

Maria Esmeralda dos Reis Barreira

Promoção de Hábitos de Vida Livres de Tabaco em Crianças: Criação, implementação e avaliação do programa “Quero Crescer Saudável”

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012







Maria Esmeralda dos Reis Barreira

Promoção de Hábitos de Vida Livres de Tabaco em Crianças: Criação, implementação e avaliação do programa “Quero Crescer Saudável”

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012



© 2012  
Maria Esmeralda dos Reis Barreira  
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS



Maria Esmeralda dos Reis Barreira

Promoção de Hábitos de Vida Livres de Tabaco em Crianças: Criação, implementação e avaliação do programa “Quero Crescer Saudável”

Assinatura  
Maria Esmeralda dos Reis Barreira

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, sob a orientação do Prof. Doutor Milton Madeira



## RESUMO

*Promoção de Hábitos de Vida Livres de Tabaco em Crianças: Criação, implementação e avaliação do programa “Quero Crescer Saudável”*

(Sob a orientação do Prof. Doutor Milton Madeira)

Este estudo investiga a eficácia do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” sobre a promoção de hábitos de vida livres de tabaco em crianças do 4º ano de escolaridade. Procedeu-se a uma revisão da literatura sobre teorias da educação para a saúde, os fatores influentes na promoção de uma vida saudável como a alimentação e o exercício físico, e a prevenção de comportamentos de risco como o tabagismo. Abordaram-se também diferentes vertentes teóricas sobre o desenvolvimento da criança em idade escolar.

Na conceção deste estudo, recorreu-se à metodologia do tipo *quasi*-experimental com medidas de *design before-after with a control group*. Para o efeito, criou-se, implementou-se e avaliou-se o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” e um instrumento de colheita de dados (questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”). Foi assim definido como objetivo geral desta investigação, promover hábitos de vida saudáveis, livres de tabaco, em crianças do 4º ano de escolaridade.

A amostra foi constituída por 131 crianças do 4º ano de escolaridade, com idades entre os nove e os onze anos (69 crianças no grupo experimental e 62 no grupo controlo). Os rapazes eram 51,9% das crianças e as raparigas 48,1%.

Os participantes no programa “Quero Crescer Saudável” valorizaram a prática de exercício físico para crescer saudável, e houve a consciencialização da auto responsabilidade pelo cuidar do corpo com escolha de práticas saudáveis, como o não

fumar. Adquiriram competências para explicar aos outros que fumar faz mal e como enfrentar a pressão dos pares. Compreenderam que é difícil abandonar o hábito de fumar e que um só cigarro por dia pode desencadear dependência, pelo que o melhor é não começar. Os participantes fizeram uma projeção de que não queriam fumar futuramente e de que não necessitariam do tabaco para resolverem os seus problemas, nem para parecerem mais crescidos. O programa “Quero Crescer Saudável”, revelou-se igualmente eficaz quer entre crianças com fumadores na família, quer entre crianças provenientes de famílias sem hábitos tabágicos.

Generalizando os resultados obtidos, através da educação para a saúde, a criança fica mais informada, capaz de fazer opções e de tomar decisões adequadas à sua saúde.

## ABSTRACT

*Promotion of Tobacco free life habits in children: Creation, implementation and evaluation of the Program “I want to grow healthy”*

(Under the supervision of Professor Milton Madeira)

The present study investigates the efficacy of the Intervention Program “I want to grow healthy” on the promotion of tobacco free life habits in 4<sup>th</sup> grade school children. The study includes a bibliographic review on health education theories, the factors influencing the promotion of a healthy life like feeding habits and physical exercise practice, and the prevention of risk behaviors like tobacco consumption. School age children development theories were also reviewed.

The Study design followed a *quasi-experimental* conception model with before-after measures with a control group. To this effect, we developed, applied and evaluated the program “I want to grow healthy” and a data collection instrument (“Health life habits” questionnaire). The global aim of the study was thus defined as the promotion of healthy life habits, free from tobacco, amongst 4<sup>th</sup> grade school children.

The sample included a total of 131 4<sup>th</sup> grade school children (69 in the experimental group and 62 in the control group). Boys were 51,9% and the girls were 48,1% of all children.

After the application of the Program, children were found to value physical exercise practice as a healthy life habit, and to acknowledge self-responsibility for body care and the choice of healthy habits (like non-smoking). They also achieved competences to explain others why smoking is bad for health, as well as to face peer pressure. They acknowledged that since smoking cessation is hard and even one cigar a day creates dependency, the best strategy is to never start smoking. Participants projected

themselves in the future as non-smokers, and stated that smoking is not needed neither to solve ones problems nor to look older. The “I want to grow healthy” program proved to be equally effective among children with or without smoking relatives.

In conclusion, the results show that through health education, children get better informed and improve their capacity to make healthier choices in life.

## RÉSUMÉ

*La promotion des habitudes de vies exemptes de tabac sur des enfants: Création, implémentation et évaluation du programme d'intervention "Je Veux Grandir Sainement"*

(Supervision du Professeur Milton Madeira)

Cette étude tend à prouver l'efficacité du programme d'intervention Je Veux Grandir Sainement, tout en promouvant des habitudes de vies exemptes de tabac sur des enfants de CM2. Nous avons procédé à une relecture des textes sur les théories de l'éducation au profit de la santé, sur les facteurs favorisant le développement d'une vie saine comme l'alimentation, l'exercice physique, ainsi que la prévention des comportements à risque comme le tabagisme. Nous avons aussi abordé différents versants théoriques sur le développement de l'enfant en âge d'être scolarisé.

Pendant la conception de cette étude, nous avons eu recours à la méthode de type *quasi-expérimentale* avec des mesures de *design before-after with a control group*. A cet effet, nous avons créé, proposé et évalué le programme "Je Veux Grandir Sainement", et nous avons recueilli des données (questionnaire Habitudes de Vie Saine). Nous avons donc défini l'objectif principal de cette recherche: promouvoir des habitudes de vie saines sans tabac sur des enfants de CM2.

L'échantillon a été constitué de 131 enfants de CM2, âgés de 9 à 11 ans (69 enfants font partie du groupe expérimental et 62 du groupe contrôle). Le pourcentage de garçons a été de 51%, et celui des filles de 48,1%.

Les participants au programme ont valorisé la pratique d'exercices physiques pour grandir en bonne santé, il y a eu une prise de conscience sur l'auto-responsabilité pour le soin du corps avec le choix de pratiques saines, comme celle de ne pas fumer. Ils ont acquis des compétences pour expliquer aux autres que fumer était préjudiciable et pour

supporter la pression de leurs pairs. Ils ont compris qu'il était difficile d'arrêter de fumer, et qu'une seule cigarette par jour suffisait à les rendre dépendants. En conséquence il fallait mieux ne pas commencer. Les participants ont projeté de ne pas vouloir fumer, de ne pas avoir besoin du tabac pour résoudre leurs problèmes, ni pour paraître grands. Le programme Je Veux Grandir Sainement révèle homogénéité et efficacité aussi bien chez des enfants de familles fumeuses que chez des enfants de familles non fumeuses.

En généralisant les résultats obtenus à travers l'éducation pour la santé, l'enfant est mieux informé, est capable de choisir, et de prendre des décisions adéquates à sa santé.

“ O amor é o motor de toda a educação;  
é a condição ilimitada para educar”

(Medina Rubio, 1997)



## DEDICATÓRIA

Ao pai Eduardo

Ao José Manuel,  
José Eduardo e Francisco



## AGRADECIMENTOS

Este percurso científico só foi possível através da partilha de saberes, do apoio e do exemplo de todos os que direta ou indiretamente nele participaram. A todos o meu Obrigada.

Ao Prof. Doutor Milton Madeira pela orientação deste projeto, pelos ensinamentos e encorajamento que sempre me transmitiu, pela sua paciência nos dias mais sombrios e pela sua constante disponibilidade.

À Prof. Doutora Conceição Manso pela colaboração, pelos seus esclarecimentos e apoio.

Ao Prof. Francisco Sampaio Gomes pelos seus contributos na elaboração do questionário.

A todos os educadores que colaboraram nos diferentes passos deste percurso; aos especialistas que fizeram a revisão do questionário; à Direção do Agrupamento Dra. Conceição Sousa, e às professoras Fátima, Ana Paula e Alexandra.

À Tânia, Patrícia e Rosário pela colaboração.

Ao Bruno Almeida e à Lili, pela criação do logotipo “Quero Crescer Saudável”.

À Lili, Carina e Isabel pelos seus contributos na fase final.

Às crianças participantes pela espontaneidade, pela disponibilidade e simpatia, sem elas a realização deste trabalho não seria possível.

Aos amigos que partilharam comigo o crescimento deste trabalho.

Aos meus familiares, que são o meu referencial de valores; à Ana e à Lili por estarem sempre presentes quando necessito; à minha mãe pelo exemplo de trabalho e dedicação, e pelo seu incentivo constante em terrenos que muitas vezes não compreende.

Ao Zé Manuel, pelo seu apoio incondicional porque sem o seu esforço e participação este percurso não seria possível. Ao José Eduardo e ao Francisco por todo o carinho e compreensão e por se envolverem em tudo o que faço.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	XXVII
ÍNDICE DE TABELAS .....	XXIX
LISTA DE ABREVIATURAS .....	XXXIII
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO I - EDUCAR E PROMOVER HÁBITOS SAUDÁVEIS</b> .....	<b>41</b>
1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	44
2. TEORIAS COM APLICAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	48
2.1. Teoria da Consciencialização .....	48
2.2. Teoria dos Estádios de Mudança .....	49
2.3. Teoria do Comportamento Planeado .....	51
2.4. Teoria da Aquisição de Rogers .....	53
3. PROMOVER UMA VIDA SAUDÁVEL .....	55
3.1. Promoção da Saúde .....	55
3.2. A Saúde e os Fatores de Vida Saudável .....	58
3.3. Hábitos Saudáveis .....	60
3.3.1. Alimentação .....	60
3.3.2. Exercício Físico .....	63
4. PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO: O CASO DO TABAGISMO .....	66
4.1. Tabagismo: Considerações Gerais .....	68
4.2. O Tabaco na Indução de Patologias .....	71
4.3. O Tabaco e a Dependência .....	73
4.4. Da Iniciação à Cessação Tabágica .....	77
<b>CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR</b> .....	<b>81</b>
1. A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR .....	84
2. TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA .....	89
2.1. Teoria Cognitiva dos Estádios de Piaget .....	89
2.2. Teoria Sociocultural de Vigotski .....	92
2.3. Teoria da Aprendizagem Social de Bandura .....	94
2.4. Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel .....	97



<b>CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO</b> .....	<b>185</b>
1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	187
CONCLUSÃO .....	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	197
ANEXOS .....	211



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Bases da Teoria do Comportamento Planeado .....	51
Figura 2:	O Modelo de Crenças de Saúde .....	108
Figura 3:	Esquema do Modelo Estrutural das Influências de Fumar .....	110
Figura 4:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico nos grupos Experimental e Controlo .....	160
Figura 5:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico nos grupos Experimental e Controlo .....	162
Figura 6:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento nos grupos Experimental e Controlo.....	164
Figura 7:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo .....	166
Figura 8:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo .....	168
Figura 9:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Experiências Comportamentais nos grupos Experimental e Controlo.....	170
Figura 10:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Tomada de Decisão nos grupos Experimental e Controlo .....	172
Figura 11:	Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Projeção do Futuro nos grupos Experimental e Controlo .....	174



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Número de participantes em função do grupo .....	125
Tabela 2: Design Before-After with a Control Group .....	125
Tabela 3: Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico.....	129
Tabela 4: Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico .....	129
Tabela 5: Dimensão Atitudes de Autoconhecimento.....	130
Tabela 6: Dimensão Efeitos Físicos do Tabaco .....	130
Tabela 7: Dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco .....	131
Tabela 8: Dimensão Experiências Comportamentais .....	131
Tabela 9: Dimensão Tomada de Decisão.....	132
Tabela 10: Dimensão Projeção do Futuro sobre Tabagismo .....	132
Tabela 11: Distribuição dos valores de ICC e seu intervalo de confiança segundo o teste de Kuder-Richardson 20 para as oito dimensões.....	135
Tabela 12: Alterações na construção do programa “Quero Crescer Saudável” .....	140
Tabela 13: Calendário de implementação do programa “Quero Crescer Saudável”.....	143
Tabela 14: Distribuição dos participantes da amostra por grupo e género .....	148
Tabela 15: Distribuição dos participantes por grupo e fumadores no agregado familiar .....	149
Tabela 16: Distribuição dos participantes em função da Situação Conjugal dos Progenitores.....	149
Tabela 17: Distribuição dos participantes em função da Classificação das Profissões dos Progenitores.....	150

