjunto de prácticas sociales y elaboraciones discursivas, en el ámbito de la educación, cuya intencionalidad es contribuir a que los diversos segmentos de las clases populares se constituyan en sujetos protagonistas de una transformación de la sociedad, en función de sus intereses y utopías" (p. 26).

El reto de un modelo pedagógico como el planteado en este proyecto consiste en superar los modelos tradicionales, informativos y persuasivo motivacionales, dominantes en la educación para la salud (Serrano, 1990; Figueiredo, et al., 2010), para generar prácticas pedagógicas que tomen al sujeto concreto y singular, situado en unas condiciones sociales y culturales determinadas, y que promuevan su florecimiento individual y colectivo. Se propone un proceso dialógico en el cual educando y educador aprenden uno del otro, amplían sus horizontes de comprensión (Gadamer, 2006) y fortalecen los procesos de comunicación.

El objetivo de esta educación no son los contenidos. Si bien nunca ha existido una práctica educativa que no recurra a la utilización de contenidos, se requiere abordar preguntas como las siguientes: ¿cuál es el papel

que tienen esos contenidos?, ¿quién o quiénes los eligen? y ¿con qué fines se determinan? En este sentido se plantea la participación de los educandos en la organización programática de los contenidos (Freire, 1993).

La experiencia brasileña en educación para la salud ofrece luces para el diseño y la implementación de propuestas educativas alternativas. Según Stotz (2007), la educación popular en salud viene consolidándose como un movimiento social de profesionales, técnicos e investigadores comprometidos con el diálogo entre el conocimiento científico y el conocimiento producto de las experiencias y las luchas populares. Identifica su método como uno de los puntos centrales, pues parte del conocimiento popular. Asimismo, destaca su orientación a promover la participación de todos los actores, más allá de los servicios de salud, como sujetos en la construcción de las soluciones de los problemas.

Una educación enfocada en el desarrollo de las capacidades corresponde a un proceso de innovación y desarrollo que recoge de diferentes perspectivas teóricas como el aprendizaje significativo y el constructivismo social, las cuales implican tomar al sujeto de manera integral.

Método

La reflexión derivada de la investigación se enfoca en el análisis y la contemplación profunda de los datos, lo cual permite comprender mejor las implicaciones de los hallazgos e interpretar el proceso como una construcción social que facilita la reflexión crítica. El proceso se centró en compartir los aprendizajes teórico-prácticos de los resultados de investigaciones previas que pueden guiar la práctica educativa y buscar la manera para ampliar el horizonte en las formas de abordaje para avanzar en constructos como la felicidad y beneficiar a los estudiantes y las familias desde una perspectiva de educación alternativa basada en las capacidades.

Se precisa de la reflexividad de los investigadores para analizar críticamente el propio papel en el proceso de investigación (Guber, 2001) y analizar el impacto en los diferentes contextos. Este enfoque reflexivo trasciende la recolección de datos, para configurar a cada investigador como un participante activo y enriquecer significativamente la comprensión amplia del tema en estudio. La reflexividad, por tanto, se convierte en un puente entre la investigación y la práctica, donde el conocimiento producido es conscientemente analizado con su potencial aplicabilidad en contextos específicos que, para este caso, sería el ámbito educativo.

Cuatro iniciativas de estudios fueron desarrolladas por el grupo de investigación de donde se desprende la reflexión para este capítulo de libro: uno que estableció una nueva interpretación de la investigación temática de Freire, facilitando un camino hacia la educación y la transformación, tanto para estudiantes como para docentes, y tres proyectos doctorales donde el primero se centró en entender las prácticas de crianza; el segundo avanzó en el análisis crítico colaborativo de dichas prácticas; y el tercero culminó con la creación de una propuesta pedagógica específica.

La experiencia deriva en la construcción de una propuesta de educación en crianza, con una población en situación de pobreza e injusticia extrema. Las mujeres con las que realizamos los estudios viven en la vereda Granizal del municipio de Bello en Antioquia, Colombia. Es el asentamiento irregular más extenso de la región y el segundo en magnitud a nivel nacional, después de Altos de Cazucá, Cundinamarca. Este territorio se caracteriza por su notable escasez de recursos y las condiciones de infraestructura y sanidad extremadamente precarias. Además, carece de acceso a agua potable, sistemas de acueducto y servicios de recolección de residuos. La ausencia de caminos adecuados complica aún más su conexión directa con el municipio de Bello, aislándolo y dificultando la mejora de las condiciones de vida de sus residentes.

Todos los estudios contaron con el aval ético institucional, y durante todo el proceso de las investigaciones se prioriza la reflexión ética permanente basada en principios, así como la discusión sobre la justicia social eje central. Además, se articula con una investigación en curso que pretende dar continuidad a la línea de estudio desde la comprensión de las capacidades para la crianza. Esto incluye la consideración de cómo los resultados

pueden influir en las políticas o prácticas y cómo pueden contribuir a una mayor equidad y reducción de las inequidades.

Resultados

Este apartado se desarrolla en cuatro partes, la primera sobre la pluralidad de los contextos en que se desarrolla la crianza; la segunda, sobre el vínculo entre el desarrollo de los estudiantes y el de sus cuidadores significativos; la tercera presenta la idea del florecimiento humano como categoría que recoge la felicidad, pero la supera; y la cuarta muestra cómo un proceso educativo aporta al desarrollo de las capacidades.

Los contextos plurales en los que transcurre la vida de los cuidadores significativos y sus hijos marcan las oportunidades para la salud y la felicidad

Los contextos en que transcurren las vidas de los cuidadores significativos y sus hijos son diversos, en este sentido, la investigación temática planteada por Paulo Freire precisa un proceso de investigación con los cuidadores, destinado a la ampliación de la comprensión de la realidad que las personas experimentan, para la construcción de los contenidos educativos de manera conjunta entre educadores y educandos.

En nuestra experiencia investigativa, iniciamos con un proyecto que se orientó a la comprensión de la crianza para la construcción de los temas generadores, como expresión de las contradicciones identificadas por las participantes y los investigadores. La ampliación de la comprensión de la realidad pasa por la problematización de las "situaciones límite" que configuran las contradicciones, como barreras para avanzar hacia "ser más", en relación con su humanidad (Betancurth Loaiza & Peñaranda Correa, 2018a). Como seres en constante evolución, reconocer estas limitaciones para el florecimiento humano remite a los sujetos a la identificación de "inéditos viables" para avizorar soluciones posibles a partir de un entendimiento más estructural de las situaciones límite. Esto es posible en la medida en que los sujetos avanzan en la comprensión de una totalidad espesa hacia una comprensión más amplia que aborda categorías articuladas en una totalidad clara y razonada (Freire, 2005).

Posteriormente, se exploraron las experiencias de las crianzas durante la niñez de las cuidadoras significativas, las prácticas de crianzas adoptadas antes y después de su llegada al asentamiento y las crianzas que estaban realizando con sus hijos. Más adelante, se pasó al análisis de las crianzas que ellas querían realizar, aquellas que valoraban. Durante dos años, se generó un espacio de diálogo y problematización sobre sus experiencias de crianza desde un punto de vista estructural que tuviera en cuenta la realidad en la cual se daba. Este proceso inició por reconocer quiénes eran ellas: la historia de llegada al asentamiento, sus orígenes, las circunstancias de desplazamiento y la estructura de sus familias (Betancurth Loaiza & Peñaranda Correa 2018a; 2018b; Villa-Vélez, et al. 2021; Betancurth Loaiza, et al. 2022; Castañeda-Pineda, et al. 2023).

Estas mujeres, procedentes de contextos marcados por la pobreza y la violencia, relataron sus experiencias en familias expulsoras, donde enfrentaron agresiones físicas, emocionales y verbales, incluso abusos sexuales, castigos injustificados y la necesidad de asumir responsabilidades desde una edad temprana. Además, algunas fueron afectadas por el conflicto armado, siendo parte de familias expulsadas que sufrieron pérdidas, muertes y desplazamientos. A pesar de estas adversidades, estas mujeres luchan por una crianza valorada, en un entorno de carencias, con hacinamiento y falta de servicios públicos, lo que dificulta sus prácticas de crianza y sus expectativas para el futuro de los hijos. Algunas, con empleos informales para sostener a sus familias, mientras que otras se enfrentan a presiones institucionales y comunitarias que les imponen estándares de crianza difíciles de cumplir en su contexto.

En sus relatos, destacan la importancia de contar con un espacio de vivienda adecuado y servicios básicos, así como con el apoyo económico y afectivo de los padres de los niños. Además, desean cambiar las formas de corrección a sus hijos, buscando criar en un ambiente de confianza y respeto mutuo. Sin embargo,

reconocen las limitaciones impuestas por su entorno y las dificultades emocionales y personales que enfrentan en su tarea de crianza.

En la reflexión se ha podido cuestionar los modelos homogeneizantes de la crianza y las exigencias institucionales escolares, dado que muchas familias viven en condiciones de desigualdad e inequidad, por ello no todos los grupos gozan de las mismas posibilidades para una crianza satisfactoria. La idea de contextos plurales en el que transcurren las vidas de los estudiantes se refiere a la complejidad y diversidad de entornos en los que se desarrollan, influenciados por los determinantes sociales. Estos contextos no son uniformes y varían significativamente, reflejando diferencias en origen étnico, posición socioeconómica, cultura, ubicación geográfica, y experiencias de vida, entre otros factores. Estas variaciones contribuyen a la riqueza de perspectivas y experiencias que los estudiantes aportan al ámbito educativo, pero también plantean desafíos significativos para diseñar e implementar prácticas pedagógicas que sean inclusivas y equitativas, es decir situadas.

Los determinantes sociales, como el nivel de ingresos de las familias, el nivel educativo de los padres, el acceso a recursos culturales, la seguridad del vecindario, y la disponibilidad de espacios para el juego, influyen profundamente en las oportunidades de aprendizaje y desarrollo de los niños y jóvenes. Por ejemplo, un estudiante que crece en un entorno con acceso limitado a libros, sin espacios seguros para explorar, o enfrentando estereotipos negativos puede experimentar barreras significativas en su trayectoria educativa. Por el contrario, aquellos que cuentan con un entorno enriquecido, con acceso a recursos educativos variados y apoyo constante, tienen una ventaja en su proceso de aprendizaje.

A raíz de lo expuesto, contemplar la idea de estudiantes sanos y felices requiere una mirada atenta al entorno en el que se desenvuelven sus existencias. Frecuentemente, dicho entorno se ve afectado por las injusticias sociales que limitan las oportunidades para alcanzar una buena vida, en el sentido de tener lo que se necesita para ser y hacer.

El desarrollo de los estudiantes está vinculado al desarrollo de los cuidadores significativos

Desde la experiencia investigativa, emergió un análisis crítico y la problematización de las condiciones de vida y la situación sociocultural en las que las cuidadoras participantes del estudio llevaban a cabo las crianzas. A través de los relatos, ellas pudieron comprender las oportunidades que tenían para realizar las crianzas que valoraban, al identificar contradicciones y situaciones límite. Como resultado de reflexionar y problematizar sobre sus realidades como mujeres, cuidadoras, hijas, esposas, madres, abuelas o ciudadanas en el marco de múltiples dilemas morales, estas mujeres han experimentado cambios significativos.

En este apartado es fundamental destacar la importancia del desarrollo personal de las cuidadoras significativas, dado que se relaciona estrechamente con el análisis crítico y la problematización de las condiciones de vida y la crianza mencionadas anteriormente. Las oportunidades para las mujeres del estudio no están dadas únicamente por la crianza de sus hijos, como podría pensarse inicialmente, también a lo que pueden lograr para sí mismas, lo que les permite progresar en múltiples aspectos de sus vidas. Estas mujeres demuestran una notable fortaleza al generar autoconfianza, reconocer sus errores y abrirse a la posibilidad de perdonarse y quererse a sí mismas, algo que nunca se habían permitido antes. Al priorizar una crianza más satisfactoria para ellas mismas, muestran su capacidad para avanzar y se fortalecen mediante la seguridad alcanzada en ese proceso. Este vínculo entre el desarrollo personal de las cuidadoras y la calidad de la crianza subraya la importancia de abordar integralmente las necesidades de las mujeres en su papel de cuidadoras en un contexto de reflexión sobre sus realidades.

La situación de pobreza y la vulneración de derechos por parte de un Estado negligente, así como las estructuras culturales como el patriarcado que relegan a la mujer como la única responsable del cuidado de los niños, surgen como contradicciones en el marco de las condiciones de vida y crianza problematizadas anteriormente. Estas condiciones limitan las oportunidades de educación y acceso a servicios básicos para

las mujeres, contribuyendo a perpetuar la desigualdad y la exclusión. Además, al relegar la responsabilidad del cuidado únicamente a las mujeres, se soslaya la responsabilidad de los hombres y del Estado en las crianzas.

De esta manera, se fue comprendiendo cómo a menudo las madres y abuelas participantes se concentran en la labor de supervivencia de los niños (proveer alimento, vestimenta, estar pendiente de su salud), lo cual les limita combinar la trayectoria individual con las interacciones colectivas –lo público– (Benhabib, 1992). En las condiciones de injusticia extrema en que viven ellas se fortalece un discurso machista, donde la mujer es la responsable de criar y cuya función principal es amar y cuidar con paciencia y responsabilidad, y en estas circunstancias el Estado se desentiende (Badinter, 1981). Se configura una cultura de sacrificio por los hijos, obligando a las cuidadoras a volcar todos sus esfuerzos para satisfacer los deseos y necesidades de los niños.

Así, para Badinter (2011), el retorno a la naturaleza, mezclado con el discurso científico que caracteriza el ideal de maternidad a tiempo completo, plantea una vuelta atrás en los logros de la liberación de las mujeres. Sin embargo, en el caso de estas mujeres, la maternidad no se vive de la misma manera que en el contexto europeo. Para ellas, la maternidad se convierte en el centro de sus vidas, porque en un entorno de oportunidades tan restringidas para las mujeres de Granizal, la llegada de un hijo pasa a ser una motivación de lucha. La crianza se convierte así en su única opción posible de florecimiento, lo que demuestra la magnitud de una vida injusta (Nussbaum, 2012).

Podría detectarse, en lo que les sucede a estas mujeres, un retroceso en su proceso de emancipación. Es negativo que la mujer se encuentre tan limitada, pero también hay elementos críticos de la situación particular de sus vidas, plagada de carencias humanas y materiales, que no se podrían menospreciar. Nos estamos refiriendo a lo positivo que resulta para ellas la posibilidad de reflexionar sobre la crianza, una mirada alternativa sin desconocer su realidad. Esta reflexión abre una puerta hacia un empoderamiento personal y una visión crítica de su situación, lo cual podría ser el primer paso hacia una transformación más profunda.

En este sentido, vale la pena destacar el trabajo de Nancy Scheper-Hughes (1997), sobre cómo las madres de una villa en situación de grave empobrecimiento del nordeste brasileño enfrentaban las violencias, la pérdida y la escasez, privilegiando su subsistencia a expensas de un forzado e impasible desamor por algunos hijos. Su tesis se centra en que las madres se encuentran ante una alta expectativa de mortalidad infantil, lo que determina las prácticas y pensamientos maternales que se manifiestan en el retraso del cariño hacia sus hijos, una ‘desinversión’ afectiva. Este análisis resalta la complejidad de las dinámicas familiares y emocionales en contextos de extrema pobreza, donde la supervivencia muchas veces impone una desconexión emocional con los hijos como una estrategia de afrontamiento.

Contrario a lo hallado por Scheper-Hughes, las mujeres de Granizal no experimentan desamor por sus niños. Sin desconocer un entorno particularmente adverso, ellas rescataron sus capacidades internas que les posibilitan la lucha por amar a sus hijos. Constituye una contradicción el recibir y dar cariño. Los lazos que las unen a ellos hacen valorar el afecto que no han tenido al ser violentadas desde sus infancias, o que se les ha ido esfumando de sus vidas, más allá del compromiso material, social y emocional que les implica.

La problematización realizada permitió abordar la dificultad que algunas de ellas tienen para expresar el afecto que desearían dar, convirtiéndolo en un asunto que intentan resolver. Recuerdan con dolor la falta de cariño y muchas experiencias de maltrato severo sufridas desde la infancia, lo que relacionan con sus dificultades para controlar el maltrato hacia sus hijos cuando la cólera las supera. A pesar de no desear violentarlos, no logran evitarlo, siendo estas "actuaciones discordantes" un asunto más allá de la voluntad, dado que enfrentan restricciones en sus oportunidades para criar como desearían. Esto genera una enorme frustración que agudiza la angustia causada por las precarias condiciones de vida y las violencias cotidianas que enfrentan.

Pero estas condiciones y situaciones limitantes contrastan con importantes manifestaciones concretas de amor que ligan con sus ganas de vivir y luchar por sus hijos, una fuerza transformadora en sus vidas. Al

respecto Ruddick (1980) refiere que en este tipo de condiciones el amor puede ser más frenético, y confluye con enormes conflictos, dilemas y tensiones.

A pesar de estas contradicciones y limitantes, la expresión del amor a sus hijos aparece como un asunto fundamental para la crianza. Discutieron sobre sus expectativas respecto al amor en la crianza que esperan realizar, que incluyen la atención que puedan brindarle a sus hijos y el tiempo que puedan compartir con ellos: poder disfrutar de su compañía. Este planteamiento se asemeja a lo evidenciado por los estudios de Del Olmo (2013) en madres con múltiples labores diarias, aunque en contextos menos complejos de subsistencia que el de las mujeres de Granizal.

No obstante, las barreras y desafíos que enfrentan estas mujeres muestran un amor inquebrantable por sus hijos. Desean brindarles oportunidades que ellas mismas no tuvieron durante su infancia. Sin embargo, su expresión de amor difiere de la concepción tradicional, en lugar de manifestarse mediante expresiones físicas de afecto, este amor está profundamente enraizado en el cuidado cotidiano. Esto se refleja en sus formas de crianza, moldeadas por experiencias únicas y marcadas por la adversidad y la falta de elección.

Así, ellas fueron comprendiendo el amor de manera diferente a esa idea de amor 'natural' o 'dulzarrón', demostrado con expresiones físicas de afecto como caricias, abrazos o palabras tiernas. En ellas, el amor está enmarcado en su lucha por salir adelante con sus hijos, en la medida en que cada una de ellas aprende a criar con su propia experiencia (Stern, 1997), aman y expresan su amor de acuerdo a su ser, a su historia y a su contexto concreto, circunstancias que ellas no pueden elegir (Scheper-Hughes, 1997; Nussbaum, 2014) y que condicionan su florecimiento como mujeres y las formas en que educan a sus hijos.

Por otro lado, los hijos y nietos de las cuidadoras significativas tienen otros contextos (como la institución educativa) que también están marcados por injusticias sociales y que influyen en las oportunidades para tener una buena vida, en el sentido de tener lo que se necesita para ser y hacer. Así, se parte de la premisa de que el desarrollo de los estudiantes está intrínsecamente vinculado al desarrollo de las cuidadoras significativas, quienes pueden facilitar o limitar el acceso a las oportunidades y, en consecuencia, condicionar la expresión de todo su potencial. Esta estrecha relación entre la buena vida de los estudiantes y la de las cuidadoras resalta la importancia de que la institución educativa reconozca las condiciones de crianza, donde se evidencian la necesidad de oportunidades de las cuidadoras.

Resulta complejo poder dar respuesta a las expectativas institucionales de crianza y de educación. Las exigencias homogeneizantes de las instituciones pueden pasar por alto las condiciones individuales de cada cuidador y estudiante, así como su entorno familiar y comunitario. Esto puede resultar en una brecha entre las expectativas de crianza de las madres, las expectativas institucionales y lo que en realidad pueden brindar.

Crianza, capacidades y florecimiento humano

La reflexión derivada de las investigaciones devela la importancia del trabajo con las cuidadoras significativas para avanzar hacia una crianza valorada que promueva el florecimiento humano a la luz de la justicia social, precisamente porque la felicidad y dicho florecimiento están vinculadas a la dignidad.

En este sentido, la crianza que promueve el florecimiento humano no solo atiende las necesidades físicas y emocionales de los niños, sino que también se preocupa por fomentar la capacidad para desarrollar virtudes, autonomía y un sentido de propósito de vida, tanto de ellos como de los cuidadores significativos. Padres que viven en un estado de bienestar, que se sienten respaldados, respetados y capacitados en su rol, están en mejor posición para ofrecer una crianza que refleje esos mismos valores de dignidad, respeto y florecimiento. Esto implica una crianza consciente y reflexiva, que busca no solo evitar el daño y proveer cuidados básicos, sino también inspirar y guiar a los niños hacia la realización de su potencial humano completo.

Desde esta perspectiva, la crianza se convierte en una práctica ética que trasciende la transmisión de normas y conocimientos; es una forma de cultivar seres humanos capaces de compasión, justicia, creatividad y

sabiduría. Para ello, la crianza pasa a ser complementada en el marco de la educación institucional que reciben los niños y adolescentes por la promoción de una vida digna y el desarrollo de capacidades, lo cual permite a los cuidadores estar más equipados para criar hijos felices y prósperos, como expresión del florecimiento en sus propias vidas.

El diálogo de saberes: expresión de una educación liberadora y transformadora que media el desarrollo de capacidades

El diálogo de saberes configura una educación dialógica y participativa, mediada por relaciones que fortalezcan la emancipación de educando y educador y el avance en la construcción de ellos como seres humanos inacabados, para ser cada vez más, en la cual el educando es sujeto activo. Se plantea una pedagogía problematizadora, dialógica y crítica, en ella, el educando, junto con el educador, participan en la investigación de su realidad para comprenderla mejor y poder actuar más críticamente sobre esta. Se requiere entender la práctica y la teoría desde una relación dialéctica, asumida como praxis: no hay acción sin teoría y no tiene sentido la teoría sin la acción.

El fortalecimiento de una conciencia crítica precisa partir de las visiones y conocimientos de los sectores populares, para lo cual se requiere la problematización, al contrastarlos con otros conocimientos y visiones, como el conocimiento científico – disciplinar, en un ambiente de debate, o sea, en un diálogo de saberes. Esto se lleva a cabo mediante la confrontación de significados sobre el mundo, lo que implica un proceso de negociación cultural que requiere el reconocimiento de una dinámica intercultural, en la cual el respeto por el otro y su diferencia se da en medio de un intercambio transformador (Torres, 2007).

De esta manera se configuran escenarios propiciadores de procesos de autoafirmación y construcción de subjetividades críticas; espacios educativos que generan oportunidades para que los educandos avancen en la transformación de sus referentes simbólicos desde los cuales le dan sentido a la vida, y se disponen para la acción (ibidem).

Puede pensarse la educación en crianza como una oportunidad para promover las capacidades. Se parte de las condiciones para la crianza basada en la justicia y el desarrollo humano de los cuidadores (desarrollo de las capacidades para la crianza), en la medida en que se potencien las oportunidades para llevar a cabo la crianza que valoran. De esta forma, el diálogo como referente didáctico abre una oportunidad para una educación alternativa en el campo de la salud entendida como derecho, para generar oportunidades (libertad) y avanzar hacia el florecimiento humano.

Conclusiones

La experiencia de investigación resalta cómo el desarrollo de los estudiantes está profundamente ligado al crecimiento y fortalecimiento de los cuidadores significativos. Este vínculo subraya la necesidad de abordajes educativos que no solo se centren en el alumno, sino que también incorporen estrategias dirigidas a mejorar las capacidades de los cuidadores.

La educación popular fomenta una reflexión crítica sobre las prácticas de crianza y el desarrollo de capacidades tanto en cuidadores como en estudiantes. Al centrarse en la construcción colectiva del conocimiento y de las comunidades, la educación popular promueve una perspectiva transformadora, que busca la equidad y el reconocimiento de las diversidades culturales y sociales.

En contextos de injusticia social, trabajar con los cuidadores para fomentar una crianza que promueva el florecimiento humano se convierte en un eje clave para superar barreras que son estructurales.

Al respecto, el análisis del trabajo con cuidadoras en contextos de pobreza extrema y vulnerabilidad social, como aporte desde una experiencia, destaca la importancia de políticas públicas que integren educación y salud desde un enfoque alternativo y de justicia social. Estas políticas deben reconocer y actuar sobre los determinantes sociales que afectan el florecimiento humano, promoviendo programas que no solo se limiten a la provisión de servicios básicos, sino que también busquen activamente mejorar las capacidades de las comunidades para enfrentar y superar las adversidades. Esto implica un compromiso colectivo de todos los actores sociales, desde el nivel gubernamental hasta las comunidades locales, para crear entornos que permitan a todos los estudiantes vivir vidas dignas, saludables y felices.

Referencias

Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?*. Paidós-Pomaire.

Badinter, E. (2011). *La mujer y la madre*. La esfera de los libros.

Benhabib, S. (1992). *Situating the Self: Gender, Community, and Postmodernism in Contemporary Ethics*. Routledge.

Betancurth Loaiza, D. P., & Peñaranda Correa, F. (2016). La crianza como asunto fundamental para una salud pública alternativa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3). https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/467.

Betancurth Loaiza, D. P., & Peñaranda Correa, F. (2018a). La crianza en situación de injusticia extrema, una comprensión desde un grupo de cuidadoras significativas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 259-277. https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/972/1066.

Betancurth-Loaiza, D. P., & Peñaranda Correa, F. (2018b). Un estudio de orientación etnográfica en el marco de la Investigación Acción: un enfoque para comprender la crianza. *Universitas Humanística*, (86), 85-105. https://doi.org/10.11144/javeriana.uh86.eoem.

Calvo, P., Marrero Rodríguez, G., & García Rubio, A. (2005). *La disciplina en el contexto escolar*. Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Publicaciones.

Castaño Pineda, Y., Lopera Uribe, G. E., Betancurth Loaiza, D. P., Villa Vélez, L., Vásquez Velázquez, A. M., Escobar Paucar, G. M., Bastidas Acevedo, M. del S., Bolívar Buriticá, W., Gómez Correa, J. A. & Peñaranda Correa, F. (2023). Educación popular y educación en crianza: aportes de una experiencia. *Pedagogía y Saberes*, (58), 187–200. https://doi.org/10.17227/pys.num58-16295.

Del Olmo, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad*. Clave Intelectual.

Figueiredo, M., Rodrigues-Neto, J., & Leite, M. (2010). Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileña de Enfermería*, 63(1), 117-121.

Freire, P. (1993): *Pedagogía de la esperanza: un encuentro con pedagogía del oprimido*. Siglo Veintiuno Editores.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del Oprimido* (2ª ed.). Siglo Veintiuno Editores.

Gadamer, H. (2006). *Verdad y método II* (8ª ed.). Sígueme.

Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo Veintiuno Editores.

Lopera Uribe, G. E., Villa Vélez, L., Castaño Pineda, Y., Betancurth Loaiza, D. P., Peñaranda Correa, F., Escobar Paucar, G. M., Bastidas Acevedo, M., Gómez Correa, J. A., Vásquez Velásquez, A. M., & Bolívar Buriticá, W. A. (2022). Sistematización de una sistematización: aprendizajes sobre el

método. *Hacia La Promoción de La Salud*, 27(2), 144–160. https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.11.

Mejía Jiménez, M. R. (2011). *Educaciones y pedagogías críticas desde el sur. Cartografías de la Educación Popular*. Consejo de Educación de Adultos de América Latina.

Mill-Stuart, J. (1863). *Utilitarianism*. Parker, Son & Bourn, West Strand.

Nussbaum, M. (1994). *The terapy of desire: theory and practice in Hellenistic ethics* (1ª ed.). Princeton: Princeton University Press. https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691181028/the-therapy-of-desire.

Nussbaum, M. (2012). *Crear Capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.

Nussbaum, M. (2014). *Emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?*. Paidós.

Peñaranda, F. (2011). La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 945-956. https://revistaumanizales.cinde.org.co/rlcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/484.

Peñaranda, F. (2015). *Sujeto, justicia* y salud pública. *Ciencia Saude Coletiva*, 20(4), 988-996. https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00552014.

Ruddick, S. (1980). Maternal Thinking. *Feminist Studies, Inc*., 6(2), 342-367. https://www.jstor.org/stable/3177749.

Scheper-Hughes, N. (1997). *La Muerte Sin Llanto: Violencia y Vida Cotidiana En Brasil*. Editorial Ariel.

Sen, A. (1993). Capability and Well-Being. In: M. Nussbaum y A. Sen. (Eds.), *The Quality of Life* (pp. 30-53). Oxford University Press. https://academic.oup.com/book/9949.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta.

Sen, A. (2009). La idea de la justicia. Taurus.

Serrano M. (1990). Líneas básicas en el estudio de la educación para la salud. In: Díaz de Santos (Ed.) *Educación para la Salud* (pp. 26-41).

Stern, D. (1997). *La constelación maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Paidós.

Stotz E. (2007). Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde* (pp. 46-57). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão.

Torres, A. (2007). Educación Popular, Trayectoria y Actualidad. Universidad Bolivariana de Venezuela.

Villa-Vélez, L. (2020). Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: Una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1539-1546. https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/educacion-para-la-salud-y-justicia-social-basada-en-el-enfoque-de-las-capacidades-una-oportunidad-para-el-desarrollo-de-la-salud-publica/16937?id=16937.

Villa-Vélez, L., Otálvaro-Orrego, J., Peñaranda-Correa, F., Bastidas-Acevedo, M., Escobar-Paucar, G., Torres-Ospina, J., Betancurth-Loaiza, D. P., & Gómez-Correa, J. (2021). Experiencia de educación sobre la crianza en un asentamiento de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(1), 1-19. https://doi.org/10.11600/rlcsnj.19.1.4204.

Agradecimientos

El equipo de investigación agradece a las mujeres y abuelas, quienes fungen como cuidadoras significativas, y con quienes se lleva a cabo la investigación. Además, extendemos agradecimiento a la Universidad de Antioquia y a la Universidad de Caldas por la participación de los docentes.

Financiamiento

Este capítulo es derivado del proyecto de investigación: "El desarrollo de las capacidades para la crianza desde un proceso educativo sustentado en el diálogo de saberes, en una experiencia con cuidadoras de la vereda Granizal, Bello" que inició en agosto de 2023 y es financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia. Acta: 2023-58511.

AVANÇOS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE: TECNOLOGIA E PRÁTICAS INOVADORAS

O CALENDÁRIO VACINAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS - UM RECURSO DE APRENDIZAGEM PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Ceura Beatriz de Souza Cunha

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | ceurag@gmail.com

Sílvio César Cazella

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | silvioc@ufcspa.edu.br

Márcia Rosa da Costa

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | marciarc@ufcspa.edu.br

Maria Eduarda Machado Silva

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | maria.silva@ufcspa.edu.br

Arbitragem científica:
Revisor 1
Maria Edith Romano Siems
Universidade Federal de Roraima, Brasil
edith.romano@ufrr.br

Revisor 2
Vasco Gil Calado
Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P., Portugal
vasco.calado@sicad.min-saude.pt

Citação:
Cunha, C., Cazella, S., Costa, M., & Silva, M. (2025). O calendário vacinal de pessoas vivendo com HIV/AIDS – Um recurso de aprendizagem para profissionais de saúde como uma proposta de educação continuada. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 373-390). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O programa brasileiro de imunizações prevê calendários vacinais para grupos distintos, visando a prevenção de doenças. Nestes, pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (PVHA) são contempladas, dados os riscos para infecções oportunistas. Frente à carência de informações entre profissionais de saúde sobre a temática, investimentos em Objetos de Aprendizagem (OA) e aprimoramento da educação continuada constituem boas estratégias. Em razão disso, o objetivo deste estudo é desenvolver e avaliar um OA sobre o Calendário Vacinal das PVHA, voltado aos profissionais de saúde que atuam nas salas de vacinação da Atenção Primária à Saúde (APS). As etapas consistiram em: identificação das necessidades dos profissionais; planejamento da arquitetura do OA; construção do plano de ação pedagógica e storyboard; desenvolvimento e avaliação do OA. Trata-se de um estudo quase-experimental, de caráter exploratório e descritivo, conduzido em seis unidades de saúde localizadas em Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Foram convidados a participar profissionais da enfermagem que atuavam nesses locais. Na identificação de demandas, foi questionado aos profissionais sobre os assuntos que deveriam constar no OA, sua forma de veiculação, acesso e tempo diário dedicado a ele. Essa investigação ocorreu por meio de um questionário de 5 questões fechadas. A partir disso, foi concebido um recurso educacional, autoinstrucional, na modalidade à distância, sendo utilizados recursos como slides, vídeo instrucional, história em quadrinhos e ilustrada, além da disponibilização de links com materiais sobre o tema. Referente à avaliação do OA, foi aplicado um questionário com vinte e três questões fechadas e uma questão aberta, respondido com uso de uma escala Likert de cinco pontos. Como resultado da avaliação do OA, tem-se que todos os participantes concordaram que o conteúdo apresentado é suficiente para permitir que o público-alvo atinja os objetivos propostos; as atividades e/ou avaliações incluídas no objeto de aprendizagem são suficientes para permitir que o público-alvo atinja os objetivos propostos e as atividades propostas pelo OA são diversificadas. A questão aberta, em que foi deixada a

possibilidade de comentar algo sobre o OA, um participante respondeu que considerou “muito bom”. De acordo com os resultados, foram atingidos os objetivos propostos, tendo-se como expectativa, a disponibilização do OA em um repositório educacional, para que outros profissionais de saúde tenham acesso, fornecendo subsídios para a prestação de um atendimento de qualidade a essas pessoas.

Palavras-chave: Programas de imunização; HIV; Objeto de aprendizagem.

1 INTRODUÇÃO

Considerada uma importante estratégia de saúde pública, as ações de vacinação auxiliam na prevenção, redução e controle de várias doenças infecciosas e imunopreveníveis, evitando milhões de mortes todo ano. As vacinas são reconhecidas por beneficiar não apenas os vacinados, mas também toda uma comunidade, pois quanto mais pessoas estiverem protegidas, menor o risco de transmissão de doenças àqueles que por algum motivo não se podem vacinar (Fernandes et al., 2021).

O programa brasileiro de imunizações é uma referência internacional, sendo uma de suas atribuições a elaboração de calendários de vacinação para diversos grupos, como pacientes transplantados, renais crônicos e imunodeprimidos (Ministério da Saúde do Brasil, 2019; Fernandes et al., 2021).

A SIDA, sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome) é causada pelo HIV (Human Immunodeficiency Virus), Vírus da Imunodeficiência Humana, que afeta as células responsáveis pelo desenvolvimento da imunidade adaptativa. Em uma infecção prolongada essas células diminuem, tornando os pacientes mais suscetíveis a infecções, algumas imunopreveníveis (Abbas et al., 2019; Panel on Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV, 2022).

Na perspectiva de um cotidiano profissional que se atualiza permanentemente, destaca-se a importância da educação continuada (EC), principalmente na área da saúde. Quando associada à educação a distância, têm-se diversas possibilidades de aprendizagem, sendo uma modalidade facilitadora dessa prática (Raggi et al., 2019). Na disseminação do conhecimento, a construção de um objeto de aprendizagem (OA) também é um vantajoso aliado (Martins & Basso, 2018).

Com base nesse contexto, este capítulo apresenta o desenvolvimento e avaliação de um Calendário Vacinal de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHA), a partir das necessidades e demandas dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, está organizado em quatro seções. Na primeira seção é apresentada a introdução. Na segunda, aborda-se a metodologia utilizada e a terceira apresenta os dados gerados e a discussão. A quarta seção traz as conclusões.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quase-experimental, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quali-quantitativa, vinculado ao projeto do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGEnsau) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A amostragem foi não probabilística e por conveniência. Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais de enfermagem que contemplavam os critérios de inclusão e que atuavam na sala de vacinação em seis (6) unidades de saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Os participantes deveriam compor o quadro efetivo ou atuar em algum programa de residência.

Na etapa que consistia na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, oito (8) profissionais participaram. Nas etapas relacionadas à identificação das demandas e necessidades dos profissionais e avaliação do objeto de aprendizagem, houve um total de seis (6) e três (3) participantes, respectivamente. A amostra não foi prejudicada, visto ser de conveniência e composta a partir daqueles que aceitaram participar da pesquisa.

Quanto à análise dos dados quantitativos, obtidos do Instrumento de Coleta de Dados, eles foram armazenados em planilha eletrônica Microsoft® Excel® 2016, tabulados e realizada uma análise descritiva das informações. Na avaliação do OA, visto o pequeno tamanho amostral, foi utilizada a mesma metodologia de análise.

Nos dados qualitativos coletados na única questão aberta do formulário, em que o participante deveria fazer algum comentário sobre o OA, a proposta era realizar a análise temática de Braun e Clarke (2006).

O estudo ocorreu integralmente de forma virtual e teve início somente após aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFCSPA e Secretaria Municipal de Porto Alegre (SMSPA).

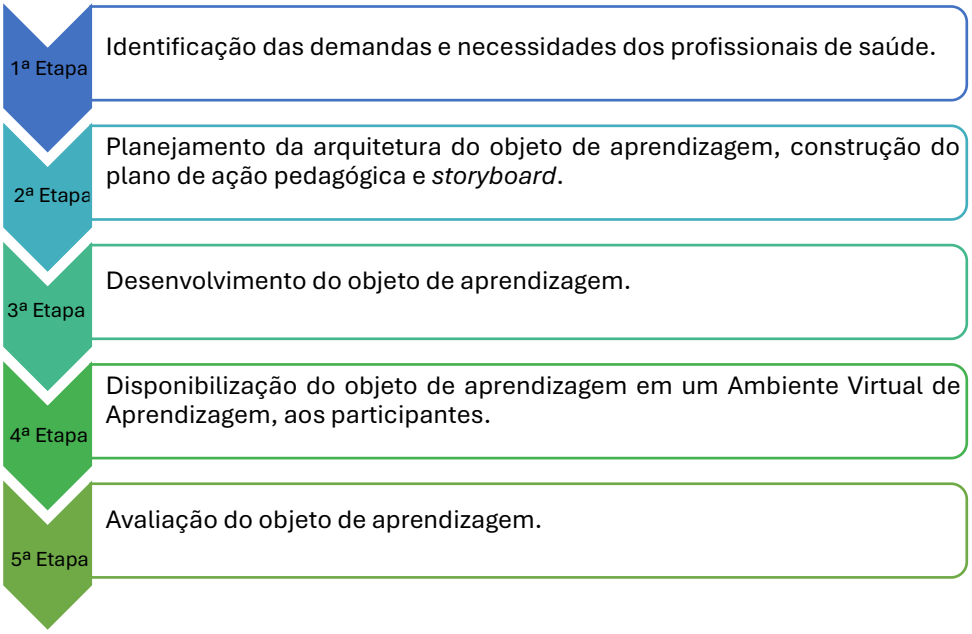
2.1 Percurso Metodológico

Os objetos de aprendizagem são recursos que podem ser utilizados como auxílio no processo de ensino-aprendizagem, tendo como exemplo imagens, vídeos, animações, arquivos de texto e jogos. São apresentados em formato de conteúdo digital, ou seja, por meio de aplicativos que promovem uma interação entre o usuário e o computador, com ou sem orientação de um professor e o aluno estabelecendo o ritmo dos seus estudos (Martins & Basso, 2018; Braga & Menezes, 2014).

Para que um conteúdo se caracterize como um objeto de aprendizagem, é desejável que apresente características técnicas como reusabilidade, adaptabilidade, granularidade, acessibilidade, interoperabilidade e durabilidade (Aguiar & Flôres, 2014).

Nesse estudo, optou-se pelo uso do ADDIE (acrônimo de Análise, Desenho, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação), um modelo de Design Instrucional (DI). A partir disso, foram definidas cinco etapas (Figura 1), que ocorreram entre novembro de 2021 e agosto de 2022.

FIGURA 1
Etapas do percurso metodológico



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

2.1.1 Análise: Identificação das demandas e necessidades dos profissionais de saúde

A identificação da necessidade dos tópicos que foram abordados no OA, bem como a forma de veiculação, acesso e tempo diário que seria dedicado a ele, se deu a partir do preenchimento de um questionário. O instrumento, que contou com cinco perguntas fechadas, foi disponibilizado no Moodle® (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment), por meio de link gerado pelo Google Forms®. Visto que não há estudos semelhantes ao proposto, foi elaborado pelos pesquisadores a partir de materiais informativos brasileiros que tratam do assunto Calendário de Vacinação de PVHA e objetos de aprendizagem.

2.1.2 Desenho: Construção da arquitetura, Plano de Ação Pedagógica e Storyboard

A partir da identificação das demandas dos profissionais de saúde e da análise dos dados, elaborou-se a arquitetura do recurso educacional. Voltado à temática PVHA, o OA contemplou assuntos como o Calendário de Vacinação; imunização no paciente imunocompetente e imunodeprimido; administração de vacinas vivas atenuadas e suas precauções; situações que podem ser vivenciadas em uma sala de vacinas e esquema de vacinação contra COVID-19. Utilizou-se recursos como slides, vídeo instrucional, história em quadrinhos e ilustrada. Ainda, foi planejado de forma que fosse possível assisti-lo por um telefone celular, caso o participante assim desejasse.

Os conteúdos foram disponibilizados com a opção de fazer download para o profissional assistir em momento que julgasse oportuno. Posteriormente, foi elaborado o Plano de Ação Pedagógica (PAP).

Com esses elementos houve a estruturação do storyboard em formato de apresentação de slides, com o auxílio do PowerPoint® 2016 da Microsoft®, sendo descritas tela a tela, as orientações de como o conteúdo deveria ser organizado. A função do storyboard é descrever a interatividade prevista entre o aluno e objeto, além de auxiliar na disposição do conteúdo e indicar a presença e a localização de elementos textuais, auditivos e visuais empregados (Santos, 2019).

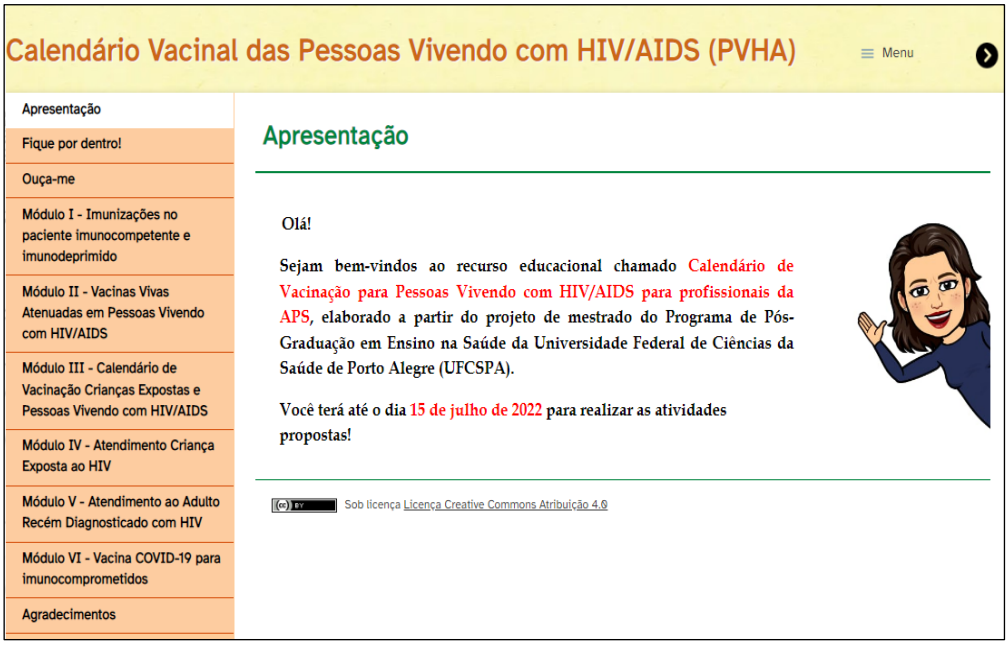
2.1.3 Desenvolvimento do objeto de aprendizagem

O recurso educacional foi desenvolvido em uma ferramenta de autoria gratuita e livre, o eXeLearning® versão 2.6 e licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional. É composto por dezoito telas, seis módulos e conta com uma carga horária total de seis horas.

As ferramentas de autoria são recursos que auxiliam professores que não têm conhecimento da linguagem de programação, a desenvolver conteúdos pedagógicos digitais. Diferenciam-se pelo tipo de licença, que pode ser gratuita ou paga e nos aparatos tecnológicos necessários. A utilização dessas ferramentas deve abranger teorias e princípios pedagógicos (Santos, 2014; Souto & Marinheiro, 2019).

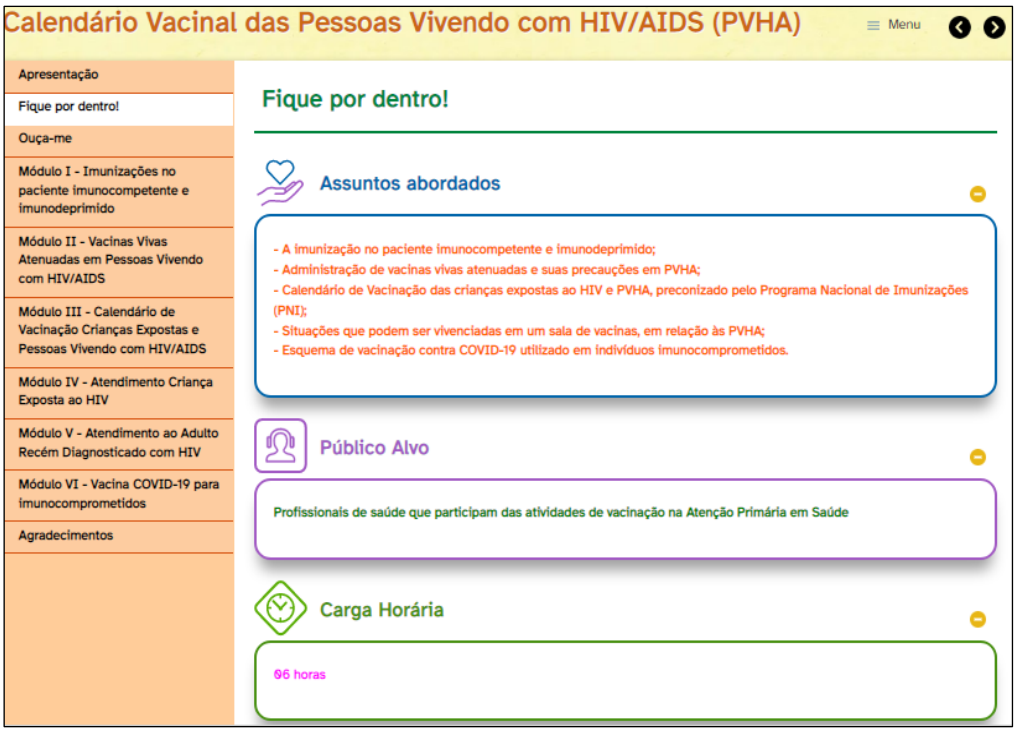
A primeira e segunda tela do OA, representadas na Figura 2 e 3, respectivamente, tiveram o objetivo de contextualizar o participante, trazendo informações sobre o OA, como nome, instituição de ensino o qual estava vinculado e data limite para a realização das atividades propostas. Também foram apresentados os assuntos que seriam abordados, público-alvo e carga horária.

FIGURA 2
Tela de apresentação do objeto de aprendizagem



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

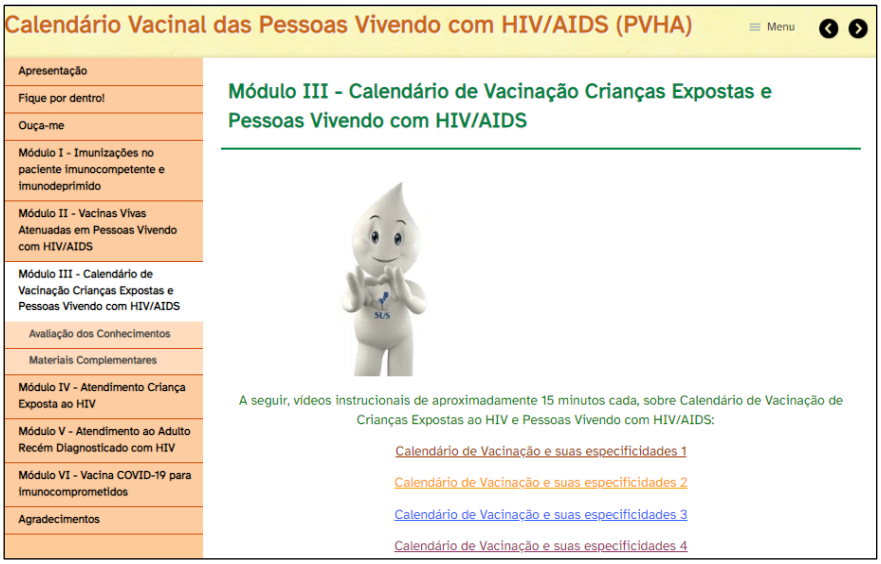
FIGURA 3
Tela do Tópico "Fique por dentro"



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A tela do Módulo III é apresentada na Figura 4, contando com vídeos instrucionais preparados no programa Microsoft® PowerPoint® 2016, a partir da opção "Gravar apresentação de slides". Após ser convertido em formato de arquivo Moving Picture Experts Group (MPEG) 4 Part 14 (MP4), o vídeo foi dividido em quatro clipes de quinze minutos cada, editado no Gihosoft Video Editor® e armazenados no Google Drive®, para compartilhamento no OA. O objetivo desse tópico foi abordar o tema Calendário Vacinal para PVHA e suas especificidades.