Tabela 18: Afirmações que revelaram mudanças estatisticamente significativas associadas com o programa “Quero Crescer Saudável” .....	154
Tabela 19: Afirmações que não revelaram diferenças significativas associadas à aplicação do programa “Quero Crescer Saudável” .....	157
Tabela 20: Frequências das respostas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico nos grupos Experimental e Controle .....	161
Tabela 21: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico nos grupos Experimental e Controle....	161
Tabela 22: Frequências das respostas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico nos grupos Experimental e Controle .....	163
Tabela 23: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico nos grupos Experimental e Controle.....	163
Tabela 24: Frequências das respostas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento nos grupos Experimental e Controle .....	164
Tabela 25: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento nos grupos Experimental e Controle.....	165
Tabela 26: Frequências das respostas na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco nos grupos Experimental e Controle .....	166
Tabela 27: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco nos grupos Experimental e Controle.....	167
Tabela 28: Frequências das respostas na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco nos grupos Experimental e Controle.....	168
Tabela 29: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco nos grupos Experimental e Controle .....	169
Tabela 30: Frequências das respostas na dimensão Experiências Comportamentais nos grupos Experimental e Controle .....	170
Tabela 31: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Experiências Comportamentais nos grupos Experimental e Controle.....	171
Tabela 32: Frequências das respostas na dimensão Tomada de Decisão nos grupos Experimental e Controle .....	172
Tabela 33: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Tomada de Decisão nos grupos Experimental e Controle .....	173

Tabela 34: Frequências das respostas na dimensão Projeção do Futuro nos grupos Experimental e Controlo .....	174
Tabela 35: Média, medianas e percentis de respostas certas na dimensão Projeção do Futuro nos grupos Experimental e Controlo .....	175
Tabela 36: Relação entre a média de respostas certas das oito dimensões e a variável Género, nos grupos Experimental e Controlo .....	177
Tabela 37: Relação entre a média de respostas certas das oito dimensões e a Situação Conjugal dos Progenitores nos grupos Experimental e Controlo.....	179
Tabela 38: Relação entre a média de respostas certas das oito dimensões e a existência de Fumadores na Família nos grupos Experimental e Controlo.....	181



## LISTA DE ABREVIATURAS

EpS : Educação para a Saúde

Fig.: Figura

GC: Grupo Controle

GE : Grupo Experimental

ICC: índice de coeficiente de correlação

KR20: Kuder-Richardson 20

M: média

Mdn: mediana

min: minutos

n.a. : Não se aplica

n.s.: Não significativo estatisticamente

OMS: Organização Mundial de Saúde

p.: página

*p*: nível de significância

P: percentis

QCS: Quero Crescer Saudável

s.d.: sem data

SD: Standard Deviation

UNESCO: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization

VDC: Variável dependente controlo

VDE: Variável dependente experimental

VI: Variável independente

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO: World Health Organization



## INTRODUÇÃO

A sociedade atual, na história da humanidade, é a que possuiu mais informação fundamentada sobre as consequências dos comportamentos humanos na origem de várias doenças. Apesar deste conhecimento, é difícil a alteração de hábitos comportamentais.

A exposição tabágica ambiental constitui um fator de risco evitável, associado a diversas doenças (Pargana, 2001). Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) previa um aumento da mortalidade provocada pelo tabaco (numa proporção de um para três) nos vinte anos subsequentes (WHO, 1998). Se não forem aplicadas medidas urgentes, mil milhões de pessoas morrerão durante o século XXI em todo o mundo devido ao tabagismo (WHO, 2008).

Apesar de um ligeiro decréscimo do tabagismo nos países desenvolvidos devido às ações educativas levadas a efeito, observa-se nos países não desenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento, um aumento do consumo do tabaco e naturalmente das patologias com ele relacionadas, como por exemplo o cancro pulmonar e a bronquite crónica (WHO, 1998). No entanto, pode-se considerar em termos globais que apesar da intensa investigação sobre o tabaco (principalmente na década de 80), os hábitos tabágicos não têm sofrido as alterações pretendidas (Eurobarómetro, 2010; WHO, 2008; Simpson, 2000).

Em Portugal, os efeitos de anos de campanhas de prevenção antitabágica têm ficado aquém do pretendido, sendo que o consumo de tabaco continua a ser um problema de saúde pública (WHO, 2008; INE, 2007; Matias, 2006). No entanto, o percurso da curva epidémica poderá ser alterado com a aplicação de medidas eficazes de prevenção e controlo. Note-se que estas ações são dificultadas pelo facto de os efeitos patogénicos do tabaco não serem imediatamente visíveis, mas apenas correlacionáveis com a doença

e a morte, duas a três décadas após o início do consumo de tabaco (Simpson, 2000). Ao aliar este facto ao efeito da dependência do tabaco e da aceitabilidade social do mesmo, facilmente se compreende que é mais fácil promover a saúde e prevenir o tabagismo do que conseguir que os fumadores deixem de fumar (Mendes, 2000; Altet & Sánchez, 1998). Desta forma, torna-se evidente que o controlo do tabagismo deve incidir tanto na desabituação por parte dos adultos como sobretudo na dissuasão dos jovens e adolescentes ao início do consumo do tabaco (Altet & Sánchez, 1998). Do exposto fica claro que ao nível do tabaco, a melhor atitude individual é nunca começar a fumar (Clemente, 2003).

A perceção das temáticas expostas anteriormente aliada à experiência da autora num hospital oncológico e à dissertação de mestrado sobre os hábitos tabágicos dos profissionais de saúde, serviram de fator motivador para a realização do presente trabalho de investigação. A escolha do tema sobre a promoção de hábitos de vida livres de tabaco em crianças, teve a ver com o facto de nesta faixa etária existir uma grande capacidade de aquisição de informação, e um desenvolvimento social progressivo, através dos seus progenitores, educadores e posteriormente dos seus pares. A criança, vai assim desenvolvendo atitudes e hábitos que a ajudam a ser mais responsável e autónoma para poder fazer as suas próprias escolhas.

Neste contexto de motivações relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção precoce do tabagismo, este trabalho pretende avaliar a eficácia do programa de intervenção preventivo-promocional “Quero Crescer Saudável”. Relacionam-se com este objetivo geral os objetivos específicos:

- Construir o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” sobre a promoção de hábitos de vida livres de tabaco em crianças do 4º ano de escolaridade;
- Implementar o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”;
- Avaliar a influência do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”.

Para dar resposta a estes objetivos, foi elaborada uma investigação de carácter *quasi-experimental*, onde se constituiu um Grupo Experimental e um Grupo Controlo, com características semelhantes.

O trabalho está dividido em duas partes, a teórica e a empírica. A parte teórica engloba três capítulos. O primeiro apresenta a problemática global da educação na promoção de uma vida saudável, referindo: os aspetos gerais de algumas teorias da educação para a saúde, os fatores influentes na promoção de uma vida saudável como a alimentação e o exercício físico e a prevenção de comportamentos de risco, sendo especificado o caso do tabagismo. No segundo capítulo abordou-se o desenvolvimento da criança em idade escolar, sendo descritas algumas teorias com diferentes enfoques sobre o desenvolvimento da criança. Por fim no capítulo III fez-se referência a modelos teóricos de programas de intervenção em educação para a saúde.

A segunda parte (estudo empírico) que engloba os capítulos IV a VI, focalizou-se no estudo sobre a promoção de hábitos de vida livres de tabaco em crianças do 4º ano de escolaridade com a implementação e avaliação dos efeitos do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”. Assim, no capítulo IV são descritos o problema de investigação, os objetivos, as hipóteses e as variáveis do estudo, seguindo-se a fundamentação e descrição da investigação realizada. No capítulo V, são apresentados os resultados obtidos e faz-se a confrontação com as hipóteses formuladas. Finaliza-se com a discussão dos resultados, extrapolando a partir dos mesmos possíveis contributos para a prevenção do tabagismo de forma abrangente e precoce.



## PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## CAPÍTULO I - EDUCAR E PROMOVER HÁBITOS SAUDÁVEIS



## INTRODUÇÃO

Ao desenvolver projetos de intervenção em educação para a saúde (EpS) é necessário como refere Freire (1972) refletir sobre a terra que o homem habita e o tempo que foi destinado para cada um viver. Assim é pré-requisito o conhecimento das características da sociedade atual, pois estas condicionam as pessoas e a sua saúde (Quesada, 2009). Este conhecimento permite relacionar quais são os comportamentos, também denominados estilos de vida<sup>1</sup> fundamentais para a proteção da saúde. Uma alimentação diversificada e equilibrada de acordo com as necessidades individuais, a prática de exercício físico regular, dormir o número de horas suficiente e o saber lidar com as situações de stresse, são hábitos saudáveis, com impacto positivo na saúde e consequentemente na qualidade de vida de cada pessoa (Belloc & Breslow 1972, *cit in* Ogden, 1999). As consequências destes comportamentos repercutem-se também, positivamente, na vida dos familiares e circundantes, podendo mesmo alterar hábitos na sociedade.

Variadas estratégias têm sido desenvolvidas para influenciar positivamente as pessoas a terem comportamentos considerados saudáveis. Observa-se também que é difícil produzir alterações comportamentais em idades mais avançadas, o que torna pertinente a educação para a promoção de comportamentos saudáveis em idades muito precoces.

O capítulo I começa com a descrição de conceitos e orientações sobre a temática da educação para a saúde. Posteriormente são descritos alguns modelos teóricos que dão suporte à educação para a saúde. Faz-se ainda referência à importância do desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e à prática de exercício físico como agentes promotores de saúde. É também mencionada a importância da prevenção de comportamentos de risco como agentes promotores de saúde. Neste trabalho descreve-se o caso do tabagismo que é uma droga legalizada e que a sociedade aceita com permissividade (Barreira, 2007b; Ochoa *et al.*, 1990).

---

<sup>1</sup> Estilos de vida é um conceito que se refere às práticas que, no modo de vida individual, contribuem para manter a saúde, (Silva, 2002, p. 55).

## 1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Os conceitos de educação são vários, numa sociedade onde a população é tão diversificada a nível cultural, socioeconómico, político e religioso. Educação pode ser entendida como “o acto ou efeito de educar, é a acção de desenvolver faculdades psíquicas, intelectuais e morais” (Barbosa, 1994, p. 83). Como refere Carneiro (2001) “... a educação foi e é uma acção promotora e instauradora de valores, em busca de discernimento...” (p. 12). Esta acção inclui o relacionamento entre educando e educador que interagem num determinado momento, podendo mudar mais ou menos os seus comportamentos. A educação é um processo de complexificação que se constrói ao longo da vida, e que vai contribuindo para o “bem aprender” e consequentemente para o “bem-estar” da pessoa (Antunes, 2001).

A educação é também um meio para ajudar a pessoa a desenvolver comportamentos responsáveis que influenciam o estado de saúde ao longo de todo o ciclo da vida. Quando se faz educação para a saúde, para além dos conceitos de educação, devem também ser consideradas as políticas de saúde pública, a reorientação dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania (Tones, 1994; Branco, 2007). Por este facto Tones (1994) integra a educação para a saúde como uma das componentes da promoção da saúde.

Educação para a saúde (EpS) segundo Tones & Tilford (1994) é “...toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde... produzindo mudanças de conhecimento... que podem conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida ... ” (p. 11). Estes autores salientam que a formação desenvolve nas pessoas habilidades de vida e uma consciência crítico-reflexiva que capacita a pessoa a ser participante nas suas próprias decisões. É capacitar as pessoas para terem mais controle sobre a sua vida e a sua saúde.

Esta construção de poder ou *empowerment*<sup>2</sup> torna a pessoa mais autónoma, provocando diminuição das desigualdades. As dinâmicas de *empowerment* caracterizam-se pelos processos de mudança individual (*self empowerment*) e pela relação entre o indivíduo e a comunidade. Gradualmente a pessoa vai-se transformando em promotor de saúde provocando mudanças comunitárias (Rodrigues *et al.*, 2005). Este processo de *empowerment* constitui uma das maiores forças para consolidar e capacitar uma comunidade na autonomia e na cidadania.

A EpS integra toda a promoção, o restabelecimento e a manutenção da saúde (Potter, 2006). Na mesma linha, Candeias (1997, p. 212) considera a educação para a saúde como “... quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar acções voluntárias conducentes à saúde ...”. Através da EpS é incutido o valor da saúde como um bem, para que dentro dos limites possíveis, as pessoas assumam a responsabilidade pelo seu estado de saúde. Educação para a saúde é assim o somatório de todas as intervenções educativas que proporcionam desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos relacionados com a saúde dos indivíduos e comunidades.

Em todas as vertentes a EpS tem como finalidade promover nas pessoas mudanças comportamentais positivas de forma a estas adotarem comportamentos promotores da saúde. Educar para aprender a adaptar-se a diferentes situações de vida sem necessidade de recorrer a comportamentos não saudáveis é o principal objetivo da educação da saúde. O desenvolvimento educativo engloba a informação e o aprender a adaptar-se constantemente a novas situações que podem ser positivas (sucessos) ou negativas (frustrações) (Potter, 2006). Esta aprendizagem de saber lidar com oportunidades e limitações integrada num quadro de valores permite gerir as alterações ao longo do ciclo de vida (Goleman, 1998).

A escola ocupa um lugar central na EpS, nela aprende-se a organizar o conhecimento e o comportamento, adquirindo-se bases para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis (Sakellarides, 1999 *cit in* Ministério da Saúde 2006). Assim, Martínez (2004) refere que a educação da criança é uma das tarefas mais importantes

---

<sup>2</sup> Empowerment é o processo de ação social que leva as pessoas a ganharem domínio nas suas vidas e das vidas das suas comunidades (Minkler, 2008 *cit in* Loureiro & Miranda, 2010, p. 155).

que se podem realizar, esta pretende melhorar o indivíduo ao intervir no seu processo ativo de aprendizagem com a criação de hábitos saudáveis e com o desenvolvimento de conhecimentos.

Através da educação em contexto escolar formam-se hábitos, valores, atitudes e habilidades pessoais que ajudam a fazer opções e a tomar decisões adequadas à saúde da criança e dos que a rodeiam. Ao educar para a saúde está-se também a aumentar a autoestima da criança e a desenvolver-lhe capacidades para enfrentar a pressão dos pares, dos meios de comunicação social e da sociedade. Se a criança estiver informada, fica mais autónoma e responsável. Adquire assim competências para crescer saudável e ter um papel mais interventivo (Nunes, 2004). Este processo de aprendizagem faz-se através das componentes cognitiva, afetiva e psicomotora (Potter, 2006). A aprendizagem cognitiva engloba a aquisição de conhecimentos, a compreensão, a aplicação das ideias nas situações concretas, a análise das ideias de forma estruturada, a síntese da informação e a sua avaliação. A aprendizagem afetiva inclui os sentimentos que estão relacionados com as atitudes, valores e opiniões da pessoa. Na componente psicomotora desenvolvem-se competências técnicas com a integração dos conhecimentos cognitivos e a atividade motora. Em todo o processo de aprendizagem devem ser considerados princípios básicos como a motivação para a aprendizagem, os recursos pessoais para aprender e o ambiente envolvente do ensino, o qual deve proporcionar uma experiência agradável. A motivação é um fator importante, é o impulso interno que impele a agir, predispondo o indivíduo a aprender (Potter, 2006). Os recursos motivacionais e experiências prévias da pessoa podem ser mobilizados para facilitar este processo de aprendizagem.

Fontes (2007) salienta que a EpS em contexto escolar deve ser iniciada o mais precocemente possível nas escolas, porque a criança ao ser envolvida no processo de valorização das suas opiniões e preocupações é estimulada à participação ativa na aprendizagem e ao desenvolvimento contínuo das suas habilidades. A criança nesta fase está mais recetiva ao desenvolvimento de competências psicomotoras e à discussão de problemas.

O educador, no processo de educação para a saúde, para além dos conteúdos informativos, deve (Martins, 2002):

- estabelecer uma relação em que demonstre empatia, confiança e motivação;
- fornecer informações claras e simples;
- falar lentamente, focando os pontos mais relevantes;
- utilizar técnicas audiovisuais para melhorar a comunicação;
- utilizar técnicas não verbais;
- evitar o ruído de fundo;
- excluir possíveis distrações ambientais; e
- promover iluminação adequada.

No desenvolvimento de programas de EpS em Portugal segundo Loureiro & Miranda (2010), têm surgido alguns obstáculos: a falta de valorização da relação do estado de saúde com o desempenho de hábitos diários, a falta de empenho por parte da direção das escolas, a pouca preparação dos professores para educarem para a saúde e a pressão do currículo formal.

## 2. TEORIAS COM APLICAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

De seguida são descritas teorias da educação relacionadas com a educação em saúde. Foram escolhidas a teoria da consciencialização de Paulo Freire, a teoria dos estadios de mudança, a teoria da ação refletida, a teoria do comportamento planeado e a teoria da aquisição de Rogers, porque abrangem diversas perspectivas teóricas da educação na área da saúde.

### 2.1. Teoria da Consciencialização

Paulo Freire com base na sua experiência de professor, com um saber prático de educação, desenvolveu a teoria da consciencialização. O autor verificou que na época os trabalhadores eram explorados pelos dirigentes, devido à sua incapacidade para tomar decisões e também à falta de sentido crítico. Esta problemática levou-o à procura de uma solução para esta realidade.

Freire (1975) propõe então como método para solucionar problemas o diálogo; a formação de uma consciencialização crítica baseada nas experiências de vida e na ciência (conhecimento); e a criação de planos de ação com intervenção social.

O diálogo é proposto já que, se entendido como uma relação não hierárquica entre pessoas, ele favorece a comunicação democrática e impele o Homem à responsabilidade social e política.

A experiência do quotidiano, a par com o desenvolvimento do conhecimento científico, implicando um processo ativo de reflexão, leva as pessoas a reconhecer as suas próprias necessidades. Esta consciência da realidade, baseada em valores, atitudes e cultura, dá origem a uma consciência crítica da sociedade em que se vive. Assim, a pessoa é o sujeito da sua própria aprendizagem através dum processo reflexivo das circunstâncias da sua vida.

O conhecimento concreto da realidade aliado à formação cognitiva permite às pessoas o desenvolvimento de intervenções que as capacite para serem agentes sociais conscientes (Rodrigues, 2005; Bertrand, 2001).

Freire (1975) refere que no caso da educação para a saúde o processo de aprendizagem necessita de ser contínuo para produzir alteração nos modos de vida. Para além desta formação individual é também necessário um investimento em estruturas públicas, para complementar a saúde das comunidades (Loureiro & Miranda, 2010).

## 2.2. Teoria dos Estádios de Mudança

A teoria dos estádios ou fases de mudança, desenvolvida por Prochaska em 1979 (DiClemente & Prochaska, 1982) propõe e descreve uma série de etapas através das quais se induz a mudança de comportamento. Esta teoria como o nome indica, baseia-se em estádios.

No estádio de pré-contemplação, o indivíduo não sente necessidade de mudar e não se identifica com a intenção de mudar nos próximos seis meses. Neste estádio a pessoa pode não sentir capacidade para efetuar a mudança ou não ter informação suficiente e adequada para colocar a hipótese de mudança. Assim, geralmente existe uma resistência à pressão externa à mudança, e a pessoa adota comportamentos defensivos para justificar os hábitos presentes.

No estádio de contemplação, o indivíduo está mais recetivo à informação relacionada com os riscos associados aos seus hábitos. Nesta etapa já se desenvolveram estratégias de mudança e o indivíduo pretende, num futuro próximo de mais ou menos de um mês, alterar hábitos.

O estádio da preparação é a realização de pequenas mudanças comportamentais nas rotinas diárias. A ação é um estádio que corresponde ao momento de mudança. A manutenção é o estádio de consolidação do novo hábito adquirido.

Esta teoria dos estadios de mudança foi aplicada para a alteração de vários comportamentos relacionados com a saúde como o alcoolismo, o exercício físico e o tabagismo. No caso do tabagismo, vários autores (Raposo, 2006; Becoña *et al.*, 2000; Mendes, 2000; Ogden, 1999) referenciam os estadios em que o fumador se situa, quando está num processo de cessação tabágica. Assim:

- Estadio de pré-contemplação: o fumador não tenciona abandonar o hábito de fumar, não está consciente dos problemas que o tabaco provoca. Nesta fase, o profissional deve proporcionar mais informação sobre o tabagismo e ajudar a pessoa a confiar na sua capacidade de mudança.
- Estadio de contemplação: o indivíduo está consciente dos malefícios do tabaco e considera a possibilidade de mudança. As estratégias nesta etapa pretendem ajudar a desenvolver mecanismos de alteração do comportamento da pessoa. Se for oportuno, fornecer material de apoio.
- Estadio de preparação: a pessoa começa a fazer pequenas mudanças comportamentais nas rotinas diárias, como por exemplo não fumar em locais fechados.
- Estadio de ação: o fumador parou de fumar por um período igual ou inferior a seis meses. Neste estadio o profissional deve preparar o indivíduo para enfrentar possíveis problemas (como a vontade de fumar em determinada situação) que podem ocorrer com a alteração do hábito. A pessoa deve ser incentivada/motivada a manter o novo comportamento.
- Estadio de manutenção: existe abandono do hábito de fumar por um período superior a seis meses. Nesta fase o indivíduo deve prevenir a recaída e manter a mudança no futuro.

Ao longo de todo o percurso, o profissional de saúde analisa com a pessoa a forma como esta relaciona os custos/benefícios do comportamento em mudança. Estes estadios correspondem assim a uma progressão dinâmica de mudança comportamental.

### 2.3. Teoria do Comportamento Planeado

A teoria do comportamento planeado (Fig. 1) descreve as intenções de comportamento, as quais devem ser conceptualizadas como “ ... *planos de acção para atingir objetivos comportamentais...*” (Ajzen & Madden, 1986, *cit in* Ogden, 1999). Estes planos de acção resultam da combinação de diferentes crenças:

1. Atitudes em relação aos comportamentos: compostas por avaliações positivas e negativas de um determinado comportamento e pelas crenças sobre o resultado deste comportamento;
2. Normas subjetivas: compostas pela perceção das normas e pressões sociais para ter um dado comportamento, e pela avaliação da motivação do indivíduo para se submeter a essas pressões; e,
3. Controlo de comportamento percebido: composto pela crença de que o indivíduo consegue manter um determinado comportamento. Esta crença é baseada na ponderação de fatores internos e externos de controlo.

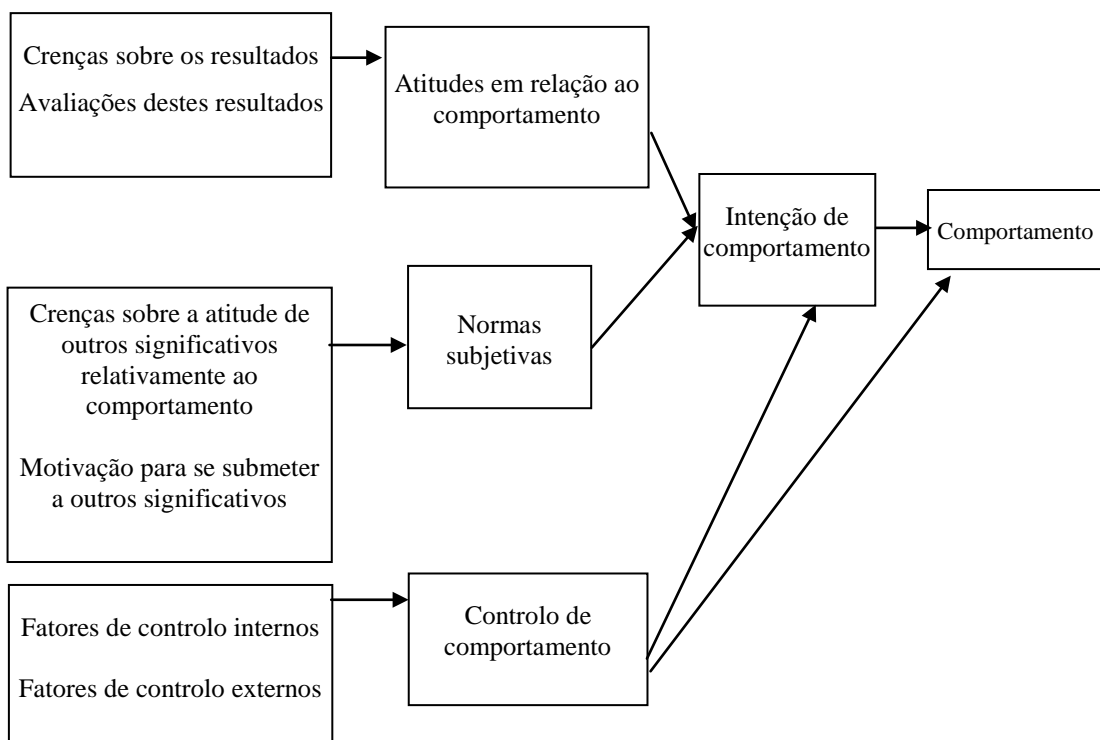


Figura 1: Bases da Teoria do Comportamento Planeado. Fonte: Ogden, 1999, p. 47.

Os fatores que influenciam a percepção do controlo podem ser internos (informações, aptidões, capacidades e impulsos) ou externos (oportunidades e dependências dos outros) ao indivíduo. Estes fatores permitem prever as intenções de comportamento que estão relacionadas com o futuro comportamento.

A percepção do controlo sobre o comportamento previsto pode ser avaliada diretamente, questionando os sujeitos sobre o controlo no desempenho do seu comportamento (Stroebe, 1999). A percepção de controlo também pode ser influenciada pela expectativa de eficácia (a tentativa de realizar um comportamento indica que se é capaz de o realizar) e pela expectativa de resultado. No caso de um fumador, a decisão de abandonar o hábito de fumar indica uma convicção nas suas capacidades para deixar de fumar. A percepção do controlo sobre o comportamento pode incluir indiretamente a experiência anterior com o comportamento, onde os comportamentos repetidos são percebidos como fáceis de pôr em prática. Assim o indivíduo que fumou durante vários anos terá maior dificuldade em alterar este comportamento.

Ajzen *et al.* (1999), referem que a avaliação de respostas é preparatória do comportamento, pois predis põem os sujeitos a decisões ou ações consistentes para a valência da atitude: atitudes positivas produzem uma tendência de aproximação e atitudes negativas provocam uma tendência para evitar. Assim por exemplo, o fumador que exprime atitudes positivas em relação a deixar de fumar, tem maior tendência para abandonar o hábito.