FIGURA 4
Tela inicial "Módulo III"

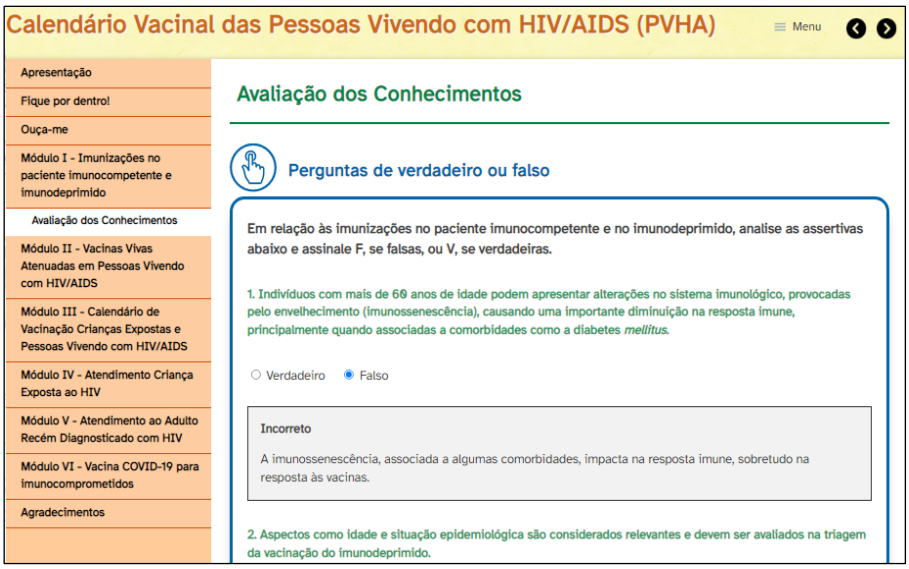


Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

O eXeLearning®, onde foi desenvolvido o OA, permite vincular recursos como vídeos, imagens, arquivos flash, exercícios, áudio, entre outros (Tarouco et al., 2021). Nessa ferramenta, há uma aba de atividades interativas, denominada iDevices, sendo possível propor tarefas para verificação do desempenho do aluno (Santos, 2014). Esse recurso foi utilizado ao final de alguns módulos, constituindo uma avaliação formativa, não valendo nota, apresentando perguntas de verdadeiro ou falso e de múltipla escolha (Figura 5 e Figura 6). Independentemente da resposta do aluno, se errada ou certa, era emitido um feedback sobre a alternativa assinalada. Com esse objetivo também foi empregue o software educacional Hot Potatoes®, para a criação de uma avaliação com palavras cruzadas (Figura 7) no Módulo VI.

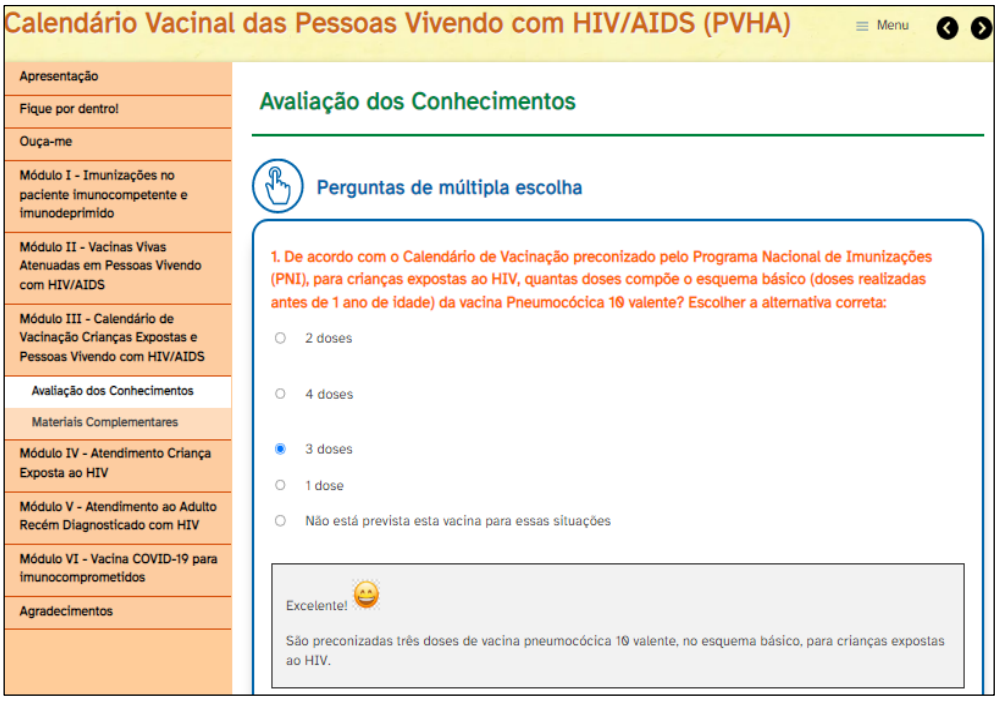
Vale ressaltar que a avaliação formativa indica o atendimento dos objetivos de um módulo (ou uma de suas partes) pelo aluno, dando uma noção aos professores/tutores, quanto à evolução do aprendizado daqueles que estão sob sua orientação (Barreto Brasil, 2019).

FIGURA 5
Tela "Avaliação dos Conhecimentos" Módulo I



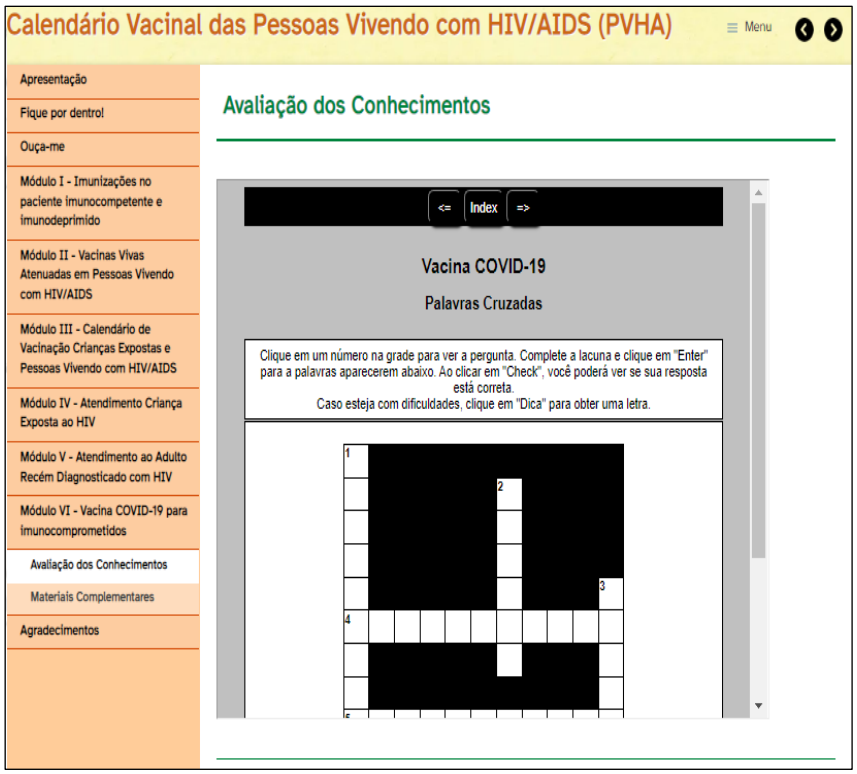
Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

FIGURA 6
Tela "Avaliação dos Conhecimentos" Módulo III



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

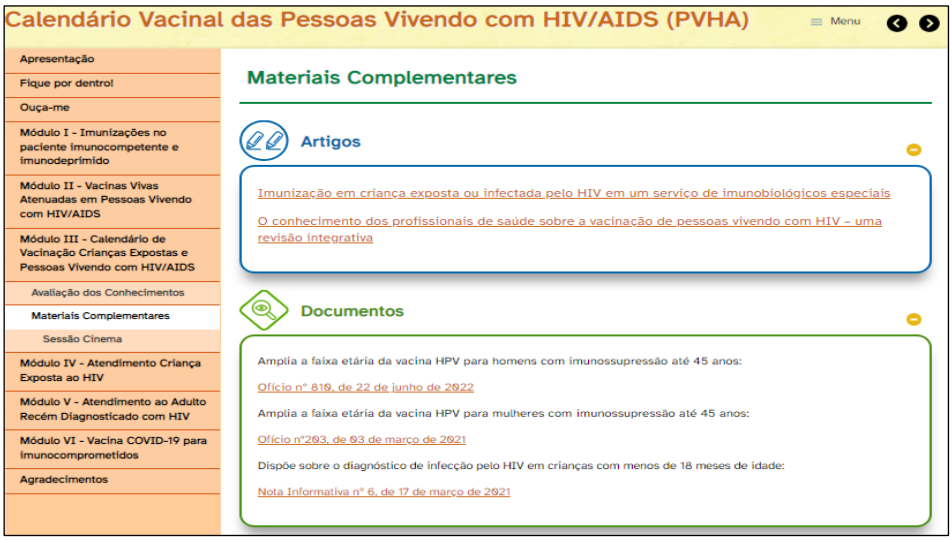
FIGURA 7
Tela "Avaliação dos Conhecimentos" Módulo IV



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Levando em consideração que o assunto tratado compreende uma vasta bibliografia, com constantes atualizações, foi pensada numa seção (Figura 8) que concentrasse materiais como artigos, documentos e manuais oficiais, expedidos pelo programa brasileiro de imunizações.

FIGURA 8
Tela "Materiais Complementares" Módulo III

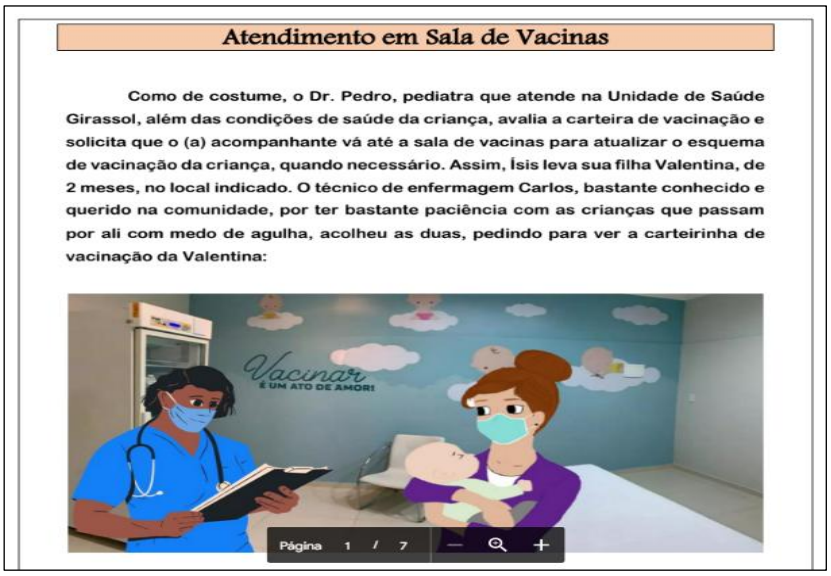


Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Um dos recursos utilizados no OA foi a história ilustrada, em que foi retratado um atendimento a uma criança exposta ao HIV, em sala de vacina. O material foi construído em editor de texto

Microsoft® *Word*® 2016 e transformado em arquivo PDF (Figura 9). A ilustração que consta na referida figura foi elaborada na plataforma *Canva*®.

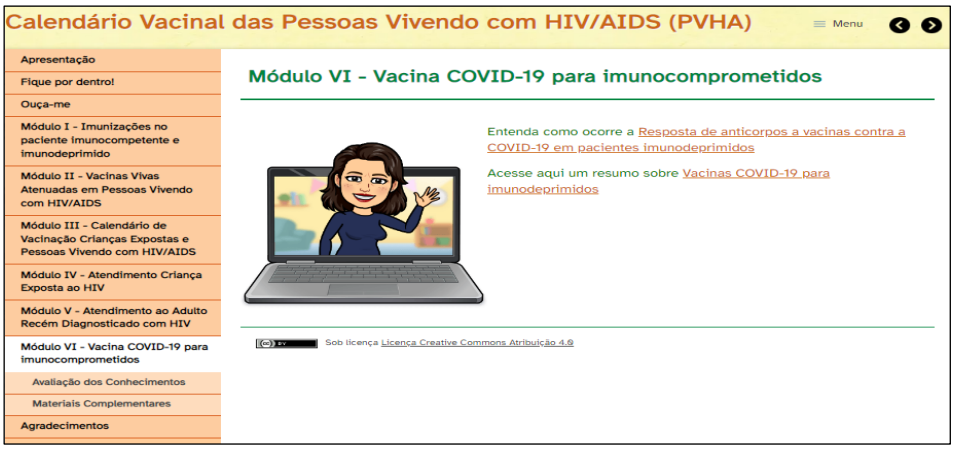
FIGURA 9
História Ilustrada Módulo IV



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Considerando a recência e relevância do assunto relacionado à vacinação contra a COVID-19, desenvolveu-se o Módulo VI (Figura 10). Foi concebido um resumo sobre as vacinas utilizadas e suas especificidades, sob a forma de slides preparados no *Microsoft*® *PowerPoint*® 2016, transformado em arquivo PDF para leitura.

FIGURA 10
Tela de Apresentação Módulo VI



Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

É importante destacar que essa etapa contou com o apoio de uma graduanda em Informática Biomédica pela UFCSPA, como voluntária do programa de Iniciação Científica. Ela contribuiu efetivamente com ideias e outras atividades que aprimoraram o desenvolvimento do objeto de aprendizagem.

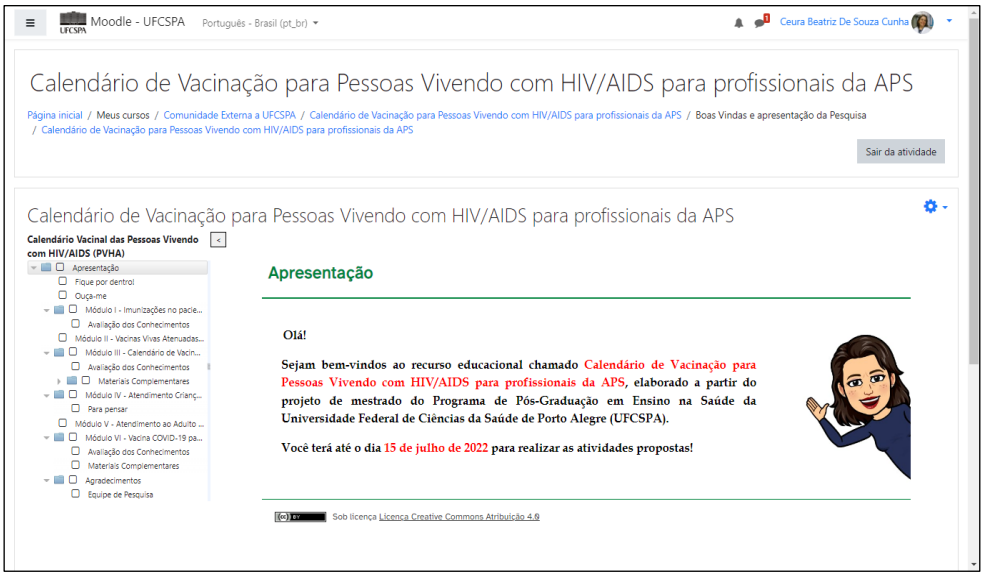
2.1.4 Implementação: Disponibilização do Objeto de Aprendizagem no Moodle®

O ambiente virtual de aprendizagem *Moodle®* é um sistema de gerenciamento de aprendizagem, da sigla em inglês LMS (*Learning Management System*). Nele, são disponibilizados recursos que favorecem as práticas pedagógicas, a partir da inserção de ferramentas colaborativas, sem necessariamente exigir conhecimentos específicos de programação (Melo et al., 2022).

Quando finalizado, o OA foi compactado no padrão SCORM (*Sharable Content Reference Model*), dando-lhe características como a padronização do conteúdo, possibilidade de reutilização, portabilidade e usabilidade. Esse empacotamento concentra todos os objetos de aprendizagem de uma unidade de aprendizagem em um único espaço, gerando um arquivo que poderá ser exportado para ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) compatíveis (Rodrigues et al., 2014).

Por fim, colocou-se à disposição dos participantes, no *AVA Moodle®,* um recurso educacional composto por um conjunto de atividades de aprendizagem com o uso de OAs, encapsuladas no *eXeLearning®* (Figura 11).

FIGURA 11
Tela do Objeto de Aprendizagem no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle®



Nota. Fonte: Moodle® UFCSPA.

2.1.5 Avaliação do Objeto de Aprendizagem

Com o objetivo de avaliar o OA, foi disponibilizado um instrumento aos profissionais de saúde. O formulário, desenvolvido e validado por Trindade (2016), é denominado Escala para Avaliação da Qualidade dos Objetos de Aprendizagem da Área da Saúde (EQualis-OAS) e foi adaptado para melhor atender os objetivos do estudo.

No instrumento original são reportadas 41 questões fechadas e uma aberta, no entanto, optou-se por deixar apenas 23 questões fechadas e modificar a questão aberta, adequando-se ao propósito e características dos participantes do estudo e disponibilizada por meio de link gerado pelo *Google Forms®.* Na versão final, cada item foi respondido em uma escala de 1 a 5 do tipo *Likert*, em que foram consideradas as seguintes alternativas de resposta: concordo totalmente, concordo,

indiferente, discordo e discordo totalmente. Na questão aberta, foi solicitado que o participante, caso desejasse, comentasse sobre o OA, por meio de um breve relato ou de áudio, que poderia ser enviado para o *whatsapp* da pesquisadora.

De acordo com Trindade (2016), quando se avalia objetos de aprendizagem destinados à área da saúde, é desejável verificar se são atendidas algumas características, que dimensionam e qualificam os seus objetivos educacionais, junto aos profissionais de saúde. Estas dimensões compreendem: conceitos intrínsecos aos objetos de aprendizagem da área da saúde, educacional e apresentação, descritas na Tabela 1, de acordo com as questões correspondentes no instrumento aplicado e objetivos.

TABELA 1
Dimensões, objetivos e questões correspondentes

Dimensão	Objetivos	Questões
Conceitos intrínsecos aos OAs da área de saúde	Avaliar se o objeto de aprendizagem possui elementos que o caracterizam, tais como: interoperabilidade, reusabilidade, durabilidade e disponibilidade	1,2
Educacional	Analisar as características pedagógicas, considerando a qualidade do conteúdo disponibilizado	3, 4, 5, 6,7, 8, 9, 10, 11, 12
Apresentação	Identificar se aspectos como acessibilidade e usabilidade são encontrados no objeto de aprendizagem	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23

Nota. Fonte: Trindade (2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Identificação das demandas e necessidades dos profissionais de saúde

Com o objetivo de avaliar o perfil dos profissionais de saúde participantes, eles foram convidados a preencher um formulário. Houve predominância do sexo feminino, com 6 (100%) participantes, faixa etária 40-59 anos, 3 (50%) técnicos de enfermagem, 2 (33,3%) auxiliares de enfermagem e 1 (16,7%) enfermeiro. Em relação ao tempo de atuação em sala de vacinas, 2 (33,3%) trabalham de 6 a 10 anos e 4 (66,7%) atuam há mais de 10 anos. Quando questionados sobre quando foi a última vez que participaram de um curso sobre vacinação de PVHA, 2 (33,3%) afirmaram que nunca participaram e 4 (66,66%) disseram que participaram no período de 1 a 5 anos.

Referente à variável sexo, um estudo realizado com 54 profissionais de enfermagem que desempenham atividades de vacinação, em unidades de saúde de um município do estado do Paraná, Brasil, verificou que o sexo feminino também é predominante (94,4%). Quanto à realização de algum curso sobre vacinação, a maioria (67%) referiu que participou há menos de um ano, período diferente do que foi encontrado na presente pesquisa (Crosewski et al., 2018).

O próximo passo foi disponibilizar aos participantes o instrumento de coleta para identificar as demandas e necessidades quanto aos assuntos que deveriam ser abordados no recurso

educacional e suas principais características, como forma de veiculação, acesso e tempo diário dedicado a ele. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

TABELA 2
Dados sobre as demandas e necessidades dos profissionais de saúde

Questões	n	%
1. Assuntos relacionados cuja abordagem é considerada importante*		
Imunizações no paciente imunocompetente e no imunodeprimido	6	100,0%
Triagem da vacinação de imunodeprimidos	4	66,7%
Vacinas vivas em indivíduos imunodeprimidos	4	66,7%
Intervalos das vacinações entre si e em relação a outros imunobiológicos	3	50,0%
Conservação e manipulação dos imunobiológicos especiais	2	33,3%
2. Mídias digitais que contribuiriam para auxiliar no processo de ensino-aprendizagem*		
Vídeo Instrucional	5	83,3%
Links disponibilizando os manuais, documentos e artigos atualizados sobre o assunto	3	50,0%
E-book (livro em formato digital)	2	33,3%
Slides	1	16,7%
3.Tempo disponibilizado para se dedicar a esse recurso educacional		
15 minutos	4	66,7%
30 minutos	1	16,7%
1 hora	1	16,7%
Questões	**n**	**%**
4. Forma de acesso ao recurso educacional*		
Computador (de mesa, Notebook, Netbook)	2	33,3%
Celular	5	83,3%

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)
Dados sobre as demandas e necessidades dos profissionais de saúde

5. Preferência de acesso do recurso educacional		
Para assistir off-line	4	66,7%
Para assistir on-line	2	33,3%

**Perguntas com múltiplas respostas*

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Referente ao assunto que deveria ser abordado no objeto de aprendizagem, além do Calendário de Vacinação de PVHA, verificou-se que todos os 6 participantes (100%) gostariam que fosse contemplado o tema Imunizações no Imunocompetente e no Imunodeprimido, 4 (66,7%) a triagem de imunodeprimidos e 4 (66,7%) sobre vacinas vivas em indivíduos imunodeprimidos.

No que tange ao Calendário de Vacinação para PVHA, tem-se como referência principal o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, elaborado pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2019), e de fácil acesso a todos os profissionais de saúde. A partir dele foram sugeridos os temas que os participantes gostariam que constasse no OA e disponibilizados no instrumento de coleta de dados. Essa escolha fundamentou-se na expectativa de alicerçar os conhecimentos dos profissionais, contribuindo para o manejo adequado desses pacientes.

De acordo com Gerin et al. (2022), o Calendário de Vacinação para PVHA, bem como suas restrições e recomendações, deve ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde, independentemente da formação, envolvendo os diversos níveis de atenção à saúde. Os autores defendem que ações de educação permanente e contínua, desde a formação, podem contribuir para o alcance de uma cobertura vacinal adequada.

A atualização constante sobre a temática é essencial para a prestação de um atendimento de qualidade, de acordo com as necessidades do usuário, principalmente quando se trata de um calendário tão específico como o de PVHA. Sabe-se que os profissionais de enfermagem são os que majoritariamente envolvem-se com as ações de vacinação e, embora na formação profissional haja uma abordagem prática e teórica, muitas vezes é deficiente, diante de tantas peculiaridades.

Quando questionados sobre mídias digitais que contribuiriam para o seu processo de ensino-aprendizagem, 5 (83,3%) profissionais responderam que prefeririam que o recurso educacional fosse veiculado na forma de vídeo instrucional e 3 (50%) consideraram que links disponibilizando os manuais, documentos e artigos atualizados sobre o tema também seria uma opção.

Em relação ao tempo que o participante teria para dedicar-se ao recurso educacional, 4 (66,7%) afirmaram que 15 minutos seria o tempo ideal. Considerando esse tempo diário, foi desenvolvido um OA com carga horária de seis horas, suficiente para abordar os assuntos e oferecer os recursos necessários para o aprendizado.

Raggi et al. (2019), em um estudo que investigou de que forma a educação continuada contribui para a formação dos enfermeiros que atuam na APS em um município de Minas Gerais, Brasil, no quesito tempo dedicado a estudos relacionados a suas atividades profissionais, 13% dos

entrevistados responderam que estudam duas horas por dia, 33% uma hora por dia, 4% menos de uma hora por dia e 48% uma vez por semana e apenas 2% estuda uma vez por mês. Perfil diferente encontrado na presente pesquisa, o que talvez possa ser explicado pelo período da coleta de dados, marcado pela pandemia da COVID-19, que gerou uma sobrecarga física, mental e emocional, impactando na necessidade e desejo de uma atualização constante.

A maioria (83,3%) respondeu que o celular seria a forma de acesso preferencial ao recurso e 4 (66,7%) participantes gostariam que houvesse a possibilidade de acessar os conteúdos de forma off-line, para serem vistos posteriormente, sem necessidade de internet.

A massiva utilização de smartphones é uma realidade, visto serem de fácil aquisição e usabilidade, tornando ágil a comunicação entre as pessoas. Também se destaca a viabilização de funcionalidades que facilitam o cotidiano, podendo ser empregados no contexto profissional, lazer, entretenimento, transações bancárias e principalmente como um recurso didático. Essas vantagens podem ter levado os participantes a escolherem essa opção para acesso ao OA.

Considerados dispositivos móveis, os smartphones viabilizam a aprendizagem online e devido à disponibilidade de diversos recursos, contribuem para a qualificação dos profissionais de saúde em qualquer tempo e lugar (Lemos et al., 2021).

3.2 Avaliação do objeto de aprendizagem

Na avaliação do OA, um dos itens teve apenas um participante (33,3%) que discordou quando afirmado que o conteúdo do objeto de aprendizagem não induz ao erro. Não foi possível identificar a que aspectos o profissional se referiu nessa afirmação. Quando questionados se o conteúdo disponibilizado está alicerçado por referenciais reconhecidamente fundamentais e atualizados sobre a temática, os participantes concordaram totalmente (33,3%) e concordaram (66,7%).

Os itens em que todos os participantes concordaram, traziam afirmações como: o conteúdo apresentado, as atividades e/ou avaliações incluídas no objeto de aprendizagem são suficientes para permitir que o público-alvo atinja os objetivos propostos. Ainda, afirmam que as atividades propostas pelo objeto de aprendizagem são diversificadas.

Sobre os conteúdos apresentados no OA, é importante salientar que foram utilizados aqueles obtidos no instrumento de coleta de dados para identificação das demandas e necessidades dos profissionais. Para atingir os objetivos propostos, disponibilizou-se links para manuais e documentos oficiais, além de artigos para dar apoio ao aprendizado e outros recursos que pudessem retratar algumas das vivências possíveis numa sala de vacinas, no atendimento às PVHA. Sobre as atividades ou avaliações, não foram propostas no sentido de aprovar ou reprovar os participantes, mas sim de fazer com que eles testassem seus conhecimentos, a partir de suas experiências e do material fornecido.

Observa-se que das 23 questões do instrumento de avaliação, 17 foram respondidas de forma semelhante, em que os participantes concordaram totalmente (33,3%) com as afirmações e os que apenas concordaram, representaram 66,7%. Com essa análise, seria possível inferir que o OA desenvolvido, no que diz respeito aos itens avaliados, teve uma relevante concordância por parte dos profissionais, tornando-o adequado para o objetivo proposto.

Um estudo conduzido por Ludovino et al. (2021), que buscou avaliar um OA empregado como apoio aos alunos de graduação em enfermagem, sobre a Taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), demonstrou impactos positivos, concluindo-se que grande parte dos estudantes apresentou melhores notas em suas avaliações, após a sua utilização.

Na última questão, foi deixada a possibilidade de se comentar algo sobre o objeto de aprendizagem, mas somente 1 (33,3%) participante respondeu, dizendo que considerou "muito bom" o recurso educacional. A única questão aberta do formulário tinha a proposta de dar caráter qualitativo à pesquisa, no entanto, não houve elementos para essa avaliação.

4 CONCLUSÕES

A partir das necessidades dos profissionais que atuam nas atividades de vacinação, foi concebido um recurso educacional, autoinstrucional, disponibilizado na modalidade à distância que contemplou assuntos e vivências relacionadas ao Calendário de Vacinação preconizado para PVHA, inclusive o esquema de vacinação contra COVID-19. Foram utilizados recursos como slides, vídeo instrucional, história em quadrinhos e história ilustrada, além da disponibilização de *links* com capítulos de manuais e livros, documentos vigentes e artigos sobre o tema.

Considera-se a pequena amostra de participantes em diferentes etapas, como uma importante limitação do estudo, possivelmente relacionada à sobrecarga de trabalho devido à Campanha de Vacinação contra COVID-19 e às demandas de atendimentos atreladas à doença.

Frente à escassez de material educativo sobre a temática, o estudo foi uma proposta de contribuir na educação continuada dos profissionais de saúde que atuam nas atividades de vacinação, para que possam realizar um atendimento de qualidade a PVHA, permitindo que elas recebam os imunobiológicos adequados, de acordo com sua condição clínica. Optou-se pela construção de um OA, pois na necessidade de atualizações constantes, esse recurso também é uma alternativa para a disseminação do conhecimento, visto suas características como flexibilidade e reutilização.

Por fim, tem-se como expectativa, a disponibilização do OA em um repositório educacional, de visibilidade nacional, para que outros profissionais de saúde, que atuam na APS, tenham acesso.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Universidade Federal da Ciências da Saúde de Porto Alegre, universidade pública que por meio do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, propiciou o desenvolvimento da nossa pesquisa de mestrado.

Referências

Abbas, A.K, Lichtman, A.H., & Pillai, S. (2019). *Imunologia celular e molecular (9ª ed.)* Elsevier.

Aguiar, E. V. B., & Flôres, M. L. P. (2014). Objetos de Aprendizagem: conceitos básicos. In L. M. R. Tarouco, V. M. Costa, B. G. Ávila, M. R. Bez & E. F. Santos (Eds.), *Objetos de aprendizagem: teoria e prática* (pp. 12–28). Evangraf. https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/102993/000937201.pdf.

Barreto Brasil, L. S. (2019). *Manual de orientações para produção em EAD.* Ares.unasus.gov.br. https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/18669.

Braga, J. C., & Menezes, L. (2014). Introdução aos Objetos de Aprendizagem. In J. C. Braga (Ed.)**,** *Objetos de aprendizagem, volume 1: introdução e fundamentos* (pp. 19–40). UFABC. https://pesquisa.ufabc.edu.br/intera/wp-content/uploads/2015/12/objetos-de-aprendizagem-v1.pdf.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.

Crosewski, F., Larocca, L. M., & Chaves, M. M. N. (2018). Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem. *Saúde Em Debate*, 42(116), 203–213. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811616.

Fernandes, J., Lanzarini, N. M,; Homma, A.; & Lemos, E.R.S. (2021). *Vacinas.* Editora Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9786557081075.

Gerin, L., Antonini, M., Santos, K. da S., Gir, E., & Reis, R. K. (2022). O conhecimento dos profissionais de saúde sobre a vacinação de pessoas vivendo com HIV – uma revisão integrativa. *Escola Anna Nery*, 26, e20210210. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0210.

Lemos, A. S. P., Dutra, E.B., & Rezende, M. J. (2021). Tecnologias Digitais para a Educação Permanente em Saúde: Uma Revisão De Escopo De Experiências Nacionais. In F. L. Guizardi, E. B. Dutra & M. F. D. Passos (Eds), *Em Mar Aberto: Perspectivas e desafios para uso de tecnologias digitais na educação permanente da saúde* (pp. 15–73). Rede Unida. https://doi.org/10.18310/9786587180304.

Ludovino, A. C. G., Moreira, L. F., Pereira, M. J. B., Sanches, P. R., Silva, S. S. da, & Caritá, E. C. (2021). Avaliação do uso de objeto de aprendizagem no ensino de taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Revista Práxis,* 13(26). https://doi.org/10.47385/praxis.v13.n26.2968.

Martins, E.F, & Basso, M. V. A. (2018). Concepção de Objetos Digitais de Aprendizagem para Combinatória nos Anos Iniciais. *RENOTE,* 16(1). https://doi.org/10.22456/1679-1916.86032.

Melo, D.S.F., Sousa, W.K.L., Silva, N. C., & Coutinho, E.F. (2022). Aplicação de Tecnologias Digitais no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle na Educação a Distância: uma revisão sistemática. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,* 11(9), e53111932223. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32223.

Ministério da Saúde. (2019). *Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais***.** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf.

Panel on Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. (2022). *Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases*

Society of America. https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/adult-adolescent-oi/guidelines-adult-adolescent-oi.pdf.

Raggi, F. C. A. de P., Guimarães, E. H. R., Pereira, F. C. M., & Santana, J. C. B. (2019). O impacto da educação continuada pelo Ensino a Distância no setor de saúde: um estudo na atenção primária no município de Sete Lagoas/MG. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde,* 8(1), 65–79. https://doi.org/10.5585/rgss.v8i1.13679.

Rodrigues, A. P.; Bez, M. R.; & Konrath, M.L.P. (2014). Repositórios de Objetos de Aprendizagem. In L. M. R. Tarouco, V. M. Costa, B. G. Ávila, M. R. Bez & E. F. Santos (Eds.), *Objetos de aprendizagem: teoria e prática* (pp. 102–138). Evangraf. https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/102993/000937201.pdf.

Santos, C. L. (2019). Processo de Criação de Storyboard. In V. M. Kenski (Ed.), *Design Instrucional para Cursos Online* (2ª ed., pp. 183–198). Artesanato Educacional.

Santos, N. S. R. S. (2014) Construção de Objetos de Aprendizagem. In L. M. R. Tarouco, V. M. Costa, B. G. Ávila, M. R. Bez & E. F. Santos (Eds.), *Objetos de aprendizagem: teoria e prática* (pp. 76–101). Evangraf. https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/102993/000937201.pdf.

Souto, M.A.G.; & Marinheiro, C.A. (2019). Ferramentas de autoria e o tutor-autor: uma visão sobre EaD. *Revista Educação a Distância, Batatais*, 9(3), 31–41. https://www.resenhacritica.com.br/todas-as-categorias/educacao-a-distancia-batatais-v-9-n-3-jul-dez-2019/.

Tarouco, L. M. R.; Bulegon, A. M.; & Ávila, B. G. (2021). Objetos de aprendizagem – uso e reuso & intencionalidade pedagógica. In M. Pimentel, F. Sampaio & E. Santos (Eds.), *Informática na Educação: ambientes de aprendizagem, objetos de aprendizagem e empreendedorismo.* Sociedade Brasileira de Computação. https://ieducacao.ceie-br.org/objetos-de-aprendizagem/.

Trindade, C.S (2016). *Desenvolvimento e Validação de um Instrumento para Avaliação da Qualidade dos Objetos de Aprendizagem da Área da Saúde* [Tese de Doutorado em Ciências da Saúde]. https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/948.

SOLUÇÕES DE SOFTWARE PARA SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA: NOTAS DE APOIO À ESCOLHA

Jorge Bonito
Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores da Universidade de Aveiro | jbonito@uevora.pt

Jorge Medina
Centro de Investigação em GeoBiociências, Geotecnologias e Geoengenharias da Universidade de Aveiro | jmedina@ua.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Bonito, J., & Medina, J. (2025). Soluções de *software* para sistemas de informação geográfica: notas de apoio à escolha. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 391-405). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Um sistema de informação geográfica (SIG) corresponde a uma estrutura de organização e comunicação que permite compreender relações, padrões e tendências presentes no "nosso mundo", através da visualização, questionamento, análise e interpretação de dados. Este trabalho tem como objetivos apresentar os conceitos, identificar e caraterizar as soluções de *open source software* e de *proprietary software*, e analisar comparativamente um s*oftware* SIG *desktop open source* e um *software* proprietário de referência no mercado. Partindo de uma pesquisa documental, são analisados vários *softwares* SIG *open source* e de proprietário, concluindo-se com uma análise comparativa entre os *softwares ArcGIS Pro* e *SAGA GIS.* A nível educativo, os professores podem usar tanto *open source software* como *proprietary software* mas, na maioria das situações identificadas, é recomendável o uso de *open source software*.

Palavras-chaves: Sistemas de Informação Geográfica; *Software* de código aberto; *Software* de proprietário.

1. Introdução

Um sistema de informação geográfica – SIG (*geographic information system – GIS*) é um sistema que incorpora dados, *hardware*, analistas, *software* e metodologias permitindo visualizar, inquirir, analisar e interpretar dados para identificar e compreender relações e tendências (ESRI, 2025d). Os SIG incorporam vários tipos de dados, analisando a localização espacial e dispondo a informação em camadas com visualização em mapas bidimensionais (2D) e em cenários tridimensionais (3D). Tal organização permite revelar informação sobre dados, como sejam padrões, relações e situações, contribuindo para a tomada de decisão fundamentada. Os SIG permitem identificar problemas, gerir e responder a eventos em tempo real, definir prioridades com base em análises espaciais, controlar alterações geográficas, executar previsões de eventos e perceber tendências.

Os SIG são, atualmente, usados na área do planeamento, da política, das finanlas, da saúde, das obras, do abastecimento e da educação. Existem basicamente dois tipos de dados: espaciais e de atributos. Os primeiros podem ser representados de modo vetorial ou matricial, enquanto os últimos são compostos por códigos alfanuméricos. Um SIG pode ser visto mediante uma abordagem de aplicação, de desenvolvimento e científica. Os principais requisitos para a gestão de base de dados são a facilidade de uso e de manutenção, a correção, a confiabilidade, a segurança e o desempenho (Barros, 2025; Queiroz & Ferreira, 2006).

Este trabalho tem como objetivos: *a)* apresentar os conceitos de *software* de código aberto e *software* de propriedade, *b)* identificar e caraterizar soluções de *software* SIG *desktop* de código aberto e de proprietário e *c)* analisar, comparativamente, um *software* SIG *desktop* de código aberto e um *software* de proprietário de referência no mercado. Para o efeito, recorreu-se a um estudo documental, transversal e analítico.

2. Conceitos de software open source e proprietary software

O *software* de código aberto *(open source software – OSS)* é gratuito e encontra-se disponível para qualquer tipo de utilizador. Os seus criadores publicam o código e permitem que outras pessoas usem e modifiquem o seu *design*. Comunidades de programadores geralmente trabalham juntas para desenvolver este tipo de *software* e dar apoio aos utilizadores. Os produtos de código aberto são geralmente testados em público por colaboradores *online* (BBC, 2025).

A ideia de disponibilizar gratuitamente o código-fonte surgiu em 1983 a partir de um movimento ideológico informalmente fundado por Richard Mattew Stallman (n. 1953), programador do *Massachusetts Institute of Technology*, nos Estados Unidos da América (Opensource.com, 2025a). Stallman acreditava que o *software* deveria ser acessível aos programadores para que pudessem modificá-lo como desejassem, com o objetivo de entendê-lo, aprender sobre ele e melhorá-lo (Synopsys, 2022). Pese embora o vocábulo *open source* tenha surgido no contexto de desenvolvimento de *software* para designar uma abordagem específica para a criação de programas de computador, atualmente designa um conjunto mais amplo de valores: o designado "caminho do código aberto" *(the open source way).*

Algumas licenças de código aberto (comummente conhecidas por licenças *"copyleft"*) estipulam que qualquer pessoa que lance um programa de código aberto modificado também deve fornecer o código-fonte desse programa, sem cobrar uma taxa de licenciamento por ele. O *OSS* e o pensamento de código aberto beneficiam tanto os programadores quanto os não programadores (Opensource.com, 2025b).

Software de proprietário *(proprietary software)* é qualquer *software* protegido por direitos autorais e com limitações de uso, distribuição e modificação impostos pelo seu editor, fornecedor ou desenvolvedor. Apenas o autor ou proprietário tem controle sobre o seu desenvolvimento, assim como qualquer outro produto (Rouse, 2024). O código-fonte *(source code)* revela como o produto funciona. Ao ocultá-lo, os criadores evitam que os utilizadores adulterem o produto e os concorrentes roubem as ideias por detrás desse código-fonte e o usem como inspiração para desenvolver os seus próprios produtos.

Este tipo de *software* permanece propriedade do seu proprietário / criador e é usado por utilizadores / organizações finais sob condições predefinidas (BBC, 2025). É também conhecido por *software* de código fechado ou s*oftware* comercial, sendo o *source code* o "segredo comercial".

A produção de *software* proprietário fornece um modelo de negócio claro, em que os proprietários vendem os seus produtos. Além da rendibilidade, há a considerar a estabilidade do produto, a clarificação da direção do negócio, o apoio personalizado, a suposta maior facilidade de utilização e a maior segurança. Porém, o utilizador fica dependente do produtor. Este tipo de *software* tende a ser um produto volumoso para o computador, com menor flexibilidade, maior rigidez, com custos surpresa e, por vezes, com alguns problemas no licenciamento.

Em síntese, apresentam-se as diferenças entre *OSS* e *software* de proprietário (Tabela 1)

TABELA 1
Diferenças entre OSS e software de proprietário

Fatores	Código aberto	Código de proprietário
Preço	Disponível para licenciamento nominal ou zero cobranças de uso.	O custo varia de acordo com a escala do *software*.
Liberdade para personalizar	Completamente personalizável, mas depende da licença de código aberto. Requer perícia interna.	As solicitações de alteração devem ser feitas à empresa que vende o *software*. Isso inclui correções de *bugs*, recursos e aprimoramentos.
Facilidade de uso	Normalmente menos amigável, mas pode depender dos objetivos do projeto e daqueles que o mantêm.	Normalmente mais amigável. Como um produto com fins lucrativos, a adoção e a experiência do utilizador geralmente são considerações importantes.
Suporte pós-venda	Alguns *OSS* muito populares (por exemplo, distribuído pela *Red Hat* ou *SUSE*) têm bastante suporte. Caso contrário, os utilizadores podem encontrar ajuda através de fóruns de utilizadores e listas de discussão.	Possuem equipas de suporte dedicadas. O serviço disponibilizado depende do acordo de nível de serviço (ANS) contratado.
Segurança	O código-fonte está aberto para revisão por qualquer utilizador. Existe uma teoria generalizada de que mais olhos no código tornam mais difícil a sobrevivência dos *bugs*. No entanto, *bugs* e falhas de segurança ainda podem existir e representar um risco significativo.	A empresa que distribui o *software* (ou seja, o proprietário do *software*) garante um certo nível de suporte, dependendo dos termos do ANS. Como o código-fonte está fechado para revisão, pode haver problemas de segurança. Se forem encontrados problemas, o distribuidor de *software* é responsável por corrigi-los.
Bloqueio do fornecedor	Sem bloqueio de fornecedor devido ao custo associado. A integração em sistemas pode criar dependência técnica.	Na maioria dos casos, são feitos grandes investimentos em *software* proprietário. Mudar para um fornecedor diferente ou para uma solução de código aberto pode ser oneroso.
Estabilidade	Isso dependerá da base de utilizadores, das partes que mantêm o *software* e do número de anos no mercado.	As soluções mais antigas, baseadas no mercado, são mais estáveis. Novos produtos têm desafios semelhantes aos produtos de código aberto. Se um distribuidor descontinuar um aplicativo, o cliente pode ficar sem o produto.
Popularidade	Algumas soluções de código aberto são muito populares e até líderes de mercado (por exemplo, *Linux, Apache*).	Em alguns setores, o *software* proprietário é mais popular, especialmente se estiver no mercado há muitos anos.

TABELA 1 (CONTINUAÇÃO)
Diferenças entre OSS e software de proprietário

Fatores	Código aberto	Código de proprietário
Custo total de propriedade (CTP)	O CTP é menor e antecipado devido ao custo mínimo ou nenhum custo de uso e depende do nível de manutenção necessário.	O CTP é muito maior e depende do tamanho da base de utilizadores.
Participação da comunidade	A comunidade que participa do desenvolvimento, revisão, crítica e aprimoramento do *software* é a essência do código aberto.	Comunidade fechada.
Interoperabilidade com outros *OSS*	Dependerá do nível de manutenção e dos objetivos do grupo. Normalmente é melhor do que o *software* de código fechado.	Dependerá dos padrões de desenvolvimento.
Cálculo do imposto	Difícil devido ao valor monetário indefinido.	Definido.
Melhorias ou novos recursos	Pode ser desenvolvido pelo utilizador, se necessário.	A solicitação deve ser feita ao proprietário do *software*.
Adequação para o ambiente de produção	O *OSS* pode não ser tecnicamente bem projetado ou testado num ambiente de produção em larga escala.	A maioria dos *softwares* proprietários passa por várias rondas de testes. No entanto, ainda podem ocorrer erros quando implementado num ambiente de produção.
Considerações sobre instituições financeiras	O setor financeiro tende a evitar soluções de código aberto. Se usado, deve ocorrer um processo de verificação.	As instituições financeiras preferem *software* proprietário.
Garantia	Nenhuma garantia disponível.	Melhor para empresas com políticas de segurança que exigem garantia e indemnização de responsabilidade.

Nota. Fonte: Synopsys (2022).

Um estudo de Akbari e Rajabi (2013) revela que há *OSS* que compete com *software* de código fechado em matéria de confiabilidade e suporte técnico.

3. Identificação e caraterização de soluções de software SIG desktop de código aberto e de proprietário

Nesta secção, optou-se por uma pesquisa autónoma, que não reproduzisse necessariamente o conteúdo de Tsou e Smith (2011), acerca de soluções de SIG *OSS* e de proprietário.

3.1 Software GIS open source

QGIS

Trata-se de um dos mais conhecidos *OSS*, com uma expansão muito expressiva, anunciando-se como "líder" (QGIS, 2025a). Criado em 2002, por Gary Sherman, sob a primitiva designação de *Quantum GIS*, usa C++ e Qt (XYHT, 2022), tornando-se um projeto oficial da *Open Source Geospatial Foundation* em 2007. Um conjunto diverso de membros, de vários países, apoiam e patrocinam o *QGIS* (QGIS, 2025b).

Com o *QGIS* pode visualizar-se, gerir, editar, analisar dados e criar mapas imprimíveis. Estão disponíveis, também, um conjunto de estudos de caso, dando conta como os utilizadores usaram o *QGIS* no seu trabalho de SIG.

Este é um *software* multiplataforma, operando em *Windows, Linux, Mac OS X, Unix* e *Android*. Encontra-se disponível em vários idiomas. Tem a possibilidade de suporte a *plugins*, desenvolvidos por qualquer utilizador que domine programação C++ ou *Python*, que podem complementar as suas funções, incrementando a capacidade deste *software.* Estas linguagens, adicionadas à *SQL*, permitem a manipulação de parâmetros do base de dados do *QGIS*.

O *QGIS* permite a integração de outros *softwares*, como o *Grass GIS* (Grass Development Team, 2025) e o *PostGIS* (2025). A sua última versão é o *QGIS 3.38*.

gvGIS

O *gvGIS* é um *software* livre, com *GNU General Public License (GPL)*, dando liberdade para uso, distribuição, estudo e aperfeiçoamento. Permite trabalhar em todo o tipo de formatos, vetoriais e *raster*, arquivos, bases de dados e serviços remotos, tendo à sua disposição todo o tipo de ferramentas para analisar e gerir a informação geográfica (gvSIG Association, 2009).

O *gvGIS Online* é a plataforma integral para a implantação de infraestruturas de dados espaciais (IDE). Permite compartilhar facilmente informação geográfica na nuvem, gerar mapas e aplicações 2D e 3D.

Os dados suportados pelo *gvSIG* são *shapefile* e uma multiplicidade de arquivos: CAD (DXF e DWG), arquivos de textos com coordenadas separadas por vírgula (csv), tabelas *DBASE*, *ACCESS* e outras com coordenadas, bases de dados ARCSDE. É compatível com formatos de imagens *TIFF, IMG, LAN, BIL, ECW, MrSID, BIP* e *BSQ*.

O *gvSIG* pode ser instalado nos sistemas operacionais *Windows, Linux* (incluindo *Android), Mac OS X, iOS* e permite, ainda, a emulação em Java no sistema operacional *FreeBSD* e sistemas *Unix*.

Para além da versão *desktop*, o *gvSIG* tem versão *Mobile,* uma peça fundamental da *Suite gvSIG*, integrando-se diretamente com *gvSIG Desktop* e *gvSIG Online*. Esta aplicação está direcionada para a captura de dados de campo e é recomendada para projetos de inventários, censos, revisões e inspeções. Existem outras soluções, como o *gvSIG Roads*, para a gestão integral de estradas e o *gvSIG Educa*, aplicado à educação básica e secundária (gvSIG Association, 2009).

Grass GIS

Grass GIS é membro fundador do *Open Source Geospatial Foundation* (OSGeo, 2025a). Com sigla de *Geographic Resources Analysis Support System*, é um sistema de apoio à análise de recursos geográficos, destinado à gestão e análise de dados espaciais, processamento de imagem, produção de gráficos e mapas, modelagem espacial e visualização.

Aceita sistemas operacionais *Windows, Linux, Mac OS X, FreeBSD* e sistemas *Unix*. Pode ser instalado com o *QGIS*, estendendo as suas ferramentas ao integrar. Disponível em língua inglesa (Grass Development Team, 2025).

O *Grass* pode ser usado através de *Python* e de interfaces tangíveis. Pode ser lançado como um *rollApp*, enquanto plataforma em nuvem para aplicativos nativos. Está disponível *online*.

Os resultados da avaliação funcional mostram que o *GRASS* como *OSS* compete com *software* proprietário poderoso (Akbari & Rajabi, 2013).

uDig

Este é uma aplicação Java, para o acesso, edição e visualização de dados espaciais. Pode ser usado como ferramenta autónoma ou como uma extensão de outros *softwares*, como, por exemplo o *DIVA-GIS* (2025a). Permite a instalação de *plugins* para aumentos das suas funcionalidades.

Este *software* foi construído no *Eclipse "Rich Client Platatform – RCP"* (Mcffer, Lemieux & Aniszczyk, 2010). Os utilizadores devem ter conhecimento sobre o *Eclipse Plug-ins* (Clayberg & Rubel, 2008) e como desenvolver *Eclipse RCP* (Mcffer, Lemieux & Aniszczyk, 2010). Distribuído pela *Eclipse Public Licence*, o *uDig* pode ser usado em ambiente *Windows, Mac OS/X* e *Linux*, sendo disponibilizado em língua inglesa (UDig, 2025). Está orientado para a internet, consumindo serviços geoespaciais padrão (WMS, WFS, WPS) e de facto (GeoRSS, KML, tiles).

TerraView

Trata-se de um *software* que manipula dados vetoriais (pontos, linhas e polígonos) e matriciais (grades e imagens), ambos armazenados em Sistema de Gestão de Base de Dados (SGBD) relacionais ou geo-relacionais de mercado, como *MySQL* ou *PostgreSQL*. O *TerraView* permite a criação de mapas temáticos com os mais diferentes tipos de legendas, além de ser compatível com dados nos formatos *MID/MIF, Shapefile* e *Tab/Geo.*

Elaborado pela Divisão de Processamento de Imagens (DPI) da Coordenação-Geral de Observação da Terra do Instituto Nacional de Pesquisa Espaciais do Brasil (DPI, 2025), permite a instalação de *plugins*, desenvolvidos pela própria DPI, ou por terceiros, aumentando as suas funções (INPE, 2022).

TerraLib é uma biblioteca de SIG de *OSS* para apoiar o desenvolvimento de aplicativos geográficos personalizado. Após várias melhorias, a equipa do projeto *TerraLib* lançou a versão *TerraLib 5.6.3.* Junto com este *software*, foi lançado o *GIS TerraView 5.6.3.* O *TerraView* e o *TerraLib* são gratuitos e *OSS* sob a *GNU Lesser General Public License (LGPL).*

SAGA GIS

O *SAGA – System for Automated Geoscientific Analyses* é um *software* de SIG com capacidades para processamento e análise de geodados. É programado na linguagem C++, orientado para objetos e suporta a implementação de novas funções com uma interface de programação de aplicativos (API) muito eficaz (Slashdot Media, 2025). As funções são organizadas como módulos em bibliotecas de módulos independentes do *framework*, com acesso via interface gráfica do utilizador do *SAGA* ou vários ambientes de *script (scripts de shell, Python, R, ...)* (SUR Emprendimientos Tecnológicos, 2024). Está disponível unicamente em língua inglesa e possui integração com o *QGIS.*

A avaliação não funcional mostra que em relação aos diferentes testes realizados, *GRASS*, *SAGA* e *ILWIS* apresentam resultados aceitáveis comparativamente a *software* de proprietário (Akbari & Rajabi, 2013).

SoPI

O *SoPI – Software de Procesamiento de Imágenes* foi desenvolvido pela *Comisión Nacional de Actividades Espaciales (CONAE)* da Argentina (Estado Argentino, 2022), a partir da biblioteca de *software* geoespacial SuriLib (SUR Emprendimientos Tecnológicos, 2022). Permite visualizar, processar e analisar imagens de teledeteção, podendo ser instalado nos sistemas operacionais *Windows* e *Ubuntu Linux* a partir da versão 14.04, no idioma castelhano (Estado Argentino, 2023). O seu ambiente de trabalho 2D/3D segue o paradigma de uso dos SIG, orientado para a gestão de projetos, com um fluxo de tarefas simples e escalonáveis, permitindo suportar uma vasta gama de utilizadores, desde alunos do ensino secundário até profissionais. Passou por um período de inacessibilidade, mas, à data de 23 de janeiro de 2025, o *software* está acessível para descarga nos sistemas operacionais.

DIVA GIS

A atual versão foi desenvolvida por Robert J. Hijmans, professor do *Environmental Science and Policy* do College of Agricultural and Environmental Sciences do *David Campus* da *University of California* dos Estados Unidos da América, em colaboração com Luigi Guarino, Andy Jarvis, Rachel O'Brien, Prem Mathur, Coen Bussink Mariana Cruz, Israel Barrantes e Edwin Rojas (The Regents of the University of California, 2023). O apoio para o desenvolvimento do projeto foi assegurado pelo *International Plant Genetic Resources Institute*, o *Berkeley Museum of Vertebrate Zoology* da *University of California*, o *International Potato Center*, a *SINGER/SGRP*, a *Food and Agriculture Organization* e o *United States Department of Agriculture*.

O *DIVA GIS* faculta dados espaciais gratuitos, a nível global, climáticos globais, de ocorrência de espécies, de coleta de culturas (banco de genes), de elevação com resolução global de 90 m e imagens do satélite LandSat de alta resolução (DIVA-GIS, 2025b).

OpenJUMP GIS

O *OpenJUMP GIS* resulta do projeto *JUMP Pilot Project (JPP).* Escrito na linguagem de programação Java, o *OpenJUMP GIS* é desenvolvido e mantido por um grupo de voluntários de todo o mundo (Ojwiki, 2025). Lê e grava arquivos *shapefiles*, bem como vários outros formatos vetoriais através de *plugins*, como GML, JML, CVS, OSM, DXF e PostGIS, além de bases de dados espaciais. Possui suporte para imagens (TIFF, JPEG, BMP, PNG, FLT, ASC, JP200 e ECW) e para serviços web WFS e WMS, podendo ser usado como SIG *Data Viewer* (JPP, 2025).

O maior potencial do *OpenJUMP* é a edição de dados de geometria e atributos. Tem versão em português, além de vários outros idiomas (alemão, castelhano, finlandês, inglês, italiano). Pode ser executado nos sistemas operacionais *Windows, Linux, Mac OS X* e Sistemas *UNIX*. Está sob licença *GPL.* A última versão data de 15 de janeiro de 2025.

VisualSIG

É um *software* desenvolvido pela Aldape (2025), com componentes de apoio e suporte à decisão. Suporta o acesso a informação vetorial e matricial armazenada em ficheiros, bases de dados ou servidores de mapas que cumpram as especificações do *Open GIS Consortium* bem como registo, navegação e edição de dados recebidos por sistema de posicionamento global *(GPS)*.

Permite o desenvolvimento de aplicações SIG através do desenvolvimento de *plugins* ou da integração dos seus componentes em outras aplicações. Socorre-se de várias tecnologias e componentes de *open source.* O *software* é totalmente em língua portuguesa (Aldalpe, 2025).

Kosmo GIS

Tem por base o *OpenJUMP*. É o primeiro *software* SIG corporativo gratuito, distribuído sob licença *GNU/GPL*. Está disponível nos sistemas operacionais *Windows* e *Linux*, em 13 idiomas, incluindo o português. Tem várias versões: *Kosmo* servidor, *Kosmo desktop*, *Kosmo thin* cliente, *Kosmo* móvel. Apresenta capacidades de edição avançadas: múltiplas ferramentas de desenho (desenhar ponto, desenhar linha, desenhar polígono, ...), ferramentas de estilo CAD (girar, girar por ângulo, simetria, perpendicular, paralelo, ... [mediante o uso de extensão]); vários modos de encaixe (para vértices, para vértices e linhas, para segmentar pontos médios, para centróides, para grade), modo de rastreamento geométrico e gerador avançado de *snap* avançado (através do uso de extensão) (OSGeo, 2025b).

O *Kosmo GIS* suporta formatos de arquivo vetorial (shapefiles, GML, DXF, DWG, DGN, CSV (mediante o uso de extensão), KML (mediante o uso de extensão), bases de dados vetoriais (PostgreSQL + PostGIS, Oracle, MySQL, SpatiaLite (através do uso de extensão), formatos de arquivo *raster* (ECW, MrSID, (Geo)TIFF, Erdas IMG, ENVI hdr, JPG, GIF, PNG, BMP,...) e serviços *OGC* (WMS 1.0.0/1.1.0/1.3.0, WFS 1.0.0/1.1.0 [incluindo WFS-T]). Os formatos *raster* ECW e MrSID requerem um *download* extra para funcionar. Devido a restrições de licenciamento, as suas bibliotecas não podem ser distribuídas. A última versão é a 3.1, mas, à data de 27 de janeiro de 2025, o servidor não disponibiliza este *software* (OSGeo, 2025b).

3.2 Software GIS de proprietário

ArcGIS

Inicialmente conhecido como *ArcVie*w, é um *software* desenvolvido e mantido pelo *Environmental Systems Research Institute – ESRI*, uma empresa norte-americana especializada na produção de soluções na área das informações geográficas (Esri, 2025a). Lançado em 1999, como *ARC/INFO*, foi o primeiro SIG moderno em microcomputadores. Baseia-se em linha de comando para manipulação de dados.

O *ArcGIS Desktop* tem vários aplicativos integrados, incluindo *ArcMap, ArcCatalog, ArcToolbox, ArcScene, ArcGlobe* e *ArcGIS Pro. ArcCatalog* é o aplicativo de gestão de dados, usado para navegar em conjuntos de dados e arquivos num computador, banco de dados ou outras fontes (Esri, 2025a), enquanto o *ArcMap* é o aplicativo que utiliza esses dados e desenha o mapa.

O *ArcGIS* tem versões *ArcG Mobile* e *ArcPad.* Existe também o *ArcGIS Engine*, destinado a desenvolver aplicativos *desktop* de SIG personalizados. Os produtos *ArcGIS Desktop* e *ArcPad* estão disponíveis com uma licença paga de uso único, sendo criticado o seu elevado preço.

O *ArcGIS Desktop*, tal como o conhecemos, tem vindo a ser descontinuado e substituído pelo *ArcGIS Pro*. O *ArcGIS Pro* pretende ter uma interface com o utilizador mais amigável, permite a gestão de maior quantidade de dados e ficheiros, funciona em 2D e 3D para cartografia e visualização e inclui Inteligência artificial.

GeoMedia

Produzido pela *Hexagon Geospatial*, uma divisão da *Intergraph Corporation* (Hexagon, 2025). É usado para criar dados geográficos; gestão de bases de dados geoespaciais; juntar dados de negócios, inteligência de localização e dados geográficos; criação de mapas físicos e de cópia eletrónica; realizar análises em “tempo real”; plataforma base para múltiplas aplicações, validação de dados geográficos, publicação de informações geoespaciais e análise de informações mapeadas.

A família *GeoMedia* tem 17 aplicativos, adaptados para os vários mercados. O sistema usa fontes de dados diretas ou dados que seguem padrões abertos, como os definidos pelo *Open Geospatial Consortium*. O *GeoMedia desktop* para *Windows* inclui o *GeoMedia Viewer*, que é um aplicativo gratuito. Este *software* é licenciado em três níveis funcionais: *GeoMedia Essentials, GeoMedia Advantage, GeoMedia Professional.*

Mapinfo

Este *software* constitui um produto de mapeamento de *desktop* para o analista do SIG visualizar, analisar, editar, interpretar e gerar dados, revelando relacionamentos, padrões e tendências. O *MapInfo Pro GIS* emprega análise geoespacial e inteligência de localização para ajudar a criar modelos perspicazes de cenários centrados em localização (Precisely, 2022).

O *MapInfo Pro GIS* usa um formato de dados patenteado *Multi-Resolution Raster – MRR* para processamento espacial poderoso e interpretação de mapas. Identifica, quantifica e permite visualizar padrões espaciais em conjuntos de dados *raster* de tamanho praticamente ilimitado. O *Multi-Resolution Virtual Raster – MVR* pode conjugar, reprojetar e reamostrar virtualmente dados de grade *raster* dinamicamente, sem gravar novos arquivos de grade em disco. Estão disponíveis diversos *plugins*: *MapInfo Pro Drone, Python Console, Geocode,* e *MapInfo Pro Viewer* (Precisely, 2025).

NETtool

NETtool é um *software* utilizado por empresas para procuram uma solução de *geomarketing*, simples e de fácil utilização. Esta aplicação é usada como expansão, prospeção, rentabilização e otimização de territórios (Sognatis, 2025).

Através do *NETtool* podem analisar-se as caraterísticas mercadológicas e sociodemográficas de cada microrregião de interesse, apoiando atividades de campo e desenhando territórios de vendas, levando em consideração o volume de negócios, o potencial de expansão e os recursos disponíveis. A versão *NETtool Mobile* permite coletar e atualizar dados em campo, fotografar, corrigir localizações, preencher questionários e administrar *chesk-ins*. Está disponível para *iOS* e *Android*.

Com a *NETtool* é possível produzir mapas temáticos personalizados, até 2000 variáveis em mais de 20 categorias, e elaborar relatórios personalizados, selecionando novas variáveis, tabelas, mapas e gráficos. Existe a possibilidade de integrar dados, em diversos formatos e *layouts*, e utilizá-los livremente, através de qualquer funcionalidade da plataforma. A partilha entre utilizadores é facilitada. Esta plataforma permite criar e armazenar *KPIs* pelo utilizador, combinando dados da ferramenta e indicadores oriundos das bases do negócio. A assinatura é mensal.

SPRING

O Sistema de Processamento de Informações Georreferenciadas – *SPRING* é um *software* desenvolvido pela DPI da Coordenação-Geral de Observação da Terra do Instituto Nacional de Pesquisa Espaciais do Brasil. Representou um marco histórico dos SIG no Brasil, tendo alcançado mais de 150.000 utilizadores entre o final da década de 1990 e os meados da seguinte (DPI, 2022). A partir de maio de 2018 passou a ser um *OSS* para, no ano seguinte, ser descontinuado. Trata-se de um *software* de proprietário embora *freeware.*

O *SPRING* contribuiu como base para aplicações em agricultura, floresta, gestão ambiental, geografia, geologia, planeamento urbano e regional. Tendo fornecido um ambiente unificado de geoprocessamento e de teledeteção para aplicações urbanas e ambientais, o *SPRING* tem funções de processamento de imagens, análise espacial, modelagem numérica de terreno e consulta a bases de dados espaciais (Câmara, Souza,

Freitas & Garrido, 1996). Podendo ser instalado nos sistemas operacionais *Windows, Linux* e *Mac OS X*, a página web continua ativa, em 23 de janeiro de 2025, para possibilitar o acesso às últimas versões executáveis (SPRIND, 2022).

eSpatial

É um *software shareware* de mapeamento completo. Permite mapear territórios de vendas, dos clientes, os dados da empresa, as rotas, os recursos e os dados de vendas. A avaliação realizada em 48 comentários dá conta, para um valor máximo de 5, de 4,7 na apreciação geral, de 4,5 na facilidade de uso, 4,4 nos recursos disponíveis e em 4,7 no valor atribuído (eSpatial, 2025).

Com o *eSpatial*, é possível carregar dados de várias fontes, incluindo folhas de cálculo, *CRM*, bases de dados, sistemas *ERP* ou *POS* para visualizações interativas e ao vivo de dados. Existe a possibilidade de variar o símbolo, tamanho ou cor dos pontos de dados dependendo de algum valor de atributo associado aos pontos. Permite criar uma variedade de mapas, ricos em dados interativos. O mapeamento *online* aumenta a capacidade de visualização e de interação com os dados. O *design* e alinhamento de territórios é um caso de uso específico e comum para *software* de mapeamento e o *eSpatial* possui um conjunto completo de recursos para o efeito. Permite a partilha de informação com outros utilizadores, de modo a existir colaboração, através do mapeamento em nuvem (eSpatial, 2025).

TransCAD

Este SIG foi projetado especificamente para uso por profissionais de transporte para armazenar, exibir, gerir e analisar dados de transporte. O *TransCAD* combina recursos de modelagem de SIG e transporte numa única plataforma integrada. Pode ser usado para todos os modos de transporte, em qualquer escala ou nível de detalhe.

O *TransCAD* fornece um poderoso mecanismo SIG com extensões especiais para transporte, ferramentas de mapeamento, visualização e análise projetadas para aplicações de transporte e módulos de aplicativos para planificação rodoviária, previsão de solicitações de viagens, transporte público, logística, localização de sítios e gestão de território.

Existem aplicativos para todos os tipos de dados de transporte e para todos os modos de transporte, sendo útil para a construção de informações de transporte e sistemas de apoio à decisão. O *TransCAD* é executado em *hardware Windows* e abrange praticamente todos os padrões de computação de *desktop*. Isso tem dois benefícios importantes (Caliper Corporation, 2025). Permite a construção de redes, matrizes, rotas e sistemas de rotas e a identificação da localização dos recursos de transporte (referências lineares). Inclui recursos SIG sofisticados, como sobreposição de polígonos, *buffer* e geocodificação, e possui uma arquitetura de sistema aberto que suporta a partilha de dados em redes locais e de longa distância. Integra totalmente o SIG com modelagem de procura e funcionalidade de logística.

O *TransCAD* tem recursos necessários para medir a acessibilidade geográfica. A abordagem SIG também fornece uma solução gráfica que é facilmente compreendida. Os utilizadores podem transmitir informações altamente técnicas para o não praticante de uma maneira muito direta e compreensível (Caliper Corporation, 2025).

Uma revisão do *GIS* conclui que é difícil decidir, sem qualificações, qual código - aberto ou de proprietário – é o melhor modelo de desenvolvimento de *software* para adotar (Maurya, Ohri & Mishra, 2015).

4. Do ArcGIS e do SAGA GIS

Nesta secção colocam-se em sinopse indicadores para o *software* de proprietário *ArcGIS* e o *OSS SAGA GIS* (Tabela 2).

TABELA 2
Análise comparativa entre o ARCGIS e o SAGA GIS

Indicadores	***ArcGIS***	***SAGA GIS***
Data de lançamento no mercado	1999	2004
Criador	*Environmental Systems Research Institute, Redlands, California, USA.*	*Departments for Physical Geography, Hamburg and Göttingen, Germany.* *SAGA User Group Association (desde maio de 2005).*
Programação	C++	C++ *(wxWidgets)*
Sistema operativo	*Windows, Linux.*	*Windows, Linux, FreeBSD.*
Aplicativos	*ArcReader, ArcGIS Desktop (basic, standard, advanced), ArccGIS Mobile, ArcPad, ArcGIS Online, ArcGIS Web Mapping APis*	*Desktop*
Ferramentas disponíveis	*Voxel layers, Trace networks, Interactive suitability analysis using the new Suitability Modeler, Graphics layers, Parcel adjustment, Link analysis, Project recovery* *ArcMap, ArcCatalog, ArcToolbox, ArcScene, ArcGlobe, ArcGIS Pro, ArcCatalog, ArcGIS Engine, ArcGIS Explorer.* *ArcGIS Business Analyst Web App Standard, ArcGIS GeoPlanner, ArcGIS Insights, ArcGIS Urban Suite* (inclui o *ArcGIS CityEngine)* Extensões do *ArcGIS Desktop* mais populares: *ArcGIS 3D Analyst, ArcGIS Data Interoperability, ArcGIS Data Reviewer, ArcGIS Geostatistical Analyst, ArcGIS Image Analyst, ArcGIS LocateXT, ArcGIS Network Analyst, ArcGIS Publisher, ArcGIS Spatial Analyst, ArcGIS Workflow Manager*	Módulos *standard: file access, filter for grids, gridding, geostatistics, grid calculator, grid discretisation, grid tools, image classification, projections, simulation of dynamic processes, terrain analysis, vector tools.*
Número de utilizadores	350.000 + organizações.	Desconhecido.
Licença	*Environmental Systems Research Institute, Redlands, California, USA*	*GNU/GPL*

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)
Análise comparativa entre o ARCGIS e o SAGA GIS

Indicadores	*ArcGIS*	*SAGA GIS*
Versão atual (à data de 23.JAN.2025)	11.4	9.7.2
Usabilidade	Análise espacial e ciência de dados, operações em campo, mapeamento, SIG 3D, imagens e deteção remota, coleta e gestão de dados,	SIG de algoritmos espaciais. Edição de espaciais. Tem um conjunto de métodos geocientíficos, agrupados em bibliotecas de módulos intercambiáveis.
Endereço *URL*	https://www.esri.com/en-us/arcgis/about-arcgis/overview	http://www.saga-gis.org/
Valor de custo	$100/ano (utilizadores individuais) Sob consulta (para negócios)	Gratuito

Nota. Fontes: Esri (2025b, 2025c, 2025d), SAGA (2025, 2025).

Conclusões

Um SIG é uma importante ferramenta de produção de mapas, de suporte para análise espacial de fenómenos e como um banco de dados geográficos, com funções de armazenamento e recuperação de informação espacial. Um SIG usado com uma abordagem de aplicação, responde a perguntas, apoia a tomada de decisão, mantém um inventário de dados geográficos e informações e elabora mapas.

Pode ser usado para explorar (entender melhor um local coletando informações sobre seus principais recursos e como eles interagem, visualizar dados por meio de símbolos de mapa, temas e rótulos, sobrepor vários conjuntos de dados em um único mapa para identificar padrões que de outra forma não seriam visíveis), como modelo (integrar dados corporativos com mapas e dados demográficos, combinar essas informações com poderosas ferramentas de modelagem e consulta espacial, executar diferentes cenários para uma representação precisa e atualizada das possibilidades de um local) e agir (construir modelos que sejam facilmente compreendidos por não tecnólogos, permitir que os tomadores de decisão corporativos compreendam completamente os atributos e desvantagens de cada local, em cada cenário).

A nível educativo, os professores podem usar tanto *OSS* como *proprietary software*, mas em algumas situações é recomendável o uso de *OSS*, como as que a seguir se indicam*: a)* ensinar SIG num período muito curto, sem apoio financeiro; *b)* os alunos gostam de instalar e experimentar *software* SIG nos seus computadores pessoais; *c)* computadores escolares sem sistemas operacionais *Windows*, como seja o *MacOSX* ou *Linux*; *d)* os professores gostam de destacar um conjunto de aspetos do SIG que os pacotes comerciais cobram muito caro; *e)* existe urgência em demonstrar um conjunto de funções exclusivas do SIG.

Existem vários *OSS (e.g., QGIS, gvGIS, Grass GIS, uDig, TerraView, SAGA GIS, SOPI, DIVA GIS, OpenJUMP GIS, VisualSIG, Kosmo GIS*) e de *software* de proprietário (*e.g., ArcGIS, GeoMedia, Mapinfo, NETtool, SPRING, eSpatial, TransCAD).*

Pode ser difícil decidir qual é o melhor modelo de desenvolvimento de *software* para adotar. Uma alternativa ao *ArcGIS* pode ser a utilização do *SAGA*. Num contexto educativo pode ser usado um *software open source* GIS porque normalmente cumpre plenamente com os objetivos pretendidos, enquanto em ambiente empresarial, com políticas de segurança que exigem garantia e indemnização de responsabilidade, deve ser usado *software* de proprietário.

Conflito de interesses

Os autores declaram não terem conflitos de interesses.

Referências

Akbari, M., & Rajabi, M. A. (2013.) Evaluation of desktop free/open source gis software based on functional and non-functional capabilities. *Tehnički vjesnik, 20*(5), 755-765. https://hrcak.srce.hr/file/161777.

Aldalpe. (2025). *VisualSIG.* http://www.aldape.pt/visualsig.

Barros, J. (2025). *O que são os sistemas de Informação geográfica (SIG) e quais as suas aplicações.* https://www.geoaplicada.com/sig-e-suas-aplicacoes/.

BBC. (2025). *Software concepts.* https://www.bbc.co.uk/bitesize/guides/zhx26yc/revision/9.

Caliper Corporation. (2025). *TransCAD.* https://www.caliper.com/tcovu.htm.

Câmara, G., Souza, R., Freitas, U., & Garrido, J. (1996). Spring: Integrating remote sensing and GIS by object-oriented data modelling. *Computers & Graphics, 20*(3), 395-403. https://doi.org/10.1016/0097-8493(96)00008-8.

Clayberg, E., & Rubel, D. (2008). *Eclipse plug-ins* (3rd ed.). Addison-Wesley Professional.

DPI. (2025). *Divisão de processamento de imagens.* http://www.dpi.inpe.br/DPI/.

DIVA-GIS. (2025a). *DIVA-GIS.* https://diva-gis.org/.

DIVA-GIS. (2025b). *DIVA-GIS data.* https://diva-gis.org/data.html.

eSpatial. (2025). *All-in-one mapping software.* https://www.espatial.com/.

Esri. (2025a). *ArcGIS Online.* https://www.esri.com/en-us/arcgis/products/arcgis-online/overview.

Esri. (2025b). *Quick facts.* https://www.esri.com/en-us/about/media-relations/fact-sheet.

Esri. (2025c). *ArcGIS.* https://www.esri.com/en-us/arcgis/about-arcgis/overview.

Esri (2025d). *O que são os SIG?* https://www.esri-portugal.pt/pt-pt/o-que-sao-os-sig/overview.

Estado Argentino. (2023). *Software de procesamiento de imágenes (SoPI).* https://www.argentina.gob.ar/ciencia/conae/unidad-educacion/software/sopi.

Estado Argentino. (2022). *Comisión nacional de actividades espaciales.* https://www.argentina.gob.ar/ciencia/conae.

Grass Development Team. (2025). *GrassGIS.* https://grass.osgeo.org/.

gvSIG Association. (2009). *gvSIG: Tecnologias e soluções livres para trabalhar com informação geográfica.* http://www.gvsig.com/pt/produtos.

Hexagon. (2025). *GeoMedia.* https://supportsi.hexagon.com/s/geomedia?language=en_US.

INPE. (2022). *TerraLib and TerraView wiki page.* http://www.dpi.inpe.br/terralib5/wiki/doku.php?id=wiki:downloads :previous_releases.

JPP. (2025). *PoenJUMP.* http://www.openjump.org/.

Maurya, S. P., Ohri, A., & Mishra, S. (2015). Opens source GIS: A review. *Proceedings of National Conference on Open Source GIS: Opportunities and Challenges Department of Civil Engineering, IIT (BHU), Varanasi*, 150-155. https://www.researchgate.net/publication/282858368_Open_Source_GIS_A_Review.

Mcffer, J., Lemieux, J.-M., & Aniszczyk, C. (2010). *Eclipse rich client platform* (2nd ed.). Addison-Wesley Professional.

Ojwiki. (2025). OpenJUMP GIS – The free, cross-platform and open source GIS for the World. *OpenJUMP wiki.* http://ojwiki.soldin.de/index.php?title=Main_Page.

Opensource.org. (2025a). *Open source initiative.* https://opensource.org/.

Opensource.com. (2025b). *What is open source.* https://opensource.com/resources/what-open-source.

OSGeo. (2025a). *The open source geospatial foundation*: https://www.osgeo.org/.

OSGeo. (2025b). *Kosmo desktop.* https://live.osgeo.org/archive/10.5/en/overview/kosmo_overview.html.

PostGIS. (2025). *About PostGIS.* https://postgis.net/.

Precisely. (2025). *MapInfo Pro.* https://www.precisely.com/product/precisely-mapinfo/mapinfo-pro.

Queiroz, G. R., & Ferreira, K. R. (2006). *Tutorial sobre bancos de dados geográficos.* Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais do Ministério da Ciência e Tecnologia. http://www.dpi.inpe.br/DPI/livros/pdfs/ tutorialbdgeo_geobrasil2006.pdf.

QGIS. (2025a). *Spatial without compromise.* https://qgis.org/#.

QGIS. (2025b). *Members and donors.* https://qgis.org/funding/membership/members/.

Rouse, M. (2024). Software. *Techopedia.* https://www.techopedia.com/definition/4356/software.

SAGA. (2025). *SAGA GIS files.* https://sourceforge.net/projects/saga-gis/files/SAGA%20-%209/.

SAGA. (2025). *SAGA – System for automated geocientific analyses.* https://saga-gis.sourceforge.io/en/index.html.

Slashdot Media. (2025). *SAGA GIS.* https://sourceforge.net/projects/saga-gis/.

Sognatis. (2025). *Utilizações do NETtool*: https://cognatis.com.br/nettool/.

SPRING. (2022). *Sistema de processamento de informações georreferenciadas.* http://www.dpi.inpe.br/spring/.

SUR Emprendimientos Tecnológicos. (2024). *Quienes somos.* https://www.spacesur.com/?lang=es.

Synopsys. (2022). *Open source software.* https://www.synopsys.com/glossary/what-is-open source-software.html.

The Regents of the University of California (2023). Robert J. Hijmans. *Department of Environmental Science & Policy*. https://desp.ucdavis.edu/people/robert-j-hijmans.

Tsou, M.-H., & Smith, J. (2011). *Free and open source software for GIS education. G*eoTech Center https://geoinfo.sdsu.edu/hightech/WhitePaper/tsou_free-GIS-for-educators-whitepaper.pdf.

UDig (2025). *UDig. User-friendly desktop internet GIS*. http://udig.refractions.net/developers/.

PROCESSO EDUCATIVO A SIMULAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Norberto Maciel Ribeiro

Universidade da Madeira, Departamento das Ciências Sociais de Educação | norbertomaciel@hotmail.com

Fernando Correia

Universidade da Madeira Centro de Investigação da UMa | fernandoc@staff.uma.pt

RESUMO

Arbitragem científica:
Revisor 1
Paulo Mafra
Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
pmafra@gmail.com

Revisor 2
Sofia Belo Ravara
Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde – ULS da Cova da Beira, CHUCB, Portugal
sbravara@fcsaude.ubi.pt

Citação:
Ribeiro, N., & Correia, F. (2025). Processo educativo a simulação clínica em enfermagem. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 407-416). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

A Educação e a Enfermagem têm um papel primordial, como ciências, de acolher as respostas do Homem. A visão de educar e do cuidar, exige um pensamento crítico, criativo, reflexivo e holístico, capaz de responder aos desafios de uma comunidade mais exigente e com recursos tecnológicos mais evoluídos. O desenvolvimento do processo de aprendizagem tem-se revelado assim, um desafio constante, na procura de sinergias construtivas, interativas e pedagogas. Em plena era da Pós-modernidade, século XXI, a educação ainda enfrenta desafios próprios de uma cultura crítica e reflexiva convergente com a construção de um conhecimento atual e disponível à comunidade. O exemplo da simulação clínica em enfermagem, assume-se como um recurso fundamental no contributo para uma prática que visa o desenvolvimento, a aquisição de novos saberes e competências capazes de responder às necessidades efetivas da comunidade. Assim, como metodologia educativa para o desenvolvimento do conhecimento e de competências, o papel do estudante no processo educativo da simulação clínica necessita de ser alvo de estudo e de análise. Assumindo a necessidade de contribuir para uma reflexão do ambiente de aprendizagem em simulação clínica, propomos um projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Currículo e Inovação Pedagógica do Departamento de Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira. A proposta de investigação tem por alvo o processo educativo da simulação clínica em Enfermagem, e surge da inquietação dos investigadores em conhecer como a simulação clínica está a ser implementada nos estudantes de Enfermagem. Com esta investigação objetivamos: compreender o papel do estudante na simulação clínica em enfermagem, clarificar o conceito de simulação clínica em Enfermagem, descrever as orientações dos modelos de simulação clínica, identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica, descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de Enfermagem da Universidade da Madeira e analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de simulação clínica em Enfermagem. O estudo assenta numa metodologia de investigação qualitativa, por ser naturalista, nomeadamente um estudo de caso. A recolha de dados será obtida por *focus group* e pela entrevista individual. Os resultados da investigação pretende constituir uma reflexão sobre o processo educativo na simulação clínica e contribuir para a construção de um ambiente de aprendizagem centrado no estudante em cenários reais, potenciando continuamente o desenvolvimento e o crescimento dos saberes significativos numa era pós-moderna cada vez mais exigente.

Palavras-Chave: Aprendizagem; Enfermagem; Simulação Clínica.

1 – Processo educativo e simulação clínica em enfermagem

Os desafios que hoje se colocam aos sistemas de educação e de saúde, consistem na adequação dos recursos às necessidades da população que serve. Exigências cada vez maiores e necessidades cada vez mais complexas, embarrem com uma diminuição efetiva dos recursos disponíveis, desafiando ainda mais a capacidade dos próprios sistemas em dar resposta.

A Direção Geral da Educação (DGE), na sua estratégia nacional, prioriza a educação como componente fundamental na formação de uma pessoa ao longo do seu ciclo vital, e que a escola exerce um papel estrutural na cultura de democratização da educação (DGE, 2017). O direito a uma educação que responda às potencialidades, expectativas e necessidades do estudante, assume assim uma importância fulcral. O Decreto-Lei n.º 75/2008 decreta a importância da educação como uma missão de serviço público, e fundamentalmente, o papel estrutural que ocupa nos cidadãos, permitindo-lhes explorar as suas capacidades, integrar-se ativamente e dar um contributo para a vida económica, social e cultural de um País.

A Educação como ciência, estuda os métodos pedagógicos mais adequados para promover uma aprendizagem significativa. Urge assim uma reflexão sobre o contributo da educação no processo de simulação clínica em enfermagem (SCeE) e compreender de que forma as políticas educacionais na simulação clínica (SC) influenciam o desenvolvimento e a apropriação de novas competências nos estudantes de enfermagem.

A SCeE é entendida como uma estratégia pedagógica para proporcionar a um grupo de pessoas uma experiência de representação de um fenómeno real, com o objetivo de praticarem, aprenderem e avaliarem (Oliveira et al., 2014), ou seja, como uma estratégia ativa de ensino-aprendizagem que promova a aprendizagem significativa (Martins et al., 2014; Kaneko & Lopes, 2019).

A formação de novos enfermeiros alicerçada nos conhecimentos dos modelos teóricos de enfermagem e a observação das dinâmicas desenvolvidas nas práticas simuladas, abriu espaço para uma reflexão exaustiva sobre o papel dos estudantes na SCeE, nomeadamente sobre o papel do estudante em todo o processo de SC.

Assim, consideramos fundamental desenvolver o estudo sobre o processo educativo na SCeE, analisando as vivências dos estudantes na simulação clínica, atendendo que são os agentes principais do processo de ensino-aprendizagem. Como nos refere Correia (2011), a aprendizagem é um processo de construção do conhecimento, pois é construído com base nas próprias perceções e conceções do estudante. Emerge assim a questão problemática: Qual é o papel do estudante na SCeE? O objetivo geral é compreender o papel do estudante na SCeE, assim como: descrever o papel do estudante na SCeE; clarificar o conceito de SCeE; descrever as orientações dos modelos de SC; identificar as representações dos estudantes no processo de SC; descrever o processo da SC dos estudantes de Enfermagem; analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de SCeE e avaliar se a SCeE promove o empoderamento do estudante.

O empoderamento conduz o estudante a uma participação ativa e dinâmica no seu processo de aprendizagem, promove a confiança para uma tomada de decisão consciente e em resposta às necessidades educativas do seu contexto histórico cultural. É um processo essencial para a democratização da educação e fundamentalmente para capacitar o indivíduo a participar ativamente no seu processo educativo.

Estudar o fenómeno da simulação constitui um passo importante para uma reflexão crítica sobre o processo educativo na SC, e conhecer de que forma os estudantes adotam estratégias para a construção do seu conhecimento. Por outro lado, é fundamental conhecer como é promovida a autonomia dos estudantes na SCeE, nomeadamente no planeamento dos casos clínicos, na definição dos objetivos e na elaboração dos critérios de avaliação, ou seja, como é estimulada a aprendizagem colaborativa, dando-lhes a possibilidade de constituírem o seu grupo de trabalho/comunidade de aprendizagem. Também constitui foco conhecer o papel do professor/mediador no processo de aprendizagem e como estimula a metacognição dos estudantes (Vygotsky, 1991).

Educar e Inovar a Simulação Clínica em Enfermagem

A Enfermagem tem-se afirmado ao longo dos anos como ciência na arte do cuidar, e a Educação na arte de aprender. O surgimento de novas teorias na disciplina de Enfermagem tem contribuído para a sua afirmação, como profissão e como disciplina. A natureza do cuidar assume um papel fundamental na resposta a qualquer sistema de saúde, e a expressão visível do cuidar representa, essencialmente, um processo intrínseco que tem na sua génese o valioso contributo da Educação.

Para Vygotsky (1991) a aprendizagem é um processo de interiorização dos sentidos construídos a partir da experiência, da maturação e da interação que os mediadores sociais proporcionam. Nesse contexto, a aprendizagem proporcionada na SC cria no estudante o transporte para a prática, e o formador/orientador/docente exerce um papel junto do estudante de mediação da aprendizagem, proporcionando uma alteração de comportamento de partilha e mais eficaz para a resolução de problemas.

O ambiente tem, assim, um papel estrutural na interiorização das atividades cognitivas no indivíduo, ou seja, tudo o que é apreendido na aprendizagem com um mediador ou orientador, vai incorporar-se na aquisição de novos conhecimentos, modelando novos modos de agir e de pensar (Vygotsky, 1991). Aqui releva-se a importância dos contextos socio-históricos-culturais, como meios essenciais para os processos da aprendizagem. O histórico-cultural de Vygotsky (1991), rompe assim com a tradicional escola fabril, mecanizada nos seus conteúdos, em contraciclo com um modelo centrado nos processos de aprendizagens, personalizadas com espírito crítico e fundamentadas em novas culturas escolares e em ambientes interativos (Fino, 2016).

A necessidade emergente de inovar as estratégias pedagógicas no ensino/aprendizagem, cria a oportunidade de desenvolvimento de novos saberes para melhor responder às expectativas dos estudantes. De facto, a aprendizagem humana é complexa e simultaneamente estimulante, e nutre nos construtivistas a necessidade de utilizar abordagens pedagógicas inovadoras e centradas no estudante (Kincheloe, 2006), rejeitando que o conhecimento surge unicamente como resultado de um depósito.

O professor/mediador da aprendizagem desempenha um papel em planear ações educativas que proporcionam a participação ativa dos estudantes (Kincheloe, 2006). O processo de construção do conhecimento tem assim por base as perceções focadas no estudante, destacando a reflexão ativa do processo de aprendizagem como uma perspetiva construtivista e motivacional, como nos refere Papert (2008) “a melhor aprendizagem ocorre quando o estudante assume o comando, como o jovem Piaget o fez” (p.37). A cultura transmissiva, frequentemente operada pelos especialistas no ambiente de aprendizagem de SC, merece a nossa reflexão. Segundo Papert à luz do “instrucionismo” e “construcionismo” o sucesso da aprendizagem está frequentemente associado às pessoas que se desenvolvem com os seus próprios métodos para novas aprendizagens, como nos diria Shaw citado por Papert (2008) “os capazes criam, os incapazes ensinam” (p. 65).

2 – Ambiente de SCeE construtor de conhecimento

A simulação clínica desde muito que é utilizada como método pedagógico no ensino da Enfermagem. A preocupação dos docentes de Enfermagem em desenvolverem profissionais mais competentes e mais preparados para enfrentar os desafios dos contextos da prática, consolidou as experiências de simulação como método de aprendizagem. A utilização da SCeE como método pedagógico dotado para desenvolver uma aprendizagem significativa tem aumentado gradualmente no ensino e nos contextos da prática de Enfermagem por proporcionar experiências várias, em ambiente artificial, recriando uma situação real, autêntica e legítima no sentido de capacitar o estudante a compreender as respostas humanas e a encontrar estratégias para resolver os problemas clínicos em ambiente controlado, seguro e sem colocar os doentes em risco de vida (Baptista et al., 2014). De facto, se atendermos que a prática da SCeE em laboratório equipado com meios para simular um contexto clínico real, constitui uma mais-valia para a segurança do doente e para otimizar uma resposta mais eficiente. No entanto, será que o uso de simuladores para a prática simulada constitui uma inovação pedagógica? Será que a simulação clínica representa um ambiente de aprendizagem inovador e capaz de promover o desenvolvimento de competências para os futuros profissionais de enfermagem?

A utilização de simuladores vem desde o tempo da segunda guerra mundial, e constitui uma estratégia de aprendizagem para preparar os profissionais para os desafios exigentes de cada atividade profissional. Como nos refere Ward-Smith citado por Sanford (2010) os simuladores ainda "to be used today to train pilots in simulated situations such as loss of power, engine failures, and poor weather conditions" (p. 1007). Também nas ciências médicas, em 2003, a SC foi institucionalizada como metodologia de ensino nos programas de educação pelo Institute of Medicine nos Estado Unidos da América. Assiste-se, assim, a uma tendência natural de encontrar estratégias de desenvolvimento educacional para ir ao encontro das necessidades sentidas e para responder com prontidão aos desafios de cada profissão. Ou seja, a simulação clínica constitui uma nobre estratégia pedagógica para promover a aprendizagem da prática de enfermagem, e até mesmo, nas demais profissões da saúde.

A construção de centros de simulação clínica de alta-fidelidade, munidos de tecnologia, têm surgido naturalmente. Um exemplo, constitui o centro de simulação clínica da Madeira, que reproduz condições do contexto de saúde do ser humano com fidelidade e em tempo real, permitindo o aperfeiçoamento técnico dos profissionais. O Centro de Simulação Clínica da Madeira, inaugurado a 4 de setembro de 2012, com comparticipação financeira do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do programa Intervir+ (Instituto de Desenvolvimento Regional, 2012), constitui um recurso importante para o aperfeiçoar de habilidades profissionais dos estudantes de enfermagem, fruto das parcerias estabelecidas com a comunidade académica, como é o exemplo da Universidade da Madeira.

Costa et al. (2021), num artigo sobre a utilização da SC no ensino de enfermagem no Brasil em plena pandemia de covid-19, refere que a "simulação é uma etapa do processo de formação que prepara melhor o estudante para atender o paciente de forma mais segura e com melhor qualidade" (p.2).

A utilização da tecnologia na prática simulada e o uso de simuladores (nível de fidelidade variável) criam condições de desenvolvimento, no entanto, para consolidar uma aprendizagem significativa é fundamental associar aos aspectos técnicos e tecnológicos a reflexão, a análise, a síntese, a humanização e a tomada de decisão clínica. A preocupação dos mediadores de aprendizagem: enfermeiros, docentes e tutores, convergem para a finalidade do Ciclo de Estudos em Enfermagem, ou seja, dotar um licenciado de desenvolvimento pessoal, cultural, científico, social, ético, crítico, que o capacite para uma tomada de decisão clínica (Ordem Enfermeiros, 2012). A SC como método pedagógico tenta replicar um contexto de uma situação clínica, interiorizada e percetível pelo estudante, no sentido de mobilizar uma resposta quando algo acontecer num contexto real (Martins et al., 2012), ou

seja, o treino de habilidades específicas para aperfeiçoar a técnica o raciocínio, a tomada de decisão e as competências relacionais e éticas.

A SCeE impulsionador da inovação pedagógica

A Enfermagem tem-se afirmado ao longo dos anos, como uma ciência com arte para o cuidar, no seio das profissões de saúde. O contributo da ciência ao longo dos tempos e das novas teorias emergentes da enfermagem, têm sido cruciais para o desenvolvimento da disciplina e da profissão. A teoria de Afaf Meleis, cientista americana, que desenvolveu a Teoria das Transições, constitui uma das teorias emergentes, que permitiu uma melhor compreensão dos processos de transição dos fenómenos de Enfermagem e uma visão mais completa para uma prática profissional humanizada (Meleis, 2012).

A complexidade do "cuidar" exige uma estratégia pedagógica que potencie a aprendizagem significativa aos estudantes de licenciatura em Enfermagem, capacitando-os como futuros profissionais para uma prestação qualificada e eficaz, e nesse sentido, o desenvolvimento de unidades curriculares centrados no cuidar à pessoa, constitui um desafio, assim como a SCeE.

Proporcionar ambientes conducentes como o desenvolvimento do conhecimento em contexto interdisciplinar e o desenvolvimento de competências para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, constitui uma meta essencial. A metodologia de SCeE baseada no cenário clínico centraliza o seu foco da aprendizagem no estudante, que em consonância com as suas expectativas e motivações, estabelece uma estratégia para a apropriação do conhecimento científico sob a orientação do mediador educacional que analisa criticamente, formaliza dados, identifica processos, canaliza recursos, estabelece prioridades e colabora na construção de saberes para melhor resposta social às necessidades de cada contexto.

Assim, a SCeE tem condições como método inovador para minimizar a ação diretiva de transmissão de conteúdos e potenciar métodos de aprendizagem colaborativa, atendendo que as pessoas como seres sociais nutrem a construção fruto da partilha do conhecimento vivenciado que constroem a partir dos contextos histórico-culturais acumulados e nos locais que interagem (Kincheloe, 2006; Vygotsky, 1991).

Verificamos que os pressupostos do paradigma no processo de simulação clínica deverão romper com a tendência institucionalizada do modelo "fabril" e evocarem à inovação pedagógica para uma efetiva aprendizagem centrada nos processos de cada estudante. De facto, é transversal à maioria das teorias contemporâneas sobre a aprendizagem que a aprendizagem significativa requer uma tarefa significativa, e que as tarefas mais significativas são aquelas que emergem ou são simuladas a partir de um contexto real, levando ao desenvolvimento do estudante (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991), promovendo um espírito crítico e novas culturas nos ambientes de aprendizagem (Fino, 2020).

De facto, o conhecimento em enfermagem tem evoluído, com a implementação de novas metodologias para responder aos desafios, cada vez mais exigentes e complexos, no entanto a evolução não significa necessariamente inovação.

A inovação implica mudança, ou seja, rutura com práticas habitualmente institucionalizadas numa base rígida e estandardizada na difusão do conhecimento. Se atendermos que a inovação é desejada, ambicionando novas culturas de promoção crítica e de crescimento com ambientes de aprendizagem interativos com a matética no centro dos processos heurísticos, em que os aprendizes são mais autónomos e o papel do professor cada vez mais periférico, como nos propõe Papert (Fino, 2020). A mudança à inovação é complexa e necessita de amadurecimento para se concretizar, ou seja, não é linear, e por vezes até é problemática (Fonseca, 2021).

Tem sido uma preocupação crescente o desenvolvimento do processo educativo e a otimização de estratégias pedagógicas promotoras de competências para o cuidar com ética, com qualidade e em segurança, e nesse sentido, SCeE como ambiente de transição entre o virtual e controlado em laboratório para o contexto real, representa uma estratégia importante para potenciar cuidados seguros e para promover a segurança da pessoa alvo de cuidados a vivenciar processos complexos de saúde/doença em situação de grande vulnerabilidade física e/ou emocional. A SCeE proporciona uma representação a um grupo de estudantes de um fenómeno real com o objetivo de compreender as respostas humanas e encontrar recursos para a resolução de problemas, ou seja, promove a aprendizagem significativa com legitimidade, com autenticidade e realismo (Oliveira et al., 2014; Kaneko & Lopes, 2019).

A SCeE emerge como uma estratégia de ensino aprendizagem com potencial inovador, na procura de identificar, descrever, e intervir em fenómenos com elevados padrões de qualidade, ou seja, fortalecer a interligação entre a teoria e a prática, criando espaço de aprendizagem e crítica. São vários os estudos que descrevem a SC como uma experiência que promove a satisfação dos estudantes, atendendo que estão associados a um maior envolvimento e motivação nos processos (Batista et al., 2014), no entanto, também existem outros estudos que identificam que os resultados com a SC são mais enfatizados quando associados também a ambientes realistas, a modernas tecnologias de som e de imagem, à utilização de simuladores de alta-fidelidade e à realização do "debriefing" após a concretização dos cenários (Martins et al., 2012). A SCeE cria condições para a ligação sólida entre a teoria e a prática em contexto de saúde, apropriando os estudantes a utilizar o conhecimento crítico, a formular diagnósticos de intervenção e, principalmente, a interiorizar os processos de decisão e de aprendizagem (Vygotsky, 1991).

Assim, a SC assume-se como um instrumento disponível para o ensino, para a promoção da aprendizagem, e para a avaliação de competências clínicas, nos diferentes graus de diferenciação académica: pré-graduado, graduado, pós-graduado e profissional. Como nos refere a *World Health Organization* (2018) a SC é utilizada para aprender, desenvolver técnicas específicas e habilidades transversais adaptadas às realidades culturais, educacionais e profissionais específicas.