A intenção comportamental tenta também integrar as pressões sociais e refere-se à norma subjetiva face ao comportamento, ou seja, perante as pressões de pessoas significativas que afetam a realização do comportamento. Esta norma subjetiva também é vista como a soma das crenças normativas e do seu valor. Como exemplo temos a pressão para deixar de fumar, ou para nunca fumar, efetuada por uma pessoa significativa para o indivíduo.

O comportamento de fumar, para Ajzen *et al.*, (1999) está no âmbito do controlo das intenções pessoais. Assim, as intenções comportamentais são preparadas pelas atitudes baseadas nas consequências da escolha da alternativa da opção tomada (Granate, 1995).

No entanto, estas atitudes são moldadas pelo processo de aprendizagem social e pelo contexto social de onde emergiram.

A atitude de uma pessoa em continuar o comportamento de fumar é assim o somatório das consequências positivas (controlo de peso, prazer) e negativas (custos, problemas respiratórios) do fumar. A percepção individual sobre os malefícios do tabaco por um lado e sobre os custos de parar por outro lado são considerados na atitude. Cada conjunto de consequências é ponderado pelo indivíduo quando planeia a mudança de comportamento (Stroebe, 1999).

#### 2.4. Teoria da Aquisição de Rogers

Rogers (1983) considera o Homem como pessoa, que ao assumir a liberdade humana, se capacita para tomar decisões e ser responsável por elas. O contacto com os problemas de vida cria a necessidade da procura da descoberta, do criar, o que pressupõe uma confiança em si. O autor refere que no caso da criança, esta gradualmente através da existência de fatores internos e externos se vai tornando diferente, é o chamado *self* ou autoconceito. Esta compreensão gradual do mundo interior vai provocando um processo de transformação. O seu desenvolvimento vai sendo condicionado pelos fatores internos e externos e pela tomada de decisão em todas as situações pessoais.

A pessoa tem a oportunidade de, a partir de si mesmo, com o pressuposto fundamental da liberdade de escolha, tomar decisões que lhe permitem crescer e ter uma vida realizada. Esta proporção de autorrealização capacita as pessoas para estarem mais aptas a escolher e tomar decisões livres (Rogers, 1983).

Rogers (*cit in* Giordani, 1997) determinou como condições necessárias para uma mudança construtiva da personalidade a autenticidade, a aceitação incondicional e a compreensão empática.

A autenticidade (transparência, genuinidade, congruência interior) é uma atitude fundamental numa relação. A pessoa é aquilo que é, tem consciência dos seus

sentimentos e pode exprimi-los abertamente durante a relação, ou seja não nega a sua personalidade, exprime-a. A autenticidade realiza-se duplamente, a nível pessoal, é-se livre para sentir e aceitar o que se passa consigo, descobrindo cada vez mais a complexidade dos seus sentimentos. Existe uma integração entre a consciência e a experiência, existe uma consciência plena das atitudes que assume. A nível interpessoal, o educador é livre para comunicar os próprios sentimentos ao educando, só assim consegue experienciar uma comunicação eficaz. A condição fundamental numa relação interpessoal é conhecer-se e aceitar-se a si mesmo.

A aceitação incondicional é a designação dada quando o educador consegue ser sensível às reações pessoais que o educando experimenta naquele momento, apreende “de dentro” tal como o outro se vê, tem a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Exige do educador uma capacidade de abstração dos próprios valores, sentimentos e necessidades e tem de se colocar na “pele” do outro para perceber a sua realidade. É também importante que o educador esteja atento à comunicação não verbal do educando para conseguir perceber toda a sua realidade. A aprendizagem é então significativa quando o educador for capaz de aceitar o educando tal como ele é, compreendendo os sentimentos que este manifesta (Rogers, 1983).

Numa perspetiva rogeriana, se estão presentes estas condições obtêm-se resultados, que ocorrem ao nível da personalidade e do comportamento da pessoa. A pessoa tende a evoluir para um estado de maior “acordo interno”, mais livre e menos defensivo. A perceção de si e dos outros é mais objetiva e aumenta a “autoaceitação,” a tolerância e a aceitação pelos outros. O indivíduo torna-se cada vez mais capaz de lidar com os seus problemas e de os resolver. Assim é incentivada a autoavaliação, para que através das próprias experiências a pessoa seja capaz de controlar o seu desenvolvimento.

Estes modelos, com diferentes vertentes sobre orientações no desenvolvimento da pessoa, podem ser a base da educação para a saúde, tanto a nível da promoção da saúde como na prevenção de doenças.

### 3. PROMOVER UMA VIDA SAUDÁVEL

#### 3.1. Promoção da Saúde

A evolução da medicina no último século teve um grande desenvolvimento nos meios de diagnóstico e tratamento das doenças, no entanto existem diversas patologias crónicas para as quais não existe cura, mas que envolvem grandes custos económicos para o seu controlo. Este facto tem motivado ações preventivas uma vez que os comportamentos individuais estão relacionados com a etiologia de diversas doenças crónicas. Como os diferentes tipos de prevenção se desenvolvem em torno da doença, é pertinente e necessário investir na promoção da saúde.

Green (1979) define promoção da saúde como “... qualquer combinação de educação para a saúde e respetivas intervenções a nível organizacional, político e económico, destinadas a facilitar mudanças de comportamento e do ambiente, conducentes à saúde ...” (Loureiro & Miranda, 2010, p. 40). A promoção da saúde é influenciada, positiva ou negativamente, por fatores políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais.

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986) a promoção da saúde é considerada o maior recurso para o desenvolvimento pessoal e social, pois “...visa criar as condições que permitem aos indivíduos controlar e melhorar a sua saúde e a dos grupos em que se inserem e, agir sobre os factores que a influenciam...”. A promoção da saúde deve ser objeto de preocupação de todos e em favor de todos, nomeadamente daqueles que têm menos condições e meios para poderem usufruir deste bem (WHO, 1986).

A promoção da saúde começou assim a integrar vários campos de ação, como a elaboração e implementação de políticas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a intervenção comunitária e o desenvolvimento de capacidades pessoais. Posteriormente, na conferência de Adelaide (1988), deu-se ênfase às políticas públicas saudáveis relacionadas já com ações específicas como a alimentação, o tabaco e o álcool.

Com a evolução da promoção da saúde emergiram nos anos 90 para esta área os conceitos de capacidade e capacitação. A capacidade está relacionada com a aptidão do profissional de saúde para desempenhar de forma efetiva as funções definidas. A capacitação descreve o processo de desenvolvimento de competências pessoais e sociais que produzem mudanças positivas (Loureiro & Miranda, 2010).

Downie (1996) refere que a promoção da saúde tem como finalidade o equilíbrio entre o bem-estar físico, mental e social, conjugado com a prevenção de doenças, para tal através da educação para a saúde, e da prevenção, a promoção da saúde compreende as atividades necessárias para incrementar a saúde e reduzir o risco de doença. Esta abrangência da Promoção da Saúde foi esquematizada por Ewles & Simenett, (1999), que apresenta diferentes classificações: a abordagem médica, onde se pretende promover a intervenção médica, assente no conformismo dos doentes; a mudança de comportamento, onde se pretende trabalhar atitudes, para que exista mudança de comportamento; a educacional, baseada na informação sobre fatores de risco e causas das doenças; a centrada no cliente, baseada na auto capacitação da pessoa; e a mudança social que engloba toda a ação política e social que tem como finalidade alterar o ambiente físico e social para facilitar as escolhas saudáveis.

A promoção da saúde integra assim os processos de informar, influenciar atitudes e identificar alternativas para que a pessoa possa tomar medidas no sentido de melhorar a sua qualidade de vida nos seus diferentes aspetos como o bem-estar físico, mental e emocional (Damásio, 2003; Wilson, 2003), que torne a pessoa capaz de aumentar o controlo sobre a sua saúde (Fernandes, 2008) e de lidar positivamente com as adversidades da vida (Antonovsky, 1979 *cit in* Loureiro & Miranda, 2010).

A promoção da saúde faz cada vez mais apelo a comportamentos saudáveis a nível individual, familiar e social (Leandro *et al.*, 2007). São vários os desafios a nível de saúde desde o microcosmo da família até ao macro sistema social. Para promover a adoção de comportamentos saudáveis é necessário começar na família e continuar nos diferentes graus de ensino, progredindo nos locais de trabalho e da comunidade (Fernandes, 2008).

A Organização Mundial de Saúde, em 1995, baseada na carta de Ottawa (1986), na declaração de Jacarta (1997) sobre promoção da saúde e através do *Comité Recommendation on Comprehensive School Health Education and Promotion* (1995), propõe uma iniciativa global de Escola Promotora de Saúde com políticas de bem-estar que proporcionem um ambiente favorável à saúde. Estas iniciativas propõem o envolvimento de toda a comunidade escolar, das famílias, devendo incluir a colaboração de especialistas e outras organizações da sociedade. É então proposto à escola que seja promotora de saúde. Para tal necessita desenvolver programas que promovam: o desenvolvimento de competências para cuidar do próprio e dos outros; o ser capaz de tomar decisões saudáveis nas diversas circunstâncias da vida; o conhecimento da prevenção de doença e o influenciar de conhecimentos, crenças, atitudes, capacidades, valores e comportamentos relacionados com a saúde (WHO, 2010b).

A escola não é só um local onde se aprendem conceitos cognitivos, ela serve também para fazer a aprendizagem dos comportamentos sociais, afetivos e atitudinais, estando assim a proporcionar um desenvolvimento integral da pessoa e a contribuir para a sua qualidade de vida.

É na infância e na adolescência que se adquirem as bases do comportamento em geral, sendo uma oportunidade atempada para adquirir também hábitos de saúde (Quesada, 2009; Fernandes, 2008; Pardal & Santos, 1999). A criança, por estar num processo ativo de aprendizagem, começa cedo a criar hábitos e a desenvolver os conhecimentos. As intervenções educacionais de promoção da saúde, como refere Precioso (2001) ajudam a criança a desenvolver atitudes saudáveis e capacitam-na para ser promotora de hábitos saudáveis junto dos adultos. Este desenvolvimento das capacidades implica um assumir gradual de responsabilidades que vão evoluindo ao longo das diferentes fases da vida.

A promoção da saúde integra todas as intervenções que visem aumentar a saúde, através da proteção da saúde ou da prevenção de doenças. Atualmente em Portugal as Unidades de Cuidados na Comunidade têm como compromisso assistencial promover estilos de vida saudável através de intervenções que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis da população ao longo do ciclo de vida (M. S. 2009, p. 10).

### 3.2. A Saúde e os Fatores de Vida Saudável

A preocupação com a saúde e a doença é uma prioridade em vários domínios, levando a que a saúde seja vista como um património coletivo que é necessário proteger e também um dever de cada pessoa, quer em relação a si própria quer em relação à sociedade.

A sociedade atual está em constante mudança, com transformações sociais que exigem estratégias educacionais para uma contínua adaptação a novas formas de vida. Esta mudança constante proporciona novos desafios para a promoção da saúde (Quesada, 2009).

A saúde está relacionada com contextos individuais, culturais, sociais, espirituais, com crenças e valores relacionados com a vida, com o sofrimento e a morte (Silva, 2008; Egger, 2005; Rodrigues, 2005). Esta abrangência de dimensões dificulta a sua definição, podendo esta variar de indivíduo para indivíduo (Silva, 2008).

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), datado de 1948, demonstra uma preocupação de não relacionar a saúde só com a ausência de doença, abrangendo um processo dinâmico da interação de vários fatores (bem estar físico, mental e social) que contribuem para o equilíbrio da pessoa. Com esta abrangência da saúde que passa da visão focada na doença para uma visão mais global da pessoa, começam a surgir novas perspetivas de abordagem em saúde. Pender (1996 *cit in* Potter, 2006, p. 7) relaciona também as condições de vida e não só as patologias como condicionantes de se sentir com saúde, este autor define saúde “como um modo de estar que a pessoa define em função dos seus valores, personalidade e estilo de vida”.

Rice (2000), tem uma perspetiva mais global e generalista, definindo saúde como tudo o que a pessoa é e quer ser. Ultimamente as abordagens de saúde estão relacionadas com a qualidade de vida da pessoa, sendo este o centro das políticas educacionais a nível da saúde e o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal (WHO, 2004).

A saúde é influenciada por determinantes da saúde, ou seja por fatores gerais, como a política e a cultura, por fatores comportamentais que conduzem a estilos de vida, fatores genéticos, biomédicos e também por fatores ambientais (Egger, 2005; Quesada, 2009). Destes fatores podem ser estáveis os genéticos e os biomédicos, como a idade, o sexo e a hereditariedade ou modificáveis como os relacionados com o meio ambiente e os hábitos individuais. Todos estes fatores têm significativa relevância para a prevenção de doenças e promoção da saúde. No entanto, os fatores comportamentais são os que podem ser mais facilmente controláveis pelo indivíduo.