Embora a simulação clínica possa realizar-se sem o suporte de um modelo, o *NLN Jeffries Simulation Framework* (2005, 2007, 2012) conhecido como *NLN Jeffries Simulation Theory* foi concebido como uma ferramenta para o desenvolvimento da prática simulada. Os principais elementos do modelo de simulação de NLN Jeffries são constituídos pelo professor, pelo estudante, pelas práticas educativas desenvolvidas, pelas caraterísticas do projeto de simulação e pelos resultados da SC.

NLN Teoria de Jeffries constitui hoje uma base de trabalho para a SCeE, e tem evoluído significativamente desde 2005. O trabalho desenvolvido e apoiado pela National League for Nurses e pela Laerdal, representa o desenvolvimento da SC, principalmente após a sua reestruturação com a inclusão do participante simulado no renomeado NLN Jeffries Simulation Framework (Cowperthwait, 2020). Salientamos, como nos refere Cowperthwait (2020), a necessidade de uma melhoria contínua nos processos de SC, à semelhança da evolução sugerida para o modelo de Jeffries, apropriando a estrutura da SC de um corpo que potencie progressivamente melhorias. Os elementos estruturais que constituem a teoria de simulação de NLN Jeffries: *context, background, design, education practices, simulation experience participant, simulation experience facilitator, simulation experience educator, simulation experience e outcomes*, representam uma importante base estrutural. No entanto, a *NLN Jeffries simulation for Simulated Participant Methodology,* apresentada por Cowperthwait (2020), sugere alguns conteúdos para melhorar o processo de aprendizagem na experiência de simulação, nomeadamente a inclusão da segurança na prática simulada, a utilização de um suporte das teorias da educação na SC, promover o envolvimento dos educadores na elaboração do projeto de SC e a inclusão da figura do participante simulado para melhor realismo e autenticidade da experiência simulada.

A experiência de SC estimula o empenho e promove a satisfação dos estudantes nos seus processos de aprendizagem. Este é um resultado que está associado ao maior envolvimento no processo de aprendizagem (Batista et al., 2014; Martins et al., 2014). De facto, ninguém aprende sozinho, isto é, a aprendizagem acontece de um modo colaborativo (mediado), e a pedagogia deve integrar estratégias inovadoras para o ensino prático (voltado para a ação), sendo a simulação uma ferramenta efetiva na educação e no contexto moderno de cuidados de saúde (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014).

Através da simulação o estudante experiencia uma série de cenários concretos, idealizados a partir dos contextos reais, permitindo-lhe o treino de técnicas e procedimentos básicos e complexos em diferentes áreas. A SC como estratégia pedagógica estimula o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de avaliação e da decisão clínica, que serão exigidos na prática assistencial (Martins et al., 2012; Oliveira et al., 2014), como nos refere a *World Health Organization* (2018) *"simulation has a positive impacto on students, educators, and the individuals, groups and commuities they care for, as well as on education and health organizations"* (p.1)

Os estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem da Universidade da Madeira, no âmbito do protocolo institucional entre a Universidade e o Centro de Simulação Clínica da Madeira (Freitas et al., 2016), podem no decorrer da Unidade Curricular cuidar da pessoa em situação crítica, desenvolver as suas práticas simuladas em laboratório de alta-fidelidade, constituindo uma mais-valia, atendendo que se proporciona aos estudantes um momento prévio à sua experiência em contexto clínico, salvaguardando os valores de promover o conforto e a segurança dos utentes nos respetivos contextos reais, na prestação de cuidados de enfermagem pelos estudantes (Freitas et al., 2016). Num estudo desenvolvido por Freitas et al. (2016) o ambiente de simulação clínica apresentado aos estudantes de enfermagem da Universidade da Madeira objetivou, sobretudo, avaliar a satisfação com a simulação e o *debriefing*, concluiu que os estudantes genericamente manifestaram uma enorme satisfação com esta experiência de simulação clínica, assim como com o "*debriefing*". A satisfação assume-se como um indicador significativo, na medida em que está associada a maior envolvimento no processo e maior motivação para a aprendizagem (Martins et al., 2014). Na realidade, as práticas pedagógicas inovadoras estimulam a satisfação (Fonseca, 2021) dos estudantes, nomeadamente as que envolvem a utilização de tecnologias da informação e comunicação (Jonassen, 2000).

3 - O papel do estudante na SCeE, um estudo qualitativo

A construção do conhecimento baseia-se nas perceções que o estudante tem do mundo (Correia, 2011), e nessa ótica a SCeE, como ambiente de aprendizagem, procura no estudante a obtenção de determinados objetivos previamente definidos pelo projeto de SC (Tyler, 1949), constituindo um desafio para a ação educativa aquando da prática simulada.

A SC como ambiente de aprendizagem significativa, deverá criar condições para privilegiar o estudante a obter uma aprendizagem significativa na experiência de SC. No entanto, o estudante exerce um papel frequentemente passivo no processo de aprendizagem, condicionado pelo "desenhador" do projeto de simulação, que idealizou formatar o estudante para um determinado resultado e obtenção de conhecimento.

O conhecimento é sempre conhecimento, não existe uma separação entre o ato de conhecer e aquilo que se conhece, ou seja, é "intencionado" e está sempre dirigido para alguma coisa (Freire, 2013). Na perspetiva de Freire, é a experiência dos estudantes que se torna a fonte primária dos "temas significativos" que vão constituir o "conteúdo programático", e nessa convergência, faz todo o sentido integrar os estudantes em todas as fases do processo de simulação clínica, fundamentalmente na fase

de projeto, criando assim condições para o empoderamento e o desenvolvimento de uma educação plena e apropriada de conhecimento.

A investigação qualitativa para estudar o processo educativo da SCeE não objetiva a generalização em termos convencionais, mas sim compreender a natureza do fenómeno, ou seja, "estabelecer afirmações universais sobre processos sociais gerais" (Bogdan & Biklen, 1994, p. 66), como o objetivo de conhecer o fenómeno da SCeE e compreender o comportamento e a experiência humana do estudante do curso de licenciatura em Enfermagem, nomeadamente nas experiências de SC desenvolvidas no laboratório de práticas clínicas e no centro de simulação clínica da Madeira (CSCM) (protocolo interinstitucional entre a Universidade da Madeira e Serviço Regional de Saúde e Proteção Civil da RAM).

Assim, o estudo de caso surge da inquietação em conhecer de que forma a simulação clínica está a ser implementada nos estudantes de Enfermagem, com o objetivo geral de compreender o papel do estudante na simulação clínica em enfermagem, e com objetivos específicos: clarificar o conceito de simulação clínica em Enfermagem; descrever as orientações dos modelos de simulação clínica; identificar as representações dos estudantes no processo de simulação clínica; descrever o processo da simulação clínica dos estudantes de Enfermagem da Universidade da Madeira e analisar a relação entre os modelos de simulação, as representações e as práticas de simulação clínica em Enfermagem.

A recolha de dados será desenvolvida em ambiente natural (Tuckman, 2005) no período compreendido entre 1 de novembro de 2023 a 14 fevereiro de 2024, numa Escola Superior de Saúde da Ilha da Madeira. Utilizarei entrevistas qualitativas semiestruturadas aos estudantes dos 2º, 3º e 4º anos do curso de licenciatura em Enfermagem e aos respetivos docentes que utilizam nas suas atividades letivas a prática pedagógica de SCeE. Para complementar os dados colhidos nas entrevistas individuais utilizarei um focus group constituído por estudantes do 2º, 3º e 4º anos e os respetivos docentes. No guião da entrevista semiestruturada é pretendido conhecer alguns dados sociodemográficos e profissionais dos estudantes e que opinião têm sobre a SCeE, nomeadamente como descreve as práticas simuladas, o conceito sobre o uso dos simuladores, como carateriza o ambiente da prática simulada, que práticas educativas identifica na SCeE, que modelos de prática simulada conhece, como descreva a experiência na SCeE, que papel exerce, que resultados obtém e qual é a sua opinião sobre a investigação e a inovação desenvolvida na SCeE. Os dados recolhidos serão sujeitos a uma análise organizada em torno de referências cronológicas como: a pré-análise, a exploração do material/tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 1977), procurando obter elementos de valor significativo para uma análise completa do papel do estudante na SCeE (Bogdan & Biklen, 1994).

Um dos grandes valores a preservar no desenvolvimento dos estudos de investigação consiste na busca de uma explicação de forma objetiva e imparcial. Assim, e no sentido de convergir com as diretrizes da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (SPCE), o participante da investigação (estudante e docente) será respeitado a opção de participar em conformidade com os princípios consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), promovendo um consentimento livre e informado de todo o processo de investigação.

4 - Considerações finais

A SCeE tendo como referência um ambiente propício ao desenvolvimento de práticas pedagógicas e à experiência clínica, utilizando como recurso manequins de diversos níveis de fidelidade e tecnologia computadorizada. A SCeE pode ser entendida como um método pedagógico de ensino-aprendizagem, atendendo que objetiva promover uma aprendizagem significativa assim como os processos de pensamento superior (Jonassen, 2000; Vygotsky, 1991).

Pretendemos assim conhecer o papel que o estudante exerce na experiência de SCeE, como descreve essa experiência e como desenvolve a aprendizagem e a investigação nas experiências de prática simulada. O resultado da investigação constituirá um subsídio estrutural para conhecer o fenómeno e permitir uma mudança dos processos na SCeE, atendendo que pretende valorizar o estudante como figura central do processo educativo.

A SC constitui uma estratégia de ensino-aprendizagem através de uma intervenção pedagógica intencional, que surge num ambiente simulado para o contexto real, levando ao desenvolvimento e maturação de competências profissionais.

A experiência de SC procura encontrar um ambiente construtor da aprendizagem, priorizando o estudante como o protagonista central na construção da sua aprendizagem, fomentando uma comunicação plural na partilha de reflexões e vivências pedagógicas, promovendo o pensamento e o crescimento do conhecimento baseado na experiência dos estudantes.

Referências

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

Batista, R.C.M.; Martins, J.C; Pereira, M.F.C.R.A., & Mazzo, A. (2014). Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, *22*(5), 709-715. https://doi.org/10.1590/0104-1169.3295.2471.

Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994) *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto Editora.

Correia, F.L.S. (2011). *Internet - Sala de estudo virtual*. [Tese de doutoramento, Universidade da Madeira]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira. http://hdl.handle.net/10400.13/730.

Costa, R. R. O., Almeida, R. G. S., & Mazzo, A. (2021). Utilização da Simulação Clínica no Ensino de Enfermagem no Brasil: Condições Diante da Pandemia de COVID-19. *Cogitare Enfermagem,* (26). https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.81207.

Cowperthwait, A. (2020). Estrutura de simulação NLN/Jeffries para metodologia de participante simulado. *Simulação Clínica em Enfermagem*, *42*, 12-21. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009.

Direção Geral-Educação (Ed.) (2017). *Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania.* República Portuguesa XXI Governo Constitucional. http://dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos_Curriculares/Aprendizagens_Essenciais/estrategia_cidadania_original.pdf.

Fino, C.N. (2016). Inovação Pedagógica e Ortodoxia Curricular. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, *9*(18), pp. 13-22. https://doi.org/10.20952/revtee.v9i18.4959.

Fino, C.N. (2020). A Didática, a Matética e o Construcionismo. In Correia, F.L.S., Moreira, F.M.N., & Lima, N.O. (Eds.), *Tecendo Inovação e Construindo Aprendizagem* (pp. 200-226). Olinda: Livro Rápido Editora.

Fonseca, A. (2021). *Estudos sobre inovação pedagógica: uma metassíntese interpretativa*. [Tese de doutoramento, Universidade da Madeira]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira. http://hdl.handle.net/10400.13/3787.

Freire, P. (2013). *Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra.

Freitas, O., Silva, I., Freitas, G., & Morna, C. (2016). Da simulação à aprendizagem global. *CNaPPES.16*, 183-188.

Jeffries, P.R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing Education Perspectives*, *36*(5), 292-293.

Jonassen, D. (2000). *Computadores, Ferramentas cognitivas - Desenvolver o pensamento crítico nas escolas*. Porto Editora.

Kaneko, R.M.U., & Lopes, M.H.B.M. (2019). Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Rev Esc Enferm USP*. http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453.

Kincheloe, J. (2006). *Construtivismo Crítico*. Edições Pedagogo.

Martins, J.C., Mazzo, A., Baptista, R.C.M., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, I.A.C., & Trevizan, M.A. (2012) The simulated clinical experience in nursing education: A historical Review. *Acta Paulista de Enfermagem*, *25*(4), 619-625.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing Development and Progress*. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

Oliveira, S.N., Prado, M.L., & Kempfer, M.M. (2014). Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*, *18*(2), 487-495.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) – *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais.* Ordem dos Enfermeiros.

Papert, S. (2008). *A Máquina das Crianças*. Artmed.

Sanford, P. G. (2010). The qualitative report. *Simulation in Nursing Education*, *15* (4), 1006-1011.

Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação.* Fundação Calouste Gulbenkian.

Tyler, R. W. (1949). *Basic Pinciples of curriculum and instruction*. University of Chicago Press. http://blogs.ubc.ca/ewayne/files/2009/02/tyler_01.pdf.

Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente*. Fontes Editora Lda.

World Health Organization (Ed.) (2018). *Simulation in nursing and midwifery education*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/345156.

UNDERSTANDING THE ROLE OF NEUROSCIENCE IN PATHOLOGICAL GAMBLING

João Miguel Alves Ferreira
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra | naquelepordosol@gmail.com

Sergii Tukaiev
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Educational Scientific Institute of High Technologies | serhii.tukaiev@knu.ua

Arbitragem científica:
Revisor 1
Irma Brito
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra & Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal
irmabrito@esenfc.pt

Revisor 2
Veeranoot Nissapatorn
School of Allied Health Sciences, Walailak University, Thailand
nissapat@gmail.com

Citação:
Ferreira, J., & Tukaiev, S. (2025). Understanding the role of neuroscience in pathological gambling. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 417-428). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

ABSTRACT

Gambling is an inherent and culturally associated practice, varying according to culture. Addictions are arguably the most costly medical diseases, with annual costs greater than those associated with stroke, heart disease and diabetes combined. Molecular neurobiological studies have produced enormous amounts of valuable information on neurological response mechanisms and their physiological adaptive changes and in cultural context. In this review study, we propose that in relation to addiction, this information is of limited value because almost all cellular functions seem to be involved, telling us only that neurons adapt to "addictive drugs" as they do to all kinds of functional disorders, regardless of their culture. In relation to the neurobiology and neurochemistry of gambling, we point out that imbalances within the brain's neurotransmission system influence both behavioural and substance addictions, with both sharing elements. Furthermore, neuroimaging studies corroborate this theory. We attempt to summarise an animal research study "The Mouse Game Task" which not only demonstrates that laboratory mice can gamble at odds, but also provides evidence that the neurotransmitters dopamine and serotonin play a role in gambling behaviour independently of the psychosocial context inherent in culture and derived cultural upbringing. As highlighted, this study uses reward versus punishment scenarios to better understand the neurotransmitters serotonin and dopamine and their roles in relation to impulsivity and addiction. With an increasingly rich “multicultural” society, cultural competency, education in nursing, psychology and medicine should be built and promoted, encompassing organisational, educational and professional elements to develop the performance of future health professionals.

Keywords: Pathological gambling; Translational neuroscience models; Civic education.

The Importance of Neuroscience Research - Gambling and the Brain

Addictions are arguably the costliest medical disorders, with annual costs to US society estimated to exceed $500 billion dollars and be larger than those associated with stroke, heart disease and diabetes combined (Uhl and Grow, 2004).

Molecular neurobiological studies have yielded enormous amounts of valuable information about neuronal response mechanisms and their adaptive changes. However, in relation to addictions this information is of limited value because almost every cell function appears to be involved. Thus, it tells us only that neurons adapt to 'addictive drugs' as they do to all sorts of other functional disturbances (Kalant, 2010).

Reilly (2011) has told us that the recognition that gambling disorders have a neurobiological and neurochemical component is not new...

Both scientists and clinicians have previously observed that people diagnosed with pathological gambling experience negative biological consequences (Shaffer & Kidman, 2003 cit. in Reilly, 2011). For example, just like individuals with coffee dependence who develop tolerance for caffeine and, therefore, need higher doses of caffeine to experience the desired mood or feeling, those with gambling problems might find that they need to gamble increasing amounts of money to achieve the same level of excitement experienced at lower levels of wagering. When such an individual attempts to reduce or stop gambling, he or she might experience symptoms of withdrawal. This process is called neuroadaptation and refers to changes in the structure and function of the brain (Reilly, 2011).

As Cunha (2023) stated, our Brain is not a frame, it's a movie: "You can see it in a frame, but do not forget, that you will be seeing a play without all the actors".

With that in mind, and National Center for Responsible Gaming (NCRG) studies, we know that what is new over the past few decades is the research methodology based on advances in the field. In this narrative review we focus on studies representative of this new wave of neuroscience research.

Biochemical, functional neuroimaging, genetic studies and treatment research have suggested a strong neurobiological link between behavioral addictions and substance use disorders. Given the substantial co-occurrence of these groups of disorders, improved understanding of their relationship has important implications not only for further understanding the neurobiology of both categories of disorders, but also for improving prevention and treatment strategies (Grant et al., 2006 cit. in Reilly, 2011).

In relation to the neurobiology and neurochemistry of gambling (Grant et al., 2006), we emphasize that imbalances within the neurotransmitter system (Serotonin, dopamine, endogenous opioids and hormones) of the brain, influence both behavioral and substance addictions. Behavioral addictions share important elements with substance addictions (Leeman & Potenza, 2013). Also, neuroimaging studies suggest similarities between behavioral and substance addictions. In studies of families with pathological gamblers, a possible shared genetic vulnerability between pathological gambling and other addictions is evident. And studies of the use of opioid antagonist drugs and several therapist-driven techniques have proven effective in the treatment of pathological gambling.

"...neuroimaging studies of impulse control disorders suggest similarities between behavioral and substance addictions" (Grant et al., 2006).

Urges to gamble usually precede the self-destructive behaviors observed in individuals with gambling problems (Potenza et al., 2003 cit. in Reilly, 2011).

Still in relation to the neurobiology and neurochemistry of gambling (Grant et al., 2006), we emphasize observed similarities between behavioral and substance addictions as repetitive/compulsive behavior despite adverse consequences; Diminished control over the problematic behavior; A state of anticipated pleasure prior to engaging in the problematic behavior; A positive, satisfying feeling while engaging in the problematic behavior; Tolerance towards the activity increases over time; Occurrence of withdrawal symptoms; Attempts to cut back or stop are often repetitive and unsuccessful; High usage rates during adolescence and young adulthood; Rapid rate of progression to problematic behavior in women compared to men.

In terms of decision-making and neurocognition (Grant et al., 2006), the role of frontal cortical regions and the mesocorticolimbic system in pathological gambling has been supported by findings in the Iowa Gambling Task, a tool developed to investigate decision-making, particularly that involving risk-reward assessment, in which subjects with substance use disorders and behavioral disorders preferred to choose smaller immediate monetary rewards over larger delayed rewards (Petry, 2005 cit. in Reilly, 2011). This "delayed discounting" was exacerbated by concurrent substance use disorders in individuals with pathological gambling, strengthening arguments regarding commonality in brain regions with other addictions (Reilly, 2011).

Other studies have shown that individuals with pathological gambling may have a broad range of executive functioning deficits, with individuals exhibiting attention deficits and a lower rate of cognitive control when compared to healthy subjects (Goudriaan et al., 2005 & Kertzman et al., 2006 cit. in Reilly, 2011). However, methodological differences resulting in discrepant findings necessitate additional research...

Finally, citing Zeeb et al. (2009), we try to summarize an animal research study in "The Rat Gambling Task: Understanding the Role of Serotonin and Dopamine in Pathological Gambling" that not only demonstrates that laboratory rats can play the odds, but also provides evidence that the neurotransmitters dopamine and serotonin play a role in gambling behavior (Zeeb et al., 2009 cit. in Reilly, 2011). As key points, we refer that this study used rats and reward vs. punishment scenarios to better understand the neurotransmitters serotonin and dopamine and their roles in relation to impulsivity and addiction.

The rats' ability to perform the gambling task proved that they are sensitive to drugs that regulate serotonin and dopamine. Also, patterns were observed in the rats' decision-making relative to the size of the expected reward and both the probability and magnitude of the expected punishment. And drugs that regulate serotonin and dopamine are considered therapeutically relevant drug treatment options for gambling-related disorders.

These animal studies, that include pre-drug-exposure assessments, controlled experimental conditions, longitudinal characterization, and (in some cases) non-drug-exposed experimental groups, provide important information that could not be obtained in human studies due to lack of feasibility. As such, they offer a critical complement to human investigations (Potenza, 2009).

Basically, behavioral addictions are characterized by an inability to resist an urge or drive resulting in actions that are harmful to oneself or others. Behavioral addictions share characteristics with substance and alcohol abuse, and in areas such as natural history, phenomenology, and adverse consequences. Behavioral addictions include pathological gambling, kleptomania, pyromania, compulsive buying, compulsive sexual behaviour, Internet addiction, and binge eating disorder (Grant, Schreiber & Odlaug, 2013). Few studies have examined the efficacy of pharmacological and psychological treatment for the various behavioral addictions, and therefore, currently, no treatment recommendations can be made (Grant, Schreiber & Odlaug, 2013).

As Reilly (2011) realized, we also confirm, this study's results provide more insight into the most effective drug options.

As such, an improved understanding of the neurobiology of decision-making holds significant promise for generating clinical advances for the prevention and treatment of addictions (Potenza, 2009).

Neurobiology and Biochemistry of Gambling

Grant (2011) and Grant et al. (2006) state that over the past decade, the volume and quality of neurobiological research on behavioral addictions such as pathological gambling, kleptomania, pyromania, compulsive buying and compulsive sexual behavior has grown significantly. However, the same authors affirm that most of the research in behavioral addictions centers on pathological gambling. Such behavioral addictions are often found in conjunction with one or more other diseases or disorders, and research has suggested possible genetic or neurobiological links between behavioral addictions and substance use disorders (Grant et al., 2006; Grant, 2011).

Grant et al. (2006) focus about how the nervous system responds regarding behavioral addictions and compares these biological responses to those that are apparent in the study of substance use disorders. The neurobiology of addictions has been predominantly examined in four different domains (Grant, 2011) namely Biochemical: studies of the chemical processes that occur in living organisms; Functional neuroimaging: technological techniques that allow brain function to be visualized; Genetics: studies of genes, variation and heredity patterns to determine markers that may indicate elevated addictive vulnerabilities; Treatment research: research that attempts to measure responses and efficacy of psychological and pharmaceutical care.

Biochemistry of Addiction

A complex system of neurotransmitters, such as serotonin, dopamine, endogenous opioids, and hormones, are responsible for what we feel, how we think and what we do (Grant, 2011). Imbalances within this system have been shown to influence both behavioral and substance addictions (Grant et al., 2006).

Serotonin

Grant (2011) argue that several studies of impulse control disorders have provided evidence of serotonergic dysfunction. Serotonin is implicated in emotion, mood, and cognition (Grant et al., 2006). As evidenced by findings in separate studies, low levels of serotonin, which have been observed in individuals with pathological gambling habits and substance use disorders, may result in increased motivation to satisfy urges, impairment in inhibition or reward processing, or a combination of these factors (Potenza, 2001 & Schlosser et al., 1994 cit. in Grant et al., 2006 cit. in Grant, 2011).

Consequently, individuals with serotonergic dysfunction may have difficulty controlling their desires.

Dopamine

Grant (2011) affirms that individuals with impulse control or substance use disorders have shown alterations within the dopaminergic pathways, causing them to seek rewards (i.e., gambling or drugs) that trigger dopamine release and result in feelings of pleasure, which reinforces the problematic behaviors. One mechanism of addiction, proposed by Kenneth Blum and colleagues, is "reward deficiency syndrome," a state of chemical imbalance involving multiple genes that causes an individual to crave environmental stimuli to compensate for the inherent imbalance, regardless of the consequences (Blum et al., 1996 cit. in Grant et al., 2006).

Endogenous Opioids

Endogenous opioids are opiate-like substances, such as endorphins, that function as neurotransmitters Grant (2011). They are produced naturally within the body and contribute to feelings of well-being and lessen feelings of pain. Dackis and O'Brien's research (2005) as cited in Grant et al. (2006), on the neurobiology of addiction demonstrated that individuals with altered opioidergic systems might have greater difficulty controlling desires to continue an addictive behavior due to intense euphoric feelings experienced after engaging in rewarding behaviors. Clinical studies demonstrating the efficacy in treating impulse control disorders using the opioid antagonist's naltrexone and nalmefene, which prevent the body from responding to opiates and endorphins by blocking receptors, have further substantiated involvement of opioids in both behavioral and substance addictions (Grant & Kim, 2002; Grant et al., 2006; Kim et al., 2001; Mason et al., 1999; & Volpicelli et al., 1992 cit. in Grant, 2011).

Stress and Stress Hormones

Grant (2011) state that changes in cortisol have been related to impulse control disorders. Significantly higher levels of cortisol, a hormone that helps to regulate stress, and adrenaline have been observed in individuals after participating in gambling activities (Schmitt et al., 1998 cit. in Grant et al., 2006).

Elevated heart rate levels have also been observed in study participants following participation in gambling activity (Krueger et al., 2005 cit. in Grant et al., 2006). Such findings support the possibility of stress pathway involvement in gambling or may indicate that gambling invokes the stress pathway; however, contradictory findings necessitate cautious interpretation and further study.

Neuroimaging

Existing evidence from neuroimaging studies of impulse control disorders suggests similarities between behavioral and substance addictions, as indicated by abnormal function (i.e., decreased activation) of the ventromedial prefrontal cortex of the brain, which is in the frontal lobe and is implicated as a critical component in the processing of risk and decision making (Potenza, 2006 & Potenza et al., 2004 cit. in Grant et al., 2006).

Grant (2011) focus in the notion that the mesocorticolimbic dopamine system stimulates the ventral striatum, which is strongly associated with emotional and motivational aspects of behavior. Thus, brain imaging data showing diminished ventral striatal activation observed in individuals with gambling and drug addictions suggests that the mesocorticolimbic dopamine system is involved in both substance and behavioral addictions (Reuter et al., 2005 cit. in Grant et al., 2006).

One brain imaging study measured higher levels of activity in parts of the brain's limbic system and prefrontal cortex when monetary rewards were present versus computer points, suggesting increased sensory and limbic activation with increased risks and rewards (Hollander et al., 2005 cit. in Grant et al., 2006). Other imaging studies have implicated brain regions that are involved in attention processing when comparing non-problem gamblers with pathological gamblers (Crockford et al., 2002 cit. in Grant et al., 2006).

Collectively, affirmed by Grant (2011), these Grant et al. (2006) findings suggest a complex network of brain regions is activated during gambling and related behaviors, and that activity within certain aspects of these regions distinguishes pathological gamblers from non-problem gamblers.

Genetic Vulnerability

Grant et al. (2006) and Grant (2011) affirm that consistently, family studies have demonstrated that pathological gambling subjects have elevated rates of first-degree relatives — parents, children or siblings — with substance use disorders, suggesting a possible shared genetic vulnerability between pathological gambling and other addictions (Shah et al., 2004 cit. in Grant et al., 2006). Studies suggest that both familial factors and shared genetic vulnerability may account for part of the risk of pathological gambling (Comings et al., 1997 cit. in Grant et al., 2006). However, research has shown that shared genetic contributions are not limited to behavior disorders but also include depression (Potenza et al., 2005 cit. in Grant et al., 2006).

Investigations into specific genes related to the norepinephrine, serotonin, and dopamine neurotransmitter systems involved in pathological gambling have implicated dopamine-related genes in compulsive/addictive behaviors and disorders, such as pathological gambling, smoking, and Tourette's syndrome (Comings et al., 1997; Comings et al., 1999; Diskin & Hodgins, 2000; & Perez de Castro et al., 1997 cit. in Grant et al., 2006).

Treatment

"The distinction often made between psychological and physiological addiction is a form of mind-body dualism. Therefore, it is a false distinction. However, this does not imply that behavioral and autonomic symptoms of addiction have the same brain substrates. In fact, they likely do not, although there is some overlap." Newlin (2008).

Pharmacologic

Grant (2011) adverts that although still in an early stage, several important factors appear to be emerging in drug treatment of impulse control disorders. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), most referred to antidepressants, have shown mixed results in impulse control disorders (Grant & Potenza, 2004 cit. in Grant et

al., 2006). Studies using opioid antagonists, such as naltrexone or nalmefene, have demonstrated efficacy in double-blind trials for pathological gambling (Grant et al., 2006 & Kim et al., 2001 cit. in Grant, 2011).

Psychotherapy

In controlled studies, several therapist-driven techniques, such as cognitive-behavioral therapy, motivational interviewing and relapse prevention, modeled on treatments for substance use disorders, have demonstrated efficacy (Shah et al., 2004 cit. in Grant, 2011).

Self-Help Groups

Twelve-step self-help groups patterned after Alcoholics Anonymous seem to be the most widely used treatment for impulse control disorders; however, these groups suffer from high dropout rates, and there is little controlled evidence to support their effectiveness (Grant, 2011).

Future Implications

Grant (2011) suggests that prevention and treatment strategies are expected to improve as increased understanding of different neurobiological disturbances that exist in individuals with impulse control disorders emerges via continued research and correlation to substance use disorders. Evidence-based treatments suggest that specific groups of impulse control disorders respond preferentially to specific treatments, thus step-by-step procedures for diagnosing pathological gambling based on the presence or absence of co-occurring disorders have been proposed to guide clinical treatments (Hollander et al., 2004 cit. in Grant et al., 2006).

Grant (2011) also recalls us that emerging data suggest that pathological gambling co-occurs with disorders "more often than not", although further investigation is needed to better understand the relationship of impulse-control disorders to other psychiatric disorders so that more structured, evidence-based screenings and treatments may be created to assist clinicians.

Understanding the Neurotransmitters Serotonin and Dopamine and Their Roles in Relation to Impulsivity and Addiction, "Rat Gambling Task" (Winstanley, 2011)

"...rats are capable of "playing the odds" when choosing between multiple options differing in the probability and magnitude of gain and loss..." (Zeeb et al., 2009).

Neuroscientists have used animal models to identify the neural circuits subserving appetitive behaviour, the synaptic changes that underlie learning necessary for motivated behaviour, and the intracellular machinery that underpins synaptic plasticity. However, as Kalant reminds us, the mechanisms revealed by this research are not unique to addiction: they form part of the biological machinery of neurons and neural systems that have evolved to enable humans to adapt to their environment (Carter & Hall, 2010).

Winstanley (2011) state that the neurotransmitters serotonin and dopamine play important roles in impulsivity and addiction, and current data suggest that they also contribute to pathological gambling. Better understanding of the mechanisms through which dopamine and serotonin regulate gambling could, therefore, contribute to better treatments for pathological gambling.

The recent investigation by Zeeb and colleagues (Zeeb et al., 2009 cit. in Potenza, 2009), as well as another recent one by Rivalan and colleagues (Rivalan et al., in press cit. in Potenza, 2009), models the IGT in rats.

This study was based, in part, on the Iowa Gambling Task (IGT) (Bechara et al., 1994 cit. in Zeeb et al., 2009), which was designed to simulate real-life decision-making in laboratory experiments. During this task, participants choose cards from four decks and either win or lose money. Individuals diagnosed with pathological gambling will consistently choose the larger rewards regardless of the penalties, which is indicative of risky decision-making.

In all areas of science, animal studies provide information that is useful in understanding human problems, including pathological gambling. This study uses an animal model like the IGT, in which rats chose among four different options to earn as many sugar pellets as possible within 30 minutes. Each option is not only associated with the delivery of a different amount of reward, but also with a different probability and duration of punishing timeout periods during which a reward cannot be earned. Like human subjects performing the IGT, if the rats consistently choose larger rewards, they end up earning less reward overall (Zeeb et al., 2009).

This study analyzed the effects of dopamine and serotonin drugs on rats in relation to their ability to maximize their earnings (Zeeb et al., 2009; Winstanley, 2011).

Objective and Hypotheses

Zeeb et al. (2009) by examining the behavioral habits of rats regarding reward and punishment sensitivity and drawing comparisons to gambling behaviors seen in humans, and then assessing how rat behavior is affected by pharmaceutical drugs that impact the brain's serotonin and dopamine systems, we can improve our understanding of the neural and neurochemical basis of gambling and the treatment of pathological gambling. This study hypothesized that drugs that enhance dopamine function will impair performance; Drugs that inhibit dopamine function may improve optimal behavior; Drugs that inhibit serotonin release will impair performance (Winstanley, 2011).

Sample and Methodology

The subjects were 32 male Long-Evans (Long-Evans rats represent a species strain that is typically used in behavioral research. Zeeb et al., 2009) rats of similar weights, feeding habits and environmental habitats. Prior to testing, the subjects were acclimated to the testing apparatus and trained to ensure that all animals had equal experience with all of the four reinforcement possibilities. This training step was designed to prevent simple biases toward a particular hole from developing due to inadequate sampling of all the options (Winstanley, 2011).

In this rat gambling task, subjects have a limited amount of time to maximize the number of sugar pellets obtained, and loss is signaled by punishing timeouts during which a reward cannot be earned. On each trial, animals choose from four options, each associated with different numbers of sugar pellets. The animal then receives either the associated reward or a punishing timeout (Zeeb et al., 2009) (see Table 1).

TABLE 1
REWARD VERSUS PUNISHMENT CONTINGENCIES SETUP

	P1	**P2**	**P3**	**P4**
Reward – sugar pellets	1 (p = 0.9)	2 (p = 0.8)	3 (p = 0.5)	4 (p = 0.4)

TABLE 1 (CONTINUATION)
REWARD VERSUS PUNISHMENT CONTINGENCIES SETUP

	P1	P2	P3	P4
Punishment - timeout	5 seconds (p = 0.1)	10 seconds (p = 0.2)	30 seconds (p = 0.5)	40 seconds (p = 0.6)

(p=probability)

Fontes: (Adapted from Winstanley, 2011).

The schedules were designed so that persistent choice of options linked with larger rewards resulted in fewer pellets earned over time. The best option in this task, P2, provides a greater probability of a reward of two sugar pellets versus a smaller probability of a 10-second time out. Larger rewards are associated with a high chance of longer timeouts, resulting in less reward earned overall per session (Winstanley, 2011).

To determine how important punishment signals were in determining choice, two groups of rats were used as

the control. For one group, the probability of punishment remained constant at 0.2, and for another group, the punishment duration remained constant at 10 seconds (Zeeb et al., 2009).

Winstanley (2011) refers to determining their baseline behavior, the rats were first tested without any drugs in their system. Then all subjects received equal dosages of drugs. The drugs were either: I) dopamine or serotonin agonists, which bind to corresponding receptors to trigger a specific response or action; or II) dopamine or serotonin antagonists, which bind to corresponding receptors to inhibit a specific response or action (see Table 2).

TABLE 2
Results - Key Findings

Baseline	The rats significantly favored the best option P2, followed by P4, P1, and P3. Ranking P4 highly suggests that rats, like humans, find larger reward options tempting despite the associated heavier punishments.
	Choice does not depend solely on either the probability of punishment or the punishment duration, but an integration of both variables with the value of the reward.
DOPAMINE AGONISTS	
SKF 81297	Only the highest dose increased the choice of the largest reward with the largest probability of punishment.

TABLE 2 (CONTINUATION)
Results - Key Findings

Bromocriptine	Behavior was not altered in any of the three groups.
Quinpirole	At the highest dose, the drug only affected preference for the different options in the control groups. When compared to the similar effects of SKF 81297, these findings highlight the difference between decision-making processes based solely on differences in reward probability and those incorporating more complex punishment signals.
Amphetamine	This drug shifted preference towards smaller rewards with smaller punishments by reducing rats' tolerance for both increased probability and duration of the punishing timeouts. The shift may have occurred because the animals became hypersensitive to the punishment signal and became risk averse.
DOPAMINE ANTAGONISTS	
Eticlopride	At the lowest dose, optimal choice significantly improved. However, there was no change in choice behavior in the control groups, suggesting that the dopamine receptor inhibited by this drug is particularly important when the task requires greater cognitive effort or conflict resolution.
SCH 23390	When the probability of the punishments was held constant, and at a particular dose of this drug, there was a small decrease in the largest reward option.
SEROTONIN AGONIST	
8-OH-DPAT	Performance was significantly impaired, decreasing choice of the best option and increasing choice of the non-optimal options. However, when punishment duration was constant, there was no effect on behavior, which may reflect increased sensitivity to punishment magnitude rather than punishment probability.
SEROTONIN ANTAGONIST	
WAY 100635	Choice behavior was not significantly altered in any group.

Fontes: (Adapted from Winstanley, 2011).

Discussion

Neurobiology is the greatest playground for curious scientists, and the methodological progresses in this field are breathtaking (Spanagel, 2010).

In this study, as Zeeb et al. (2009) as cited by Winstanley (2011) demonstrated, rats are capable of "playing the odds" when choosing between multiple options differing in the probability and magnitude of gain and loss; they learn to avoid options associated with larger rewards but heavier long-term losses and prefer more advantageous options associated with smaller rewards but greater net gain.

Furthermore, Zeeb et al. (2009) also showed the rats' ability to perform the gambling task is sensitive to drugs that regulate serotonin and dopamine levels, which clinical studies have implicated in the regulation of gambling behavior. Therefore, this rat gambling task may be a useful tool for investigating the neurochemical regulation of gambling.

Different patterns of choice preference were observed when either the probability of punishment or the duration of the punishing timeouts was held constant, making Winstanley (2011) suggest that choice in the rat gambling task is guided by an integration of the size of the expected reward with both the probability and the magnitude of the expected punishment.

Zeeb et al. (2009) defend that this cognitive process shares key features with the decision-making process involved in gambling. Therefore, the rat gambling task may provide new, important and timely data in relation to the neurobiological basis of gambling that can be used to identify therapeutically relevant drug options for such gambling-related disorders.

Limitations of the Study

From this study, Zeeb et al. (2009) and Winstanley (2011) see that rats can solve discriminations based on the probability of reward and loss; however, this only simulates part of the gambling process. Other factors, such as the natural tendency to chase losses, sensitivity to previous outcomes and the amount wagered, are critically important when considering the motivation to gamble.

Zeeb et al. (2009) refer that it can be argued that the rats are relying on memory for the position of the different options to solve the task, rather than basing their preferences on the different reinforcement circumstances. Theoretically, the possibility that the rats' performance in this gambling task relies on memory could be completely abolished if the location of the different options was altered randomly between sessions; however, this would make the task exceedingly complex and it is doubtful that the rats would reliably perform such a task.

Taking this into account, perhaps it would not be totally inappropriate for future investigations to experiment with this approach, completely ignoring the degree of complexity of the task for rats. With this suggestion, we introduce the section on implications and future investigations/research.

Implications for Future Research

As Zeeb et al. (2009) and Winstanley (2011) demonstrated, the findings do suggest that the rat gambling task or IGT will be a useful tool to study the biological basis for gambling, but more research is needed.

The effect of dopaminergic drugs could depend on both the body's natural levels of dopamine and gambling-induced changes in dopamine release that may vary according to the type of gambling, causing individual differences in dopamine function to regulate the motivation to gamble. Further research should examine the conditions under which dopamine antagonists may improve or worsen gambling behavior, and their relation to

the type of gambling patterns in which individuals are engaged. The importance of punishment and punishment-related signals in models of gambling also warrants further investigation (Zeeb et al., 2009).

References

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). https://doi.org/10.1037/0000165-000.

Arnsten, A.F.T. (1997). Catecholamine modulation of prefrontal cortical cognitive function. *Trends in Cognitive Sciences*, *2*, 436-447.

Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., & Anderson, S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, *50*, 7-15.

Blum, K., Cull, J.G., Braverman, E.R., & Comings, D.E. (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, *84*, 123-145.

Carter, A. & Hall, W.D. (2010). The need for more explanatory humility in addiction neurobiology. *Addiction*, *105*, 790-791. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02783.x.

Comings, D.E., Gade, R., Wu, S, et al. (1997). Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Molecular Psychiatry*, *2*, 44-56.

Comings, D.E., Gonzalez, N., Wu, S., et al. (1999). Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American Journal of Medical Genetics*, *88*, 358-368.

Cunha, R. (2023). Not Published. Lecture of Synaptic Function, Neurophysiology and Cognition (2022/2023), Faculty of Medicine, University of Coimbra.

Crockford, D.N., Goodyear, B., Edwards, J., Quickfall, J., & el-Guebaly N. (2002). Cue- induced brain activity in pathological gamblers. *Biological Psychiatry*, *58*, 787-795.

Dackis, C. & O'Brien, C. (2005). Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, *8*, 1431-1436.

Diskin, K.M. & Hodgins, D.C. (2000). Narrowing of attention and dissociation in pathological video lottery gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *16*, 461-467.

Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., & van den Brink, W. (2005). Decision making in pathological gambling: a comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Cognitive Brain Research*, *23*(1), 137-51.

Grant, J.E. (2011). *Neurobiology and Pathological Gambling. University of Minnesota.* Gambling and the Brain: Why Neuroscience Research is Vital to Gambling Research – NCRG. Volume 6.

Grant, J.E., Brewer, J.A., & Potenza, M.N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, *11*(12), 924-930. https://doi.org/10.1017/s109285290001511x.

Grant, J. E., Schreiber, L. R., & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and treatment of behavioural addictions. Canadian Journal of Psychiatry. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, *58*(5), 252–259. https://doi.org/10.1177/070674371305800502.

Kalant, H. (2010). What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction* (Abingdon, England), *105*(5), 780–789. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02739.x.

Leeman, R. F., & Potenza, M. N. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: an emerging area of research. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *58*(5), 260–273. https://doi.org/10.1177/070674371305800503.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, *278*(5335), 45-47.

National Center for Responsible Gaming (2011). *Increasing the Odds, Gambling and the Brain: Why Neuroscience Research is Vital to Gambling Research*, Volume 6.

Potenza, M. N. (2009). The importance of animal models of decision making, gambling, and related behaviors: implications for translational research in addiction. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *34*(13), 2623–2624. https://doi.org/10.1038/npp.2009.152.

Neuropsychopharmacology (2009). *Official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *34*(13), 2623–2624. https://doi.org/10.1038/npp.2009.152.

Newlin, D. B. (2008). Are "physiological" and "psychological" addiction really different? well, no! ... um, er, yes?. *Substance use & misuse*, *43*(7), 967–971. https://doi.org/10.1080/10826080802097389.

Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Skudlarski, P., Fulbright, R. K., Lacadie, C. M., Wilber, M. K., et al. (2003). Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, *60*(8), 828-836.

Prada, M., Camilo, C., Garrido, M. V., & Rodrigues, D. L. (2021). O diabo está nos pormenores: Introdução às normas para escrita científica da American Psychological Association (7ª edição). *PSICOLOGIA*, *35*(1), 95–146. https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i1.1727.

Reilly, C. (2011). *Gambling and the Brain: Why Neuroscience Research Matters.* Senior Research Director, National Center for Responsible Gaming. Gambling and the Brain: Why Neuroscience Research is Vital to Gambling Research – NCRG. Volume 6.

Shaffer, H. J., & Kidman, R. C. (2003). Shifting perspectives on gambling and addiction. *Journal of Gambling Studies, 19*(1), 1-6.

Shah, K.R., Potenza, M.N., & Eisen, S.A. (2004). *Biological basis for pathological gambling*. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Eds.), Pathological gambling: a clinical guide to treatment, 127-142. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

Spanagel, R. (2010). A call for systems approaches in addiction research. *Addiction, 105*, 791-792. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02793.x.

Uhl, G. R., & Grow, R. W. (2004). The burden of complex genetics in brain disorders. *Archives of general psychiatry, 61*(3), 223–229. https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.223.

van Holst, R. J., van den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E. (2010). Brain imaging studies in pathological gambling. *Current Psychiatry Reports, 12*(5), 418-425.

Volpicelli, J.R., Alterman, A.L., Hayashida, M., & O'Brien, C.P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry, 49*, 876-880.

Winstanley, C. A. (2011). *The Rat Gambling Task: Understanding the Role of Serotonin and Dopamine in Pathological Gambling*. University of British Columbia. Gambling and the Brain: Why Neuroscience Research is Vital to Gambling Research – NCRG. Volume 6.

Zeeb, F.D., Robbins, T.W. & Winstanley, C.A. (2009). Serotonergic and dopaminergic modulation of gambling behavior as assessed using a novel rat gambling task. *Neuropsychopharmacology, 34*(1), 1-15. DOI: 10.1038/npp.2009.6

REHABILITATION TECHNOLOGIES IN THE TRAINING OF PHYSIOTHERAPISTS OF THE IBERIAN PENINSULA: AN OBSERVATIONAL STUDY OF INNOVATIONS IN HIGHER EDUCATION

Tarciano Batista e Siqueira
UFAM - Universidade Federal do Amazonas | tarcianosiqueira@ufam.edut.br

José Alberto Frade Martins Parraça
Universidade de Évora | jparraca@uevora.pt

João Paulo Brites de Sousa
Universidade de Évora | jsousa@uevora.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Lara Guedes de Pinho
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal
lmgp@uevora.pt

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Siqueira, T., Parraça, J., & Sousa, J. (2025). Rehabilitation technologies in the training of physiotherapists of the iberian peninsula: an observational study of innovations in higher education. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 430-442). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

ABSTRACT

Background: The evolving nature of the physiotherapist's professional performance is a topic of ongoing reflection in the field. The use of rehabilitation technologies with artificial intelligence has become increasingly prevalent in the clinical practice of physical therapy, automating physical rehabilitation programs. **Objective:** The objective of this study is to identify the inclusion of new rehabilitation technologies in the training and teaching of clinical practice of physiotherapists in the Iberian Peninsula and to encourage cross-border collaboration for the development of higher education in the area of physiotherapy in Portugal and Spain. **Methods:** This study involves observing and analyzing qualitative data. A previous guide was developed to help direct the observation towards both the physical structure and the curricular structure of the courses. This guide was used to collect data on-site in teaching laboratories, places where clinical practices in physiotherapy are taught, and through the analysis of official documents. The script included a question with 5 items for observing technologies in the physical space and another question with 3 items for analyzing the theoretical integration of rehabilitation technologies into physiotherapy curricula. **Results:** There are a total of 87 Higher Education Institutions in the Iberian Peninsula that provide physiotherapy training. These institutions are currently offering 7686 places for aspiring physiotherapy students in the year 2023. Two higher education institutions have agreed to host the research on their premises. At HEI1, we discovered that there are monitors available for telerehabilitation, as well as immersive or non-immersive virtual reality equipment. During the observation of the HEI2 spaces, we discovered monitors for telerehabilitation, as well as immersive or non-immersive virtual reality equipment and motion capture sensors. During the curricular observation at HEI1, no curricular units related to the topic or any mention of the use of technologies were discovered. However, at HEI2 we offer an optional Curricular Unit focused on Digital Health practices. **Conclusion:** There is an urgent need to make changes to the current curricular structure and the structure of clinical practices in the training of physiotherapists. Continual advancements in biomedical technologies lead to the constant emergence of new technologies and approaches. It is crucial to stay updated, acquire knowledge, and conduct new studies in order to foster the necessary innovations in higher education within this field.

Keywords: Higher education; Physiotherapy; Technologic innovation.

1 - Introduction

The Iberian Peninsula, comprising Portugal and Spain, stands as a region characterized by a longstanding tradition of shared boundaries and collaborative endeavors across various domains (Amalia Yunia Rahmawati, 2002). Notably, education has emerged as a focal point of

cooperation between these nations, gaining momentum particularly after the inception of the Bologna process in 1999. This transformative initiative harmonized educational standards within the European Union, fostering increased collaboration and student mobility between universities while upholding the autonomy of each educational institution (Štech, 2011). Within this educational tapestry, physiotherapy, a discipline vital for promoting health and rehabilitation, takes center stage in our investigation conducted across the Iberian Peninsula.

In the unique context of the Iberian Peninsula, the trajectory of physiotherapy unfolds with distinctive historical nuances and a contemporary state shaped by collaborative efforts. The establishment of physiotherapy as a specialty in Spain dates back to 1957, solidifying its integration within the activities of the ATS – Health Technical Assistant through a Royal Decree. Over time, this field has evolved, accumulating a rich repertoire of techniques and knowledge crucial for professional advancement (Raposo Vidal et al., 2001). The journey of physiotherapy in Spain further progressed with its formal inclusion in university education through legislative reforms, culminating in the recognition of the Degree in Physiotherapy in 2005 (Raposo Vidal et al., 2001).