Os comportamentos que influenciam significativamente o estado de saúde das pessoas, não apenas no sentido da origem ou recuperação de processos de doença mas também no evitar a morte prematura, são: o padrão de sono, a alimentação equilibrada, a atividade física regular, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo (Marques, 2010; Egger, 2005; Berkman & Breslow, 1993, *cit in* Ribeiro, 1998) e a gestão de situações de stresse (Sanz, 2009).

As doenças crónicas (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias) dos países desenvolvidos estão relacionadas com vários destes fatores de risco. Associam-se assim os estilos de vida pouco saudáveis a 40% das disfunções das sociedades desenvolvidas (Quesada, 2009). Os determinantes da saúde relacionados com os fatores comportamentais têm de ser promovidos num processo contínuo para que haja o desenvolvimento de competências relacionadas com estilos de vida saudáveis (Rodrigues, 2005).

Como já se referiu anteriormente, é reconhecida a importância que os hábitos comportamentais têm como determinantes da saúde, sendo o comportamento alimentar o fator externo que mais influência a saúde.

### 3.3. Hábitos Saudáveis

Neste item são desenvolvidos aspetos gerais dos comportamentos alimentares e do exercício físico, tanto por influenciarem o desenvolvimento físico da pessoa, como por aumentarem os níveis de bem-estar subjetivo, contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Frisch, 2000, *cit in* Ribeiro, 2008). As alterações que se têm verificado ultimamente nestes dois fatores, com uma dieta pouco equilibrada e um estilo de vida sedentário, estão a ter um impacto significativo na saúde dos indivíduos. Estes fatores e o tabagismo são considerados pela OMS como pertencentes aos principais fatores de risco para a saúde (Chretien, 2011). O tabagismo, associado a estas práticas, justifica 60% das causas de morte prematura e 47% das doenças (WHO, 2010b). Este problema, embora seja mais relevante nos países desenvolvidos, no qual se inclui Portugal, já é considerado uma preocupação com dimensão global (Lopez *et al. cit in* Marques, 2010).

#### 3.3.1. Alimentação

A alimentação, como já se referiu anteriormente, é o fator ambiental que mais interfere no desenvolvimento, na saúde (Quesada, 2009) e na duração da vida, pois “*somos aquilo que comemos*” (Peres 2003, p. 82). O tipo de alimentação está diretamente relacionado com o crescimento físico, intelectual, psicoafectivo, com as capacidades para a aprendizagem e com a vulnerabilidade para as doenças (García, 2001).

Todo o ser humano necessita de matéria para transformar em energia a fim de realizar funções vitais, como o funcionamento dos órgãos, a manutenção da temperatura corporal, e a substituição e reparação celular (Potter, 2006).

A nutrição engloba os processos de ingestão de alimentos, a sua digestão e absorção, assim como o transporte de nutrientes (Phipps, 2003). Os nutrientes dos alimentos estão classificados em hidratos de carbono, proteínas, lipídios, vitaminas, sais minerais e água. Todos os alimentos contêm um ou mais destes nutrientes e em quantidades variáveis (Bezerra *et al.*, 1996).

Em função das propriedades nutricionais semelhantes foram constituídos grupos alimentares, com os alimentos do mesmo grupo a possuir características nutricionais semelhantes. A atual Roda dos Alimentos (instrumento educacional), revista por intervenientes da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e pelo Instituto do Consumidor (2010), é constituída por sete grupos de alimentos: 1) cereais e derivados; 2) hortícolas e fruta; 3) lacticínios; 4) carnes, pescado e ovos; 5) leguminosas; 6) gorduras e 7) água.

Os cereais, seus derivados e os tubérculos são ricos em hidratos de carbono, fornecendo energia ao organismo.

Os hortícolas e a fruta fornecem hidratos de carbono, fibras alimentares, vitaminas do complexo B e C e minerais (cálcio, potássio e ferro). As fibras, são parcialmente digeridas e absorvidas pelo organismo e juntamente com a água, as vitaminas e os sais minerais regulam e ativam as reações orgânicas.

Os lacticínios, como o leite e seus derivados, fornecem proteínas e são ricos em cálcio e fósforo, e nas vitaminas A, B2 e D. As proteínas constituem a base estrutural do organismo, sendo indispensáveis para a formação e crescimento dos músculos, dos órgãos, da pele e dos ossos.

A carne, o peixe e os ovos são também ricos em proteínas, contendo também vitaminas do complexo B, minerais (como o ferro, o fósforo e o iodo) e uma quantidade variável de gordura.

As leguminosas, possuem um elevado teor proteico, contendo vitaminas (B1, B2), minerais (ferro e cálcio) e fibras alimentares. Fazem parte deste grupo as ervilhas, as favas, o grão-de-bico, o feijão e as lentilhas.

As gorduras fornecem energia e ácidos gordos essenciais, entram na constituição de todas as estruturas celulares e ajudam a absorver as vitaminas A, D, E, e K. Este grupo é constituído pelos óleos, o azeite, a banha de porco, as natas, a manteiga e a margarina.

A educação alimentar é um processo de seleção de alimentos, baseado nas preferências, na disponibilidade e na aprendizagem de cada indivíduo (Nunes & Breda, 2005). Para

uma nutrição equilibrada é necessária a ingestão de vários produtos alimentares (Saldanha, 2001), porque nenhum alimento é completo. Para além disso, a diversificação na escolha de alimentos enriquece os hábitos alimentares e evita que a alimentação se torne monótona (Candeias, 2005). O bem-estar proporcionado por uma alimentação saudável resulta do tipo de alimentos que se ingerem, da qualidade higiénica e nutricional dos alimentos (Aguiar, 2001), assim como do ambiente emocional durante as refeições (Silva, 2008).

Os comportamentos alimentares são influenciados por fatores fisiológicos, psicológicos, económicos, culturais e ambientais. Neste processo os hábitos familiares (Andrade, 2001), a publicidade (Breda, 2003) e as políticas alimentares interferem muito nas preferências alimentares adquiridas (García, 2001). A formação dos hábitos alimentares é um processo que tem início no nascimento, com as práticas alimentares introduzidas no primeiro ano de vida (Fernandes 2008) e continua na idade adulta (Andrade, 2001). Os hábitos alimentares saudáveis devem ser introduzidos precocemente, uma vez que são muito relevantes no estabelecimento das preferências e dos comportamentos futuros (Peres, 2003). A educação alimentar exige um longo período de interiorização de conhecimentos e de aquisição de hábitos que vão posteriormente definir o padrão alimentar do indivíduo (García, 2001). É recomendável, portanto, que o ensino sobre nutrição se inicie ainda em criança, o mais cedo possível, porque quanto mais cedo se instituírem hábitos alimentares corretos, maior a probabilidade de estes permanecerem na vida futura, pois os hábitos alimentares dos adultos são reflexo das práticas de alimentação em criança (Andrade, 2001). A educação alimentar deverá fazer parte da educação básica da criança e da sua formação cultural, continuando durante a fase de aprendizagem na escola, desde o primeiro ciclo até aos cursos superiores. Esta formação deve ser articulada com campanhas de educação alimentar da população em geral (Ferreira, 2002; Fernandes, 2008) para estabelecer e reforçar hábitos alimentares saudáveis.

Resumidamente, a finalidade da educação alimentar é a de atender às necessidades nutricionais da pessoa, de acordo com a idade, o género, o estado de saúde e a atividade que realiza. A educação alimentar deve ainda criar hábitos alimentares mais saudáveis, garantindo a satisfação individual ou social e prevenir algumas patologias (Fernandes, 2008; Peres, 2003).

### 3.3.2. Exercício Físico

Por vezes, o exercício físico e a atividade física são usados como sinónimos de atividade motora. Caspersen (1985, *cit in* Marques, 2010) considera o exercício físico como uma subcategoria da atividade física, a qual está relacionada com todo o movimento corporal.

Até meados do século XX o exercício físico era praticado somente por elites. Nos anos 60 com a iniciativa do “Desporto para Todos” proposta pelo Conselho Europeu, surgiu uma mudança na mentalidade política, a nível desportivo (OMS, 2010). Incitaram-se as pessoas à prática de atividades físicas para favorecer a saúde física e psicológica (Ogden, 1999).

Com o intuito de aumentar substancialmente a atividade física ao longo da vida, já que é o método com melhor custo-benefício na promoção da saúde (D.G.S., 2006), surgiram então políticas de promoção da atividade física que mobilizaram diversos setores. Foram assim criadas a nível local condições estruturais para a prática de exercício físico, como instalações desportivas, locais para caminhadas, e pistas para andar de bicicleta. Com esta mudança de paradigma desenvolveram-se e implementaram-se vários programas relacionados com a promoção da atividade física (Marques, 2010): North Karelia (Finlândia), *Active Living* (Canadá), *Active for Life* (Reino Unido), *Active Austrália* (Austrália), *Mexa-se Mais* (Portugal), *Por tu salud mueve-te* (Espanha), *Agita São Paulo* e *Agita Brasil* (Brasil) e *Health People 2010* (Estados Unidos da América). Apesar de todas estas iniciativas, a implementação da prática de exercício físico tem sido interiorizada lentamente pelas sociedades. Também as escolas investiram mais na promoção do exercício físico, no entanto Marques (2010) refere que estas, não têm ainda programas para promover estilos de vida ativos e saudáveis.

O exercício físico, definido como movimento corporal planeado, estruturado e repetido para melhorar e manter a boa forma física, reveste-se de uma importância crescente na aquisição, conservação, prevenção, melhoria e restituição da saúde do ser humano. A prática desportiva adequada permite exercitar a maior parte dos músculos corporais, aumenta a frequência cardíaca até 60 a 80% da sua capacidade máxima e produz transpiração. Para obter os efeitos desejados, o exercício físico deve de ser praticado

três vezes por semana durante pelo menos 30 minutos de cada vez (Sanhez-Pinilla, 2001).

Atualmente, no quotidiano da vida moderna, o sistema nervoso simpático é muito estimulado pelas necessidades da sociedade (MeliKian, 2008), contribuindo para a causa de ansiedade, insónias, hipertensão arterial, doenças imunológicas e gastrointestinais. A prática de exercício físico regular ajuda a prevenir esta e outra sintomatologia. Por exemplo, a nível físico, o exercício produz benefícios na redução da tensão arterial, na redução do peso, na regularização da diabetes, na redução de doenças coronárias e na proteção de osteoporose. É também benéfico para o crescimento e a manutenção dos ossos, dos músculos e de articulações saudáveis, reduzindo também o risco de desenvolver dores no sistema músculo-esquelético (Quesada, 2009; Sanhez-Pinilla, 2001). Já a nível psicológico tem-se demonstrado que o exercício físico provoca a libertação de endorfinas e norepinefrina que têm efeitos benéficos na redução de depressões, da ansiedade, na regularização do stresse e no aumento da autoestima (Ogden, 1999). O exercício físico pode ainda ser uma ajuda para o encorajamento da adoção de comportamentos positivos (Marques, 2010) como o abandono do hábito do tabaco, do álcool ou de drogas ilícitas; sendo também importante para a prevenção de comportamentos de risco, especialmente em crianças e adolescentes (Sanhez-Pinilla, 2001). A nível económico reduz os custos com a saúde, aumenta a produtividade, e melhora o ambiente físico e social (D.G.S., 2006).

A criança em idade escolar alicerça o seu papel na atividade física e na interação social. Começa a aperfeiçoar a capacidade motora, adquirindo controlo do corpo e descobrindo gradualmente as suas capacidades e limitações. O exercício físico regular fornece-lhe também benefícios mentais e sociais, integrando as várias vertentes da definição de saúde. Desempenha também o papel de promover a integração no grupo, com o cumprimento de regras e o desenvolvimento de capacidades para lidar com as expectativas dos outros e com as próprias frustrações. Com o exercício físico é também desenvolvida a comunicação e a auto-confiança, melhorando conseqüentemente a autoestima da criança (Potter, 2006; WHO, 1999).

As escolas têm a oportunidade única de providenciar exercício físico adequado para todos os jovens, em igualdade de circunstâncias, através de programas oficiais de educação física ou através de programas desportivos após o horário escolar (D.G.S., 2006). Marques (2010) refere que estes projetos de promoção da saúde através da atividade física devem também estimular a comunidade a participar, sendo assim exemplo para os alunos.

A integração do desenvolvimento dos conhecimentos sobre a alimentação e o exercício físico na educação requerem projetos globais (WHO, 2004b), que sejam adaptados às diferentes fases do ciclo de vida. Com a aquisição gradual destes conhecimentos a pessoa no seu quotidiano pode tomar voluntariamente decisões saudáveis que melhorem a sua saúde e a da comunidade onde está inserida.

#### 4. PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO: O CASO DO TABAGISMO

Atualmente a etiologia de várias doenças está relacionada com um conjunto de fatores, tais como a alimentação e o sedentarismo, que por sua vez estão relacionados com os estilos de vida das pessoas, sendo o consumo do tabaco um dos principais fatores implicados na origem de várias doenças (M. S., 2004).

As drogas legalizadas tal como o tabaco e o álcool, estão presentes e são aceites como drogas lícitas na sociedade moderna, pelo que é necessário aprender a conviver com elas. Atualmente todos as têm ao alcance ou até mesmo em casa. O consumo do tabaco é a epidemia que mais ameaça a saúde pública, continuando a ser a principal causa de morbilidade e morte prematura evitável a nível mundial (WHO, 2008; Ribeiro, 1998).

A pessoa ao longo da vida gere a sua saúde, através das opções individuais que faz e através das quais expressa o seu estilo de vida. A escolha adequada das opções está na base da saúde individual e coletiva (M.S., 2004). Para que as opções comportamentais sejam responsáveis e saudáveis é essencial a educação para a saúde, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A promoção da saúde (já definida anteriormente) e a prevenção da doença são conceitos que por vezes coincidem e ambas desempenham um papel fundamental na criação de estilos de vida saudáveis.

A prevenção de doenças é entendida como um conjunto de estratégias que tem como finalidade uma vida saudável, engloba um processo que visa criar condições para que os indivíduos controlem a sua saúde, pretendendo evitar os comportamentos que são a causa de doenças (Paúl, 2001). Nas atividades preventivas, quantas mais competências forem desenvolvidas, mais possibilidades a pessoa tem de manusear satisfatoriamente as diferentes situações que pode viver em sociedade (Martínez, 2004).

Nas ações preventivas as intervenções são orientadas para evitar o aparecimento de doenças, reduzindo assim a sua incidência e prevalência. Os principais objetivos destas

ações de prevenção do tabagismo são (Stroebe, 1999): mudar o comportamento dos que usam o tabaco; manter o comportamento dos não fumadores; estabelecer um ponto de vista realista de que o tabaco é extremamente prejudicial para a saúde; assegurar o direito dos não fumadores a ar livre de fumo; e mudar o ponto de vista cultural que o uso do tabaco é uma atividade normal.

Todas as ações de prevenção do tabagismo devem ser planeadas para poderem ser aplicadas nos três níveis de prevenção (Voisin, 2003). A prevenção primária destina-se a crianças e adolescentes. A este nível de intervenção podem colaborar os educadores, docentes e profissionais de saúde. A prevenção secundária é essencialmente efetuada por profissionais de saúde, médicos de clínica geral e enfermeiros que contactam diariamente com um grande número de utentes. A prevenção terciária está relacionada com os profissionais de saúde que tratam utentes que sofrem de patologias associadas ao tabaco. Estas situações estão mais ligadas aos profissionais de saúde que trabalham nas áreas de pneumologia, oncologia e cardiologia.

Os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na redução dos hábitos tabágicos na população. Este papel é definido por Lledó (2002) como sendo constituído por várias funções:

1. função modelo nos hábitos de vida saudáveis;
2. função educadora ao informar os riscos do consumo de tabaco e ao sensibilizar a população para as suas consequências;
3. função terapêutica de apoio e tratamento dos fumadores que tentam abandonar o hábito, mediante conselhos médicos antitabágicos e a prescrição de terapêutica de desabitação; e
4. função de crítica social para sensibilizar a opinião pública mediante campanhas antitabagismo.

Para que a prevenção do tabagismo seja eficaz devem ser ultrapassados alguns obstáculos (Bishop, 1994 *cit in* Velasquez *et al.*, 1998):

1. Atitudes e pautas culturais: no mundo ocidental, a saúde é considerada como um valor muito alto na hierarquia cultural. No entanto, nesta hierarquia existem outros valores culturais que são contraditórios com os valores da saúde. São disto exemplo

na sociedade industrial, o sedentarismo, a obesidade e o consumo do tabaco. Rios (1997, *cit in* Velasquez *et al.*, 1998), menciona que a dificuldade na prevenção é a equiparação de ter uma “boa vida” a ter hábitos pouco saudáveis. Um outro obstáculo é a contínua publicidade sobre as tecnologias de curar (medicação, transplantes, órgãos artificiais, técnicas cirúrgicas) que podem justificar o não participar em medidas preventivas. Também a indústria tabaqueira e demais interesses económicos financiam campanhas publicitárias para manter este hábito.

2. Natureza dos hábitos saudáveis: alguns hábitos, que são prejudiciais à saúde (como fumar), têm uma gratificação imediata que provoca reforços positivos, ao passo que os hábitos saudáveis têm uma gratificação a médio ou longo prazo. Estes hábitos estão em contradição e a probabilidade de optar por hábitos saudáveis é menor. A inexistência de consequências imediatas ou a médio prazo dos comportamentos de risco provoca uma dificuldade na prevenção.
3. Estrutura do sistema de saúde: o modelo biomédico, em que o objetivo principal é a cura e tratamento de doenças, leva a que na formação dos profissionais de saúde seja dada mais ênfase ao diagnóstico e tratamento de doenças que à prevenção destas.

De entre as múltiplas ações educativas encetadas pelos profissionais de saúde, a prevenção do tabagismo tem assumido grande relevância, não só pela dimensão do problema em termos de população alvo, como pelas múltiplas consequências patológicas que este apresenta, abarcando variados níveis e várias especialidades médicas.

#### 4.1. Tabagismo: Considerações Gerais

O tabaco é uma planta que começou a ser usada pelos índios americanos ainda antes do descobrimento da América por Colombo (Nunes & Jóluskin, 2010; Martin & Steen, 2002; Becoña & Vázquez, 1998). O início do consumo do tabaco na Europa deveu-se ao espanhol Rodrigo Jerez através de uma expedição a Cuba em 1492 (Martin & Steen, 2002). Em Portugal a plantação de tabaco teve início nos jardins reais, após a viagem de

Álvares Cabral em 1500 ao Brasil, o qual trouxe a planta para Portugal. A popularização do tabaco levou a que no final do século XVI se usasse o tabaco sob as suas diversas formas em toda a Europa. Os hábitos tabágicos generalizaram-se, tendo para isso contribuído diversas influências, vindas de: marinheiros (considerados os primeiros fumadores habituais), médicos (ao atribuírem ao tabaco propriedades medicinais) e da sociedade que considerava de “bom-tom” consumir tabaco (Martinet & Bohadana, 2003). Durante a primeira Guerra Mundial, houve um grande impulso no consumo, pois as tabaqueiras distribuíam tabaco gratuitamente aos soldados que iam para a frente de guerra. Em meados e finais do século XX a indústria cinematográfica e as campanhas publicitárias foram também fortes impulsionadores do consumo do tabaco (Martin & Steen, 2002).

A preocupação com os efeitos maléficos do tabaco foi crescendo lentamente. Em 1604 já o rei Jaime I de Inglaterra denunciava o tabaco como sendo uma prática social detestável (Martinet & Bohadana, 2003; Martin & Steen 2002). Em meados do século XX a comunidade científica começou também a preocupar-se com os efeitos do tabaco, ao detetar maior mortalidade entre os fumadores, sobretudo com cancro do pulmão. No final do século XX foram surgindo medidas repressivas contra o consumo do tabaco. Várias entidades governamentais e entidades relacionadas com a saúde tal como a OMS têm desde então tomado posições contra o tabagismo. Estas posições incomodam a indústria tabaqueira, a qual é também uma fonte económica geradora de empregos. Assim, a indústria tabaqueira tem sido simultaneamente repreendida e apoiada, constituindo uma evidente dissonância a afirmação de que o tabaco faz mal em simultâneo com a grande produção e transformação de tabaco a nível mundial (Martin & Steen, 2002).

O consumo do tabaco é atualmente um hábito generalizado em todo o mundo, mantendo-se como uma ameaça à saúde pública. O hábito de fumar inicia-se habitualmente na adolescência entre os 12 e os 15 anos (Borges, 2008; Tomé, 2004; Altet *et al.*, 1998). Em Portugal nestas idades registou-se um aumento da prevalência do consumo de tabaco, sendo este maior no género feminino (INE, 2007; Macedo, 2006).

Nos países desenvolvidos 22% das mulheres e 35% dos homens fuma e nos países em desenvolvimento estes valores são de 9% nas mulheres e 50% nos homens (Mackay & Eriksen, 2006). Existe uma tendência atual para que no género masculino o consumo do tabaco diminua e nas adolescentes e mulheres ele aumente (WHO, 2009; Mackay & Eriksen, 2006). Verifica-se também a existência de uma tendência para que o primeiro consumo se verifique em idades cada vez mais precoces (Barrueco *et al.*, 1998). Tal parece dever-se à procura pelo adolescente de uma identidade própria afirmando a sua imagem no espaço individual e de grupo, o que ocorre cada vez mais cedo (Diaz *et al.*, 1998). Também o facto de as crianças conviverem com fumadores pode constituir um estímulo para se tornarem elas próprias fumadoras (Macedo, 2006; Fraga *et al.*, 2005; Cook & Strachan, 1999 *cit in* Coakley, 2002). Os fumadores adultos, mesmo que não o desejem, são assim constituídos como modelos a serem imitados (Bandura, 1997).

As crescentes medidas de prevenção do tabagismo têm produzido alguns efeitos positivos. Houve um decréscimo global de fumadores de 37% para 33% entre os anos de 1987 e 1995 (Chollat-Traquet, 1998; Sarna, 1999). Em Portugal, existem menos fumadores (23%) que na União Europeia (E.U.) (29%) no entanto, o consumo médio de cigarros por dia é superior (15,5) ao da E.U. (14,4) (Eurobarómetro, 2010). Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006 (INE, 2007), houve um decréscimo no consumo de tabaco nos homens. Os dados apresentados demonstram que o consumo de tabaco na população em geral com 10 ou mais anos de idade, em 1998/1999, situava-se em 20,6%, ocorrendo um pequeno decréscimo em 2005/2006 para 19,66%. No mesmo sentido, verifica-se uma diminuição no consumo de tabaco na população masculina, em 1998/1999, de 32,0%, para 28,7% em 2005/2006, ocorrendo no entanto um aumento no consumo de tabaco na população feminina de 10,1% para 11,2%, respetivamente. Em termos etários, em 2005/2006, a proporção mais elevada de fumadores encontrava-se entre os 35 e 44 anos (32,7%), sendo também de salientar o consumo entre os 15 e os 24 anos (24,2%).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) revelou que no século XX o tabagismo matou direta ou indiretamente cerca de 100 milhões de pessoas em todo mundo. Atualmente, o tabagismo mata cerca de 5,4 milhões de pessoas por ano. Estima-se que em 2030 haverá mais de 8 milhões de mortes todos os anos. A não ser que medidas

urgentes sejam aplicadas, mil milhões de pessoas morrerão durante o século XXI em todo o mundo devido ao tabagismo (WHO, 2008).

Em Portugal em 1990 foram registados 6800 óbitos em homens por causas atribuíveis ao consumo do tabaco. No entanto, não existem registos sobre a mortalidade em mulheres porque a prevalência até aos anos 80 era fraca e porque o tempo que medeia entre o início do consumo e a mortalidade é de 30 a 40 anos (Joossens *et al.*, 1994). Em 2005 este número aumentou para 12.600 mortes, sendo responsável por 11.7% das mortes totais (Gouveia, 2008). Perante estes dados torna-se evidente que o consumo do tabaco precisa diminuir para evitar diversas patologias e morbidades.

#### 4.2. O Tabaco na Indução de Patologias

A folha de tabaco proveniente da planta do tabaco (*Nicotiniana tabacum*) contém celulose e substâncias orgânicas e inorgânicas de vários grupos químicos (Simões, 2006; Matias, 2003; Ramos-Casado *et al.*, 2002; Llamas, 1982). O fumo da combustão da folha seca de tabaco forma um aerossol concentrado com inúmeras substâncias diferentes. Esta mistura heterogénea tem substâncias na fase gasosa (gases atmosféricos) e na fase de partículas (gotículas oleosas). A fase gasosa é formada por vários gases (formaldeído, propano, amónia, monóxido de carbono, anidrido carbónico, etc.), sendo o monóxido de carbono e o anidrido carbónico os que existem em maior percentagem (Simões, 2006; Llamas, 1982).

A chamada fase de partícula no fumo do tabaco é composta pelas partículas do fumo que são inaladas. Nestas partículas têm sido encontradas em maior concentração substâncias pertencentes ao grupo dos hidrocarbonetos e em menor percentagem metais como cobre, arsénio e níquel. Com relevância patológica para além da nicotina, alcatrão e monóxido de carbono do fumo, encontram-se produtos cancerígenos, tal como o cianeto de hidrogénio (responsável pela destruição do mecanismo de limpeza dos pulmões), os pesticidas (usados para combater pragas do tabaco nas plantações) e os metais (arsénio e níquel).

Os componentes do tabaco são classificados, de acordo com os efeitos biopatológicos, em substâncias cancerígenas, irritantes e em substâncias com ação sobre o sistema nervoso e cardiovascular (Granate, 1987). A ação cancerígena resulta do alto poder de transformação genética de células normais em patológicas pelos iniciadores tumorais ou seja pelas substâncias isoladas que em experiências laboratoriais provocam cancro (alcatrão e substâncias do grupo dos hidrocarbonetos) (Ramos-Casado *et al.*, 2002; Llamas, 1982). Estão também descritas substâncias chamadas promotores tumorais, que embora não tenham ação oncogénica vão potenciar os iniciadores tumorais (fenóis voláteis e ácidos gordos livres). O tabaco é constituído também por grupos de químicos (diclorostibleno e N-acetil-carbazois) que aceleram a atividade dos iniciadores e dos promotores tumorais (Ramos-Casado *et al.*, 2002; Llamas, 1982). Atualmente estão atribuídos ao tabagismo cerca de 30% da origem de todos os cancros. Nestes englobam-se 85 a 90% dos cancros do pulmão e 75% dos tumores malignos da traqueia, brônquios e laringe (WHO, 1998).

As substâncias com ação irritativa para o aparelho respiratório presentes no fumo do tabaco são: o formaldeído, o acetaldeído, a amónia, o ácido acético, os fenóis, a acetona, o ácido cianídrico e a acroleína e seus derivados (Granate, 1987). A inalação destas substâncias provoca diminuição da atividade e destruição dos cílios vibráteis ficando assim reduzido o mecanismo de drenagem de secreções da árvore respiratória (Ramos-Casado *et al.*, 2002). O excesso de secreções aumenta a obstrução dos brônquios, diminuindo a renovação de ar nos pulmões, o que reduz a oxigenação do sangue ocasionando, portanto consequências funestas para a saúde em geral, a longo prazo.

Segundo Russel (1979, *cit in* Llamas, 1982), as alterações do sistema de imunocompetência celular e a diminuição da atividade dos macrófagos alveolares do pulmão predispõe para uma maior vulnerabilidade às agressões microbianas que originam infeções repetidas. Os fumadores sofrem assim de uma morbilidade acrescida devido à maior percentagem de bronquite crónica, enfisema e pneumonias a que estão sujeitos (Araújo, 2009; Ramos-Casado *et al.*, 2002).

A ação patológica sobre os sistemas nervoso e cardiovascular é provocada pela nicotina e pelo monóxido de carbono. A nicotina é uma substância tóxica que não apresenta

grandes alterações moleculares após a combustão, sendo absorvida desde a mucosa da cavidade oral até ao estômago. A nicotina é a responsável pelos efeitos de dependência do tabaco, tendo também efeitos estimulantes e depressivos conforme a dose inalada. A nível cardíaco a nicotina aumenta a frequência e o débito cardíaco e provoca vasoconstrição periférica, com conseqüente aumento do trabalho cardíaco. O monóxido de carbono provoca nas vias aéreas inferiores a diminuição da capacidade para fixar e transportar o oxigénio, provocando hipoxia tecidual, a qual favorece os mecanismos que conduzem à arteriosclerose.

Em resumo, o tabaco a nível físico aumenta a probabilidade de enfartes do miocárdio, arteriosclerose, trombose, cancro, doenças pulmonares obstrutivas (enfisema, bronquite crónica) e úlcera péptica, para além de fragilizar todo o organismo face à vulnerabilidade acrescida para outras doenças. O tabaco é ainda responsável, nas mulheres, por sinais de hipoxia fetal, pelo aumento da incidência de abortos espontâneos e partos prematuros, assim como pelo retardar do crescimento intrauterino (Ramos-Casado *et al.*, 2002). O tabaco, a nível psicológico, apesar de passageiras diminuições do stresse e da tensão nervosa, também apresenta efeitos de dependência.

#### 4.3. O Tabaco e a Dependência

As substâncias psicoativas tais como o tabaco, que são geradoras de dependência, provocam comportamentos e alterações físicas específicas. Viteri (2002) refere alguns critérios da definição de dependência:

1. consumo prolongado no tempo, com maior quantidade que o inicialmente previsto;
2. existência do desejo e/ou intenção de abandonar o consumo;
3. gasto diário de tempo relacionado com o consumo da substância;
4. limitação de atividades ou de relações para manter o consumo;
5. manutenção do consumo apesar de existirem alterações provocadas por ele;
6. aparecimento progressivo da tolerância à substância; e,
7. aparecimento da síndrome de abstinência.

O fumo do tabaco, inalado, difunde-se rapidamente no organismo, levando todos os seus produtos tóxicos. A nicotina é absorvida pelos pulmões em poucos segundos e passa rapidamente para os recetores cerebrais e restante organismo, provocando sensações psicoativas, que explicam a dependência provocada pelo cigarro (Moreira, 2006; Martínez, 2004; Ramos-Casado *et al.*, 2002).

A nicotina é o principal alcalóide do tabaco que induz à tolerância do organismo, ou seja o organismo cria mecanismos de defesa e eliminação que gradualmente deixam de se manifestar, surgindo dependência física (Sarna, 1999). A nicotina estimula a libertação de neurotransmissores e hormonas endógenas que atuam sobre o humor e o psiquismo, provocando desinibição, o que pode originar uma sensação “agradável”. A nicotina é fortemente viciante, sendo a principal substância psicoativa responsável pela natureza aditiva do hábito de fumar. Este comportamento aditivo desenvolve-se gradualmente. O consumo de 3 a 4 cigarros por dia provoca em 26% dos jovens sinais de perda de controlo sobre o fumo, mas a percentagem sobe para 44% com o consumo de 5 a 9 cigarros/dia (Martínez, 2004).

Wesnes (1984, *cit in* Canella, 2001) demonstrou que a nicotina em certas doses aumenta significativamente a capacidade de concentração. A velocidade e precisão de raciocínio são aumentados, o que segundo este autor pode explicar o uso de tabaco por indivíduos que pretendem uma atividade intelectual aumentada. Com efeito, segundo Ashton & Stepney (*cit in* Granate, 1995), a nicotina tem uma ação bifásica sobre o sistema nervoso a qual pode ser manipulada pelo fumador de forma a provocar estimulação no caso de existir apatia mental ou provocar acalmia em situações de stresse. A sua privação<sup>3</sup> faz com que os fumadores sofram alteração na concentração e apresentem fadiga, irritabilidade, alterações de humor, tonturas, perturbação do sono, aumento de peso e o desejo imperioso de fumar (Nunes & Jólluskin, 2010; Moreira, 2006, Martinet & Bohadana, 2003; Llamas, 1982).

A dependência da nicotina surge progressivamente, começando por se sentir prazer em fumar e desconforto com a privação. Assim, o consumo do tabaco pode ser qualificado como causador de dependência existindo um mecanismo semelhante ao das drogas

---

<sup>3</sup> Privação: “ subtracção ou retenção de estímulos de satisfação” (Dorsch *et al* 2001, p. 694).

ilícitas. Clemente (2003) refere que a nicotina causa dependência semelhante à heroína ou cocaína, funciona como estimulante que temporariamente provoca sensação de bem-estar e aumento de energia. No entanto, o organismo necessita de cada vez mais nicotina para atingir a mesma estimulação ou bem-estar e é por isto que geralmente as pessoas têm tendência a aumentar o consumo diário do tabaco.

Historicamente foram desenvolvidas várias teorias explicativas da dependência: teorias morais (fraqueza de carácter), teorias biomédicas em que a causa é uma disfunção do sistema ou órgão, e teorias em que a dependência surge como resultado de dependência psicológica adquirida e de aprendizagem social (Ogden, 1999). Existe também a teoria psicanalítica (Freud) que refere como causa do consumismo a carência afetiva própria da fase oral do bebé. Por outro lado, Granate (1995) refere que o tabagismo causa a satisfação de desejos inconscientes vindos da infância que não dependem das escolhas racionais, pois são substituições do seio materno e que lembram o ato de mamar e a satisfação oral. Este desejo pode estar presente em indivíduos com personalidades de pouco autocontrolo, que gostam de novas sensações, mas pode também estar relacionado em parte com a escolha consciente sobre as vantagens e desvantagens do tabaco.

O modelo moral dos comportamentos de dependência com predominância no século XVII caracteriza o consumo excessivo de substâncias como resultado de uma escolha pessoal. A responsabilidade era atribuída aos atos humanos, uma vez que o homem possuía alma e vontade própria para fazer uma escolha livre. Esta perspetiva foi seguida por Szasz nos anos 60 (*cit in* Ogden, 1999), referindo que ao atribuir responsabilidade ao indivíduo pelo seu comportamento se está a reconhecer-lhe essa responsabilidade.

No século XIX, com o desenvolvimento do conceito de doença, o conceito de comportamento de dependência foi também sofrendo evoluções. Foi dada mais ênfase nesta visão biomédica à própria substância consumida: a substância em causa era o problema; assim atribuiu-se a dependência à substância consumida, sendo as pessoas consideradas suas vítimas, pelo que era necessário o seu tratamento (Ogden, 1999). O indivíduo fica dependente da nicotina se tiver hábitos de consumo de tabaco constantes. A dependência é assim adquirida, sendo o resultado do consumo excessivo de determinada substância (Moreira, 2006; Ogden, 1999).

O desenvolvimento de atitudes liberais de *laissez-faire*, e um novo conceito de doença no século XX, originaram diferentes perspectivas sobre as causas de dependência. Assim, as anomalias físicas e psíquicas pré-existentes e a teoria da dependência adquirida foram consideradas como as causas da dependência. A dependência é então considerada como o resultado de anomalias físicas pré-existentes. As anomalias físicas pré-existentes são referidas para explicar uma maior sensibilidade à nicotina por parte de alguns indivíduos. Sob perspectivas nutricionistas e endocrinológicas, a metabolização da nicotina efetua-se de maneira diferente de indivíduo para indivíduo. Autores como McClelland (1972 *cit in* Ogden, 1999) estendem o conceito da anomalia pré-existente a problemas psicológicos, os quais poderiam estar relacionados com uma personalidade autodestrutiva ou com a necessidade de se sentir poderoso.

O desenvolvimento da teoria da aprendizagem social (Bandura, 1997) considera que o comportamento é modulado por interações entre o ambiente e o indivíduo. Esta teoria social pôs em causa a crença de que a dependência é uma doença. O comportamento de dependência é assim entendido como um processo de aprendizagem social, imitativo do comportamento do modelo (a ser imitado). A dependência de substâncias, onde se inclui a nicotina, é considerada como o conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas relacionados com esta (American Psychiatric Association (APA), 2002).

Alguns estudos (Eysenck, 1990; Murray, 1985 *cit in* Ogden, 1999) sublinham o papel da genética ao descrever uma predisposição genética para a dependência do tabaco. Tem sido estudada a base genética da dependência da nicotina, existindo evidência de que as variações da metabolização da nicotina por enzimas específicas (CYP2A6) têm um papel importante no tabagismo. Parece existir, nas pessoas com metabolização lenta da nicotina, uma menor propensão para manutenção do consumo de tabaco (Moreira, 2006).

A dependência psicológica do tabaco está relacionada com as sensações agradáveis que o tabaco proporciona. A nicotina tem um efeito calmante sobre a ansiedade, provocando assim uma espécie de dependência psíquica/psicológica (Pardal & Santos, 1999). A dependência psicológica do tabaco está ainda associada ao desejo de ser aceite

socialmente, com a procura de sensações/riscos, e com a valorização ou rejeição pessoal pela identificação e rebelião.

Devido à proveniência tão heterogénea das causas do tabagismo, torna-se difícil desenhar estratégias eficazes na prevenção e cessação tabágica. Slama (2003) salienta a importância de um ambiente social antitabágico e de regulamentação para limitar o acesso ao tabaco, reduzir o seu consumo e proteger os não fumadores. A confluência de todos estes fatores produz um ambiente que facilita a luta contra o tabagismo.

#### 4.4. Da Iniciação à Cessação Tabágica

O ato de fumar é um “ (...) *comportamento que leva a efeitos negativos para a saúde. Fenómeno de carácter voluntário com pretensão de prazer, reforço da personalidade e procura do êxito intersexual e social (...)*” (Llamas, 1982, p. 241). Nesta definição são integrados os fatores internos (prazer, personalidade) e externos (aceitação social) num processo cuja origem parece estar na aprendizagem por imitação, internalização que se efetua desde muito cedo, com padrões comportamentais associados à saúde por um lado e, eventualmente, à cultura por outro (Ribeiro, 1998). Estes padrões mudam com o desenvolvimento humano, devido à pressão cultural, aos processos de imitação e do reforço realizados pelas recompensas de origem fisiológica e psicológica. Algumas das razões para iniciar o consumo de tabaco estão relacionadas com a publicidade que apresenta modelos ideais e imagens positivas destes mesmos modelos. Os filhos de pais fumadores têm o dobro de probabilidade de fumar, pois sofrem a pressão do modelo familiar. Também os pares fumadores influenciam o início do consumo do tabaco por força da pressão social (Bidstrup, 2009).

Na verdade existem vários fatores psicossociais que induzem ou inibem o consumo do tabaco. A permissividade social em relação ao tabaco, assim como o fácil acesso são também fatores que induzem ao consumo do tabaco (Llamas 1982). Bidstrup (2009) menciona ainda a curiosidade, a rebeldia e a antecipação da idade adulta, como características predominantes na adolescência, que predisõem para o início de fumar.

Os fatores que levam à adição<sup>4</sup> tabágica podem ser considerados de ordem pessoal, social e farmacológica (Russel, 1979 *cit in* Llamas 1982). Assim os fatores de ordem social que podem induzir o consumo do tabaco são a permissividade social, a estimulação social e a difusão tabágica; também a nível pessoal a personalidade “aditiva” e as carências afetivas, levam ao consumo do tabaco, e as pluritoxicomanias institucionalizadas e a dependência da nicotina são consideradas fatores farmacológicos que influenciam a adição tabágica.