Portugal's venture into physiotherapy education commenced in 1979 with the establishment of Polytechnic Higher Education and Health Schools, evolving in the 1990s. This laid the foundation for academic training in higher education, leading to the integration of physiotherapists into the Diagnostic and Therapeutic Technician (TDT) career in 1985 (Emanuel, V; Carla, B; Cristina, G; & Isabel, 2006). Portugal's alignment with the European Economic Community in 1986 prompted adjustments to meet European Directives, elevating physiotherapist training to higher education standards. Subsequently, the Polytechnic System of Teaching shaped physiotherapists as higher-level professionals, providing a distinctive trajectory within the Iberian context (Emanuel, V; Carla, B; Cristina, G; & Isabel, 2006).

Continuing with the evolution of physiotherapy in the Iberian Peninsula, the contemporary landscape is marked by the significant incorporation of cutting-edge technologies into clinical practices, transforming the way physiotherapists engage in patient rehabilitation. Robotic technologies, immersive virtual reality, and digital innovations have become integral tools in the physiotherapist's repertoire, offering novel approaches to enhance patient outcomes (Health Education England, 2019). Robotic assistants programmed to execute physical rehabilitation programs and immersive virtual reality environments for targeted therapeutic interventions exemplify the progressive integration of technology in the physiotherapeutic domain(Kumar et al., 2021).

The utilization of these advanced technologies is not merely complementary but also transformative, prompting continuous reflection on the evolving role of physiotherapists in the face of such innovations (Hassett et al., 2021). As artificial intelligence, embedded in smart clothing with motion sensors, captures body movements, and robots autonomously execute rehabilitation routines, the professional landscape of physiotherapy evolves with the symbiotic relationship between practitioners and technology (Yang et al., 2020). The intersection of traditional clinical expertise and innovative technological applications signifies a pivotal juncture in the profession's trajectory.

To delve into the intricacies of this transformative landscape, this study is meticulously designed with the dual objective of identifying the integration of novel rehabilitation technologies in the training and education of physiotherapists across the Iberian Peninsula and fostering collaborative advancements in higher education between Portugal and Spain within the dynamic field of physiotherapy. It embarks on a comprehensive exploration of how these technologies shape educational curricula and clinical practices, offering insights into the symbiotic relationship between traditional physiotherapeutic principles and cutting-edge technologies. This research endeavors to contribute to the ongoing evolution of the profession by illuminating collaborative opportunities between the two nations for the enhancement of physiotherapy education and practice.

2 - Methods

2.1 - Research Design

The chosen methodology for this study is rooted in its overarching goal of comprehensively identifying and understanding the integration of new rehabilitation technologies in the training and education of physiotherapists within the Iberian Peninsula, while concurrently fostering collaboration between Portugal and Spain for the advancement of higher education in physiotherapy. Embracing a multi-methodological approach, the study amalgamates qualitative strategies, incorporating elements of philosophical analysis and analytical research as outlined by Schoonenboom and Johnson (2017).

The utilization of intensive observation facilitates a nuanced and accurate depiction of the studied environment, enabling the interpretation and analysis of data through the lens of privacy and narratives, as advocated by Coy (2019). The descriptive-analytical research aspect aims to elucidate the current status and situation of the research object, allowing for the expression of opinions and the projection of future developments (Omair, 2015).

Data acquisition methods involve the administration of an unbiased pre-existing survey and a meticulous descriptive analysis of documents and information from official sources responsible for accrediting higher education programs in the Iberian Peninsula. This methodology was selected to ensure a comprehensive and nuanced exploration of the subject matter, aligning with the study's objectives and facilitating a robust foundation for collaboration and advancement in physiotherapy education.

2.2 - Ethical approval

The present investigation has obtained approval from the ethics committee of the University of Évora and adheres to all ethical principles outlined in the Helsinki Declaration. All experimental protocols involved the participants' completion of the free and informed consent form, along with the acknowledgment of responsibility by the principal investigator.

2.3 - Participants

Two Higher Education Institutions from the Iberian Peninsula that represented physiotherapy training in this region of Europe took part in this study. The HEIs were publicly funded and physiotherapy courses were overseen by the national organization in charge of accrediting and ensuring the quality of higher education.

To underscore the significance of advancing innovations in the training of Physiotherapists in the Iberian Region, we find it essential to highlight details about the Higher Education Institutions offering this training and the yearly available slots for aspiring professionals from the Iberian Peninsula. Despite the numerous institutions providing this training, we deliberately approached one higher education institution in each country, operating a physiotherapy course, and situated in proximity to the University of Évora, where our research is based. It's important to note that while the considered institutions could be public or private, the criterion of geographical proximity ultimately led us to choose only public institutions to ensure logistical feasibility for the research, particularly given the absence of funding for this study.

2.4 - Procedure

The procedures for conducting this study were detailed during a 4-month visit to the University of Castilla – La Mancha in Spain. This allowed for firsthand observation of the teaching clinical practice in an undergraduate

course for physiotherapists. The Resort facilitated the delineation of research methods to be implemented in other Higher Education Institutions in the Iberian Peninsula, based on a script developed during this retreat.

With the help of a guide, we carried out our research by directly observing the teaching and clinical practice departments, as well as the training of physiotherapists. Relevant information was gathered from the course curriculum at the HEIs. Further information was gathered from official websites that are responsible for sharing data on accreditation and the number of higher education courses in the Iberian Peninsula.

Understanding the number of higher education institutions offering physiotherapy courses and the annual vacancies is crucial for gaining a comprehensive perspective on the training landscape in the Iberian Peninsula. This information facilitates an extended exploration of institutions, prompting reflection among trainees and educators to innovate their curriculum and enhance technical-scientific approaches and skills.

2.5 - Question Formats

The question formats within the script were carefully designed to align with the diverse objectives of the research. The first format employed two objective questions with multiple alternatives (A, B, C, D, E) listed in Table 3, aiming to facilitate a comprehensive observation of physical spaces such as teaching laboratories, classrooms, and areas dedicated to clinical practice. Each item in this format required a singular selection, ensuring a focused response in line with the research objectives.

In the second format, exemplified by Table 4, the script posed three specific questions concentrating on the distinctive elements of the physiotherapy course curriculum. This format included a binary response system, allowing for the identification of the presence or absence of each item. Moreover, an additional space was thoughtfully incorporated, providing flexibility for the researcher to furnish supplementary details during the analysis. This approach enabled a more nuanced exploration, allowing for the documentation of partial presence or any noteworthy observations that might contribute to a richer understanding of the physiotherapy education landscape.

Overall, the combination of these two question formats offered a well-rounded approach, ensuring that the research questions were sufficiently articulated to capture the intricacies of both physical spaces and curriculum components. The structured formats were instrumental in eliciting responses that directly corresponded to the research objectives, fostering a thorough and detailed analysis of the physiotherapy training and education landscape in the Iberian Peninsula.

2.6 - Analisys

The data were presented in four tables in the results and described in the narrative of the information obtained during the observations conducted. An analysis was conducted using descriptive statistics to examine the relationship between physiotherapy courses and annual vacancies at IES Iberia. The data was collected and analyzed using Microsoft Excel (Quintela-del-Río & Francisco-Fernández, 2017).

3 - Results

In order to gain a deeper understanding of the data from this study, we decided to divide the results into two distinct sections. Each section focuses on a specific goal. The initial part aims to highlight the significance of physiotherapy by referencing data published on official platforms of higher education institutions in the Iberian Peninsula, such as the DGES "Direção Geral do Ensino Superior" in Portugal and the Spanish Ministry of Higher Education. The second part presents the findings from the analysis of the training structure of Higher

Education Institutions (HEIs) that underwent on-site research. The goal was to gain insights into how technological and methodological innovations are being integrated into the training of physiotherapists.

3.1 – Physiotherapy Training in Numbers

To better understand physiotherapy training, Table 1 presents some information about Higher Education Institutions - HEIs in the Iberian Peninsula. Around 87 HEIs offer a higher-level physiotherapy study program in this region. When classifying these Higher Education Institutions (HEIs), it is observed that 56% of them are publicly funded, while the remaining 44% are privately funded. Out of the entire set of Higher Education Institutions (HEIs) that have been identified, 25% are situated in Portugal, whereas the remaining 74.71% are located in Spain.

Spain exhibits a higher number of public Higher Education Institutions (HEIs) specializing in physiotherapy. Specifically, 62% of all HEIs in Spain are public, which accounts for 81% of the public HEIs in the Iberian Peninsula and 46% of all institutions offering physiotherapy training in the Iberian Peninsula. In Portugal, the distribution of physical therapy institutions is such that 59% are privately owned, while the remaining 41% are publicly funded.

TABLE 1
HEI of Physiotherapy

Location	***Total of HEIs***	***HEIs Public***	***Private HEIs***
Iberian Peninsula	(n= 87)	49 / 56%	38 / 44%
Portugal	22 / 25%	9 / 18%	13 / 34%
Spain	65 / 75%	40 / 82%	25 / 66 %

Note. HEI: Higher Education Institutions

The knowledge of the number and classification (public or private) of institutions providing physiotherapy courses in Portugal and Spain is vital for steering bilateral collaboration. This information guides the development of educational policies that cater to both public and private sectors, fostering equality in the quality of teaching and professional training.

In Table 2, we have aggregated data from the DGES (General Directorate of Higher Education) in Portugal and the Spanish Ministry of Higher Education. This data pertains to the number of available positions for higher education in the field of physiotherapy. The analysis demonstrates that the quantity of vacancies exhibits variability across institutions, irrespective of their classification as private or public.

In the year 2023, a total of 7,686 new positions were created for advanced physiotherapy courses across the Iberian Peninsula. Among these vacancies, 47% were offered in public institutions, while the remaining 53% were provided by private institutions. A comprehensive analysis was conducted, revealing that 51% of the available vacancies in Spain and 66.54% in Portugal were designated for prospective physiotherapy students in private higher education institutions during the current academic year.

TABLE 2
Annual offer of vacancies in (2023)

Location	*Total Vacancies*	*Vacancies in PUHEI*	*Vacancies in PRHEI*
Iberian Peninsula	(n = 7.686)	3.600 / 47%	4086 / 53%
Portugal	1.058 /14%	354 / 10%	704 / 17%
Spain	6.628 / 86%	3.246 / 90%	3382 / 83%

Note. PUHEI: Public Higher Education Institution; PRHEI: Private Higher Education Institution

Presenting the annual vacancies for aspiring physiotherapists serves the purpose of prompting reflection on institutional responsibility. The aim is to encourage institutions to innovate their training methods, ensuring that future physiotherapists are well-prepared and equipped with skills that remain effective and relevant amidst the evolving landscape of technology and computerization in their field.

3.2 – Analysis of the Formative Structure

We conducted an observational analysis in the physiotherapy teaching departments of two HEIs – Higher Education Institutions in the Iberian Peninsula that hosted this on-site research. As indicated in Table 3 - Teaching and Clinical Practice Structure. The initial inquiry of the script centered around the exploration of technologies that hold promise for clinical applications in the field of rehabilitation. It was possible to determine in the physical space of the HEIs which assistants were present to support teachers in conducting clinical physiotherapy activities that involved technology.

When observing the physical space of HEI1, seven rooms equipped for teaching physical therapist clinical practice were visited. During the observation, [item B] digital technologies (smart watches, tablets, and others), [item D] motion capture sensors, and [item E] robotic equipment or artificial intelligence were not found. Partially found [item A] monitors for telerehabilitation and, in full, [item C] immersive or non-immersive virtual reality equipment.

When observing the physical space of HEI2, five spaces dedicated to teaching physical therapist clinical practice were visited. During the observation, we did not find [item B] digital technologies (smart watches, tablets, etc.) or [item E] robotic equipment or artificial intelligence. Partially found were [item A] monitors for telerehabilitation, [item C] immersive or non-immersive virtual reality equipment, and [item D] motion capture sensors.

TABLE 3
Clinical Practice Teaching Structure

		HEI Analyzed	
	Items Checked During in Loco Observation of HEIs	1.º	2.º
A	Television monitors based on the teaching of evaluation and follow-up of patients with “telerehabilitation”	■	■

TABLE 3 (CONTINUATION)
Clinical Practice Teaching Structure

	Items Checked During in Loco Observation of HEIs	*HEI Analyzed* 1.º	2.º
B	*Digital technologies: Smart watch, tablets or other that allow to simulate performances of clinical activities with these*	■	■
C	Virtual reality equipment immersive or non-immersive.	■	■
D	Wearable motion capture sensors	■	■
E	Robotic equipment or artificial intelligence used for rehabilitation purposes	■	■

Note.
HEI: Higher Education Institution
■: Present in the teaching structure.
■: Partially present in the teaching structure.
■: Absence in the teaching structure.

Given the study's focus on evaluating physiotherapy education issues within the Iberian Peninsula rather than making direct comparisons between countries, we intentionally chose not to disclose the specific nationalities of IES1 and HEI2. However, it is pertinent to note that both institutions are public, with one located in Portugal and the other in Spain.

After the presentation of the results, we will showcase data regarding the analysis of the structure of training curricula. In the study that addressed the second question of the script, we examined course descriptions for indications of promoting innovative methods and clinical approaches backed by rehabilitation technologies.

According to Table 4: Curricular Training Structure, the analysis findings indicate that HEI1's curriculum lacks specific curricular units that focus on teaching rehabilitation approaches involving technology. No evidence was found suggesting the use of teaching methods that enhance learning and foster the development of clinical reasoning in student apprentices through technology-mediated approaches. However, at HEI2, we discovered a subject that is not required, meaning it is optional, which focuses on Digital Health and Health Innovation practices.

TABLE 4
Curriculum Structure

	Items Presented During Analysis of the Structure of the Graduate Curriculum in Physiotherapy	*HEI Analyzed* 1.º	3.º
A	Specific subjects for teaching rehabilitation approaches using technologies	■	■

TABLE 4 (CONTINUATION)
Curriculum Structure

B	*There were one or more subjects related to the physiotherapist's areas of action that clearly mentioned rehabilitation approaches using technologies.*	■	■
C	The curriculum alluded to the importance of incorporating innovative teaching methodologies and updating the educational content with the aim of bringing physiotherapy students closer to technological competence in their training.	■	■

Note.
HEI: Higher Education Institution
■: Present in the curriculum structure.
■: Partially present in the curriculum structure.
■: Absence in the curriculum structure.

In this study, we systematically explore physiotherapy education in the Iberian Peninsula by quantifying institutions and understanding their annual intake of physiotherapy aspirants. The subsequent curriculum analysis of two selected institutions aims to shed light on the integration of rehabilitation technologies in teaching practices. Our method involves a holistic approach, connecting quantitative data on educational programs with a qualitative understanding of technology incorporation. This bridges the gap between institutional data and practical application in teaching laboratories. The forthcoming discussion section will delve into the advantages and benefits of rehabilitation technologies, providing a comprehensive synthesis of our findings.

4 - Discussion

This study sought to explore the integration of innovative rehabilitation technologies in the training and clinical practice instruction of physiotherapists in the Iberian Peninsula. Additionally, it aimed to foster collaboration between Portugal and Spain to enhance higher education in the field of physiotherapy. We acknowledge the importance of explicitly highlighting the advantages and benefits of rehabilitation technologies within the context of our study. The initial phase aimed to provide a comprehensive overview of physiotherapy education in the Iberian Peninsula by quantifying the total number of public and private courses and the corresponding annual student intake. Subsequently, our analysis delved into the curriculum of selected institutions, focusing on subjects related to the integration of rehabilitation technologies.

The relevance of this sequential approach lies in establishing a foundation by identifying the prevalence of physiotherapy courses and their capacities. This sets the stage for a nuanced examination of the curriculum, allowing us to ascertain the extent to which these institutions incorporate technology-focused subjects. The on-site analysis of physiotherapy teaching laboratories further complements this, providing empirical insights into the practical integration of rehabilitation technologies.

By integrating these components, our study endeavors to bridge the gap between quantitative data on educational programs and a qualitative understanding of how these programs leverage technology. This holistic approach enables a comprehensive evaluation of the current state of physiotherapy education in the Iberian Peninsula, laying the groundwork for future considerations regarding curriculum enhancement and technological integration for the benefit of both educators and aspiring physiotherapists. The forthcoming

discussion section will delve into the advantages and benefits of rehabilitation technologies, providing a comprehensive synthesis of our findings.

In order to present data on physiotherapy training, we collected information from official sources such as the DGES ("Direção Geral de Ensino Superior de Portugal") and the Ministry of Universities of Spain, which are recognized authorities in the field.

With the advancement of modern technologies in healthcare, physiotherapists are striving to adjust their approaches in order to enhance health and well-being. They are now incorporating a "technological component" into their clinical practice, based on scientific evidence (Guo et al., 2016). This component brings a fresh approach to the daily work of physiotherapists, who can be referred to as "e-health professionals" when they incorporate technologies into their practice. (Mesko & Győrffy, 2019).

Discussing advancements in higher education involves laying the groundwork for substantial transformations in shaping the future. The aim is to ensure that these transformations can effectively serve society by leveraging the available resources and tools. The script aimed to find HEIs with advanced technological equipment and professionals who could provide practical learning opportunities in simulations, clinical practice, injury prevention, clinical assessment, patient monitoring, and physical rehabilitation. Given that the study's aim is not to directly compare the structural differences between universities and countries, the names HEI1 and HEI2 were included.

The text already offers a clear response to that question regarding the purpose of conducting the study in the Iberian Peninsula. It emphasizes the broader objective of discussing advancements in higher education as a means of laying the groundwork for substantial transformations. The passage also outlines specific goals related to finding institutions with advanced technological equipment and professionals capable of providing practical learning opportunities.

Furthermore, the clarification that the study's aim is not to directly compare structural differences between universities and countries, and the decision to use generic identifiers (HEI1 and HEI2), align with the notion of focusing on advancements in education rather than making direct comparisons.

In our exploration of physiotherapy education in the Iberian Peninsula, our primary focus is on understanding how emerging physiotherapists acquire skills in patient rehabilitation using advanced technologies, including digital technologies, robotics, and artificial intelligence. The theoretical research landscape has witnessed numerous studies guiding transformative changes in theoretical frameworks, setting the stage for our practical investigations. Through our hands-on methods, we identified certain limitations in the integration of technology into physiotherapy training, with a particular emphasis on the curriculum structure.

We meticulously examined how these technologies are incorporated into the physiotherapy training program, exploring methods such as dedicated subjects and evolving teaching practices aligned with the curriculum. This examination is centered on the potential advancements in technology that hold promise for individuals undergoing physical rehabilitation and the training programs preparing professionals for this field.

The investigation revealed a discernible gap in the integration of robotic technologies within physiotherapy curricula. Despite substantial scientific evidence supporting the efficacy of robotic equipment in patient rehabilitation, the observed analysis underscored a limited presence in the courses examined. Noteworthy studies on the successful application of robotic technologies in physiotherapy include Picelli et al. (2016) and (Yang et al., 2020), illustrating the potential benefits in improving clinical outcomes and enhancing patient engagement.

Addressing the use of artificial intelligence (AI) in physiotherapy education, the study identified a scarcity of explicit incorporation into the curriculum. While various research studies, such as Cheng et al. (2020) and Kumar et al. (2021), demonstrate the promising impact of AI in optimizing treatment plans and personalizing rehabilitation programs, our observational analysis highlighted a lack of corresponding emphasis in the

curricular content. These studies substantiate the need for more deliberate efforts in integrating AI education into physiotherapy training programs.

The examination of telerehabilitation and virtual reality (VR) in physiotherapy training unveiled a comparable scenario. Despite compelling research evidence, including studies by Sapci & Sapci, (2019) and Clark et al. (2019), showcasing the efficacy of telerehabilitation and VR in augmenting physiotherapy interventions, the current study revealed a conspicuous absence or minimal inclusion in the curriculum. These findings underscore the apparent discrepancy between the demonstrated potential of these technologies and their limited representation in the educational framework.

Tables 1 and 2 presented in the results section offer a comprehensive breakdown of the observational analysis. Table 1 outlines specific subjects related to technologies in the course curriculum, while Table 2 presents the presence of robotic, digital, virtual reality, and artificial intelligence technologies in physiotherapy teaching laboratories. These tables contribute to a nuanced understanding of the limited incorporation of technology in physiotherapy education, providing a clear visualization of the observed trends and offering valuable insights for future considerations and improvements in curricular design.

A "e-health professional" is someone who specializes in incorporating technologies into their clinical practice and is well-versed in the most trusted sources of health technologies. These professionals possess a strong understanding of healthcare technologies, demonstrate proficiency in operating technological equipment, and adhere to regulations in their clinical practice (Mesko & Győrffy, 2019).

Understanding the potential of new digital health technologies to enhance care capabilities is of utmost importance. The World Health Organization (WHO) has released a classification of digital health technologies to provide guidance on their use, aiming to alleviate the administrative workload on healthcare professionals. This, in turn, seeks to enhance the creativity and unique abilities of healthcare professionals while enhancing the safety and effectiveness of healthcare. (WHO, 2019).

In the realm of physiotherapy, the World Confederation for Physical Therapy has directed its focus towards rehabilitation practices that utilize technology. In 2017, she formed a task force in partnership with the International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities to create a white paper that examines the practice and regulation of physiotherapy in the digital era (Lee et al., 2020).

Physiotherapy is recognized for its rigorous approach to research and analysis. Over time, a substantial body of evidence has been gathered regarding the efficacy of technological elements, particularly in the realms of prevention, physical assessment, implementation, and monitoring (Scurlock-Evans et al., 2014).These techniques are in line with the skills of physical therapists, who are progressively investigating novel approaches to rehabilitation that do not require direct patient interaction, carrying out tasks that were formerly done by hand (Condon et al., 2016). However, university education is lagging behind in adapting to the demand for incorporating digital media and advancing into the realm of robotic AI.

4.1 - Contributions and Practical Implications of this Study:

One of the primary objectives in this study was to foster cross-border collaboration for the advancement of higher education in the field of physiotherapy in Portugal and Spain. Additionally, our aim was to identify the incorporation of new rehabilitation technologies in the training and clinical practice instruction of physiotherapists across the Iberian Peninsula. Aligned with the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly focusing on "Quality Health" (ODG 3), "Quality Education" (ODA 4), and "Industry, Innovation and Infrastructures" (OA 9) (Franco et al., 2019), our study seeks to address the future prospects of young professionals in the physiotherapy field.

In practical terms, our findings underscore the significance of physiotherapy education in the Iberian context. As numerous higher education institutions annually graduate aspiring physiotherapists, there is a pressing

need to adapt curricula to accommodate advancements in technology, particularly Artificial Intelligence. To contribute to curricular change, this study emphasizes the imperative for institutions to update their programs, ensuring that future physiotherapists are adequately equipped to navigate evolving clinical landscapes and adeptly incorporate emerging technologies in rehabilitation (Leal Filho et al., 2021).

5 - Conclusion

The findings of this study highlight a clear imperative for addressing the challenges and improving rehabilitation practices in the field of physiotherapy. The evidence presented underscores the necessity for a comprehensive review, not only of the curriculum but also the integration of specific curricular areas or units that focus on new rehabilitation technologies. This nuanced approach ensures a targeted response to the evolving demands of the modern market. Professionals must be equipped with a skill set that encompasses both traditional methods and the latest advancements in biomedical technologies. As the field continues to witness the constant emergence of new technologies, ongoing research becomes indispensable for staying at the forefront of physiotherapy education and practice.

Acknowledgements

I would like to express my gratitude to the entire organizing team of the 5th National Congress on Health Education, who dedicated their time to mediate the review of this text and bring it to life as one of the chapters of the e-book “Promotion and Education for Health: Innovation and Sustainability for Well-Being.”

6 - References

Amalia Yunia Rahmawati. (2002). *Geopolitical Traditions* (D. Atkinson & K. Dodds (eds.); Issue July). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203449110.

Cheng, C.-T., Chen, C.-C., Fu, C.-Y., Chaou, C.-H., Wu, Y.-T., Hsu, C.-P., Chang, C.-C., Chung, I.-F., Hsieh, C.-H., Hsieh, M.-J., & Liao, C.-H. (2020). Artificial intelligence-based education assists medical students’ interpretation of hip fracture. Insights into Imaging, 11(1), 119. https://doi.org/10.1186/s13244-020-00932-0.

Clark, W. E., Sivan, M., & O’Connor, R. J. (2019). Evaluating the use of robotic and virtual reality rehabilitation technologies to improve function in stroke survivors: A narrative review. Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering, 6, 205566831986355. https://doi.org/10.1177/2055668319863557.

Condon, C., McGrane, N., Mockler, D., & Stokes, E. (2016). Ability of physiotherapists to undertake evidence-based practice steps: a scoping review. *Physiotherapy*, *102*(1), 10–19. https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.06.003.

Coy, M. J. (2019). Research Methodologies: Increasing Understanding of the World. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*, *9*(1), p8511. https://doi.org/10.29322/IJSRP.9.01.2019.p8511.

Emanuel, V; Carla, B; Cristina, G; & Isabel, M. (2006). O processo de profissionalização dos fisioterapeutas portugueses. *A Revista Portuguesa de Fisioterapia-Arquivos de Fisioterapia.*, *1 nº* 2.

Franco, I., Saito, O., Vaughter, P., Whereat, J., Kanie, N., & Takemoto, K. (2019). Higher education for sustainable development: actioning the global goals in policy, curriculum and practice. *Sustainability Science*, *14*(6), 1621–1642. https://doi.org/10.1007/s11625-018-0628-4.

Guo, P., Watts, K., & Wharrad, H. (2016). An integrative review of the impact of mobile technologies used by healthcare professionals to support education and practice. *Nursing Open*, *3*(2), 66–78.

https://doi.org/10.1002/nop2.37.

Hassett, L., van den Berg, M., Weber, H., Chagpar, S., Wong, S., Rabie, A., McCluskey, A., Lindley, R. I., Crotty, M., & Sherrington, C. (2021). Activity and MObility UsiNg Technology (AMOUNT) rehabilitation trial – description of device use and physiotherapy support in the post-hospital phase. *Disability and Rehabilitation*, *43*(24), 3454–3460. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1790679.

Health Education England. (2019). The Topol Review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care. National Health Service (NHS), February, 102. https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.

Kumar, A., Gadag, S., & Nayak, U. Y. (2021). The beginning of a new era: Artificial intelligence in healthcare. Advanced Pharmaceutical Bulletin, 11(3), 414–425. https://doi.org/10.34172/apb.2021.049.

Leal Filho, W., Frankenberger, F., Salvia, A. L., Azeiteiro, U., Alves, F., Castro, P., Will, M., Platje, J., Lovren, V. O., Brandli, L., Price, E., Doni, F., Mifsud, M., & Ávila, L. V. (2021). A framework for the implementation of the Sustainable Development Goals in university programmes. *Journal of Cleaner Production*, *299*. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2021.126915.

Lee, A., Finnin, K., Holdsworth, L., Millette, D., & Peterson, C. (2020). Digital Physical Therapy Practice Task Force - Final Report. *World Confederation for Physical Therapy, International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities.*, *March*. https://world.physio/sites/default/files/2020-06/WCPT-INPTRA-Digital-Physical-Therapy-Practice-Task-force-March2020.pdf.

Mesko, B., & Győrffy, Z. (2019). The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(3), e12490. https://doi.org/10.2196/12490.

Omair, A. (2015). Selecting the appropriate study design for your research: Descriptive study designs. *Journal of Health Specialties*, *3*(3), 153. https://doi.org/10.4103/1658-600X.159892.

Picelli, A., Bacciga, M., Melotti, C., LA Marchina, E., Verzini, E., Ferrari, F., Pontillo, A., Corradi, J., Tamburin, S., Saltuari, L., Corradini, C., Waldner, A., & Smania, N. (2016). Combined effects of robot-assisted gait training and botulinum toxin type a on spastic equinus foot in patients with chronic stroke: a pilot, single blind, randomized controlled trial alessandro. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 759–766.

Quintela-del-Río, A., & Francisco-Fernández, M. (2017). Excel Templates: A Helpful Tool for Teaching Statistics. *The American Statistician*, *71*(4), 317–325. https://doi.org/10.1080/00031305.2016.1186115.

Raposo Vidal, I., Fernández Cervantes, R., Martínez Rodríguez, A., Sáez Gómez, J. M., Chouza Insua, M., & Barcia Seoane, M. (2001). La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia. *Fisioterapia*, *23*(4), 206–217. https://doi.org/10.1016/S0211-5638(01)72957-4.

Sapci, A. H., & Sapci, H. A. (2019). Digital continuous healthcare and disruptive medical technologies: m-Health and telemedicine skills training for data-driven healthcare. Journal of Telemedicine and Telecare, 25(10), 623–635. https://doi.org/10.1177/1357633X18793293.

Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design. *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, *69*(S2), 107–131. https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1.

Scurlock-Evans, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic

review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*, *100*(3), 208–219. https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001.

Štech, S. (2011). The Bologna Process as a New Public Management Tool in Higher Education. *Journal of Pedagogy / Pedagogický Casopis*, *2*(2), 263–282. https://doi.org/10.2478/v10159-011-0013-1.

WHO. (2019). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening: web supplement 2: summary of findings and GRADE tables. *No. WHO/RHR/19.7*.

Yang, G., Pang, Z., Jamal Deen, M., Dong, M., Zhang, Y.-T., Lovell, N., & Rahmani, A. M. (2020). Homecare Robotic Systems for Healthcare 4.0: Visions and Enabling Technologies. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, *24*(9), 2535–2549. https://doi.org/10.1109/JBHI.2020.2990529

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA DO TREINAMENTO DE FACILITADOR DO *CAREGIVER SKILLS TRAINING*: PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Thaís Cristina Angelote de Souza
Universidade Federal do Paraná | thaisangelote.ufpr@gmail.com

Maria de Fátima Joaquim Minetto
Universidade Federal do Paraná | fa.minetto@gmail.com

André Marques Choinski
Universidade Federal do Paraná | andrechoinski@gmail.com

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Souza, T., Minetto, M., & Choinski, A. (2025). Avaliação da qualidade técnica do treinamento de facilitador do *carehiver skills training:* perspetivas dos profissionais do sistema público de saúde. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 443-455). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

Objetivando o impacto social, a Organização Mundial da Saúde, em parceria com a *Autism Speaks*, organizou *o Caregiver Skills Training* (CST), um programa de capacitação parental. O programa visa viabilizar intervenções a cuidadores de crianças com autismo ou outros transtornos do neurodesenvolvimento, sobretudo nos países subdesenvolvidos. Neste contexto, a Prefeitura Municipal de Curitiba é pioneira na implementação desse programa no Brasil, e alguns profissionais de saúde receberam a capacitação e ofereceram treinamento a famílias. Assim, o objetivo foi verificar a qualidade técnica do treinamento de facilitador do *Caregiver Skills* Training sob a perspectiva dos profissionais de saúde e os impactos que perceberam nas suas práticas. O método utilizado foi um estudo descritivo qualitativo, de dados coletados a partir de um questionário online disponibilizado aos profissionais do Centro de Especialidades Médicas Encantar e de duas Unidades de Saúde por meio da plataforma *KoboToolBox*. Participaram da pesquisa 20 profissionais, sendo 2 da assistência social, 1 do administrativo e os outros da área da saúde (medicina, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem e técnico de saúde bucal). A pesquisa foi realizada com profissionais que passaram pelo treinamento de facilitadores do CST (*n*=13) e com profissionais que não passaram (*n*=7), mas que estão em contato diariamente com a equipe que realizou o treinamento, para verificar a influência do treinamento em seus atendimentos. O questionário incluiu questões sociodemográficas dos participantes, conteúdo e formato da capacitação que os profissionais receberam para implementar o CST e questões relacionadas às percepções dos profissionais sobre a influência do treinamento em suas práticas. Os dados resultantes apontam que 85% dos profissionais avaliaram o impacto do CST como relevante ou muito relevante em suas práticas, além da melhora ou muita melhora na qualidade dos atendimentos em seus locais de trabalho. 80% das respostas apontaram mudança na participação dos cuidadores nos cuidados dos filhos, direta ou indiretamente. Dos 13 participantes que receberam o treinamento, 92,3% consideraram o material didático relevante ou muito relevante; apesar disso, 69,23% alegaram tempo de duração de cada encontro insuficiente e 53,8% enfrentaram dificuldades ao receber o treinamento. Os resultados indicaram que os profissionais reconheceram o impacto positivo do treinamento do *Caregiver Skills Training* em suas práticas, direta ou indiretamente. Todavia, observou-se, na percepção dos profissionais, escassez de dinamicidade e práticas no conteúdo do treinamento, além da necessidade de ampliação da carga horária para maior aprofundamento, a fim de minimizar as dificuldades enfrentadas.

Palavras-chave: Transtorno do neurodesenvolvimento; Capacitação parental; Treinamento de profissionais.

Introdução

O papel de cuidador de uma criança com diagnóstico de autismo ou de outro transtorno do desenvolvimento é desafiador para as famílias, uma vez que impacta significativamente a rotina e as dinâmicas familiares (Pinto et al., 2016). Para abordar esse desafio e promover impacto social positivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com a *Autism Speaks*, lançou o programa *Caregiver Skills Training* (CST) - Programa de Treinamento para Pais de Crianças com Autismo e Outros Atrasos no Neurodesenvolvimento. O CST visa possibilitar intervenções apropriadas às famílias de crianças com algum transtorno do neurodesenvolvimento, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

Segundo o guia de implementação do CST feito pela OMS (2022), o programa foi desenvolvido para facilitar o acesso a habilidades e estratégias para pais de crianças com idades entre dois e nove anos, diagnosticadas com autismo ou outros atrasos no neurodesenvolvimento. Essas habilidades e estratégias incluem o envolvimento em atividades cotidianas com as crianças, promoção da comunicação e manejo de comportamentos desafiadores. Ademais, o programa visa promover o bem-estar, o autocuidado e a qualidade de vida dos cuidadores (OMS, 2022).

Ainda conforme o guia (OMS, 2022), o CST adota uma abordagem para capacitar profissionais de diversas áreas a conduzirem o treinamento dos pais. Não é necessário que esses profissionais sejam especialistas na área, pois o CST oferece treinamento para facilitadores. Esses facilitadores, por sua vez, são instruídos por supervisores especializados em desenvolvimento infantil ou saúde mental. O processo de treinamento inclui aulas expositivas e dialogadas, sessões práticas e visitas domiciliares supervisionadas. Os supervisores desempenham um papel crucial, oferecendo orientação, suporte e acompanhamento contínuo aos facilitadores durante a implementação do programa. Essa abordagem visa assegurar a qualidade e eficácia do treinamento dos pais, promovendo um ambiente de aprendizado enriquecedor e adaptado às necessidades específicas das famílias.

O CST já foi testado e está sendo implementado em mais de 30 países ao redor do mundo, com o objetivo de fornecer intervenções adequadas e de qualidade às famílias que possuem crianças com transtornos do neurodesenvolvimento (Salomone et al., 2019). Neste contexto, a Prefeitura Municipal de Curitiba, em parceria com o Instituto Ico Project, é pioneira na implementação do programa no Brasil. Os profissionais do Centro de Especialidades Médicas Encantar, ligados à Secretaria Municipal de Saúde, participaram da implementação, recebendo treinamento e oferecendo o CST às famílias. Além disso, algumas Unidades de Saúde do município também adotaram o treinamento.

Este estudo, portanto, visa responder às seguintes perguntas: Como os profissionais que atuam na linha de cuidados da rede de saúde percebem os efeitos do CST em suas práticas profissionais? Quais melhorias podem ser implementadas no treinamento de facilitadores do CST para aprimorar o processo de formação, conforme as opiniões dos profissionais envolvidos?

Revisão de Literatura

O Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5) conceitua os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TN) como um conjunto de sintomas e condições que impactam no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional do indivíduo, que podem ser percebidos logo no início do desenvolvimento. Os TN são classificados nesse manual como Deficiências Intelectuais, Transtornos da Comunicação, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Específico da Aprendizagem,

Transtornos Motores e Outros Transtornos do Desenvolvimento (*American Psychiatric Association* [APA], 2014).

Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a Deficiência Intelectual é caracterizada por déficits funcionais significativos no desenvolvimento intelectual e no comportamento adaptativo, no âmbito das habilidades práticas, sociais e conceituais. Já o Transtorno de Comunicação define-se pelo déficit no desenvolvimento da fala, da linguagem e da comunicação. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por um repertório de déficits na comunicação e interação social, além de apresentação de interesses restritos e comportamentos repetitivos e estereotipados.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é definido por níveis de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade que são prejudiciais ao funcionamento social, acadêmico e profissional do indivíduo. Já o Transtorno Específico da Aprendizagem, caracteriza-se pela dificuldade na aprendizagem de habilidades básicas acadêmicas, prejudicando a leitura, a escrita ou a matemática. Os transtornos motores do neurodesenvolvimento incluem o transtorno do desenvolvimento da coordenação, o transtorno do movimento estereotipado e os transtornos de tique (APA, 2014).

Os resultados obtidos na pesquisa de Pinto et al. (2016), revelam que o recebimento do diagnóstico de TEA ou de algum transtorno do neurodesenvolvimento é bastante desafiador para as famílias, por ocasionar em uma realidade nova para a família. Esse momento pode ser visto como um fator estressante que afeta a rotina e as relações entre os seus membros. Dessa forma, enfatiza-se a importância de que a família — principalmente os cuidadores — tenham uma rede de apoio consolidada, além de acompanhamento e orientação dos profissionais envolvidos na descoberta do diagnóstico.

Franco (2016) pondera que a família e muitos profissionais costumam assumir uma postura tecnicista em relação ao transtorno, buscando a razão e o tratamento do TN, alimentando expectativas de cura, com foco na deficiência em um modelo biomédico. Segundo o autor, o tratamento para os transtornos do neurodesenvolvimento não é, e nem deve ser, aquele que conduz à cura, mas sim aquele que tende a desenvolver e incluir a criança de maneira mais efetiva na sociedade. As interações que essas crianças estabelecem com o ambiente e com as pessoas que as cercam, em seus ambientes naturais, o cuidado e a amorosidade são o que potencializam seu desenvolvimento.

Como enfatiza o autor, é necessário transitar do modelo médico tradicional, centrado na deficiência, para um modelo de intervenção centrado na família e na promoção do desenvolvimento da criança. Apesar de não existir cura para o TEA, o avanço das pesquisas na área permite comprovar que a intervenção precoce potencializa o desenvolvimento da criança e contribui para um melhor prognóstico do indivíduo (Viana & Nascimento, 2021).

Em sua pesquisa, Schreibman et al. (2015) apresentam um campo de abordagem que entra em evidência no tratamento de crianças autistas: as Intervenções Naturalistas de Desenvolvimento Comportamental (NDBIs), que são baseadas empiricamente nos princípios da aprendizagem comportamental e das ciências do desenvolvimento. Elas têm abordagem construtivista, com experiências estrategicamente pensadas para manter as crianças envolvidas ativamente, para conectar novas experiências com conhecimentos já concebidos, aumentando gradativamente a complexidade dessas experiências para ajudar-lhes a descobrir as regularidades de seu entorno. A incorporação da aprendizagem no cotidiano dessas crianças através da rotina diária, por exemplo, alavanca o funcionamento adaptativo em contextos naturais. Dessa forma, a autora afirma que essas abordagens podem ser utilizadas pelos pais em seus determinados ambientes naturais, ajudando a potencializar suas oportunidades de aprendizagem.

Tendo em vista o aumento da prevalência de casos de TEA e de outros TN (Maenner et al., 2023), a OMS, em parceria com *a Autism Speaks*, desenvolveu o CST - Programa de treinamento para pais de crianças com autismo e outros atrasos no neurodesenvolvimento (Salomone et al., 2019). Conforme apontado por Paula et al. (2016), os profissionais que atuam na atenção primária à saúde desempenham um papel fundamental na identificação e no cuidado integral de casos de autismo. No entanto, um déficit de conhecimento nessa área é observado por Soeltl (2021) entre os estudantes de graduação da área da saúde.

Embora reconheçam a importância dessa formação, esses futuros profissionais muitas vezes não recebem o suporte necessário, o que resulta na falta de preparo e na insegurança da equipe multiprofissional que cuida de crianças autistas (Soeltl, 2021). Menegoli et al. (2010) conduziram um estudo prospectivo, quantitativo, descritivo e exploratório em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde e Família no município de Catanduva, no interior de São Paulo. Nesse estudo, os autores destacaram resultados positivos da utilização de uma metodologia de aula expositiva-dialogada no treinamento de agentes comunitários de saúde para o atendimento de pessoas autistas e suas famílias. As aulas foram acompanhadas pela aplicação de questionários estruturados antes e depois das sessões, os quais foram projetados para avaliar o nível de compreensão dos participantes sobre os tópicos abordados, abrangendo diagnóstico, sinais, sintomas e tratamento do autismo. No entanto, o estudo sugeriu que, embora eficaz, essa abordagem poderia ser complementada com outras estratégias de aprendizagem para aprofundar e enriquecer os conhecimentos adquiridos pelos participantes.

A literatura, como evidenciado por Sena et al. (2015), ressalta a importância de uma abordagem multiprofissional e de apoio às famílias como parte essencial do cuidado de pessoas autistas. Isso se deve às dificuldades e incertezas enfrentadas pelos cuidadores, que muitas vezes levam ao isolamento social e à redução de momentos de lazer (Zanatta et al., 2014). Este estudo, portanto, tem como objetivo avaliar a qualidade técnica do treinamento de facilitadores do CST, a partir da perspectiva dos profissionais que receberam o treinamento, bem como analisar a percepção desses profissionais sobre os impactos do CST em suas práticas.

Metodologia

A pesquisa trata-se de um estudo descritivo com análise qualitativa de dados coletados a partir de um questionário disponibilizado aos profissionais do Centro de Especialidades Médicas Encantar (daqui para frente chamado Ambulatório Encantar) e de duas Unidades de Saúde - a US Osternack e a US Nossa Senhora Aparecida.

Instrumentos

Para a realização da pesquisa, um questionário foi disponibilizado online, através da plataforma virtual *KoboToolbox*. A plataforma é um software que permite a coleta de dados, o gerenciamento, monitoramento e avaliação de pesquisas e a tabulação automática em variadas configurações (Silva & Silva, 2020).

O questionário consistiu em um total de 29 questões. Oito delas abordavam as características sociodemográficas dos participantes; uma questionava se haviam recebido o treinamento de facilitador do CST; quinze indagavam sobre o conteúdo e o formato do treinamento que os profissionais haviam recebido para a implementação do CST; e cinco exploravam as percepções dos profissionais sobre a influência desse treinamento em suas práticas. As questões abrangeram formatos variados, incluindo perguntas abertas, questões dicotômicas (sim/não) e questões baseadas na escala *Likert*.

Em relação às questões sociodemográficas dos participantes, as perguntas referem-se à: idade; identidade de gênero; formação profissional; função que exerce atualmente; há quanto tempo atua na área da saúde/educação de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento; local de trabalho (Ambulatório Encantar ou Unidade de Saúde); há quanto tempo trabalha no local; se algum momento do exercício da profissão sentiu necessidade de formação complementar (treinamento) na área saúde/educação de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento.

Posteriormente, questionou-se se os participantes haviam recebido o treinamento do CST ou não. Aqueles que responderam "sim" foram direcionados a responder questões específicas sobre o conteúdo e formato do treinamento que receberam. Foram elas: a adequação do conteúdo para uso seguro; a suficiência do tempo de duração dos encontros; a frequência adequada dos encontros; a presença de conteúdos inadequados; experiências positivas e dificuldades durante o treinamento; competência técnica e didática dos profissionais que ministraram o treinamento; e a adequação e suficiência das atividades práticas em quatro níveis: brincadeiras, comunicação, comportamentos desafiadores e autocuidado. Por fim, os respondentes também foram convidados a oferecer sugestões de melhorias no treinamento.

Tanto os participantes que receberam o treinamento de facilitador do CST quanto os que não receberam foram questionados sobre as percepções acerca da influência do treinamento em suas práticas. Isso foi feito por meio de questões sobre: a avaliação da influência do CST em suas práticas profissionais; concepção de mudança na qualidade dos atendimentos após o treinamento; avaliação de mudanças na participação dos cuidadores nos cuidados com os filhos; consideração sobre o conhecimento prévio favorecer a atuação como facilitador; maiores dificuldades na condução do treinamento para as famílias.

Local

A pesquisa foi realizada em ambiente virtual com profissionais do Ambulatório Encantar, da Secretaria Municipal da Saúde, e de duas Unidades de Saúde localizadas no distrito do Bairro Novo, na cidade de Curitiba.

Participantes

Participaram da pesquisa vinte profissionais, sendo dois da área do serviço social, um do setor administrativo e os demais da área de saúde, abrangendo medicina, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, técnico de enfermagem e saúde bucal. Desses, 75% eram do sexo feminino, enquanto 25% eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 55% situavam-se na faixa de 36 a 45 anos, enquanto 45% tinham idades entre 46 e 66 anos.

Em relação à experiência na área da saúde, 55% dos profissionais atuavam há mais de 10 anos, 30% tinham entre cinco e dez anos de experiência, e 15% tinham menos de cinco anos de atuação. No que diz respeito ao tempo de serviço em seus locais de trabalho, 70% afirmam terem trabalhado por um período entre dois e quatro anos, 25% tinham mais de cinco anos de serviço no local e apenas 5% tinham menos de um ano de experiência.

A pesquisa foi realizada com profissionais que passaram pelo treinamento de facilitadores do CST e com profissionais que não passaram (n=7), mas que estão em contato diariamente com a equipe que realizou o treinamento, a fim de verificar a influência indireta do treinamento em seus atendimentos.

Dos 20 profissionais envolvidos na pesquisa, 18 faziam parte da equipe do Ambulatório Encantar, enquanto os outros dois eram funcionários de Unidades de Saúde: US Osternack e US Nossa Senhora Aparecida, ambas localizadas no distrito sanitário do Bairro Novo. A Tabela 1 organiza a caracterização dos participantes.

TABELA 1
Caracterização dos participantes

	Idade	Identidade de gênero	Formação profissional	Tempo atuando com crianças com TN	Local de trabalho	Tempo que trabalha no local
P1	66	Homem	Médico	Entre 5 e 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P2	36	Homem	Fisioterapia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P3	43	Mulher	Psicologia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P4	40	Mulher	Enfermagem	Menos de um ano	Ambulatório Encantar	Entre 5 e 10 anos
P5	45	Mulher	Psicologia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 5 e 10 anos
P6	59	Mulher	Serviço Social	Entre 5 e 10 anos	Ambulatório Encantar	Há menos de um ano
P7	39	Homem	Psicologia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P8	51	Mulher	Fonoaudiologia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P9	42	Mulher	Psicologia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P10	60	Homem	Médico	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P11	36	Mulher	Enfermagem	Entre 5 e 10 anos	Ambulatório Encantar	Mais de 10 anos
P12	40	Mulher	Técnico de Saúde Bucal	Mais de 10 anos	US Nossa Senhora Aparecida	Mais de 10 anos
P13	50	Homem	Médico	Entre 5 e 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P14	51	Mulher	Serviço Social	Entre 5 e 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P15	53	Mulher	Psicologia	Entre 2 e 4 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P16	44	Mulher	Enfermagem	Mais de 10 anos	US Osternack	Entre 2 e 4 anos
P17	38	Mulher	Sem formação (adminis.)	Entre 2 e 4 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P18	43	Mulher	Fonoaudiologia	Entre 5 e 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos
P19	51	Mulher	Fonoaudiologia	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 5 e 10 anos
P20	50	Mulher	Técnico de Enfermagem	Mais de 10 anos	Ambulatório Encantar	Entre 2 e 4 anos

O Ambulatório Encantar contempla uma equipe especializada no atendimento de crianças e jovens (0 a 18 anos) diagnosticadas com TEA ou TN. Para obter acompanhamento no local, a criança ou jovem precisa ser encaminhado pelo pediatra da Unidade Básica de Saúde em que já realiza seus atendimentos. O tratamento realizado pela equipe do Ambulatório Encantar envolve uma intervenção mediada pelos pais, ou seja, o cuidador participa do atendimento individual da criança. A escolha do terapeuta de referência da criança/jovem é feita após avaliação individual, a fim de identificar suas necessidades específicas.

Já as Unidades de Saúde, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, são os locais onde se inicia o atendimento do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), através do acolhimento e escuta, buscando identificar as queixas e direcionar o cidadão conforme suas necessidades. Lá, ocorre o primeiro contato do

cidadão com equipes multidisciplinares, como médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, cirurgiões–dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal, administrativos e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela Atenção Primária à Saúde.

Procedimentos

Os profissionais do Ambulatório Encantar formaram a primeira equipe a receber treinamento de facilitadores e lideraram o treinamento parental, ao participarem do teste de implementação do CST na cidade de Curitiba. Esse treinamento foi ministrado em grupos diferentes ao longo dos anos de 2019 a 2023, abrangendo fases de projeto-piloto, validação e implementação do programa no Sistema Público de Saúde. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio da equipe de seus locais de trabalho, que comunicou os objetivos da pesquisa e a importância da participação.

Os participantes receberam três links: o primeiro continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), indicando seu interesse em participar da pesquisa; o segundo link era destinado à coleta de informações sociodemográficas dos participantes, e o terceiro continha perguntas sobre o CST e suas experiências com o programa. O questionário ficou disponível para coleta de dados durante o período de 15 dias, entre 20 de março e 03 de abril de 2023. Foram consideradas as respostas de todos os participantes que responderam o questionário e assinaram o TCLE.

Procedimentos éticos

Essa pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná como subprojeto do “Capacitar: Programa da OMS de Treinamento de Habilidades para pais e cuidadores de crianças com transtornos do desenvolvimento”, projeto coordenado pelo professor doutor Gustavo Manoel Schier Dória. Foi aprovado sob o parecer número 02994018.7.0000.0096.

Análise de dados

As respostas do questionário foram submetidas a uma análise estatística descritiva, com o intuito de compilar e apresentar os dados obtidos. Adicionalmente, foram submetidas a uma análise qualitativa utilizando a metodologia da análise de conteúdo, conforme as etapas delineadas por Bardin (2011). Estas etapas englobam a pré-análise, a exploração dos materiais e a análise de conteúdo.

Resultados

Em relação aos profissionais que participaram do treinamento como facilitadores do CST, os dados indicaram que 69,23% deles consideraram o conteúdo do treinamento adequado e seguro para uso, bem como a frequência dos encontros suficiente. No entanto, muitos destacaram que o tempo disponível em cada encontro era insuficiente. Em relação aos materiais didáticos, notavelmente, 92,3% dos participantes os avaliaram como relevantes ou muito relevantes, e nenhum deles identificou qualquer conteúdo inadequado durante o treinamento. Por outro lado, 53,8% enfrentaram dificuldades ao longo do treinamento. As dificuldades mencionadas serão indicadas na Tabela 2.

TABELA 2
Dificuldades durante o treinamento

Participante	Dificuldade
P2	Fui um pouco inseguro para apresentar as primeiras duas aulas.
P4	Na prática fiquei um tanto apreensiva, precisaria de mais aulas práticas.
P7	Rigidez com consignas e interação.
P12	Excesso de conteúdo no mesmo dia, as dúvidas acabaram surgindo depois.
P14	Nas atividades práticas.
P17	Gostaria de mais práticas e poder observar alguns atendimentos no dia a dia.

Sobre os profissionais que conduziram o treinamento, todos os participantes (100%) concordaram que foi demonstrado conhecimento técnico e capacidade de transmitir o conteúdo de forma didática. No que diz respeito às atividades práticas do treinamento, 15,3% dos participantes relataram não ter tido oportunidade de praticar. Sendo assim, dentre aqueles que realizaram atividades práticas, 54,54% consideraram as práticas relacionadas ao nível de brincar como insuficientes, enquanto as práticas dos níveis de comunicação e autocuidado foram consideradas adequadas e suficientes. No entanto, 63,63% acharam que as práticas relacionadas aos comportamentos desafiadores foram insuficientes.

Dos 20 profissionais que participaram, 85% avaliaram o impacto do CST como relevante ou muito relevante em suas práticas, notando melhorias significativas na qualidade dos atendimentos (85%) e na participação dos cuidadores nos cuidados de seus filhos (80%). Essas melhorias se refletiram tanto na organização das práticas como no aumento da confiança dos profissionais, além da disposição das famílias em compartilhar conhecimento. Aqueles que expressaram avaliações neutras nas questões mencionadas não participaram do treinamento.

Quanto à atuação como facilitadores, 45% dos participantes ainda não haviam tido essa experiência. Dos que a tiveram, 81,81% acreditam que algum conhecimento prévio poderia favorecer sua atuação como facilitadores. Em relação à condução do treinamento para os pais, as dificuldades sofridas pelos participantes serão transcritas a seguir (Tabela 3).

TABELA 3
Dificuldades na condução do treinamento

Participante	Dificuldade
P2	Quando conduzi o treinamento de forma online, o maior desafio foi a instabilidade do Jitsi (programa travava). No treinamento presencial, a maior dificuldade foi conduzir a parte prática das aulas, pois as mães tinham uma certa dificuldade em planejar atividades como o brincar.
P6	Somente uma prática foi realizada.

TABELA 3 (CONTINUAÇÃO)
Dificuldades na condução do treinamento

Participante	Dificuldade
P11	Tempo para estudar as aulas.
P12	Desenvolver vínculo com famílias atendidas por outras Unidades. Estimular a assiduidade e comprometimento com as sessões.
P14	Falta de prática.
P16	Insegurança por ser a primeira vez.
P17	Ainda não fui facilitador, mas vejo dificuldades em começar o programa. Não me sinto preparada para iniciar um grupo com famílias.
P19	Ater-se ao conteúdo e estratégias propostas pelo treinamento e não expandir.
P20	Falar em público.

Diante da transcrição das respostas obtidas através do questionário, foram elaboradas três categorias, uma delas contendo três subcategorias (Tabela 4). As categorias foram formuladas com base na predominância e ênfase das respostas fornecidas.

TABELA 4
Categorização dos resultados

Categorias	***Subcategorias***	***Descrição***
Conteúdo e Organização do CST	*Carga horária*	*Comentários dos participantes sobre a adequação da Carga horária ao conteúdo do treinamento.*
	Atividades práticas	Participantes citam a necessidade de maior tempo e dinâmicas práticas.
	Metodologia e material didático do treinamento	As respostas apontam que o conteúdo foi organizado em apostilas de forma clara para ser entendido tanto pelos profissionais que receberam o treinamento de facilitadores, quanto pelos cuidadores.
Participação e envolvimento da Família	-	Os profissionais indicam maior acolhimento das famílias e melhora no manejo e participação ativa no cuidado com seus filhos através da orientação adequada.
Capacitação e Formação profissional	-	Formação específica da área ampliou e organizou conhecimentos para melhorar a prática profissional, além de aumentar a confiança dos profissionais para acompanhamento das famílias.

Na primeira categoria, que diz respeito ao conteúdo e organização do CST, foram identificadas três subcategorias relacionadas à carga horária, atividades práticas e metodologia e materiais didáticos do treinamento. A maioria dos participantes alegou insuficiência da duração de cada encontro do treinamento de facilitadores, enfatizando a necessidade de ajustar a carga horária de acordo com a extensão do conteúdo. Além disso, destacaram a importância de incluir atividades práticas que facilitem a compreensão do conteúdo, reconhecendo que a profundidade do material demanda um maior tempo de treinamento. Exemplos de respostas dos participantes incluem: "A riqueza e extensão do conteúdo, demanda mais horas de treinamento" (P12); "Em geral acho que o curso deveria ser bem mais dinâmico, com tempo para discussão do conteúdo e várias práticas. Como estamos no ambulatório com participação nos atendimentos dos terapeutas" (P17); "Direcionar o conteúdo com práticas favorece na retenção das informações e a aplicação do conteúdo" (P8).

Na segunda categoria, que se concentra na participação e envolvimento da família, os dados revelaram que, após o treinamento, os profissionais se sentiram mais preparados para orientar e apoiar as famílias de forma acolhedora e segura. Ademais, o treinamento para os pais resultou em feedbacks positivos das famílias, que "demonstram satisfação com os resultados obtidos" (P12). Os profissionais percebem "melhora no manejo que as famílias dispensam ao paciente", além de apresentarem-se "mais atentas e dispostas a compartilhar conhecimento" (P1).

Finalmente, a terceira categoria, que se concentra na capacitação e formação profissional, destaca que os participantes reconhecem que a formação específica na área ampliou e organizou seus conhecimentos, aumentando a confiança dos profissionais no acompanhamento das famílias.

Discussão

Assim como no estudo de Menegoli et al. (2010), embora o método de ensino baseado em exposição e diálogo tenha mostrado eficácia, algumas informações cruciais não foram compreendidas por todos os participantes do estudo. A pesquisa propõe a elaboração de um manual específico destinado aos agentes comunitários de saúde, abordando os tópicos tratados durante o treinamento. A intenção é que esse manual funcione como uma fonte de consulta aos profissionais, auxiliando-os a enfrentar dúvidas e desafios que possam surgir em sua prática profissional.

As respostas da presente pesquisa apontam que o conteúdo do CST foi organizado em apostilas de forma clara, para ser entendido tanto pelos profissionais que receberam o treinamento de facilitadores, quanto pelos cuidadores. Ainda, os materiais favorecem o estudo e planejamento de suas práticas, servindo de apoio e consulta, como recomendado no estudo citado acima.

Verifica-se também, por meio do estudo de Zanatta (2014), que ter uma rede de apoio é muito importante para as famílias. A construção de um conhecimento sólido da equipe de enfermagem, bem como dos demais profissionais envolvidos no atendimento da família, é fundamental para o cuidado das pessoas autistas e de seus familiares (Zanatta, 2014).

Portanto, é evidente que a formação adequada e o domínio de conhecimentos específicos são essenciais para os profissionais poderem aprimorar suas práticas e oferecer informações e orientações relacionadas ao comportamento das crianças autistas. Isso não apenas facilita as intervenções, mas também fortalece o vínculo da equipe com as famílias e melhora as relações familiares (Sena et al., 2015).

Considerando os achados apresentados neste estudo, emergem diversas áreas que podem ser exploradas em pesquisas futuras para aprimorar ainda mais as práticas relacionadas ao treinamento CST e ao cuidado de pessoas autistas e suas famílias. Uma possível linha de pesquisa pode se concentrar na elaboração de

estratégias específicas para otimizar o conteúdo e a dinâmica do treinamento, considerando as áreas de melhoria identificadas pelos profissionais. Além disso, seria relevante explorar a eficácia de diferentes formatos de treinamento e a implementação de técnicas inovadoras que visem abordar as dificuldades mencionadas.

A continuidade da pesquisa nessas áreas pode não apenas otimizar o treinamento CST, mas também contribuir para um entendimento mais profundo das complexidades envolvidas no cuidado a pessoas autistas e suas famílias. Ao desenvolver estratégias mais refinadas, explorar inovações e considerar diferentes abordagens de treinamento, pode-se almejar um impacto mais abrangente e significativo na qualidade do suporte oferecido, promovendo uma melhoria significativa na vida das pessoas autistas e de seus cuidadores.

Conclusão

Os resultados deste estudo apontam para o reconhecimento por parte dos profissionais do impacto positivo do treinamento CST em suas práticas, tanto para aqueles treinados quanto para aqueles que não participaram do treinamento. No entanto, as percepções dos profissionais revelaram algumas áreas de melhoria no conteúdo e na dinâmica do treinamento, bem como a necessidade de ampliar a carga horária para aprofundar o conhecimento, visando minimizar as dificuldades enfrentadas, como a falta de segurança técnica ao lidar com as famílias.

Este estudo também destacou que o envolvimento dos cuidadores na prestação de cuidados aos filhos e no manejo de comportamentos após o CST, juntamente com a capacitação dos profissionais que permitiu formação específica na área, contribui para aumentar a segurança e eficácia das práticas profissionais. Além disso, essas melhorias têm um impacto positivo na qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, incluindo aqueles que não receberam diretamente o treinamento, por serem influenciados pela mudança de postura e abordagem daqueles que passaram pelo programa de capacitação.

Em resumo, as conclusões destacam a importância de ajustar a carga horária e o conteúdo do CST, incentivar a participação das famílias e fornecer formação profissional específica como medidas eficazes para aprimorar o cuidado de pessoas autistas e suas famílias, melhorando a qualidade de vida e o suporte oferecido.

Agradecimentos

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que tornaram este trabalho possível. À minha orientadora e co-orientador, agradeço por acreditarem em meu potencial e me apresentarem um universo de possibilidades, compartilhando conhecimento e estimulando meu crescimento acadêmico e profissional. Agradeço também aos dedicados profissionais do Ambulatório Encantar e das Unidades de Saúde Osternack e Nossa Senhora Aparecida que, ao compartilharem suas experiências, tiveram um papel fundamental na realização deste trabalho.

Referências

American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (5ª ed.). Artmed.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (L. A. R. Augusto, Trad.). Edições 70.

Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária. *Secretaria Municipal de Saúde.* 2023. https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria.html.

Franco, V. (2016). Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educar em Revista, 59*, 35–44. https://doi.org/10.1590/0104-4060.45229.

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Rosenberg, C. R., Lee, L.-C., Harrington, R. A., Huston, M., ... Dietz, P. M. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Networ*k*, 11 sites, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, *72(2*), 1–14. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1.

Menegoli, E. B., Mendonça, I., Giunco, C. T. (2010). Capacitação de agentes comunitários de saúde sobre o espectro autista. *CuidArte Enferm 4(1)*. 7–11. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-20557.

Paula, C. S., Belisario Filho, J. F.,Teixeira, M. C. T. V. (2016). Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo? *Psicologia: Teoria e Prática, 18(1)*, 206–221. https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p206-221.

Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. D. S., Souza Neto, V. L. D., & Saraiva, A. M. (2016). Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(esp)*, 1–7. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0072.

Salomone, E., Pacione, L., Shire, S., Brown, F. L., Reichow, B., Servili, C. (2019). Development of the WHO caregiver skills training program for developmental disorders or delays. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 769. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00769.

Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., Kasari, C., Ingersoll, B., Kaiser, A. P., Bruinsma, Y., McNerney, E., Wetherby, A., Halladay, A. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*, 2411–2428. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2407-8.

Sena, R. C. F., Reinalde, E. M., dos Santos Silva, G. W., Sobreira, M. V. S. (2015). Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 7(3)*, 2707–2716. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2707-2716.

Silva, S. S., & Silva, M. R. (2020). Utilização do KoboToolBox como ferramenta de otimização da coleta e tabulação de dados em pesquisas científicas. *Geoambiente On-Line, 36*, 122–140. https://doi.org/10.5216/revgeoamb.v0i36.60812.

Soeltl, S. B., Fernandes, I. C., Camillo, S. O. (2021). O conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos transtornos autísticos em crianças à luz da teoria do cuidado humano. *Abcs Health Sciences, 46(021206)*, 1–7. https://doi.org/10.7322/abcshs.2020021206.

Viana, K. O. F. L., & Nascimento, S. S. (2021). Efeitos da intervenção precoce no desenvolvimento de uma criança com TEA: Interface entre neurociências e educação. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas, 11(30)*, 38–50. https://doi.org/10.25242/8876113020212273.

World Health Organization. (2022). Caregiver skills training for families of children with developmental delays or disabilities: Introduction. Geneva.

Zanatta, E. A., Menegazzo, E., Guimarães, A. N., Ferraz, L., da Motta, M. D. G. C. (2014). Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. *Revista Baiana de Enfermagem, 28(3)*, 271–282. https://doi.org/10.18471/rbe.v28i3.9899

EXPOSIÇÃO A FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO – DESAFIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO

Eugénia Taveira
Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia | eugenia.taveira@ua.pt

Daniela Pedrosa
Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Educação de Santarém & CIDTFF | daniela.pedrosa@ese.ipsantarem.pt

Anabela Pereira
Universidade de Évora | CIEP-Centro de Investigação em Educação e Psicologia | anabela.pereira@uevora.pt

Madalena Cunha
Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV | mnunes@essv.ipv.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Graça S. Carvalho
CIEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho, Portugal
graca@ie.uminho.pt

Revisor 2
Zélia Anastácio
Instituto de Educação, Universidade do Minho, Portugal
zeliaf@ie.uminho.pt

Revisor 3
Em regime de anonimato

Citação:
Taveira, E., Pedrosa, D., Pereira, A., & Cunha, M. (2025). Exposição a fatores psicossociais de risco – Desafios na promoção da saúde no trabalho. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 457-470). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMO

O trabalho assume um importante espaço na vida do ser humano, permitindo-lhe a sua sobrevivência, satisfação de necessidades e realização pessoal, e tendo impacto na saúde física e mental, na satisfação com a vida em geral, nas relações familiares e sociais, entre outras dimensões. No entanto, existem ameaças, ao nível físico e psicoemocional que colocam em risco este desígnio, impossibilitando o alcance de uma saúde de qualidade. O estudo teve como objetivo identificar os fatores psicossociais que representam maior risco para a saúde dos funcionários de uma universidade pública portuguesa, sinalizados pelos próprios, motivado pela ausência de estudos na área da saúde ocupacional nesta população em particular. Aplicou-se a versão portuguesa adaptada do questionário *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) II – Versão média para identificar fatores psicossociais de risco no trabalho, enviado via on-line, durante o mês de novembro de 2021. A amostra é constituída por 72 participantes, sendo 65,3% do género feminino e 34,7% do género masculino. Da totalidade dos inquiridos, 61,1% são da área administrativa e 38,9% são investigadores. Os resultados evidenciam que os fatores psicossociais com maior risco para a saúde destes funcionários foram: 1) Ritmo de trabalho - em que 26,4% dos inquiridos afirmaram que frequentemente precisam de trabalhar muito rapidamente, 9,7% afirmou mesmo ter de trabalhar muito rapidamente sempre; 2) Exigências cognitivas - onde 37,5% dos inquiridos afirmou que o seu trabalho exige sempre a sua atenção constante e 38,9% declarou que frequentemente o seu trabalho exige a sua atenção constante. Entretanto, 30,6% respondeu que o seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias sempre e 37,5% respondeu frequentemente. Relativamente à tomada de decisões difíceis 36,1% afirmaram que frequentemente o trabalho exige a tomada de decisões difíceis; 3) Exigências emocionais – tendo 27,8% respondido que frequentemente que o trabalho exige emocionalmente de si e 11,1% que o trabalho exige emocionalmente de si sempre; 4) Saúde e bem-estar - exaustão física e emocional - em que 26,4% dos inquiridos afirmou sentir-se frequentemente fisicamente e emocionalmente exausto e 8,3% afirmou sentir-se fisicamente e emocionalmente exausto sempre. Os resultados mostram que várias dimensões da atividade laboral merecem especial atenção e que sejam delineadas estratégias de educação para a saúde que permitam a esta população lidar com as exigências laborais aqui sinalizadas, e que promovam a saúde dos funcionários, através do incentivo à prática de estilos de vida saudáveis, salientando a importância do autocuidado.

Palavras-chave: Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho; Saúde Ocupacional; Educação para Saúde.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Riscos psicossociais e fatores psicossociais de risco

Ao longo das últimas décadas, os aspetos sociais do trabalho têm vindo a ocupar um lugar de destaque nas agendas das organizações relacionadas com a saúde em geral e a saúde ocupacional em particular. O constante avanço nas tecnologias e as consequentes e sucessivas reorganizações no trabalho, obrigando a rápidas adaptações por parte dos trabalhadores, aportam riscos emergentes originando cada vez mais doenças associadas ao trabalho.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), têm alertado para os riscos psicossociais e fatores psicossociais de risco no trabalho. Inclusivamente a AESST (2007) salienta que os riscos psicossociais e o stress relacionado com o trabalho, apresentam-se como um dos maiores desafios no que respeita à segurança e saúde no trabalho, causando um forte impacto na saúde das pessoas, assim como nas organizações, chegando às economias nacionais.

Os riscos psicossociais são aspetos ligados à organização e gestão do trabalho, bem como aos contextos sociais e ambientais, com potencial para causar dano psicológico, social ou físico (Leka et al., 2017) e estão ligados a problemas como o stress, o *burnout* e o assédio moral que podem levar a problemas de saúde a nível físico e/ou mental. É muito importante a sinalização e prevenção destes sinais que se forem prolongados, podem trazer consequências graves para a saúde e bem-estar do trabalhador (AESST, 2007).

Cotrim e colaboradores (2022) têm vindo a reforçar as evidências apontadas pela AESST, referindo que alguns exemplos de condições de trabalho podem desencadear riscos psicossociais, designadamente cargas de trabalho excessivas; exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho; má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral; comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas; assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros.

Quanto aos fatores psicossociais de risco, são situações com potencial para influenciar a saúde do trabalhador, a sua produtividade e rendimento, bem como a sua satisfação no trabalho, associados às interações entre as condições, conteúdo, funções e natureza do trabalho e a vida particular do trabalhador nas suas variadas dimensões como as suas capacidades, necessidades e cultura, tendo em linha de conta as suas próprias condições de vida (OIT, 1986).

Relativamente aos fatores psicossociais de risco no trabalho, Gollac e Bodier (2011), agrupam-nos em seis categorias ou dimensões: a intensidade e o tempo de trabalho; as exigências emocionais; a escassa ou mesmo falta de autonomia; a má qualidade das relações sociais no trabalho; os conflitos de valores e a insegurança na situação de trabalho.

Em sentido lato podemos afirmar que o risco é a probabilidade de ocorrência do dano e fator de risco são as condições que contribuem para o aumento da probabilidade da ocorrência desse dano.

1.2. Promoção da Saúde no Trabalho

É importante compreender a correlação entre os fatores psicossociais de risco no trabalho e os respetivos impactos na saúde dos trabalhadores, que têm inclusivamente, sido evidenciados em vários estudos ao longo das últimas décadas, nomeadamente a ocorrência de doenças crônicas como artrite, reumatismo, depressão, ansiedade, doenças cardíacas e diabetes, presente na pesquisa de Munir et al. (2007); fadiga crônica, infeções respiratórias recorrentes, hipertensão, distúrbios do sono, distúrbios neuróticos e depressão, encontradas na investigação de Ziemska et al. (2013); exaustão emocional em Bailey et al. (2015); doenças músculo-esqueléticas evidenciadas nos estudos de Busto et al. (2020), Liu et al. (2020) e Nambiema et al. (2020);

doenças cardiovasculares relatadas no estudo desenvolvido pela AEST (2023). A partir deste conhecimento, as entidades empregadoras poderão estar mais aptas a definir a melhor estratégia com vista à promoção da saúde dos seus funcionários, bem como incentivar à prática de estilos de vida saudáveis. Segundo a AEST (2010) "A promoção da saúde no local de trabalho é o esforço combinado dos empregadores, dos trabalhadores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no local de trabalho", considerando o aperfeiçoamento da organização e ambiente de trabalho e o incentivo à prática de atividades e escolhas saudáveis, bem como ao desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, como elementos constituintes desse esforço conjunto (AESST, 2010). A educação para a saúde, é uma das áreas de atuação da promoção da saúde, sendo uma importante e imprescindível aliada na execução destes objetivos.

No entanto, Martínez e colaboradores (2000), já alertavam para o facto de que só é possível realizar um programa de Educação para a Saúde, com a participação ativa da comunidade, do qual dependerá o seu êxito, valorizando-se, deste modo, a autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais na determinação de estilos de vida mais saudáveis. Neste sentido, também a Organização Mundial de Saúde tem vindo a salientar a importância da Educação para a Saúde definindo-a como "qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes" (WHO, 2012).

Entretanto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019), vem reforçar a importância da formação e educação dos trabalhadores e empregadores na área da Segurança e Saúde no trabalho, de forma a assegurar condições favoráveis para a criação de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, propondo a sua integração no ensino geral e em programas de formação profissional.

Em Portugal, os autores Nogueira & Moreira (2018), criaram o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – Extensão 2018-2020, promovido pela Direção-Geral da Saúde, para a "prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador". Segundo estes autores, a Saúde Ocupacional é determinante para o alcance de três dos objetivos do desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU: o Objetivo 3 "Saúde de Qualidade" o Objetivo 8 "Trabalho Digno e Crescimento Económico" e o Objetivo 12 "Consumo e Produção Sustentáveis", indo ao encontro dos desígnios da Organização Mundial da Saúde: "Ambientes saudáveis para pessoas saudáveis" (WHO, 2018) e da Organização Internacional do Trabalho: "Trabalho digno: A chave do desenvolvimento sustentável" (ILO, 2017).

Assim, partilhando destas preocupações e motivados também pelo número reduzido de estudos na área da saúde ocupacional de funcionários e investigadores universitários, tivemos como objetivo nesta investigação identificar e compreender os fatores psicossociais que representam maior risco para a saúde dos funcionários das áreas administrativas e dos investigadores de uma universidade pública portuguesa, sinalizados pelos próprios, para assim podermos definir estratégias de promoção da saúde, através de ações de educação para a saúde, que permitam prevenir estes fatores de risco, bem como sensibilizar e incentivar à prática de estilos de vida saudáveis e ao autocuidado.

2. Metodologia

Este estudo é de natureza quantitativa e transversal. A população alvo são os funcionários de uma universidade pública portuguesa, sendo uma amostra não probabilística, constituída por 72 participantes, incluiu 65,3% do género feminino. Da totalidade dos inquiridos, 61,1% são técnicos/administrativos e 38,9% são investigadores. Aplicou-se o questionário *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) II – Versão média (Kristensen, 2001; Tradução e adaptação de Silva et al., 2012), para identificar fatores psicossociais de risco no trabalho, composto por 28 subescalas: exigências quantitativas (carga de trabalho, tempo disponível para executar tarefas; necessidade de realizar horas extra); ritmo de trabalho; exigências cognitivas; exigências emocionais; influência no trabalho; possibilidades de desenvolvimento; previsibilidade; transparência do papel laboral desempenhado; recompensas; conflitos laborais; apoio social de colegas; apoio

social de superiores; comunidade social no trabalho; qualidade da liderança; confiança horizontal, justiça e respeito; autoeficácia; significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho; satisfação no trabalho; insegurança laboral; saúde geral; conflito trabalho/família; problemas em dormir; *burnout*; stress; sintomas depressivos; comportamentos ofensivos. No total são 76 perguntas, sendo cada item avaliado numa escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que, 1 = Nunca/Quase nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente e 5 = Sempre, ou então 1= Nada/quase nada, 2 = Um pouco, 3 = Moderadamente, 4 = Muito e 5 = Extremamente.

O COPSOQ é baseado no modelo de exigência e controlo de Karasek (1979) e é referenciado pela OMS e organizações dedicadas à área do trabalho como a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (AESST) e a Organização Internacional do Trabalho (ILO).

Os questionários foram enviados via on-line, durante o mês de novembro de 2021.

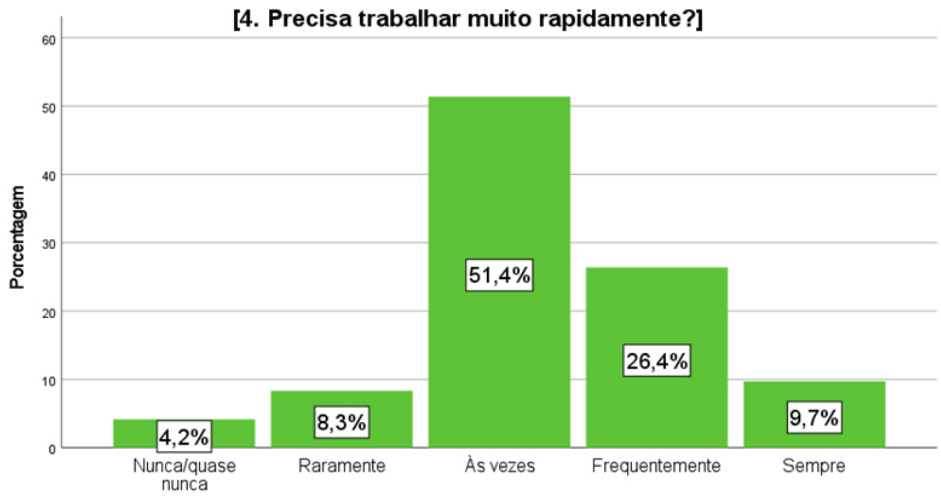
Foram cumpridos todos os procedimentos éticos e deontológicos, bem como garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, tendo este estudo sido aprovado pela Comissão de Ética (número do parecer: 30-CED/2023).

O tratamento dos dados foi feito com recurso ao programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* versão 27 (SPSS v27). Procedeu-se ao cálculo dos parâmetros de tendência central e dispersão – média, desvio padrão e percentagem. Para se avaliar a fidelidade do instrumento procedeu-se à análise da consistência interna dos itens, recorrendo à análise da média e respetivo desvio padrão dos itens, coeficiente *alpha* de Cronbach. Tratando-se ainda de uma fase preliminar do estudo, para apurar os resultados utilizaram-se tabelas de frequências das médias demonstradas em percentagem, sem, contudo, estabelecerem-se nesta fase, correlações nem comparações entre grupos. De forma a consolidar a análise, foi ainda utilizado o Teste Binomial para a proporção 50%, tendo sido usado um α de 5% como nível de significância. No teste binomial temos duas hipóteses: a Hipótese nula: a percentagem do grupo <=2 é 50% e a Hipótese alternativa: a percentagem do grupo ≤ 2 é <50%, ou seja, a percentagem do grupo >2 é >50%. Quando o p-value (na coluna sig) é inferior a 5%, diz-se que o grupo >2 tem percentagem superior a 50%, ou seja, é dado pela maioria. No que concerne ao teste estatístico utilizado seguimos as instruções dos especialistas na área e por isso a nossa justificação com o seguinte texto: Tendo em consideração o objetivo de testar hipóteses relativas a proporções de variáveis nominais dicotómicas, tal como aconselhado pelos especialistas (Maroco, 2007), foi utilizado o teste binomial.

3. Apresentação dos Resultados

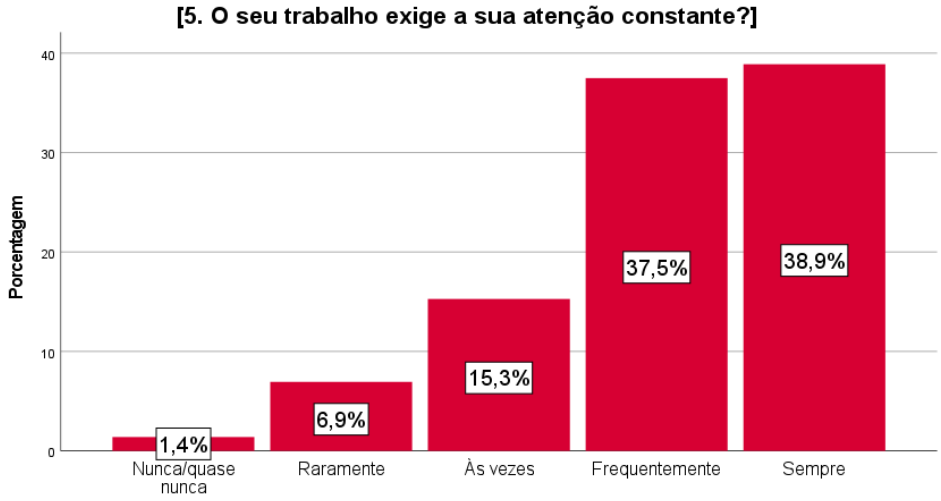
Os resultados evidenciam alguns fatores psicossociais que representam maior risco para a saúde dos funcionários, designadamente na subescala "ritmo de trabalho" em que 26,4% dos inquiridos responderam à pergunta nº 4 do COPSOQ (Figura 1), que frequentemente precisam de trabalhar muito rapidamente e 9,7% afirmou mesmo ter de trabalhar muito rapidamente sempre. Ainda 51,4% afirmou que às vezes tem de trabalhar muito rapidamente. (Figura 1).

FIGURA 1
Subescala ritmo de trabalho



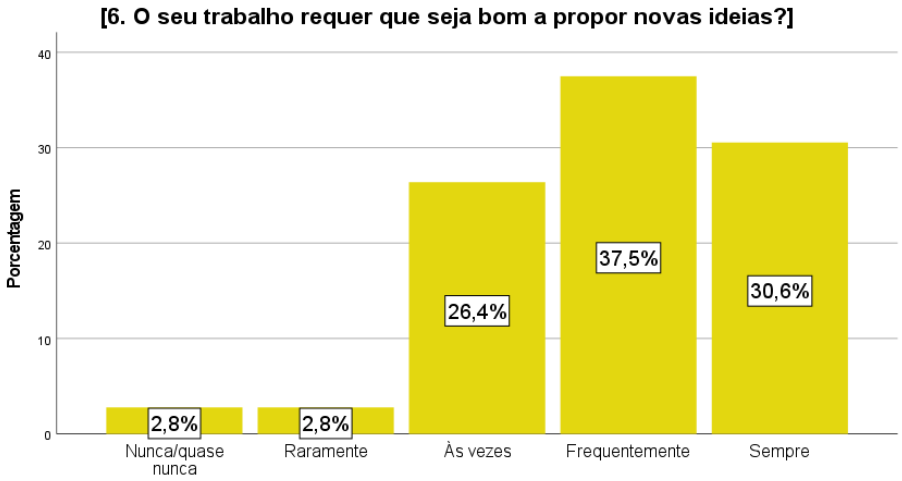
Relativamente à subescala "exigências cognitivas", 37,5% dos inquiridos afirmou que o seu trabalho exige a sua atenção constante sempre e 38,9% declarou que frequentemente o seu trabalho exige a sua atenção constante, à questão número 5. (Figura 2).

FIGURA 2
Subescala exigências cognitivas



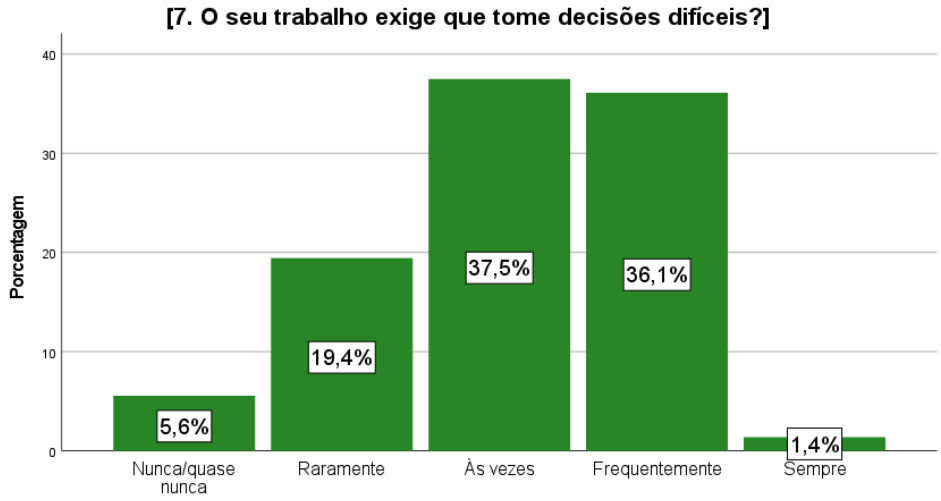
Ainda na subescala "exigências cognitivas", "o seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias" 30,6% respondeu sempre e 37,5% respondeu frequentemente. (Figura 3).

FIGURA 3
Subescala exigências cognitivas



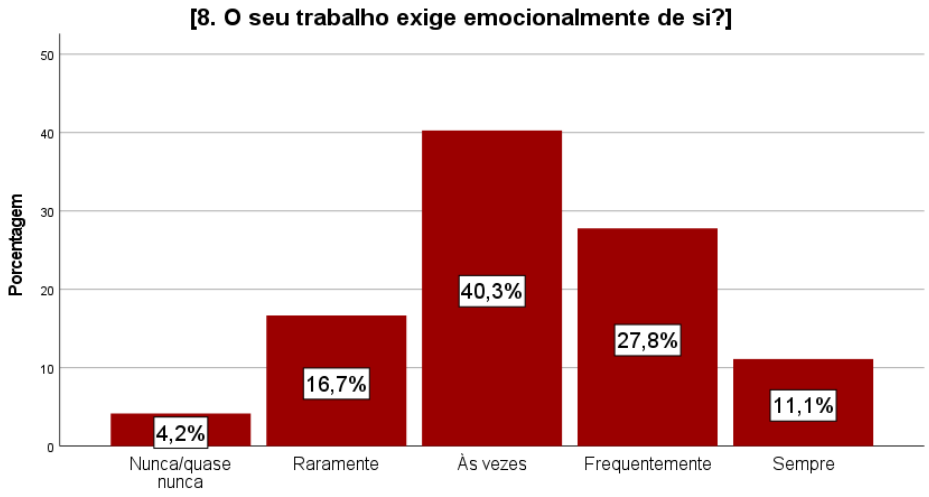
Uma vez mais na subescala "exigências cognitivas", 36,1% afirmaram que frequentemente o trabalho exige a tomada de decisões difíceis. (Figura 4).

FIGURA 4
Subescala exigências cognitivas



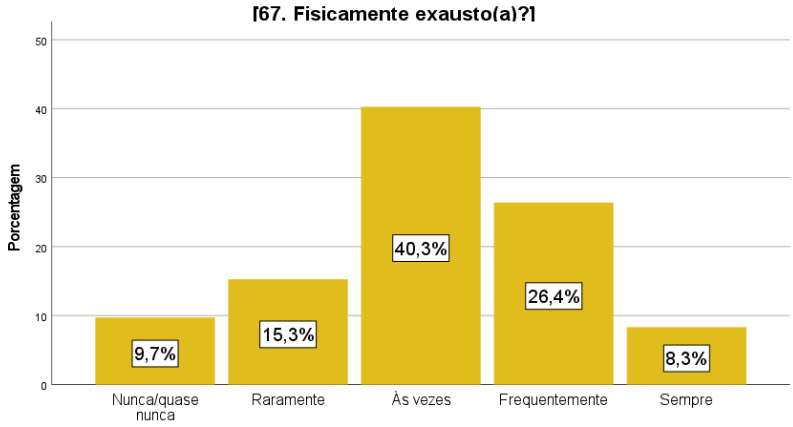
Entretanto, na subescala "exigências emocionais" 27,8% responderam que frequentemente "o seu trabalho exige emocionalmente de si?" e 11,1% que o trabalho exige emocionalmente de si sempre. (Figura 5).

FIGURA 5
Subescala exigências emocionais



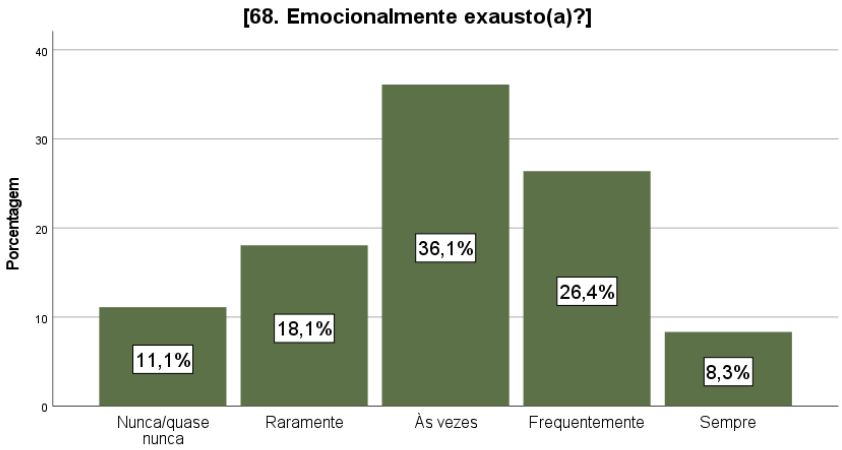
Foi ainda sinalizada a subescala *burnout*, em que 26,4% dos inquiridos afirmou sentir-se frequentemente fisicamente exausto e 8,3% afirmou sentir-se sempre exausto. (Figura 6).

FIGURA 6
Subescala burnout



Também na subescala *burnout*, 26,4% afirmou sentir-se frequentemente emocionalmente exausto e 8,3% respondeu que se sentia emocionalmente exausto sempre. (Figura 7).

FIGURA 7
Subescala burnout



Teste Binomial

Para complementar e consolidar a análise anterior, foi utilizado o Teste Binomial para a proporção 50%, tendo sido usado um α de 5% como nível de significância.

Apresentamos a seguir a descrição dos resultados obtidos com a respetiva inferência (Tabela 1).

Do total dos inquiridos, 88% referiu ter de trabalhar muito rapidamente com alguma frequência, 92% que o seu trabalho exige atenção constante, 94% referiu que o seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias, 75% referiu que o seu trabalho exige que tome decisões difíceis, 79% que o mesmo exige emocionalmente de si, 75% referiu ainda sentir-se exausto com alguma frequência e 71% emocionalmente exausto. Estas proporções são todas significativamente superiores a 50%, obtendo valores-p inferiores a 5%, sendo que serão fatores psicossociais de risco sinalizados pela maioria.

TABELA 1
Resultados do Teste Binomial

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
[1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?]	Group 1	≤ 2	28	,39	,50	,076
	Group 2	> 2	44	,61		
	Total		72	1,00		
[2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?]	Group 1	≤ 2	29	,40	,50	,125
	Group 2	> 2	43	,60		
	Total		72	1,00		
[3. Precisa fazer horas-extra?]	Group 1	≤ 2	23	,32	,50	,003
	Group 2	> 2	49	,68		
	Total		72	1,00		
[4. Precisa trabalhar muito rapidamente?]	Group 1	≤ 2	9	,13	,50	,000
	Group 2	> 2	63	,88		
	Total		72	1,00		
[5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?]	Group 1	≤ 2	6	,08	,50	,000
	Group 2	> 2	66	,92		
	Total		72	1,00		
[6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?]	Group 1	≤ 2	4	,06	,50	,000
	Group 2	> 2	68	,94		
	Total		72	1,00		
[7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?]	Group 1	≤ 2	18	,25	,50	,000
	Group 2	> 2	54	,75		
	Total		72	1,00		
[8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?]	Group 1	≤ 2	15	,21	,50	,000
	Group 2	> 2	57	,79		
	Total		72	1,00		
[67. Fisicamente exausto(a)?]	Group 1	≤ 2	18	,25	,50	,000
	Group 2	> 2	54	,75		
	Total		72	1,00		
[68. Emocionalmente exausto(a)?]	Group 1	≤ 2	21	,29	,50	,001
	Group 2	> 2	51	,71		
	Total		72	1,00		

4. Discussão dos Resultados

Este estudo preliminar realça a importância de profissões que têm sido negligenciadas. Por isso, foram considerados na nossa amostra, técnicos administrativos e investigadores, ambos os grupos considerados minoritários nas universidades. Na literatura há várias evidências dos fatores de risco dos Professores Universitários (Pereira, et al, 2023), sendo reduzidos os estudos com funcionários e os que se encontram são administrativos de outros contextos laborais (Souto, Brito & Pereira, 2022).

Os resultados evidenciam que os fatores psicossociais com maior risco para a saúde dos funcionários da universidade pública portuguesa estudada, se situam nas subescalas “ritmo de trabalho”, “exigências cognitivas” e “exigências emocionais”. Estes resultados vão ao encontro dos apurados no estudo de Silva e colaboradores (2012) numa amostra de 4.162 trabalhadores portugueses, onde foram igualmente sinalizadas as mesmas subescalas como fatores com maior risco. Encontramos resultados similares na investigação realizada por Cotrim, Silva, Amaral, Bem-Haja e Pereira (2014), numa amostra de 1.016 trabalhadores hospitalares portugueses de diferentes grupos profissionais onde foram também apontadas, além de outras, as exigências cognitivas, emocionais, quantitativas, tendo sido ainda sinalizada a exaustão física e emocional da subescala de *burnout*.

Resultados similares estão ainda presentes no relatório do "Estudo de Avaliação dos Riscos Psicossociais na Administração Pública", promovido pela Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP, 2021) e que contou com a parceria da Ordem dos Psicólogos Portugueses e com a colaboração de 77 entidades públicas. Neste estudo, foram obtidas 23.563 respostas de um universo total de 61.608 trabalhadores, (número indicado pelas próprias entidades), o que resultou numa taxa de resposta global de 38,25%. Também aqui foram identificados os fatores “ritmo de trabalho”, “exigências cognitivas” e “exigências emocionais” como risco psicossocial "severo" para os trabalhadores da administração pública.

Os resultados do presente estudo corroboram ainda os da investigação realizada por Kiss e colaboradores (2013), dirigida a 990 trabalhadores do setor público, onde, além de outras, as exigências quantitativas que dizem respeito à distribuição da carga de trabalho, ao tempo disponível para executar tarefas e à eventual necessidade de realizar horas extra, e as exigências emocionais foram apontadas como fatores de maior risco. Neste estudo, os autores salientam que os valores altos para as exigências quantitativas e para o ritmo de trabalho, demonstram ser fatores de risco para o desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas.

Também os estudos de Kausto et al. (2011) e de Liu et al. (2020), ambos com uma amostra transversal a vários setores de atividade, vêm ao encontro dos resultados da nossa pesquisa, tendo as suas investigações revelado que os aspetos relacionados com a organização e o ambiente de trabalho como as exigências altas e o baixo poder de decisão sobre o trabalho, causam um impacto negativo na saúde dos trabalhadores, como a frequência da dor/doença musculosquelética.

Entretanto, Queirós e colaboradores (2020), desenvolveram um estudo em Portugal, que teve como objetivo avaliar a perceção do stress e da motivação, numa amostra de 40 profissionais distribuídos por 3 empresas no distrito de Braga, tendo os resultados demonstrado que as causas de stress estavam relacionadas, entre outras, com os prazos e o volume e multiplicidade de tarefas, o que corrobora os resultados da nossa investigação, no que respeita ao ritmo de trabalho com necessidade de se trabalhar muito rapidamente e às exigências quantitativas.

A partir da sinalização dos impactos negativos na saúde dos trabalhadores desencadeados pelos fatores psicossociais de risco nos seus locais de trabalho, são vários os autores que sugerem a necessidade de se implementarem medidas de prevenção e de promoção da saúde no trabalho, conforme podemos comprovar nos estudos de Ziemska et al. (2013), Nambiema et al. (2020) e Liu et al. (2020).

A OMS tem vindo a alertar nas últimas décadas (Leka, Griffiths & Cox, 2004), para o aumento das doenças derivadas do trabalho e dos riscos psicossociais e fatores psicossociais de risco no trabalho. Também nas Organizações mais especificamente dedicadas à área do trabalho como a AESST, OIT, ACT, esta preocupação tem vindo a crescer. Estas Organizações têm vindo a recomendar a Promoção da Saúde como uma forma de prevenir o aumento destas doenças, por um lado e fomentar estilos de vida mais saudáveis, por outro, com vista a um aumento do bem-estar emocional e psíquico: “Mente sã, em corpo são”.

Neste sentido, encontramos a título de exemplo, as evidências da investigação de Schouw et al. (2020), onde foi implementado o programa *Healthy Choices at Work* (HCWP), cujo objetivo foi avaliar as mudanças nos fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis, designadamente doenças do aparelho circulatório,

cancro, doenças respiratórias e diabetes. Os resultados demonstraram que os participantes deste programa, apresentaram alterações positivas no seu comportamento, tendo aumentado a sua atividade física, reduzido o consumo de álcool e aumentado a ingestão de frutas e vegetais, o que se traduziu numa melhoria ao nível do seu metabolismo. Assim, estes autores constaram a eficácia do programa e a importância da promoção da saúde no local de trabalho. Já Ojala et al., (2019), pretenderam demonstrar, no seu estudo, a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental como estratégia para melhorar o bem-estar dos funcionários, tendo concluído que esta medida proporciona melhorias significativas ao nível da saúde mental, sendo uma solução de suporte ao desenvolvimento da capacidade para o trabalho.

Estes resultados vão ao encontro das sugestões dos autores Pereira et al. (2022), que salientam a importância não só da prevenção de doenças mentais causadas pelos fatores psicossociais de risco sinalizados no seu estudo, mas também da promoção da saúde mental.

Deste modo, os resultados apurados demonstram a importância de se atentar à Saúde Ocupacional e a necessidade de se continuar a sensibilizar para a problemática do impacto dos fatores psicossociais de risco no trabalho na saúde dos trabalhadores. Neste contexto, Jain et al. (2018), clarificam que a Saúde Ocupacional abrange no seu âmbito de atuação, não só a gestão dos fatores de risco, mas também a promoção e manutenção da saúde e bem-estar dos trabalhadores, tendo em conta também as sociedades onde estão inseridos.

5. Principais Conclusões

Vários estudos têm revelado que é necessário intervir nalgumas áreas do trabalho, designadamente onde são identificados fatores psicossociais com maior risco, dotando os funcionários de ferramentas que lhes permitam lidar com as exigências laborais. No caso particular do presente estudo, existem evidências da importância de se definirem estratégias que auxiliem os funcionários a lidar com as exigências laborais que requerem respostas rápidas e uma atenção constante no trabalho, gerir as suas emoções face às exigências das suas funções e de capacidade de lidar com a exaustão física e emocional, de forma a promover o seu bem-estar no trabalho.

Sendo a Educação para a Saúde uma importante área de atuação da Promoção da Saúde, no presente estudo a Psicologia e a Educação fazem uma aliança essencial, sendo ambas áreas do saber indispensáveis, complementares e interdisciplinares de forma a potenciar não só comportamentos saudáveis, como promover o bem-estar em contexto de trabalho. Assim, a partir da obtenção dos resultados, temos em perspetiva a elaboração de iniciativas de promoção da saúde, nomeadamente a conceção de um programa de ações de formação contínua e a criação de uma plataforma *on-line* com linhas orientadoras que incidam no incentivo à prática de estilos de vida saudáveis, onde será salientada a importância do autocuidado.