Existem no entanto fatores psicossociais que inibem o consumo do tabaco. As atitudes das pessoas de referência, como pais e professores, são essenciais para darem o exemplo de não fumadores (Llamas, 1982; Bidstrup, 2009). É na adolescência que muitos dos fumadores iniciam o consumo do tabaco. O adolescente vai aprendendo a fumar e muitas vezes esta aprendizagem inicia-se na família, na escola e no ambiente social (Precioso, 2008). Numa avaliação sobre hábitos tabágicos no ensino secundário, a maioria referiu ter pais e amigos fumadores (Damas *et al.*, 2009).

Também o conhecimento do efeito do tabaco no organismo inibe as pessoas de fumar. Got (2003, *cit in* Martinet *et al.*, 2003) refere que os médicos com mais conhecimentos sobre as consequências do tabagismo são os que fumam menos, constatando-se que efectivamente existem menos fumadores em pneumologia, cardiologia e cirurgia torácica (Lledó, 2002).

A aquisição do hábito tabágico passa habitualmente pelas fases de iniciação, manutenção e cessação (Perez, 2002).

A fase de preparação e iniciação surge de experiências repetidas ocasionalmente, mas com frequência suficiente para se instalar o hábito. A iniciação e experimentação fazem-se entre os 7 e os 18 anos (Damas *et al.*, 2009). Possíveis causas do início do consumo são a curiosidade própria da idade, a motivação para imitar os adultos, o desejo de conhecer uma substância nova e perigosa e a necessidade de aceitação social (sobretudo na adolescência). A instalação do hábito faz-se gradualmente com a intervenção dos processos de dependência que condicionam a manutenção.

---

<sup>4</sup> Adição: “tendência incontrolável e compulsiva para alguma coisa. Dependência extrema de tabaco” (Dorsch, 2001, p.15).

A fase seguinte compreende a habituação e a manutenção do consumo, o fumador reforça o hábito e fica então dependente do tabaco. O hábito de fumar é adquirido pelas experiências físicas, psicológicas e sociais positivas que o fumar proporciona. O tabaco cria dependência definitiva geralmente durante a adolescência ou o início da idade adulta.

A última fase do fumador é a cessação do consumo. Perez (2002) refere que cerca de 80% dos fumadores desejam abandonar o hábito de fumar, pois não estão satisfeitos com o hábito e planeiam em algum momento da sua vida abandoná-lo.

Alguns fumadores, embora conheçam os malefícios do tabaco e sofram repressões por parte dos não fumadores, continuam a resistir ao abandono do hábito de fumar. Em Portugal 17% dos fumadores (Eurobarómetro, 2010) tentam abandonar este hábito, mas para a maioria as tentativas de abandono são frustradas, passando por diversas recaídas. Estas recaídas podem estar relacionadas com o facto de o tabagismo ser uma afeição crónica que persiste ao longo do tempo (Matias, 2003). A recaída é considerada por Ogden (1999) uma quarta fase do processo do hábito de fumar.

O fracasso na cessação de fumar pode dever-se a fatores de origem interna e externa, os quais englobam estímulos sociais, mecanismos de dependência e falta de consciência das doenças que o tabaco provoca. Os fumadores recorrem aos exemplos de baixa probabilidade para argumentarem as probabilidades gerais, ou referem-se às exceções, como por exemplo o conhecimento de um familiar com idade avançada que fuma e não apresenta sintomatologia relacionada com o consumo do tabaco (Ribeiro, 1998), fazendo assim redução da dissonância cognitiva (Festinger, 1957 *cit in* Morales, 2001).

Pode afirmar-se que as motivações para fumar são, por um lado, psicossociais, como a aceitação social do tabagismo e o desejo de se sentir como os outros fumadores (complexo de reunião social através da atividade fumadora), por outro lado motivações pessoais, de exaltação da personalidade e do sexo, com a manifestação falsa de maturidade precoce. São referidas ainda motivações de satisfação de sentidos, as quais se manifestam pelo tato do cigarro, pelo olfato e sabor do tabaco, pela observação da

coluna de fumo, pela ação de chupar o cigarro, e pela cerimónia de o acender. Existem também razões farmacológicas relacionadas com o efeito da nicotina a qual provoca euforia, sedação, estimulação e provoca o desaparecimento da síndrome de abstinência quando se volta a fumar (Becoña *et al.*, 2000; Russel, 1979, *cit in* Llamas, 1982).

A eficácia da cessação tabágica depende da motivação para deixar de fumar. A principal motivação para abandonar o hábito de fumar está relacionada com o desejo de melhorar o estado de saúde. No entanto podem existir outras razões como o ter familiares ou amigos que querem que deixe de fumar, os gastos financeiros vinculados ao consumo, a pressão social, o autodomínio, a estética e a preocupação com o exemplo para os filhos, por não quererem que eles comecem a fumar (Eurobarómetro, 2010; Simpson, 2000).

Com esta diversidade de influências, ao nível da intervenção primária podem colaborar os educadores, os professores e os profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir a proporção de fumadores na população e evitar que crianças e adolescentes comecem a fumar. Esta será a estratégia mais promissora relativa à prevenção do tabagismo (Stroebe, 1999). A prevenção primária na área do tabagismo destina-se essencialmente a crianças e adolescentes. Assim para impedir o aumento da epidemia tabágica é necessário adotar medidas estruturadas, continuadas e abrangentes que englobem intervenções ou programas de prevenção (Precioso, 2008).

## CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR





## 1. A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

Em diversos países do mundo, a lei exige que as crianças frequentem a escola entre os 6 e os 16 anos. A escola assume um papel de ímpar importância na definição das características da criança e na moldagem do seu futuro. Segundo Piaget (1995) o papel da escola é integrar e enriquecer o desenvolvimento normal da criança, em que as experiências do ensino formal não se devem dissociar das experiências naturais, sendo desejado que um diferente tópico seja ensinado a diferentes níveis consoante o estadio de desenvolvimento em que a criança se encontre. Desta forma a aprendizagem será um processo normal, harmónico e progressivo de exploração, de descoberta e reorganização mental na busca do equilíbrio da personalidade (Tavares & Alarcão, 1989).

A educação pode ser vista como uma forma de socialização em que as crianças vão adquirir conhecimentos e habilidades especializadas. No entanto, para que isto seja possível, é necessária a aquisição de diversas competências, nomeadamente motoras, cognitivas e sociais. A nível físico, a criança durante os anos escolares (desde os 6 aos 11 anos) aumenta as suas competências em diversos domínios. A criança cresce em estatura e peso, adquire competências necessárias para o exercício físico (Papalia *et al.*, 2001). A criança cresce entre 2,5 a 7,5 centímetros por ano e adquire entre 2,5 a 4 quilos ou mais. Nesta fase, os rapazes e as raparigas têm aproximadamente a mesma altura. Em média uma criança típica com nove anos mede cerca de 1,32 metros de altura e pesa cerca de 29,5 quilos (Papalia *et al.*, 2001). As capacidades motoras das crianças também melhoram consideravelmente nos anos escolares. Nesta fase começam a praticar desportos, o que indica que estas crianças fizeram conquistas importantes em termos de crescimento. Durante esta fase elas correm cada vez mais rápido e saltam mais alto, isto deve-se ao aumento de tamanho e de força. Adquirem controlo suficiente sobre o seu próprio corpo, o que as torna capazes de desenvolver atividades desportivas em equipa (Kail, 2004). As competências motoras finas também evoluem à medida que a criança cresce, havendo um aumento de destrezas em diversas atividades, desde a caligrafia, ao desenho, até ao tocar piano e à construção de puzzles. Este desenvolvimento de habilidades motoras e a sua maior independência colocam-nas em maior risco de acidentes do que as crianças em idade pré-escolar.

A nível cognitivo, as crianças com idades entre os 7 e os 12 anos têm uma maior compreensão das diferenças entre a fantasia e a realidade, da classificação, das relações lógicas, da relação causa-efeito, dos conceitos espaciais e da conservação, sendo também mais competentes com os números (Papalia *et al.*, 2001).

A capacidade de classificação é uma das principais características desenvolvidas nesta fase, a criança adquire a capacidade em compreender a relação entre o todo e as partes.

Nesta fase a criança possui uma grande capacidade de aquisição de informação e, portanto, um progresso constante. “A velocidade de processamento para tarefas como correspondência entre figuras relacionadas, adições mentais e recordar informação espacial, aumenta rapidamente à medida que são suprimidas as sinapses desnecessárias” (Hale, 1997 *cit in* Papalia *et al.*, 2001, p. 429). Esta rapidez e eficiência no processamento da informação aumenta a capacidade mental para reter e lidar com a informação.

Segundo o modelo de Baddeley (1981, 1986 *cit in* Papalia *et al.*, 2001) existe um elemento da memória operatória designado de sistema executivo central que controla o processamento da informação. Este pode expandir temporariamente a capacidade da memória operatória transferindo a informação para dois sistemas separados: um mantém a informação verbal e o outro mantém as imagens visuais e espaciais. O sistema executivo central ordena a codificação da informação para ser transferida para a memória a longo prazo. O sistema executivo central parece adquirir maturidade entre os 8 e os 10 anos.

A memória operatória é considerada como um sistema de arquivo em três etapas: codificação, armazenamento e recuperação. Depois de codificada a informação é mantida na memória operatória (armazenamento a curto prazo da informação que está a ser ativamente processada). Este tipo de memória aumenta rapidamente na idade escolar (Ackerman, 1997 *cit in* Papalia *et al.*, 2001).

Associado ao crescimento temos também o desenvolvimento moral e, conseqüentemente, o desenvolvimento do julgamento moral. A moralidade em geral

consiste no “...conjunto de regras culturais que foram internalizadas pelo indivíduo. As regras dizem-se internalizadas quando são obedecidas na ausência de incentivos ou de sanções sociais...” (Biaggio, 1998, p. 216). Piaget (1995) propõe o desenvolvimento do julgamento moral em dois estádios: 1) na moralidade heterónoma (de coação) a criança pensa rigidamente sobre os conceitos morais. Neste estádio, as crianças são bastante egocêntricas e não conseguem imaginar mais do que uma maneira de encarar uma questão moral. Acreditam que as regras não podem ser alteradas, que um comportamento está certo ou está errado, não existindo um meio-termo e que qualquer ofensa merece ser castigada; 2) a moralidade autónoma caracteriza-se pela flexibilidade. As crianças começam a afastar a ideia de que há um padrão único e absoluto do certo e do errado e começam a formular o seu próprio código moral. Desenvolvem julgamentos morais mais subtis na medida em que passam a considerar mais aspetos da situação e não apenas um, como no estádio anterior.

Kohlberg (1983) enfatiza a importância da maturação das estruturas cognitivas e acredita na universalidade de princípios morais, sendo que cada indivíduo adquire os valores morais da cultura em que se encontra inserido. O autor dá maior ênfase aos fatores cognitivos do que aos fatores emocionais no desenvolvimento moral.

Nestas idades o raciocínio moral é cada vez mais guiado pelo sentido de justiça, levando também a um aumento da compreensão da diferença entre a culpa e a vergonha.

À medida que a criança cresce, começa a compreender e controlar melhor as suas emoções negativas, podendo controlar e adaptar o seu comportamento de acordo com as mesmas. Compreendem também a diferença entre o sentir uma emoção e o exprimir uma emoção (Papalia *et al.*, 2001).

Uma emoção é normalmente encoberta por uma criança por motivos de auto proteção (para evitar o ridículo ou a rejeição) e de preocupação com os outros. Em relação à diferença entre os géneros, as raparigas revelam mais voluntariamente sentimentos de tristeza frente aos pais do que os rapazes. Em ambos os géneros, existe uma grande dificuldade em demonstrar os sentimentos perante o grupo de pares (Zeman & Garber, 1996 *cit in* Papalia *et al.*, 2001).

No que diz respeito à empatia, esta está presente desde tenra idade, contudo, esta torna-se mais evidente com os avanços cognitivos do período escolar. O comportamento pró-social tem raízes emocionais e é revelador de uma adaptação positiva. As crianças que são consideradas pró-sociais pelo grupo de pares tendem a agir de forma adequada nas diversas situações sociais, a serem livres relativamente às emoções negativas e a lidar com os problemas de forma construtiva (Eisenberg, *et al.*, 1996 *cit in* Papalia *et al.*, 2001).

O desenvolvimento da criança durante o período escolar permite desenvolver conceitos mais realistas e mais complexos acerca delas próprias e do seu valor pessoal.

Aos oito anos a construção do eu tem um afastamento nítido do ambiente familiar e verifica-se uma aprendizagem na adaptação às circunstâncias. A criança tem consciência de pertencer a um grupo; os grupos de rapazes e os grupos das meninas consolidam-se. A nível intelectual existe uma maior capacidade de avaliação das situações e um aumento da curiosidade pelo mundo exterior. Nesta idade a criança é muito dinâmica e começa a despertar para o mundo dos adultos apesar de o achar muito diferente do seu. Tem um sentido moral e um sentido crítico apurado, assim como uma sensibilidade muito grande perante a crítica.

Aos