Conscientes que um estudo desta natureza, realizado com seres humanos, envolve algumas limitações, nomeadamente a temática ser de elevada vulnerabilidade humana, o contexto laboral e o período em que o estudo foi feito num período critico da saúde pública, importa que as conclusões do presente estudo devam ser feitas com alguma precaução. Fazemos a ressalva de que a recolha dos dados foi realizada no período imediatamente após a pandemia Covid-19 (novembro de 2021), o que poderá ter condicionado alguns resultados. Ainda assim, os resultados obtidos são coincidentes com outros estudos análogos, sendo por isso, indiciadores das dificuldades sentidas pelos funcionários e investigadores de uma universidade pública portuguesa, ao nível das exigências laborais e da importância de se continuarem a avaliar os fatores psicossociais de risco no trabalho dentro das organizações, de forma a promover a saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Referências

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). *Relatório do observatório de risco europeu*. Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho. https://osha.europa.eu/en/publications/report-expert-forecast-emerging-psychosocial-risks-related-occupational-safety-and-health-osh.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2010). *Promoção da saúde no local de trabalho*. https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheet-93-workplace-health-promotion-employers.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2023). *A relação entre a exposição a fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho e as doenças cardiovasculares*. https://osha.europa.eu/pt/publications/links-between-exposure-work-related-psychosocial-risk-factors-and-cardiovascular-disease.

Bailey, T. S., Dollard, M. F., McLinton, S. S., & Richards, P. A. M. (2015). Psychosocial safety climate, psychosocial and physical factors in the aetiology of musculoskeletal disorder symptoms and workplace injury compensation claims. *Work & Stress, 29*(2), 190-211. https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1031855.

Busto Serrano, N., Suárez Sánchez, A., Sánchez Lasheras, F., Iglesias-Rodríguez, F. J., & Fidalgo Valverde, G. (2020). Identification of gender differences in the factors influencing shoulders neck and upper limb MSD by means of multivariate adaptive regression splines (MARS). *Applied Ergonomics, 82*, 102981. https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102981.

Cotrim, T., Silva, C., Amaral, V., Bem-Haja, P., & Pereira, A. (2014). Work ability and psychosocial factors in healthcare settings: Results from a national study. In V. Duffy & N. Lightner (Eds.), *Advances in human aspects of healthcare* (pp. 32-39). AHFE Conference. https://doi.org/10.54941/ahfe100477.

Cotrim, T. P., Bem-Haja, P., Pereira, A., Fernandes, C., Azevedo, R., Antunes, S., Pinto, J. S., Kanazawa, F., Souto, I., Brito, E., & Silva, C. F. (2022). The Portuguese third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Preliminary validation studies of the middle version among municipal and healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(3), 1167. https://doi.org/10.3390/ijerph19031167.

Direção-Geral da Administração e do Emprego Público. Departamento de Estruturas Orgânicas e de Recrutamento. (2021). *Estudo de avaliação dos riscos psicossociais na administração pública*. https://www.dgaep.gov.pt/upload/Estudos/2021/Relatorio_Global_Avaliacao_de_Riscos_Psicossociais%20-%20NOV2021.pdf.

Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* (Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail). Consultado em 7 de maio de 2023. https://www.vie-publique.fr/rapport/31710-mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitriser.

International Labour Office. (2017). *Decent work for sustainable development - Governing Body, 329th Session*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_545837.pdf.

Jain, A., Leka, S., & Zwetsloot, G. I. J. M. (2018). Work, health, safety and well-being: Current state of the art. In: *Managing health, safety and well-being: Aligning perspectives on health, safety and well-being* (pp. 1-31). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-024-1261-1_1.

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*(2), 285-308. https://doi.org/10.2307/2392498.

Kausto, J., Miranda, H., Pehkonen, I., Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E., & Solovieva, S. (2011). The distribution and co-occurrence of physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in a general working population. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 84*(7), 773-788. https://doi.org/10.1007/s00420-010-0597-0.

Kiss, P., De Meester, M., Kruse, A., Chavée, B., & Braeckman, L. (2013). Comparison between the first and second versions of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Psychosocial risk factors for a high need for recovery after work. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 86*, 17-24. https://doi.org/10.1007/s00420-012-0741-0.

Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *Work organization & stress - Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. (Protecting Workers' Health Series No. 3). World Health Organization (Europe). https://www.who.int/publications/i/item/9241590475.

Leka, S., Jain, A., & Lerouge, L. (2017). Work-related psychosocial risks: Key definitions and an overview of the policy context in Europe. In L. Lerouge (Ed.), *Psychosocial risk in labour and social security law* (pp. 1-12). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63065-6_1.

Liu, H. C., Cheng, Y., & Ho, J. J. (2020). Associations of ergonomic and psychosocial work hazards with musculoskeletal disorders of specific body parts: A study of general employees in Taiwan. *International Journal of Industrial Ergonomics, 76*, 102935. https://doi.org/10.1016/j.ergon.2020.102935.

Maroco, J. (2007). Análise estatística - Com utilização do SPSS. Edições Silabo.

Martínez, A. G., Carreras, J. S., & Haro, A. E. (2000). *Educación para la salud: La apuesta por la calidad de vida*. Arán Ediciones S. A.

Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A., & Cox, S. (2007). Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation, 17*(3), 259-277. https://doi.org/10.1007/s10926-007-9074-3.

Nambiema, A., Bertrais, S., Bodin, J., et al. (2020). Proportion of upper extremity musculoskeletal disorders attributable to personal and occupational factors: Results from the French Pays de la Loire study. *BMC Public Health, 20*, 456. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08548-1.

Nogueira, J. S., & Moreira, S. (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – Extensão 2018/2020*. Direção-Geral da Saúde. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/PNSO_2018_2020.pdf.

Ojala, B., Nygård, C.-H., Huhtala, H., Bohle, P., & Nikkari, S. T. (2019). A cognitive behavioural intervention programme to improve psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(1), 80. https://doi.org/10.3390/ijerph16010080.

Organização Internacional do Trabalho (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. International Labour Office.

Organização Internacional do Trabalho. (2019). *Segurança e saúde no centro do futuro do trabalho: Tirando partido de 100 anos de experiência (1st ed.).* https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@europe/@ro-geneva/@ilolisbon/documents/publication/wcms_690142.pdf.

Pereira, A., Brito, E., Souto, I., & Alves, B. (2022). Healthcare Services and Formal Caregiver's Psychosocial Risk Factors: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5009. https://doi.org/10.3390/ijerph19095009.

Pereira, A., Semedo, C. & Dos Santos, N. (2023) Dos riscos psicossociais à saúde mental. In S. Antunes & A. Pereira (Coord.), *Avaliar, Intervir e Prevenir os Riscos Psicossociais: Práticas e Recomendações*. pp. 63-99. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Queirós, C., Oliveira, S., Fonseca, S. M., & Marques, A. J. (2020). Stress no trabalho e indicadores fisiológicos: Um estudo com wearable sensors. *Psicologia, Saúde & Doença*. http://dx.doi.org/10.15309/20psd210127.

Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-Haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa, P. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) – Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Fundação para a Ciência e Tecnologia. Editora Análise Exacta.

Schouw, D., Mash, R., & Kolbe-Alexander, T. (2020). Changes in risk factors for non-communicable diseases associated with the "Healthy choices at work" programme, South Africa. *Global Health Action, 13*(1), 1827363. https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1827363.

Souto, I., Brito, E., & Pereira, A. (2022). Self-efficacy, resilience, and distress: Challenges in education for sustainable entrepreneurship in a health context. *Education Sciences, 12*(10). https://doi.org/10.3390/educsci12100720.

Souto, I., Brito, E., & Pereira, A. (2022). Occupational stress assessment in times of crisis: Challenges to psychology 4.0. *Psicologia, Saúde & Doença, 23*(2), 533–543. https://doi.org/10.15309/22psd230224.

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies: A foundation document to guide capacity development of health educators.* https://iris.who.int/handle/10665/119953.

World Health Organization. (2018). *Healthy environments for healthier people. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.* https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2018-3004-42762-59655.

Ziemska, B., Klimberg, A., & Marcinkowski, J. T. (2013). Psychosocial factors and health status of employees at the Poznan University of Medical Sciences. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 20*(3), 539-543. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24069861/.

PRACTICAL IMPLICATIONS OF HEUTAGOGY FOR CLINICAL EDUCATION IN PHYSIOTHERAPY UNDERGRADUATE

Tarciano Batista e Siqueira
UFAM - Universidade Federal do Amazonas | tarcianosiqueira@ufam.edut.br
José Alberto Frade Martins Parraça
Universidade de Évora | jparraca@uevora.pt

João Paulo Brites de Sousa
Universidade de Évora | jsousa@uevora.pt

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Veeranoot Nissapatorn
School of Allied Health Sciences, Walailak University, Thailand
nissapat@gmail.com

Citação:
Siqueira, T., Parraça, J., & Sousa, J. (2025). Practical implications of heutagogy for clinical education in physiotherapy undergraduate. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 471-482). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

ABSTRACT

Background: Heutagogy is a student-centered learning approach that emphasizes the autonomy and self-direction of the learner. The use of technology in higher education in health can support the heutagogy approach by providing students with access to a wide range of educational resources, allowing them to personalize their own learning. **Objective:** Know experiences and practical recommendations for successful approaches to heutagogy in clinical education in the university context of the health area with possible results that can be applied in higher education in physiotherapy. **Methods:** This study includes a scope review of randomized and observational studies in the databases Embase, PubMed, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), and SciELO. They were considered studies written in English or Portuguese, published between the years 2000 and 2022, and where it was clear that a teaching-learning approach that incorporated heutagogy in higher education training in the area of healthcare had a direct connection or had the potential to be implemented in the curriculum of a degree in physiotherapy. **Results:** The recovered studies were subjected to screening, and after 537 exclusions, 7 studies presented features relevant to the study proposal. **Conclusion:** The affinity between health courses favors the interdisciplinarity between the heutagogical approaches found and may benefit the teaching of physiotherapy with experiences of approaches carried out in other courses. Few studies have been found, indicating the need for further research that can guide teachers and students in building critical, effective, and autonomous clinical thinking by incorporating heutagogy into their training.

Keywords: Heutagogy; Technological learning; Physiotherapy.

1 – Introduction

The teaching and learning process has evolved continuously since the inception of methods that aid in its implementation and the documentation of these methods. This evolution has also influenced the behavior of those involved, particularly the teacher and the student (Solijonovna, 2020). There are different approaches to teaching and learning. Some are more traditional, like pedagogy and andragogy, while others are more current, like heutagogy. Heutagogy is still being explored to fully understand its potential (Glassner & Back, 2020).

Teachers are confronted with the changes in learning techniques, and their main difficulty is to choose the most suitable learning method that aligns with the dynamics of their educational environment (Vissers et al., 2018).The Pedagogy-based teaching method restricts the involvement of the student in the teaching-learning process and positions the teacher as the primary decision-maker regarding the topics covered in the curriculum and the instructional methods employed in the course (Gülden, 2014). The European setting saw the introduction of the notion of andragogy by German professor Alexander Kapp (1800-1869), who was the first to propose andragogy as a method for adult education (Loeng, 2017). In 1970, the American scholar Malcolm Knowles conducted extensive research and introduced a groundbreaking educational approach targeting adults, which he termed Andragogy (Loeng, 2018). Similar to Pedagogy, Andragogy assigns the instructor as the central figure in the act of teaching. The key distinction is in the fact that Andragogy typically involves students who are older and allows them to have autonomy in determining how they acquire the material set by their instructor (Gülden, 2014). Heutagogy, a teaching approach developed by Stwart Hase and Chris Kenyon of the University of Southern Cross in Australia in the early 2000s, has been increasingly adopted in educational practices across all levels (Hase, 2016).

Heutagogy appears to be increasingly relevant in the 21st century as it addresses the need for an educational method that integrates technology into its framework (Narayan et al., 2019). Heutagogy involves considering the equilibrium between the instructor and student as catalysts for learning. In this approach, the teacher's role shifts from being the main figure to becoming a facilitator who guides the student in the process of learning (Blaschke, 2012). The student in turn becomes accountable for the search for the fundamental content for the acquisition of their professional abilities by operating with autonomy and requesting the support of the teacher if necessary (Moore, 2020).

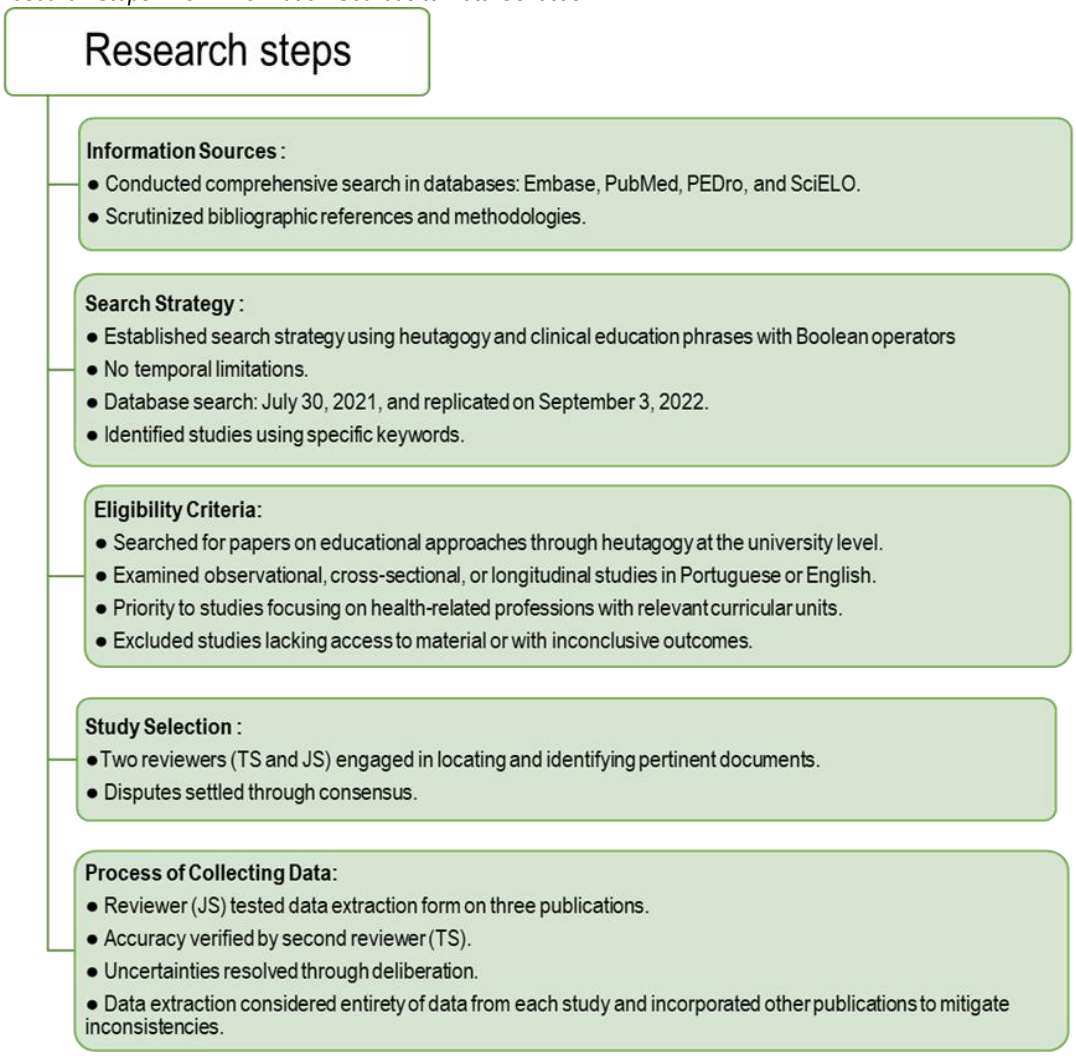
One of the primary features of this teaching technique is its integration with technologies. Therefore, digital technologies, such as mobile applications and educational platforms, designed to enhance teaching through the use of videos, images, and audio, have become a crucial instrument in the process of heutagogical learning (Narayan et al., 2019).

The utilization of heutagogical principles aims to cultivate student autonomy and self-directed learning, empowering learners to assume control of their educational journey (Bansal et al., 2020). Additionally, the integration of heutagogy endeavors to foster critical thinking skills among students, prompting them to independently analyze and evaluate information (Green & Schlairet, 2017). Moreover, the implementation of heutagogy in the curriculum aims to enhance students' engagement and motivation by enabling them to pursue learning activities aligned with their interests and learning styles (Abraham & Komattil, 2017). By delineating these heutagogical objectives, this study's primary aim is to explore experiences and practical recommendations for successful approaches to heutagogy in clinical education within the university context of the health sciences, with potential implications for higher education in physiotherapy.

2 - Methods

This study adopts a scoping review methodology, as outlined in Figure 1, to comprehensively explore research examining the outcomes of implementing heutagogy in health education and training.

FIGURE 1
Research Steps: From Information Sources to Data Collection



2.1 - Data points: If an article lacks complete information, no conjectures were formed. The review team failed to engage in communication with the authors in order to verify or acquire further information. Our objective was to provide end users with immediate access to data. Articles suitable for data extraction were categorized. Tables 2 and 3 provide a concise overview of the collected data, including details such as the author and year of publication, the specific type of health training that was evaluated, and the specific method of heutagogical intervention that was employed throughout the training.

2.2 - *Quality analysis of studies:* To assess the risk of bias and the quality of the analyzed articles, we utilized the Newcastle Ottawa Scale (NOS), with the evaluation results presented in Table 1. The NOS scale recommended by the Cochrane Collaboration consists of eight criteria categorized into three dimensions: selection, comparability, and outcome or exposure (Cook & Reed, 2015).

The analysis of each study was conducted independently and blinded by two reviewers (TS and JS). Each item was assigned a value of "0" if it was not evaluated, or "1" if it was considered. The item "comparability" may receive a maximum score of 2. The allocated scores for each study were compared, and in the event of any differences, a third researcher was consulted to get a final agreement. The total score, obtained by adding all the values assigned to each domain, can reach a maximum of 9 points. A higher score indicates better study quality and a reduced risk of bias.

TABLE 1
Newcastle – Ottawa Scale (NOS)

STUDY	SELECTION 4/4	COMPARABILITY 2/2	COME/ EXPOS 3/3	SCORE (9/9)
(ABRAHAM & KOMATTIL, 2017)	2	0	3	5/9
(BANSAL ET AL., 2020)	3	0	2	5/9
(GREEN & SCHLAIRET, 2017)	3	1	2	6/9
(HARALDSEID ET AL., 2016)	2	0	3	5/9
(MALONEY ET AL., 2013)	3	1	3	7/9
(RAHMI, 2020)	3	0	3	6/9
ROGAN, S; ET AL (2020)	4	1	3	8/9

The criteria assessed in the "Selection" category include the representativeness of the cohort being studied, the selection of an appropriate external control group, and the accurate identification of the exposure and absence of the outcome at the start of the study. The criterion evaluated in the comparability sector is the comparability of cohorts, which is determined by their design or analysis. The criteria assessed in the field of Result/Exposure include the evaluation of the outcome, the monitoring of adequate duration for the outcomes to manifest, and the adequacy of cohort monitoring. The thresholds established according to the overall score were as follows: a score of seven to nine points was categorized as "Low risk of bias", a score of four to six stars was classified as "Middle risk for bias", and a score of three or fewer stars was declared "High risk of Bias" (Oremus et al., 2012). As part of a unanimous judgment, the reviewers assessed several research using the Newcastle – Ottawa Scale (NOS). Out of these studies, 5 were categorized as having a "Middle risk of bias" and 2 were classed as having a "Low risk of Bias".

3 - Results

3.1 - Study Selection

A preliminary search conducted in the databases successfully retrieved 544 records. A total of 537 studies were omitted due to the absence of a title and summary that aligned with the study topic or because they were inconsistent review articles that did not meet the criteria for inclusion. The salient data from the texts that could be incorporated into this version was displayed in two tables.

3.2 - Study Details

Seven comprehensive studies examining the integration of heutagogy in university health education programs were analyzed. The data pertaining to the study site, objective, and higher education in health are included in Table 3, which provides an overview of the characteristics of the studies. When examining the vocations that benefit from heutagogical techniques, we observe a similarity between nursing, medicine, and physiotherapy, with each field having two relevant studies.

TABLE 2
Implementation of the Heutagogic Method in Higher Education Careers in Health (Characteristics of the included studies)

Author and Year of Study	***Country***	***Objectives***	***Higher health course.***
(Abraham & Komattil, 2017)	India	Consider the application of educational practices based on heutagogy in the context of PBL problem-based learning.	Medicine
(Bansal et al., 2020)	India	The objective was to evaluate the students' perception in relation to three different TL methods (pedagogy, andragogy and heutagogy) in medical education.	Medicine
(Green & Schlairet, 2017)	USA	Understand how students perceived their experiences in the inverted classroom and how students' learning dispositions were affected by the inverted classroom experience.	Nursing
(Haraldseid et al., 2016)	Norway	The aim of this study was to explore and describe the actual process of student involvement in the development of technological learning material for clinical skills training in a nursing faculty.	Nursing
(Maloney et al., 2013)	Australia	The aim of this study was to examine the use and user experiences of an online learning repository (Physeek) in a population of students.	Physiotherapy
(Rahmi, 2020)	Indonesia	Discover the relationship between teacher performance and student behavior related to: How did schools manage online classes in the early days of the pandemic? What will a quiz and student questions reveal about the relationship between teacher performance and student behavior?	General: multidisciplinary approach.
(Rogan et al., 2020)	Switzerland	The main objective of the study was to assess the feasibility of a self-directed GSS intervention that will be planned in an educational graduate program in physical therapy.	Physiotherapy

3.3 - Synthesis of Results

The table, labeled as Table 4, presents many educational approaches that incorporate heutagological practices in the field of health care career creation. It provides specific information about how this method is applied in both theoretical and practical training settings. Integrating the utilization of videos and instructor communication through email, as well as organizing remote conferences and video classes.

TABLE 3
Heutagogic Approaches (Interventions and Outcomes)

Studies	Interventions
(Abraham & Komattil, 2017)	Analyzed collaborative learning using technology and PBL. Implemented the Mentored Student Project (MSP) program, incorporating heutagogical principles into medical education.
(Bansal et al., 2020)	Surveyed second-year medical students at SMS Medical College, Jaipur. Assessed their perceptions of instructional strategies: lecture-based pedagogy, self-directed problem-based andragogy, and keyboard technology-based heutagogy.
(Green & Schlairet, 2017)	Conducted semi-structured face-to-face interviews with students from flipped classroom cohorts. Purpose: Gather information about their experiences in the flipped classroom.
(Haraldseid et al., 2016)	Initiation phase: Informed all clinical skills course students about the project. Invited students to create technological learning materials using tablets for clinical skills training.Purposefully sampled all participants for the Investigation phase and exploratory test during the project's initial phase. After completing the clinical skills course, recruited students. Used portable SimPad® tablets as technological tools for teaching material. Allowed students to familiarize themselves with and freely use the tablets.
(Maloney et al., 2013)	In the third and fourth years of their studies, students utilized the Physeek Digital Repository for 39 weeks of clinical learning. The Physeek repository is an online resource designed for physiotherapy students, offering keyword-searchable learning materials. Enabled remote access to learning resources during workplace practice. Sent a mass email invitation to fourth-grade students. Questionnaire included six statements assessing the impact of Physeek on learning.
(Rahmi, 2020)	Individual optimized teleconferencing platforms. Zoom used for inviting guest lecturers to class. WhatsApp used for written discussions. Professor responsible for four subject areas: Course A: 29 students from various disciplines. Course B: 17 students from the class of 2017. Course C and Course D: 29 students each from the class of 2019.
(Rogan et al., 2020)	Feasibility study with undergraduate physiotherapy students (n = 51) in their first semester at BFH. Assessed the feasibility of GSS (Guided Self-Study) during the first and third semesters. Curriculum included classroom sessions (lectures, seminars) and self-study units. GSS program comprised three cycles, each with eight components, divided into five periods. Cycles included cases for promoting clinical reasoning in cardiopulmonary, geriatric, musculoskeletal, and other areas. Control Group: Students received no email cases or additional information, following the traditional physiotherapy curriculum.

4 - Discussion

The aim of this research was to identify and synthesize the most reliable data from studies investigating the application of heutagogy in health-related university education, with the intention of incorporating the findings into physiotherapy higher education. Moreover, the aim was to ascertain the suitability of the heutagogical approach as a pedagogical framework that fosters technological advancements in rehabilitation education. This approach ensures that instructional materials can be tailored to meet the specific requirements of modern

students, thereby promoting critical thinking skills. Proficient critical thinking and clinical reasoning are essential for the effective application of physiotherapy in clinical practice.

Only a few research examining the connection between heutagogy and healthcare instruction were eligible for inclusion. We conducted a narrative analysis to gain a deeper understanding of the patterns, discrepancies, and subtleties in previous studies on heutagogy. Our analysis focused on identifying the strengths and limitations of these studies, specifically in relation to its impact on the development of clinical reasoning skills in physiotherapy students for patient rehabilitation. Our goal was to generate valuable information that demonstrates the effectiveness of heutagogy in stimulating these abilities. Simultaneously, our objective was to identify findings that may guide the integration of traditional teaching methods with creative and technical approaches, which have the potential to be included into the educational process.

Two key aspects are crucial for this discussion: the first aspect revolves around comprehending the safeguards that must be taken to use a heutagogical approach. The second aspect is comprehending the many methods of incorporating this approach into physiotherapy education, drawing from experiences within this program or drawing inspiration from other relevant university programs, namely within the field of healthcare. By examining various studies, we can identify certain factors discussed by different authors that contribute to the effectiveness of a heutagogical approach. These factors are crucial for the development and proper implementation of the heutagogical approach, which is the main focus of this discussion.

4.1 – Careful conduct of heutagogy-based teaching

In a heutagogical teaching approach, the teacher assumes the role of a facilitator, supporting students' autonomy and assisting them in overcoming any obstacles to achieve their goals. Consequently, the teacher relinquishes significant control over the learning process and instead guides students on how to acquire the desired skills. The teacher's attitude shift might lead to feelings of uneasiness and diminished authority, presenting a significant obstacle for interventions rooted in heutagogy. Contemplating heutagogy necessitates the instructor to grant the student greater autonomy and adjust their role to that of a mediator (Abraham & Komattil, 2017).

In the heutagogical paradigm, as described by Bansal et al., 2020, the teacher assumes the position of a guide and facilitator. Rather than engaging in extensive discussions, the teacher educates students about the topic to be addressed and the resources that are available for learning. Despite the issue regarding the teacher's function in the study conducted by Haraldseid et al., 2016, it is said that the students highly valued the teacher's comments, even though they actively sought knowledge from many sources. Students perceived teacher support as the most secure and authoritative source of information to assess their understanding, despite its limited availability on most occasions.

Another obstacle to the heutagogical flipped classroom model is the resistance of students to this unfamiliar approach. Students, who were accustomed to a more traditional classroom model and had no prior experience with the flipped classroom model, generally exhibited this resistance (Green & Schlairet, 2017). Hence, it is crucial to emphasize the significance of assessing students' ability to differentiate between various instructional approaches and their self-assurance in learning independently through heutagogy (Bansal et al., 2020).An effective strategy to overcome obstacles in implementing a new learning model is to assess the potential for negative emotions to arise among students, taking into account their personal growth and learning traits. This evaluation should also consider how these emotions may be influenced by the students' values and preferences (Green & Schlairet, 2017).

Defining the attributes of the teaching approach helps to better comprehend any discrepancies in student satisfaction with the model that were previously identified. This necessitates teachers to consider student

preferences, which are a crucial element of evidence-based education (Green & Schlairet, 2017).To establish a collaborative and iterative approach for students, where the teacher can effectively prioritize the identification of students' needs and determine how to address them, it is imperative for the teacher to encourage the active participation of students prior to suggesting answers to their needs. In order to find unique learning needs, it is important to utilize proposals related to heutagogy. Without this iterative approach, the task of identifying specific learning needs can become more challenging (Haraldseid et al., 2016).

The adequacy of technical resources is a shared concern across all approaches. Students who view web-based content as the most effective and preferred learning resource must have access to even more efficient resources. Consequently, if individuals are able to efficiently discover valuable information, they are likely to be encouraged to actively seek out relevant material. This serves as a motivation for students to become engaged learners (Maloney et al., 2013).

Excessive task requests. Imposing tight timeframes for completing tasks and providing technology resources that fail to foster student motivation can hinder teachers' efforts to promote heutagogy (Rahmi, 2020).In addition, the instructor should acknowledge any financial limitations that could hinder certain students from utilizing laptops for personal use. However, it is important to also acknowledge the versatility of teaching methods that can be achieved through the use of smartphones and other devices, which make teaching feasible (Rahmi, 2020).

In order to prevent students from experiencing excessive workloads and the associated problems, it is crucial to carefully schedule and prioritize heutagogical activities in the curriculum. Higher weekly workloads can lead to overload, which can hinder deep learning and increase the likelihood of adopting superficial learning approaches (Rogan et al., 2020).

4.2 - Heutagogy in Teaching: Various Contexts for Its Application

The second aspect of this discussion examines the various approaches to implementing heutagogy, which involve diverse methods of transforming a classroom and presenting information. Each approach is tailored to the specific participants, making it challenging to establish a standardized intervention that can be replicated beyond the course taught by a single instructor (Green & Schlairet, 2017).The study conducted by Abraham & Komattil, 2017, presents a highly effective method for enhancing clinical reasoning skills. This method involves implementing a heutagogical approach to collaborative learning, where students collaborate in groups and utilize social media to share resources. By applying heutagogical principles, this approach proves to be advantageous in promoting good clinical reasoning.

During practice, students can create situations that identify the collective learning needs and determine what else they want to learn. They can then negotiate the extent to which they want to enhance their learning and make decisions about the integration of appropriate learning technologies. Additionally, they must decide on the assessment methods, which will be validated by the teacher acting as a guide (Abraham & Komattil, 2017). Once the topic of study has been selected and the teacher has approved the systematic approach based on heutagogical principles, an alternative method of learning is to engage in Problem-Based Learning (PBL). This approach has the potential to enhance clinical reasoning skills when implemented. The relationship between the heutagogical approach and the practice of PBL (Abraham & Komattil, 2017).

In the future, digital platforms will serve as workplaces, similar to hospitals and communities. Therefore, it is important for students to engage in reading and sharing texts and videos that document the experiences of patients and students in a class that is trained using cell phones. This will help students stay informed about the digital resources that are available to them and highlight the effectiveness of heutagogy as a method for skill development in training (Bansal et al., 2020).

The classroom has been adapted to accommodate small groups of four individuals seated around tables. The classroom is equipped with Wi-Fi devices and accessibility features that allow students to access digital learning materials. This setup promotes a highly intentional, self-directed, and autonomous learning environment. Students are encouraged to engage with narrated lectures and pre-readings before class, at a time and location of their preference. These activities can be formulated as a means of equipping students with the necessary skills to apply concepts in a flipped classroom setting, adhering to the principles of heutagogy (Green & Schlairet, 2017).

Students can be motivated to engage with their peers in order to clarify any concepts they may not have understood during pre-learning activities. They can also utilize additional resources that facilitate the application of knowledge through methods such as peer instruction, small group work, brief class discussions, problem-solving scenarios, case studies, simulations, readiness questionnaires, and presentations in small groups. In this context, the teacher can participate in student discussions to analyze their thought processes, identify weaknesses, and enhance strengths (Haraldseid et al., 2016).

By engaging students in the creation of technology-enhanced learning materials, they articulate ways to enhance their own learning in a productive manner. Consequently, the teacher has transformed into a proponent for addressing students' learning requirements. It is essential to modify the material based on individual learning requirements (Haraldseid et al., 2016).

Students can employ various strategies to ready themselves for an oral exam, such as engaging with multiple-choice questions, watching video films, completing assigned readings, communicating with instructors via email, participating in online discussion forums, and attending face-to-face meetings. It is crucial for students to prioritize tools that facilitate the learning process by utilizing tablets to navigate content efficiently through well-organized layouts and designs. This allows for student-teacher interaction and feedback, focusing on keywords like simplicity, overview, and structure (Haraldseid et al., 2016).

Maloney et al., 2013observed that a successful heltagogic experience can be achieved by providing content in digital repositories. They specifically mentioned Physeek, an online digital repository of learning resources that can be searched using keywords at Monash University in Melbourne, Australia. The repository was initially created to provide remote access to learning resources for undergraduate physiotherapy students during their clinical placements. The Physeek repository is an ideal model for online learning repositories as it enables academic personnel to generate, store, and oversee educational information in digital form. The resources provided aim to bolster and improve clinical practice proficiency. These resources consist of lecture notes, practical demonstration films, self-directed learning modules, and preparatory readings for practical lectures.

The assessment of students' knowledge acquisition in the health field can be evaluated by their participation in lectures where the professor acts as the speaker. This is done through the utilization of teleconference platforms in four courses. The professor employs various platforms to invite students and engage in discussions on class topics. This approach is centered around student-centered learning, aimed at fostering the development of knowledge and skills such as clinical reasoning and exam preparation (Rahmi, 2020). Based on the extensive research conducted by various authors, we believe that implementing a heutagogical teaching-learning approach can lead to students developing greater autonomy. This, in turn, results in these students achieving higher levels of success in their future endeavors compared to students who are compelled to pursue goals set by others (Abraham & Komattil, 2017).

The utilization of social media has been found to enhance student engagement and the current generation is highly proficient in digital technology. This proficiency allows them to reap the advantages of social networks, including connectivity, interaction, and access to a wealth of information. As a result, it becomes feasible to bring about changes in the curriculum through reforms that are rooted in heutagogy(Abraham & Komattil, 2017). Students discovered a sense of coherence in heutagogy through a practical approach to teaching, which boosted their confidence in their own abilities (Bansal et al., 2020).

Compared to other teaching methods, pedagogy helps students understand the essential knowledge and skills. Andragogy, on the other hand, focuses on equipping students with the ability to apply those skills in training settings. However, heutagogy takes a different approach by teaching students a variety of methods that enable them to thrive in any situation. This includes developing their creativity, cognitive abilities, communication skills, collaboration skills, digital literacy, and effectiveness. The ultimate goal is to produce well-rounded, competent professionals upon graduation (Bansal et al., 2020).

Active student participation in the creation of study materials enhances students' connection to their individual learning requirements. In addition, incorporating the expertise of both students and teachers in a customized and well-rounded manner seems to be the most effective way to enhance student and instructor engagement (Haraldseid et al., 2016).

Web-based repositories have the potential to serve as the main source for student healthcare professionals to access resources. They can also be used as a tool to educate patients and provide access to practical information. The findings of this study suggest that current healthcare professional students value the advantages of online learning resources because of their convenience and user-friendliness. This signifies a shift from conventional learning methods to the use of technology for educational support. It suggests a potential correlation between the increasing use of online connections and learning preferences (Maloney et al., 2013).

4.3 - Concluding Remarks

The studies analyzed provide examples and results that demonstrate the effectiveness of the heutagogical model in the teaching-learning process of health careers at higher education. Embedded within the training of physiotherapy, heutagogy offers the opportunity for significant benefits when integrated into the curriculum. By empowering students to take an active role in constructing their professional skills and competencies, it fosters the development of critical thinking and clinical reasoning. Additionally, it enhances teamwork and promotes a lifelong commitment to learning.

Assessing and examining the progress of education in this field remains crucial due to its emerging nature and the limited number of studies that evaluate the impact of heutagogy as a teaching model for physiotherapy training. This evaluation is important whether it is used in collaboration with or as an alternative to traditional approaches in teaching rehabilitation theories and clinical practices.

There is a clear demand for improvements in training methods, with a focus on equipping professionals with the skills to work more effectively and foster collaboration. This study highlights the potential of the flipped classroom and heutagogical teaching model in fostering the development of critical thinking skills among nurses. These approaches emphasize understanding, reasoning, and exploration, and encourage lifelong learning through knowledge sharing rather than knowledge accumulation. The use of heutagogy can effectively promote this ability (Green & Schlairet, 2017).

The incorporation of heutagogy with Information and Communication Technologies - ICTs provides educators with a wide range of possibilities to enhance the readiness of adult students for the evolving work environments of the 21st century. This includes acquiring ICT skills and cultivating the mindset and disposition required for lifelong learning (Lynch et al., 2021).

University instructors are now incorporating the Internet into assignments to enhance communication and outreach. This includes using infographics, podcasts, blogging, and social media. Researchers have been studying how these approaches, specifically reflection, ability, and competence, can be measured and how they impact student outcomes and knowledge transfer (Hainsworth et al., 2022).

In today's fast-paced world, individuals must have a diverse set of skills to succeed. These skills encompass digital literacy, which entails proficiency in using technology for different purposes. Moreover, individuals must

be self-reliant in their professional and educational pursuits, capable of collaborating efficiently with others, and nurturing creativity. These abilities are all reinforced by heutagogical principles, as emphasized by Lynch et al., (2021). Regarding Continuing Professional Development (CPD), the role of a professional in training is shaped by the supervision they receive, whereas practicing professionals are responsible for their own performance (Links, 2018).

5 – Conclusion

Heutagogy has the potential to address the current need for transforming traditional higher education methods into a more technology-driven approach. The connection between health courses and training content that emphasizes the relationship between professionals and patients promotes a collaborative and interdisciplinary approach. This approach can be applied not only in physiotherapy training, but also in other healthcare training programs. There is a lack of research in this area, highlighting the importance of conducting new studies to provide guidance for teachers and students. This research can help them develop critical, effective, and independent clinical thinking skills by incorporating heutagogy into their training.

Acknowledgements

I would like to express my gratitude to the entire organizing team of the 5th National Congress on Health Education, who dedicated their time to mediate the review of this text and bring it to life as one of the chapters of the e-book "Promotion and Education for Health: Innovation and Sustainability for Well-Being."

References

Abraham, R. R., & Komattil, R. (2017). Heutagogic approach to developing capable learners. *Medical Teacher*, *39*(3), 295–299. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270433.

Bansal, A., Jain, S., Sharma, L., Sharma, N., Jain, C., & Madaan, M. (2020). Students' perception regarding pedagogy, andragogy, and heutagogy as teaching learning methods in undergraduate medical education. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*(1), 301. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_221_20.

Blaschke, L. M. (2012). Heutagogy and lifelong learning: A review of heutagogical practice and self-determined learning. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, *13*(1), 56. https://doi.org/10.19173/irrodl.v13i1.1076.

Cook, D. A., & Reed, D. A. (2015). Appraising the quality of medical education research methods. *Academic Medicine*, *90*(8), 1067–1076. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000786.

Glassner, A., & Back, S. (2020). Three "Gogies": Pedagogy, andragogy, heutagogy. In *Exploring Heutagogy in Higher Education* (pp. 59–74). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-4144-5_5.

Green, R. D., & Schlairet, M. C. (2017). Moving toward heutagogical learning: Illuminating undergraduate nursing students' experiences in a flipped classroom. *Nurse Education Today*, *49*, 122–128. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.016.

Gülden, A. (2014). Andragoji kavramı ve andragoji ile pedagoji arasındaki fark. *Ankara Universitesi Egitim Bilimleri Fakultesi Dergisi*, *47*(1), 279–300. https://doi.org/10.1501/Egifak_0000001327.

Hainsworth, N., Dowse, E., Cummins, A., Ebert, L., & Foureur, M. (2022). Heutagogy: A self-determined

learning approach for midwifery continuity of care experiences. *Nurse Education in Practice*, *60*, 103329. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103329.

Haraldseid, C., Friberg, F., & Aase, K. (2016). How can students contribute? A qualitative study of active student involvement in development of technological learning material for clinical skills training. *BMC Nursing*, *15*(1), 2. https://doi.org/10.1186/s12912-016-0125-y.

Hase. (2016). Self-determined Learning (heutagogy): Where have we come since 2000? In D. J. Hoffman (Ed.), *SITJAR* (Special Ed). https://hdl.handle.net/10652/5723.

Links, M. J. (2018). Beyond competency-based continuing professional development. *Medical Teacher*, *40*(3), 253–258. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1401219.

Loeng, S. (2017). Alexander Kapp – the first known user of the andragogy concept. *International Journal of Lifelong Education*, *36*(6), 629–643. https://doi.org/10.1080/02601370.2017.1363826.

Loeng, S. (2018). Various ways of understanding the concept of andragogy. *Cogent Education*, *5*(1), 1496643. https://doi.org/10.1080/2331186X.2018.1496643.

Lynch, M., Sage, T., Hitchcock, L. I., & Sage, M. (2021). A heutagogical approach for the assessment of Internet Communication Technology (ICT) assignments in higher education. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s41239-021-00290-x.

Maloney, S., Chamberlain, M., Morrison, S., Kotsanas, G., Keating, J. L., & Ilic, D. (2013). Health professional learner attitudes and use of digital learning resources. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(1), e7. https://doi.org/10.2196/jmir.2094.

Moore, R. L. (2020). Developing lifelong learning with heutagogy: contexts, critiques, and challenges. *Distance Education*, *41*(3), 381–401. https://doi.org/10.1080/01587919.2020.1766949.

Narayan, V., Herrington, J., & Cochrane, T. (2019). Design principles for heutagogical learning: Implementing student-determined learning with mobile and social media tools. *Australasian Journal of Educational Technology*, *35*(3), 86–101. https://doi.org/10.14742/ajet.3941.

Oremus, M., Oremus, C., Hall, G. B. C., & McKinnon, M. C. (2012). Inter-rater and test–retest reliability of quality assessments by novice student raters using the Jadad and Newcastle–Ottawa Scales. *BMJ Open*, *2*(4), e001368. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001368.

Rahmi, R. (2020). Understanding heutagogy during a pandemic: A case of <scp>U</scp> niversitas <scp>I</scp> ndonesia. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, *57*(1), 2–5. https://doi.org/10.1002/pra2.361.

Rogan, S., Taeymans J, J., Zuber, S., & Zinzen, E. (2020). Planning and implementation of guided self-study in an undergraduate physiotherapy curriculum in Switzerland—A feasibility study. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, *7*, 238212052094492. https://doi.org/10.1177/2382120520944921.

Solijonovna, Z. A. (2020). Modern information technologies - A factor of increasing youth education, potential and spirituality. *The American Journal of Social Science and Education Innovations*, *2*(09), 554–560. https://doi.org/10.37547/tajssei/Volume02Issue09-83.

Vissers, D., Rowe, M., Islam, M. S., & Taeymans, J. (2018). Ownership and attitudes towards technology use in physiotherapy students from seven countries. *Health Professions Education*, *4*(3), 198–20

COMPARATIVA DE METODOLOGÍAS EDUCATIVAS TRADICIONALES VERSUS INNOVADORAS MEDIADAS POR TECNOLOGÍAS: APRENDIZAJE DE TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN

Maria del Carmen Ortega Navas
Facultad de Educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia | cortega@edu.uned.es

Giovanna Ruiz García
IES José del Campo | gruizg11@educantabria.es

Adrián Rodríguez García
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea del Atlántico | adrian.rodriguez.garcia@uneatlantico.es

María García- Pérez Calabuig
Facultad de Educación. Universidad Nacional de Educación a Distancia | mgarcia@edu.uned.es

Arbitragem científica:
Revisor 1
Em regime de anonimato

Revisor 2
Em regime de anonimato

Citação:
Ortega Navas, M. del C., Ruiz García, G., Rodríguez García, A., & García-Pérez Calabuig, M. (2025). A Comparativa de metodologías educativas tradicionales versus innovadoras mediadas por tecnologías: Aprendizaje de técnicas de primeros auxilios y reanimación. In M. Coppi, H. Oliveira, A. M. Cristóvão, & J. Bonito (Eds.), *Promoção e educação para a saúde: inovação para a sustentabilidade e o bem-estar* (pp. 485-505). Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora.

RESUMEN

La educación en primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar en el entorno educativo y, en las clases de educación física, en particular, es un factor clave para la prevención y actuación efectiva en situaciones de emergencias o urgencias en el aula, hasta que el accidentado pueda ser atendido por el personal especializado. No obstante, aunque el currículo educativo contempla estos contenidos, son muchas veces olvidados y no abordados por los docentes por diversas causas. En este contexto, surge la preocupación de cuál es la mejor metodología para abordar estos contenidos, ya no solo de manera rápida, sino también efectiva. Para conocer cómo se puede fomentar su aprendizaje, se ha realizado una investigación en un centro escolar de secundaria de Cantabria a través del método explicativo-causal. El objetivo es comparar diversas metodologías educativas para conocer cuál es la más adecuada en la praxis educativa, comparando las metodologías innovadoras, gamificación y flipped classroom, con otra más tradicional. Los resultados muestran una buena acogida para implementar las metodologías e incrementar el aprendizaje significativo en técnicas de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar que ayude a salvar vidas.

Palabras clave: formación, innovación, metodología, primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar

Introducción

El centro escolar es un entorno en el que se producen además de aprendizajes, situaciones de peligro, tales como caídas, desmayos, heridas, etc. Entre ellas, destacan la jornada de recreo en el patio y las clases de educación física, siendo esta última la de mayor incidente por el alto grado de actividad y contacto entre los estudiantes (Abraldes et al., 2011). En este mismo sentido Julián et al. (2017, p.14) afirman que "la educación física debe caminar hacia el fomento de proyectos interdisciplinares potentes en los centros educativos".

Los primeros auxilios (en adelante PA) son definidos como las acciones de emergencia que permiten reducir los efectos de las lesiones y estabilizar al lesionado con procedimientos hasta obtener atención especializada (Nava, 2013). Es fundamental realizar una valoración inicial del afectado conocida como valoración primaria Bernal (2010) en el contexto de los accidentes entendidos, como la situación imprevisible que provoca una alteración en alguna de las estructuras corporales, causando un daño físico mental, siendo muchos de ellos derivados de la actividad físico-deportiva (Barcala y García, 2006).

El tipo de accidente que puede suceder en la escuela es muy diverso, variando desde una hemorragia hasta una parada cardiorrespiratoria. Ahora bien, para llevar a cabo la formación en PA y reanimación cardiopulmonar (en adelante RPC) en el alumnado de secundaria, no se deben solo de tener en cuenta los sucesos que más ocurren, sino también aquellos que más opciones de tratamientos eficaces tienen para poder revertir los daños.

Varios estudios realizados en los últimos años recomiendan que los PA se aprendan de manera activa, con una gran parte práctica y trabajo grupal, así como dotando de una mayor autonomía que fomente la iniciativa personal (López et al., 2016).

Por otra parte, la reanimación ocupa un lugar importante en situaciones de aula, entendida como aquella que se produce con una parada brusca, inesperada y reversible de la actividad mecánica del corazón y, por consiguiente, la respiración producida de manera espontánea (Nodal, López y de la Llera, 2006). La técnica de reanimación, en consecuencia, es fundamental conocer para dar respuesta inmediata a situaciones que de otra manera pueden derivar en situaciones más graves.

Cabe destacar que en este contexto la importancia de la formación en PA y RPC desde la escuela para incrementar significativamente la tasa de recuperación y supervivencia está avalada entre otros, por la declaración del consenso de la European Resuscitation Council (ERC), y por numerosos autores que coinciden que "la formación en primeros auxilios en la escuela "Kids save lives" recomienda la enseñanza de primeros auxilios y de RCP a partir de los 12 años de edad con una duración mínima de 2 horas por año" (Cerezo et al., 2018, p. 29) y que es necesaria no solo para reducir la gravedad de las lesiones si no salvar vidas. En esa misma línea Martínez-Isasi et al. (2022) coinciden que es necesaria la formación a los alumnos en reanimación impartida por los profesores de educación física antes de los 13 años como parte del programa escolar. Igualmente, Tse, et al., (2023) afirman que los programas de PA ayudan a los alumnos a mejorar sus conocimientos y habilidades para reducir las lesiones e incluso salvar vidas. Y autores como Allan et al., (2023) señalan que las recomendaciones sobre métodos normalizados de formación y evaluación son necesarias para comprender los mejores métodos de formar a los niños en PA.

Por otra parte, no debemos perder de vista que los alumnos de secundaria ya tienen las capacidades necesarias para poder comprender y poner en práctica los primeros auxilios, estando expuestos a un contexto en el que tendrán más probabilidad de poner en práctica lo aprendido (Lucas, 2012).

En las próximas páginas se presenta una investigación centrada principalmente sobre la calidad y efectividad de la RCP tras su aprendizaje a través de diversas metodologías tradicional e innovadoras mediante gamificación y flipped classromm y gamificación en la asignatura de educación física que promueve proyectos interdisciplinares.

Así pues, en este contexto, el presente estudio tiene como principal finalidad cumplir con las directrices y recomendaciones en cuanto a enseñanza marcadas a nivel nacional en el currículo educativo y además comparar distintas metodologías que permitan determinar cuál es la más efectiva a largo plazo para la enseñanza de los PA y RPC en la etapa escolar.

Contextualización teórica

1. El currículo y los primeros auxilios

En la introducción de la asignatura de educación física, en el marco de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, se destaca la necesidad de adecuar a las necesidades del grupo y de cada alumno/a o las metodologías, proponiendo actividades motivadoras y trabajo en equipo en torno a proyectos vinculados a su vida, proporcionando situaciones reales y satisfactorias de aprendizaje, teniendo en cuenta los objetivos generales de etapa expuestos en el Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria, dentro de los cuales destaca el k) donde se destaca la necesidad de afianzar los hábitos de cuidado y salud corporal:

> Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora.

En el Decreto 73/2022, con relación a los saberes básicos, tanto el Bloque A. “Vida activa y saludable”, como el Bloque B. “Organización y gestión de la actividad física” conectados con la competencia específica 1 y sus criterios de evaluación 1.3. y 1.4. con la prevención de lesiones, se reconocen situaciones de riesgo y la necesidad de la aplicación de los PA en el ámbito escolar.

Esta investigación se centra fundamentalmente en el bloque B sobre la organización y gestión de la actividad física, en el que se plantea una progresión del contenido de PA para lograr la adquisición de su aprendizaje, desde los cursos de 1º y 2º ESO a través de los contenidos de la técnica Proteger, avisar y socorrer (PAS), Protocolo 112 y Soporte vital básico. Y en los cursos de 3º y 4ºESO con relación a la reanimación mediante desfibrilador automático o semiautomático, protocolo RCP y técnicas específicas e indicios de accidentes cardiovasculares.

2. Formación del profesorado

Los conocimientos que presenta el profesorado con relación a los PA son deficitarios y no garantizan que la respuesta proporcionada al alumnado sea la adecuada. Es, por tanto, fundamental que sea una formación impartida por profesores que se encuentren en activo o que hayan recibido una alta formación en la etapa universitaria y que ésta sea reciente (Gaintza y Velasco, 2017). Además, se debe de respaldar que una de las variables más importantes para la introducción de los contenidos de primeros auxilios en el entorno escolar es la formación del docente de educación física, siendo la materia en la que más accidentes se producen por la práctica de actividad física (López, 2019).

Igualmente, se debe de tener en cuenta la evidente falta de tiempo y recursos disponibles para la formación de los PA en la escuela (Lockey, Barton y Yoxall, 2016), hace que sea frecuente que el profesorado delegue la responsabilidad de la formación de dichos contenidos en instructores externos (Zinckernagel et al., 2016).

Este estudio y formación, por tanto, permitirá a los docentes de los centros escolares, una gestión eficaz de los recursos para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje en relación con los PA. De manera que la incorporación de una hora de formación dentro del currículo de secundaria permita la adquisición en los alumnos y alumnas para para lograr una mayor y/o mejor adquisición efectiva de los conocimientos en PA y RCP en el menor tiempo posible en las clases de educación física.

3. Innovación metodológica mediante tecnologías

Como punto de partida es importante destacar que, para conseguir innovar, hay que introducir algo nuevo que produzca una mejora de manera intencional y sistemática y no como un "cambio" espontáneo (Medina, 2015). La necesidad de crear una unidad didáctica innovadora se debe a que es esencial la comprensión profunda de la realidad educativa y adoptar decisiones para la mejora integral de los procesos de enseñanza-aprendizaje (Medina, 2009).

Atendiendo a Pérez-Pueyo, Hortigüela y Fernández-Río (2021), con la exposición a diversas metodologías, se justifica que las características de actividad, trabajo grupal y autonomía que fomenten la iniciativa personal se pueden encontrar en el modelo del aprendizaje cooperativo y de gamificación como metodologías didácticas fundamentales para la formación en el aula de secundaria en materia de PA y RPC.

El aprendizaje cooperativo, busca que se dé una predisposición emocional positiva que favorezca el clima del aula, logrando que se dé un aprendizaje significativo (Manzano et al., 2020). Los estudiantes aprenden a través del trabajo colaborativo, que facilita y potencia las interacciones e independencia positivas, actuando tanto el profesor como los alumnos como co-aprendices (Fernández-Río, 2016). Dentro de sus elementos, se deben destacar para este trabajo los siguientes:

- Interdependencia positiva: Los alumnos dependen unos de otros para lograr realizar una RCP adecuada con cambios coordinados en la ejecución de esta.
- Responsabilidad individual: El trabajo de cada uno de ellos es relevante para lograr superar los casos prácticos y las pruebas a las que se tienen que enfrentar.

- Habilidades sociales: Cada integrante del grupo desarrollará habilidades de comunicación interpersonal.

Para este estudio y teniendo en cuenta que el empleo de las tecnologías en educación física desarrolla una reforma pedagógica con el fin de mejorar los procesos que había ante la actividad física y el deporte (Fernández-Espíndola y Ladrón-de-Guevara, 2015) se han utilizado la gamificación y flipped classroom como metodologías innovadoras.

La gamificación, que se basa en diseño de juegos para mejorar la participación y el rendimiento en contextos no lúdicos, contribuye a que el aprendizaje sea más atractivo y motivador al integrar, precisamente, elementos de juego, como puntos, niveles, desafíos y premios (Vásquez, I. A. y Campillo, M. A., 2021). En consecuencia, logran un mayor enganche del alumnado a la temática empleada y el rendimiento en cada actividad propuesta a través de la diversión y motivación de los juegos (Dichev & Dicheva, 2017).

En ella, los roles de los estudiantes van más allá de la realidad, utilizando en su proceso de aprendizaje diferentes desafíos y juegos que deben superarse para lograr resultados significativos (Sebastiani y Campos-Rius, 2019).

Esto permite adquirir nuevos conocimientos o poner en práctica los que ya se tenían. Para este propósito, el maestro usa aumentos de nivel, recompensas, insignias, etc. donde la dedicación y la eficiencia se recompensan de manera activa y positiva en un entorno que puede ser académico o extracurricular (Contreras y Eguia, 2016). Junto con estos beneficios, destaca la puesta en práctica de habilidades tales como el liderazgo, la resolución de problemas y/o conflictos, la creatividad e innovación etc. (Vasconcelos, Ugalde y Montero, 2021).

Por su parte, el flipped classroom, como modelo de metodología invertida, consiste en proporcionar a los alumnos los contenidos y el trabajo a través de la plataforma classroom para que conozcan de manera previa qué se va a llevar a cabo en clase facilitándoles los contenidos a través de videos en líneas, podcasts, simulaciones interactivas u otros recursos multimedia. Con este método se promueve el autoaprendizaje, trabajo autónomo y una mejor comprensión de los contenidos al ritmo personalizado de cada estudiante (Iborra et al., 2017).

Método

El presente estudio tiene como objetivo principal comparar el uso de distintas metodologías tradicionales e innovadoras como herramientas para aprender los primeros auxilios en el ámbito escolar. Además, se abordan los siguientes objetivos específicos:

- Aumentar el nivel de conocimientos de los alumnos y las alumnas en el campo de los primeros auxilios.
- Enseñar correctamente la realización de la Reanimación Cardiopulmonar.
- Motivar a los alumnos y a las alumnas en el aprendizaje de los contenidos relacionados con los primeros auxilios.
- Mejorar el estilo de vida de la comunidad que rodea al centro escolar para asegurar el bienestar de estos.

En cualquier caso, se trata de analizar si la metodología tradicional o innovadora (gamificación o flipped classroom) logra un aprendizaje más significativo y despierta mayor interés en el alumnado de secundaria a la hora de aprender PA y RPC.

Para lo cual se han planteado las siguientes hipótesis:

H1 – Los primeros auxilios y la reanimación cardiopulmonar se aprenden mejor cuando se enseña a través de las metodologías innovadoras de la gamificación y el flipped classroom que con la metodología tradicional.

H2 – Los primeros auxilios y la reanimación cardiopulmonar se aprenden mejor cuando se enseña a través de la metodología innovadora de la gamificación que con la metodología tradicional.

H0 – El uso de las metodologías innovadoras de la gamificación y el flipped classroom no logran un mejor aprendizaje que la metodología tradicional.

El método llevado a cabo ha sido el explicativo-causal, ya que tiene el propósito de llegar al conocimiento de la metodología que da lugar a un mejor aprendizaje de los PA y la RCP, a través de la materia de educación física. Se trata de un grupo muy estructurado y exigen la detección previa de los fenómenos de interés (Bisquerra, 2014), como en este caso la importancia de formar al alumnado en PA y RCP desde una asignatura en concreto, la educación física. Se busca que, tras la formación en PA y RPC, se observen diferencias entre los grupos y se puedan establecer relaciones de causa-efecto.

Así, se habla más en concreto de un estudio comparativo-causal ya que se proponen establecer comparaciones entre grupos que siguen una determinada metodología formativa, ya sea por gamificación o flipped classroom o bien tradicional.

Para medir la efectividad de la formación, el grado de aprendizaje, motivación y mejora de los alumnos, se aplicaron dos cuestionarios:

- Cuestionario mixto con preguntas de elección múltiple relacionadas con los Primeros Auxilios y la aplicación de la Reanimación Cardiopulmonar.
- Cuestionario para analizar la ejecución de RCP tras la puesta en práctica del programa de formación.

Para poder valorar que una RCP se ha realizado de manera adecuada, se usaron dos medidas fundamentales:

- Interacción del estudiantado con un maniquí interactivo (Little Anne QCPR Instructor App) que permite conocer el grado de la supervivencia en base al ritmo y la profundidad de las compresiones tras su ejecución (Calidad de ejecución de la RPC)
- Una rúbrica siguiendo el protocolo establecido por la guía del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) de 2021, donde se especifica que el reanimador debe de colocarse a nivel del tórax, con el talón de la mano entre el esternón y los pezones, y con una mano encima de la otra entrelazadas, con brazos extendidos en la vertical y, desde esa posición, realizar las compresiones. (Técnica de Ejecución de la PCR)

Participantes

La muestra inicial estaba formada por 125 alumnos que cursan 2º de la ESO en el IES Valle de Piélagos, de Renedo capital del municipio de Piélagos en Cantabria. No obstante, la muestra final se quedó en un N= 96 (39 hombres y 57 mujeres) con una edad media de 13,5 años debido a que, de ese total de 125 participantes, 12 no asistieron a la formación, 15 no entregaron, al tratarse de un alumnado menor de edad, el consentimiento informado por los padres o tutores con la autorización para el tratamiento de datos, para cumplir, así, con la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigaciones con humanos y 2 estudiantes tuvieron que ser eliminados de la muestra por incapacidad física para realizar la RPC.

El reparto de los alumnos entre la muestra final de N=96 quedó distribuida de la siguiente manera:

- 2 grupos experimentales atendiendo a los recursos empleados en la formación:
    - 1 grupo realiza una formación a través de solo gamificación (41 alumnos).
    - 1 grupo realiza una formación a través de gamificación y flipped classroom (39 alumnos)
- 1 grupo control: No se le aplica una formación innovadora, solamente el modelo tradicional (16 alumnos).

La técnica de muestreo que se usó para esta investigación ha sido la de un muestreo no probabilístico por la conveniencia, fácil acceso y la formación previa en grupos académicos estables en el IES Valle de Piélagos, dentro del curso de 2ºESO. Se debe aclarar que como no se espera que esta muestra sea representativa de la población, no se aplica ningún proceso de selección para su conformación.

Diseño

El proceso de investigación se desarrolló en las siguientes fases:

- Una fase inicial para medir el nivel de conocimiento en PA y RPC a través de un cuestionario en Google.

- Una segunda fase o fase intermedia tras la formación en PA y RPC teniendo en cuenta la metodología seguida por cada uno de los grupos.

- Una tercera fase o fase final en la que los participantes respondieron a un cuestionario de satisfacción tras la formación recibida y para valorar la ejecución técnica se utilizó una rúbrica en base a las diferentes técnicas que proporcionan una adecuada RPC.

- Fase inicial

En la fase inicial, como señalábamos anteriormente, orientada a medir el nivel de conocimiento en PA y RPC se elaboró un formulario de 10 preguntas cerradas en Google que nos permitirían adaptar la formación a partir de la experiencia previa, la participación en accidentes e incidentes

en su entorno cercano, así como la ejecución de RCP y el historial de lesiones de los participantes antes de la intervención, en abril de 2023. Todo ello, con la finalidad de tenerlo en cuenta en la formación para incidir en aquellos conceptos que no estuvieran aún aprendidos y los puntos más débiles que se debían reforzar. Como punto de partida se les preguntó si habían tenido alguna formación previa a lo largo de su etapa educativa sobre RPC y en dónde recibió dicha formación. Los datos obtenidos en el cuestionario demuestran que tan solo un 11,2% han tenido formación previa en RCP, durante un periodo comprendido entre 1 a 3 meses a través de charlas mayoritariamente teóricas en el entorno escolar.

- Fase intermedia

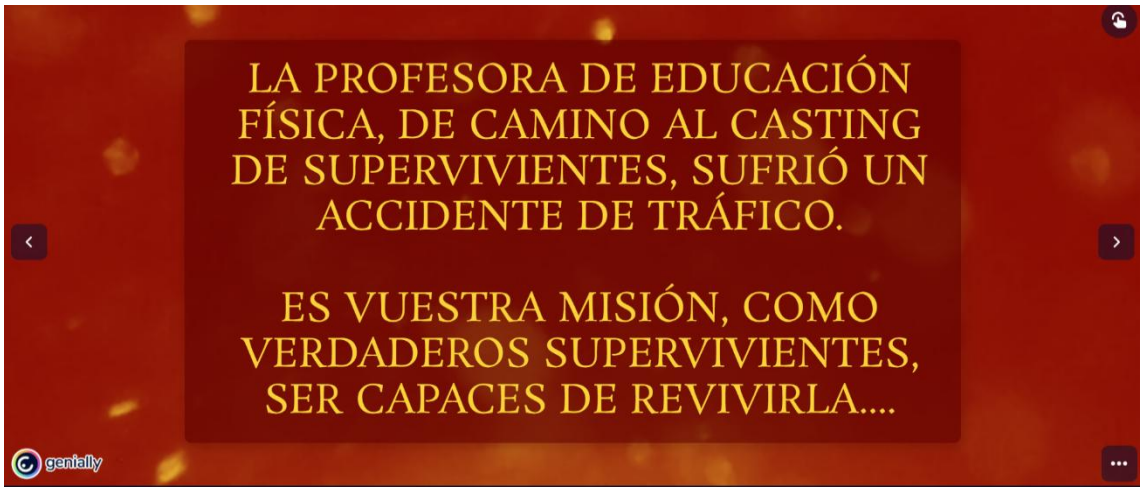
Después de la valoración de los resultados en la fase inicial y tras la formación realizada en PA y RPC impartida por la profesora de educación física del IES Valle de Piélagos (Cantabria), el conocimiento de la PA se midió a través de una serie de preguntas más técnicas a través de un cuestionario mixto con preguntas de elección múltiple y de carácter abierto en función de la variable analizada.

La formación de todos los grupos fue de 60 minutos para que fuera asequible para cualquier docente de educación física ya que no requería de mucho tiempo lectivo y permitiera incorporar a la planificación de la materia de educación física de una manera sencilla y realista. En la sesión posterior a la formación, en la misma semana, se tomaron los datos de ejecución de RCP y, pasados 4-5 días, se enviaron por la plataforma classroom los cuestionarios post-test para que fueran completados por los alumnos. A continuación, se les explican las intervenciones realizadas a través de la metodología de la gamificación, el flippped classroom y la formación tradicional.

Gamificación

El objetivo didáctico de esta metodología se centra en que los alumnos tenían que superar diversos retos para salvar a su profesora en un contexto imaginario, que estaba accidentada y necesitaba de su ayuda hasta obtener el premio final. Para ello, se adaptaron todos los contenidos con la temática de Supervivientes. En la siguiente figura 6 se muestra el punto de inicio del juego planteado sobre la supervivencia.

FIGURA 1
Presentación introductoria a la temática de supervivientes



Se crearon 4 equipos en cada clase, con aproximadamente 6 componentes cada uno, teniendo que actuar en cada reto un componente diferente y, en las pruebas grupales, todos a la vez. Los retos fueron los siguientes:

1. Video introductorio sobre primeros auxilios.
2. Vías áreas donde se aborda el tema de la respiración.
3. Circulación.
4. PCR.
5. Uso del desfibrilador.
6. Manta térmica y posición lateral de seguridad

Reto 1. Video introductorio y PAS: Comenzamos con una situación real en la que ocurre un accidente y se les dan 3 acciones que están desordenadas y deben de ordenar basándose en el principio de proteger, avisar y socorrer:

a) Indicarle a tu madre que encienda las intermitentes puestas, el chaleco reflectante y los triángulos de señalización. Si no es segura la zona no debes actuar, no puedes arriesgarte y ser tú también una víctima

b) Llamar al 1-1-2 e indicar qué ha ocurrido, dónde, cantidad de heridos, actuación que estás llevando a cabo y tus datos.

c) Acudir rápidamente a prestar ayuda al accidentado ya que está en estado de gravedad y los primeros minutos son fundamentales.

Reto 2. Vías aéreas: “Al acercaros a vuestra profesora, os dais cuenta de que está inconsciente. ¿Cómo comprobarías si respira?”

Reto 3. Circulación. “Vuestra profesora respira, pero algo va mal, es momento de valorar el sistema circulatorio. ¿Cómo lo harías? Dibujad con rotuladores lo que haríais”

Reto 4. RCP. “Tras valorar un pulso alterado, nos damos cuenta de que vuestra profesora ha dejado de respirar. ¿Qué haríamos ahora?”. A continuación, se coloca un maniquí y prueban a hacer RCP a través del descubrimiento guiado. Después se les explica la técnica y se hace una competición de prueba con RCP durante 1 minuto, con cambios entre ellos.

Reto 5. Uso del Desfibrilador. “Necesitáis un aparato que ayude en la realización de la reanimación cardiopulmonar… ¡Escribe tu nombre en la cartulina”! Se observará que los alumnos escriban bien el nombre y sean capaces de colocar el DESA.

Reto 6. Manta térmica y posición lateral de seguridad. “Después de varias descargas con el DESA y la correcta RCP, vuestra profesora comienza a abrir los ojos. ¿Qué sería lo próximo que harías hasta que llegasen los servicios de emergencia?”. Se les explica cómo hacer la posición lateral de seguridad, su importancia y la necesidad de la manta térmica.

Cuando un grupo o varios grupos resolvían bien un reto, se les otorgaba una insignia que debían de pegar en su certificado de supervivientes. Se podían otorgar más de 1 insignia en cada reto según las habilidades mostradas. De manera que aquel grupo que lograse completar primero su carnet lograría el premio final: Una recompensa muy dulce. Entre reto y reto, se iba explicando cómo se resolvían, utilizando el error como forma de aprendizaje.

Flipped classroom

Los grupos que fueron intervenidos a través de esta metodología de flipped classsroom o “aula invertida” recibieron el día previo a la intervención una presentación “ventaja” que les daba los conceptos teóricos para los mismos retos que se iban a llevar a cabo con la metodología de la gamificación relacionados con introducción sobre PA, vías aéreas, circulación, RPC, uso del desfibrilador y manta térmica y posición lateral de seguridad. Con ello, se busca comprobar si es eficaz o no la incorporación del material de manera previa y su aprendizaje en casa a través de recursos como lecturas y recursos online, videos educativos cortos que expliquen conceptos clave, o actividades en línea, juegos de rol y simulaciones, entre otros, les eran beneficios para discutir, aplicar y profundizar en los mismos en la clase. De manera que, el sentido de la formación es lograr que los estudiantes adquieran la información básica por sí mismos en casa, y luego usen el tiempo en el aula para actividades más interactivas, prácticas y centradas en el estudiante. Para ello, se utilizó para ello la plataforma classroom, que es la utilizada en el IES Valle de Piélagos para todas las asignaturas.

Formación tradicional

El grupo que recibió su formación a través del modelo tradicional no realizó ningún tipo de juego ni parte práctica con el maniquí para ajustarse a las charlas que en muchas ocasiones reciben los alumnos en el centro escolar. Se les explicaron los mismos conceptos teóricos nombrados en la gamificación, pero de manera teórica.

- Fase final

Posteriormente, a la formación de PA y RPC se aplicó un cuestionario de satisfacción que tenía un total de 9 preguntas en los que se buscaba principalmente conocer los diferentes conceptos que los alumnos habían adquirido al finalizar la formación. Se destacan entre estos conceptos el protocolo Proteger, Avisar y Socorrer (PAS), dominado por la gran mayoría, la realización primaria y el orden de actuaciones y la detección y actuación ante un caso de parada cardiaca.

Resultados

- Evaluación de la calidad de ejecución de la RCP

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo cuantitativo sobre la calidad de RCP obtenido con el estilo tradicional (T), gamificación y flipped classroom (FG) y solo gamificación (G) a través de las medidas de tendencia central, de dispersión con la desviación típica y los intervalos de confianza en todas las variables continuas, usando el software SPSS versión 24.

Como señalábamos con anterioridad para medir la calidad de la RPC se utilizó un maniquí interactivo (Little Anne QCPR Instructor App), cuyo resultado se expresa en porcentaje (calidad)en base a los diferentes parámetros relacionados con la RCP marcados por el Consejo Europeo de Resucitación (compresiones y ritmo).

Como se puede observar en la tabla 1, la media con un porcentaje de calidad superior en RCP es el grupo que ha recibido la formación a través de la gamificación y el flipped classroom (84,44%), seguido del grupo que recibió la formación con solo gamificación (77,02%) y finalmente el grupo con formación tradicional (75,31%).

TABLA 1
Estadísticos descriptivos de la calidad de RCP en porcentaje

	N	Mínimo	Máximo	Media		Desv. Desviación
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
T	16	0,00%	100,00%	75,31%	9,10%	36,38%
FG	39	30,00%	99,00%	84,44%	2,68%	16,74%
G	41	20,00%	99,00%	77,02%	3,63%	23,25%

Nota. T: Formación tradicional; FG: Metodología con Flipped classroom y Gamificación; G: Metodología con Gamificación.

Además, se debe de tener en cuenta que la desviación de la media del grupo con más error es la del grupo tradicional y, si se observa la desviación estándar, se puede ver que tiene un valor alto lo cual indica que los datos de la muestra tienden a estar extendidos, lejanos a la media. Por ello, el grupo con mejor porcentaje de en RCP es el formado a través de la metodología flipped classroom y gamificación (σ= 2,68%).

En segundo lugar, se realizó el análisis de varianza del factor del porcentaje de calidad de RCP para comparar los grupos y contrastar la igualdad de medias. De esta forma, se establecerá si las metodologías son estadísticamente distintas o no. Precisamente, se realizó el análisis de varianza para comprobar la varianza del porcentaje de RPC y se demuestro como el valor F (1,31) es menor al valor crítico de F (3,09). En consecuencia, no se puede rechazar la hipótesis de que los promedios de los grupos son iguales, es decir, que la metodología no influye de manera significativa en el porcentaje de calidad de RCP (véase tabla 2).

TABLA 2
Análisis de varianza del porcentaje de RCP

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	0,147599715	2	0,073799857	1,31679	0,27294288	3,09433743
Dentro de los grupos	5,212200285	93	0,056045164			
Total	5,3598	95				

Evaluación de la ejecución técnica de RCP

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis descriptivo sobre la ejecución técnica de RCP obtenido con el estilo tradicional (T), gamificación y flipped classroom (FG) y solo gamificación (G). Con este análisis se pretende observar si la técnica del alumnado es la adecuada con una rúbrica que valora la colocación del alumno con respecto al maniquí, sus brazos y las compresiones.

Como se puede observar en la tabla 3, relacionado con la ejecución de la técnica RCP, la media con mayor puntuación en técnica es la del grupo que ha recibido la formación a través de la gamificación y el flipped classroom ($\overline{X}$= 3,79), seguido del grupo que recibió la formación con solo gamificación ($\overline{X}$= 3,46) y, finalmente, el grupo con formación tradicional ($\overline{X}$= 2,75). Se debe de tener en cuenta que la desviación de la media del grupo con más error es la del grupo tradicional, si se observa la desviación estándar (σ= 0,528). También, se puede ver que tiene un valor alto lo cual indica que los datos de la muestra tienden a estar extendidos, lejanos a la media. Por ello, el grupo que mejor puntuación en la técnica de RCP es el que ha sido formado a través de la gamificación (σ= 0,143)

TABLA 3
Estadísticos descriptivos de la técnica de RCP

	N	Mínimo	Máximo	Media		Desv. Desviación
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
T	16	0	5	2,75	0,528	2,113
FG	41	0	5	3,46	0,207	1,325
G	39	2	5	3,79	0,143	0,894

Nota. T: Técnica con la Formación tradicional; FG: Técnica con la metodología con Gamificación; G: Técnica con la metodología con Flipped classroom y Gamificación.

Para analizar la técnica de RPC se realizó un análisis de varianza (véase tabla 4) en la que los datos muestran que el valor F (3,44) es mayor al valor crítico de F (3,09), por lo que se puede rechazar la hipótesis de que los promedios de los grupos son iguales.

TABLA 4
Análisis de varianza de la técnica de RCP

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	12, 404237	2	6,2021185	3,4424525	0,0361172	3,0943374
Dentro de los grupos	167,5541	93	1,8016569			
Total	179,95833	95				

En este caso, el valor F es mayor al valor crítico de F, por lo que se puede rechazar la hipótesis de que los promedios de los grupos son iguales. Para saber entre qué grupos existen estas diferencias significativas, se procede a realizar la prueba t. Como ya se ha observado en la Tabla 4, las varianzas son diferentes, por lo que realizamos la Prueba T-Student para muestras independientes, para evaluar entre qué grupos existen estas diferencias significativas mediante una prueba de hipótesis.

A continuación, se presentan varias tablas con los resultados tras la aplicación de la prueba T de student para establecer a la vista de los resultados si se acepta o rechaza la hipótesis nula de nuestro estudio usando para la técnica tradicional (T) y la técnica gamificación (G) (véase tabla 4), lo mismo con la tabla 5 Prueba T-Student para técnica con formación tradicional (T) y técnica con metodología innovadora (fliiped classroom y gamificación) (FG) y la tabla 6 prueba T-Student para el análisis de los resultados tras la formación usando metodologías innovadoras: técnica con formación tradicional (T) y técnica con metodología innovadora (fliiped classroom y gamificación) (FG). El nivel de significación se estableció en 0.05. Todos los cálculos se realizaron con los softwares SPSS versión 24 y el programa de Microsoft Excel 2013.

TABLA 5
Prueba T-Student para técnica con formación tradicional (T) y técnica con metodología innovadora (gamificación) (G)

	T	G
Media	2,75	3,46341463
Varianza	4,46666667	1,75487805
Observaciones	16	41
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	20	

Estadístico t	-1,2572895
P(T<=t) una cola	0,1115666
Valor crítico de t (una cola)	1,72471824
P(T<=t) dos colas	0,22313321
Valor crítico de t (dos colas)	2,08596345

Nota. T: Técnica con la Formación tradicional; G: Técnica con la metodología Gamificación.

Nivel de significación 0,05 >P(T<=t) dos colas

0,05 < 0,22313321

Valor crítico de t (dos colas) < Estadístico t 2,08596345 < -1,2572895

Los resultados que se reflejan en esta tabla nos permiten probar la hipótesis nula, sobre que el uso de las metodologías innovadoras de la gamificación y el flipped classroom no logran un mejor aprendizaje que la metodología tradicional sabiendo que se rechaza si se cumple alguna de estas dos condiciones:

Como no se cumplen ninguna de las dos condiciones, por tanto, podemos señalar que no hay evidencia significativa para decir que hay una mejor técnica de RCP cuando se aprende a través de la gamificación que con la metodología tradicional. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 6
Prueba T-Student para técnica con formación tradicional (TT) y técnica con metodología innovadora (fliiped classroom y gamificación) (TFG)

	T	G
Media	2,75	3,46341463
Varianza	0,79892038	4,46666667
Observaciones	38	16
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	17	
Estadístico t	1,9087742	
P(T<=t) una cola	0,0366606	
Valor crítico de t (una cola)	1,73960673	
P(T<=t) dos colas	0,07332119	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10981558	

Nota. T: Técnica con la Formación tradicional; FG: Técnica con la metodología con Flipped classroom y Gamificación

Nivel de significación 0,05 >P(T<=t) dos colas

0,05 >0,07

Valor crítico de t (dos colas) < Estadístico t 2, 10981558 > -1,2572895

0,05 >0,07332119

2,10981558 < 1,9087742

Como no se cumplen ninguna de las dos condiciones, por tanto, podemos señalar que no hay evidencia significativa para decir que hay una mejor técnica de RCP cuando se aprende a través de la gamificación que con la metodología tradicional. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

Por último, en la tabla 7 tras el análisis de los datos, se concluye con que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los alumnos y alumnas que han recibido con una metodología innovadora o una metodología tradicional y no se puede rechazar la hipótesis nula.

TABLA 7.
Prueba T-Student para técnica de gamificación (TG) y la técnica de fliiped classroom (TFG)

	TG	FG
Media	3,46341463	3,79487179
Varianza	1,75487805	0,79892038
Observaciones	41	39
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	70	
Estadístico t	-1,3175588	
P(T<=t) una cola	0,09597378	
Valor crítico de t (una cola)	1,66691448	
P(T<=t) dos colas	0,19194755	
Valor crítico de t (dos colas)	1,99443711	

Nota. FG: Técnica con la metodología con Flipped classroom y Gamificación; G: Técnica con la metodología con Gamificación

Nivel de significación 0,05 >0,09597378

Valor crítico de t (dos colas) < Estadístico t 1,99443711 < -1,3175588

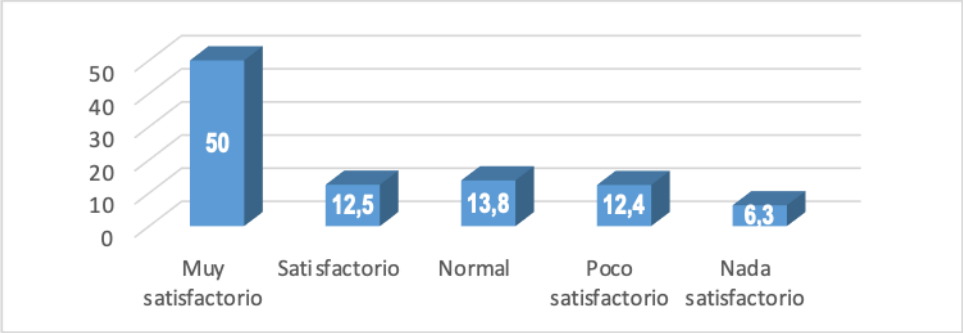
- *Cuestionario de satisfacción*

En este cuestionario, se realizaron un total de 9 preguntas, de las cuales se van a mostrar los resultados de las relacionadas con la motivación y el aprendizaje significativo. Además, se buscaba principalmente conocer los diferentes conceptos que los alumnos habían adquirido a través de las formaciones. Se destacan entre estos conceptos el protocolo PAS, dominado por la gran mayoría, la realización primaria y el orden de actuaciones y la detección y actuación ante un caso de parada cardiaca.

Se presentan, a continuación, los datos obtenidos en relación al aprendizaje percibido por parte del alumnado y la motivación percibida.

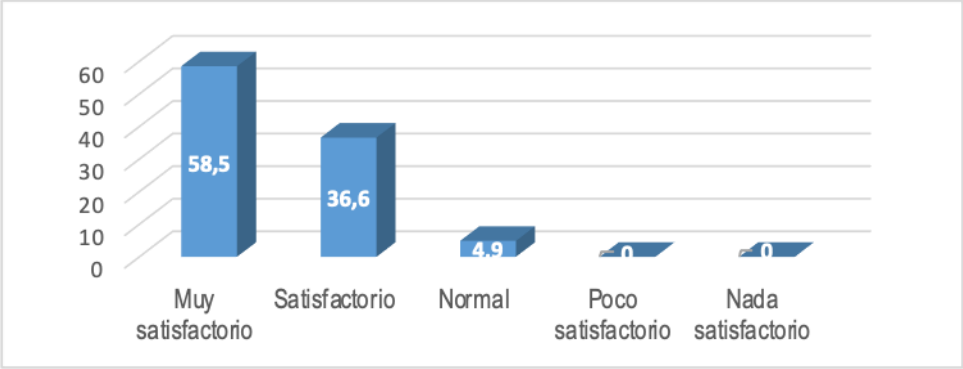
Los resultados muestran que al menos un 50 % de los participantes están muy satisfechos con los conocimientos adquiridos en RPC tras la formación recibida (véase figura 2).

FIGURA 2
Aprendizaje significativo a través de formación tradicional



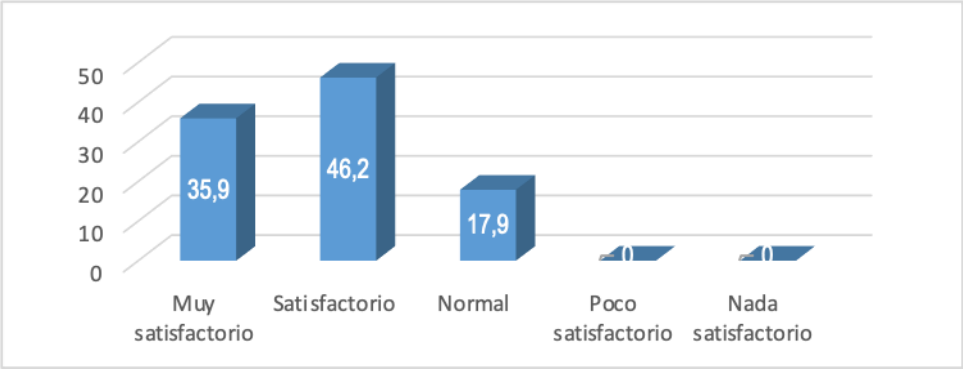
En el caso del aprendizaje adquirido por los alumnos mediante gamificación el 58,5% afirman que la formación le ha ayudado con respecto a conocimientos previos cuando han seguido la mencionada metodología (véase figura 3).

FIGURA 3
Aprendizaje significativo a través de la Gamificación



Por último, en la figura 4 se aprecia como los alumnos que han seguido la formación mediante flipped classroom y gamificación califican que un 35,9% han adquirido un aprendizaje significativo muy satisfactorio tras dicha formación y, en cualquier caso, ninguno de los alumnos reporten que la formación no haya útil para la adquisición de conocimientos sobre RPC.

FIGURA 4
Aprendizaje significativo a través de Flipped classroom y Gamificación



Con respecto a la motivación percibida por parte del alumnado ha estado por encima de un 7 en una escala de 1-10 en cualquier tipo de metodología formativa ya sea tradicional o innovadora a través de gamificación o flipped classroom y gamificación. La media ($\overline{x}$) de la motivación es de 7,81 en el caso de los alumnos que han recibido la formación a través de la metodología tradicional. La $\overline{x}$ de los alumnos que han recibido la formación con metodología innovadoras se sitúa en un 8,64 de la de aquellos alumnos que combinaron flipped classroom y gamificación, por lo que la motivación fue algo superior cuando los alumnos han seguido la metodología de gamificación que es de un 8,9.

Discusión y conclusiones

Los centros educativos son lugares que por excelencia se convierten en motores para impulsar la educación en PA y RCP. En esta línea, Baldi et al. (2015) determinó que la parada cardiaca es una de las causas más frecuentes de muerte en el mundo, siendo necesaria la formación en RCP en las escuelas. Así, el aula de educación física se presenta como un entorno idóneo para el aprendizaje de estas técnicas y la transmisión de estos conocimientos desde edades tempranas. La mayoría de la población no sabe identificar una situación de emergencia y cómo actuar. Autores como Pascual, Vega y Ñíguez (2023) afirman igualmente que se debe de desarrollar en cualquier etapa educativa su enseñanza. En esa misma línea, Abraldes et al. (2014) justifican la necesidad de aumentar el aprendizaje en primeros auxilios al demostrar un bajo conocimiento de los alumnos y alumnas de la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) en esta materia. Así, según Campebell (2012) es fundamental enseñar habilidades en RCP que permitan fomentar actuaciones rápidas y eficaces ante una emergencia con calma, e incluso como señalan Fonseca et al. (2016) es necesario una ampliación de los conocimientos de la población, si comparten lo aprendido con sus familiares.

La propuesta de intervención educativa con diferentes metodologías didácticas, que en este capítulo se presenta, busca que el alumnado se sienta más capacitado en el conocimiento de estas técnicas, que les ayuden a prevenir riesgos y salvar vidas para actuar en caso de emergencia, para de ese modo poder

incrementar las tasas de buenas actuaciones que conlleven una mayor supervivencia ante situaciones de emergencia. De hecho, estas propuestas deberían estandarizarse e impulsarse desde los centros educativos, eligiendo estrategias efectivas, motivadoras e innovadoras para el alumnado.

De forma general, y según los datos obtenidos, aun no encontrándose diferencias significativas en los resultados globales entre metodologías innovadoras mediadas por tecnología frente a las tradicionales en la adquisición del aprendizaje en PA y RPC, ni en relación a la técnica de ejecución de las mismas, se constata la importancia de la adquisición de conocimientos en estas técnicas en la etapa escolar para prevenir muchos riesgos e incidentes asociados con la práctica deportiva y la vida cotidiana que se reportan anualmente en nuestro país. Precisamente, estas evidencias están en consonancia con los resultados de las investigaciones realizadas por Rodrigo et al. (2017) y Cerezo et al. (2018), donde en ambos casos obtuvieron los mismos resultados que en este estudio.

Un aspecto a tener en cuenta en los datos presentados en este estudio es que el aprendizaje de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar ha sido un elemento motivador y ha fomentado la participación. Estos mismos resultados se obtuvieron en el trabajo de Kim et al. (2017), donde se realizaron cursos teórico-prácticos que lograron en el alumnado una mayor confianza para actuar en caso de emergencia y una alta tasa de satisfacción. Además, aunque los resultados en cuanto a ejecución de RCP no aportaron diferencias significativas según las aplicaciones de las diferentes metodologías didácticas, cabe destacar que metodologías más innovadoras, como es el uso de la gamificación, parecen lograr convertirse en metodologías didácticas muy adecuadas para despertar la motivación e interés en el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumnado, así como mejorar su conocimiento de primeros auxilios.

Se debe ser consciente de que una de las limitaciones que se encuentran en esta investigación es el pequeño tamaño de la muestra, coincidiendo con el trabajo de Fica et al. (2022) donde expuso que debido a la baja participación no se logró un análisis estadístico real con diferencias significativas entre la metodología tradicional y la gamificación. De este modo, los datos deben tomarse con cautela, siendo necesarias más mediciones en el tiempo y con un mayor número de participantes para comprobar si los alumnos responden de manera diferente a una metodología u otra, lo cual ayudaría a mejorar la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y a desarrollar propuestas educativas innovadoras más efectivas.

Otra de las principales limitaciones de este estudio ha sido la aplicación para la evaluación de la calidad en porcentaje de RCP (Little Anne Instructor App) que, aunque esté validada y sea fiable, a la hora de registrar las compresiones efectuadas, solamente es capaz de penalizar las compresiones insuficientes y no las excesivas.

En coherencia con las principales limitaciones del proyecto, se considera que pueden existir varias vías de desarrollo con el fin de obtener unos resultados más sólidos en un futuro próximo. Por ejemplo, conseguir un mayor número de participantes de distintas etapas educativas solicitando colaboración a otros colegios e institutos; realizar la toma de datos pasado un tiempo de la formación para analizar y comparar el grado de retención de los alumnos y alumnas; utilizar otros elementos de evaluación donde se valore un caso práctico y no solo la maniobra de RCP; y por último, diseñar una propuesta de gamificación más completa que pueda servir a otros docentes a la hora de impartir PA y RPC en su programación didáctica.

En conclusión, los resultados de la investigación que aquí se presentan desprenden importantes implicaciones educativas. La primera de ellas es que, aunque los resultados nos muestran que el conocimiento adquirido en RCP y RA por parte de los estudiantes no varía en función de la metodología didáctica empleada, sí que se puede afirmar que las metodologías innovadoras mediadas por tecnología resultan más motivadoras para los y las estudiantes. La segunda de las razones por las que resalta esta investigación es que se puede concluir que los alumnos capacitados en este tipo de técnicas son capaces de emplear de manera efectiva y con calidad estas herramientas para salvar vidas. La tercera, y última conclusión que aquí se desprende, es que los métodos de enseñanza innovadores mediados por tecnología fomentan un aprendizaje más activo y participativo entre los estudiantes.

Agradecimientos

En primer lugar, gracias a los profesores, Javier Costas y Marcos Mecías, por sus consejos y enseñanzas. En segundo lugar, gracias a los alumnos del IES Valle de Piélagos por su participación en el estudio y su gran compromiso con la asignatura de educación física. En tercer lugar, gracias a mi familia por apoyarme siempre en cada paso que doy. Y en último lugar, este trabajo te lo dedico a ti abuelo, te fuiste pronto, pero espero que estes orgulloso de mí allí donde estés.

Referencias

Abraldes, J. A. Córcoles, C.M. Muñoz, C.M. & Moreno, A. (2011). Valoración de los primeros auxilios en estudiantes de Educación Física. Trances. *Revista Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, 3(1), 88-104.

Allan, K.S., Mammarella,B., Visanji,M., Moglica,E. Sadeghlo,N., O'Neil, E., Chan,T.T., Kishibe, T. Aves, Th. (2023). Methods to teach schoolchildren how to perform and retain cardiopulmonary resuscitation (CPR) skills: A systematic review and meta-analysis, *Resuscitation Plus,* 15,100439. https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100439.

Baldi, E., Bertaia, D. y Contri E. (2015). School children learn BLS better and in less time than adults. Elsevier Ireland Ltd.

Barcala, R.J. y García, J.L. (2006). La prevención de accidentes en la actividad física y deportiva. Recomendaciones para la organización didáctica de la educación física escolar. *Revista Digital*,11(97). https: //www. Efdeportes.com

Bernal Ruiz, J.A. (2010). *Prevención de lesiones y primeros auxilios en la educación física y el deporte*. Wanceulen.

Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Editorial La Muralla.

Campebell, S. (2012). Supporting mandatory first aid training in primary schools. *Nurs Stand*, 27(6), 35-39.

Cerezo, C., Nieto S., Juguera, R.,Castejón-Mochón, J.F., Segura,F. Sánchez, C., López, C.A. y Pardo, M. (2018). Ensayo clínico aleatorizado controlado que compara la formación presencial frente a la no presencial en el aprendizaje teórico de la reanimación cardiopulmonar entre los estudiantes de secundaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias,* 30(1),28-34.

Contreras, R. S. y Eguia, J. L. (2016). *Gamificación en aulas universitarias*. Barcelona.

Decreto 73/2022, de 27 de julio, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, nº151, 5 de agosto de 2022.

Dichev, C., & Dicheva, D. (2017). Gamifying Education: What is known, what is believed and what remains uncertain: a critical review. *International Journal of Educational*. Technology in Higher Education, 14(9), 1–36. https://doi.org/10.1186/s41239-017-0042-5

Fernández-Espíndola, C. y Ladrón-de-Guevara, L. (2015). El uso de las TIC en la Educación Física actual. E-motion. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 1 (5), 17-30. https://doi.org/10.33776/remo.v0i5.2740

Fernández-Río, J. y Méndez Giménez, A. (2016). El Aprendizaje Cooperativo: Modelo Pedagógico para Educación Física. *Retos.* 29, 201-206. https://doi.org/10.47197/retos.v0i29.38721

Fica, A., Burguess, V., González, T. y Rojas, M. (2022). Gamificación en Medicina de Urgencia. *RevEspEduMed*, 58-68; doi: 10.6018/edumed.531501

Fonseca, F.J., Valle, J., Canales, N.B., Andrade, M.M., Siggers, A. & Lopera, E. (2016). Basic life support knowledge of secondary school students in cardiopulmonary resuscitation training using a song. Int *J Med Educ*, 7, 237-241.

Gaintza, Z. y Velasco, Z. (2017). Análisis del Grado de Formación en Primeros Auxilios del Profesorado en Activo de Educación Infantil y Primaria. *Formación universitaria*, 10(2), 67-78. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062017000200008

Iborra, M. et al. (2017). Implementing the Flipped Classroom Methodology to the Subject" Applied Computing" of Two Engineering Degrees at the University of Barcelona. *Journal of Technology and Science Education*, 7(2), 119-135. https://doi.org/10.9326/jotse.244

Julián, J.A., Ibor, E., Aibar, A., y Aguareles, I. (2017). Educación física, motor de proyectos. Tándem: Didáctica de la educación física, 56, 7-15.

Kim, H.M., Kang, D.Y., Kim, T., Lee, J. (2017). Analysis of the Awareness Change of Public CPR Training in Metropolitan Seoul from 2011 to 2015. *J Coast Res*, 30-4.

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado nº340, 30 de diciembre de 2022.

Lockey A.S., Barton, K. & Yoxall, H. (2016). Opportunities and Barriers to Cardiopulmonary Resuscitation Training in English Secondary Schools. *Eur. J. Emerg. Med,* 23(5),381-385. http://doi./10.1097/MEJ.0000000000000307

López, J. (2019). Propuesta de un proyecto interdisciplinar para el fomento del aprendizaje de los primeros auxilios en educación física. *Revista Digital de Educación Física*, 60. http://emasf.webcindario.com/Propuesta_de%20_proyecto%20_interdisciplinar_para_el_fomento_del_aprendizaje_de_los_primeros_auxilios_en_EF.pdf

López, S., Martín, Mª. I., Maneiro, R., Abelairas, C., y Barcala, R. (2016). Programación didáctica: Primeros Auxilios, un contenido incluido en la LOMCE. *Sportis Sci J*, 3(2), 474-495.

Lucas, N. (2012). ¿Es útil la enseñanza de reanimación cardiopulmonar en la etapa escolar? *Evidencias Pediatría,* 8(72), 83-88. https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000100014

Manzano, A., Sánchez, M., Trigueros, R., Álvarez, J., y Parra, J. M. (2020). Gamificación y Breakout Edu en Formación Profesional. El programa «Grey Place» en Integración Social. EDMETIC, *Revista de Educación Mediática y TIC*, 9(1), 1-20. https://doi.org/10.21071.edmetic.v99i1.12067

Martínez-Isasi, S., Abelairas-Gómez, C., Pichel-López, M., Barcala-Furelo, R., Varela-Casal, C., Vázquez Santamaria, D., Sánchez-Santos, L., & Rodríguez-Nuñez, A. (2022). Learning to resuscitate at shool. Study in 8-12 year-oldschoolchildren, *Anales de pediatría*,96, 17-24. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.09.0132

Medina, A. (2009). Formación y desarrollo de las Competencias Básicas. Universitas.

Medina, A. (2015). *Innovación de la educación y de la docencia*. Editorial Universitaria Ramón Areces.

Nava, F. (2013). La importancia de los primeros auxilios. Forbes. Consultado a 10 noviembre 2023. https://www.forbes.com.mx/la-importancia-de-los-primeros-auxilios/

Nodal Leyva, P.E., López Héctor, J.G. & de La Llera Domínguez, G. (2006). Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. *Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía*, 45(3-4).

Pascual, M. T., Vega, L. M. y Ñíguez, M. Á. (2023). Intervención Educativa en Materia de Primeros Auxilios en las Clases de Educación Física. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (48), 556-565. https://doi.org/10.47197/retos.v48.96158

Pérez Pueyo, A., Hortigüela, D. y Fernández-Río, J. (2021). *Modelos Pedagógicos en Educación Física: qué, cómo, por qué y para qué*. Universidad de León.

Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria. Boletín Oficial del Estado, nº76, 30 de marzo de 2022.

Rodrigo, M., García, W., Castillo, S. (2017). Conocimientos y actitudes sobre Soporte Vital Básico en adolescentes: dos metodologías diferentes. *Nuberos Científica*, 3(22),41-7.

Sebastiani, E.M y Campos-Rius, J. (2019). *Gamificación en educación física*. INDE.

Tse E, Plakitsi K, Voulgaris S, Alexiou GA. (2023). The Role of a First Aid Training Program for Young Children: A Systematic Review. *Children*, 10(3):431. https://doi.org/10.3390/children10030431

Vasconcelos-Vásquez, K. L.; Ugalde Naranjo, J. & Montero Ulate, B. (2021). El cambio del rol del estudiante por la estrategia metodológica de la gamificación. *Company Games & Business Simulation Academic Journa*l, 1(2), 35-48.

Vásquez, I. A. y Campillo, M. A. (2021). *La gamificación como estrategia neurodidáctica para incentivar la motivación escolar.* Universidad CES.

Zinckernagel, L., Hansen, C. M., Rod, M. H., Folke, F., Torp-Pedersen, C., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2016). What Are the Barriers to Implementation of Cardiopulmonary Resuscitation Training in Secondary Schools? A Qualitative Study. *BMJ open*, 6(4). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010481.


ciep|ue
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA


UNIVERSIDADE
DE ÉVORA


fct
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia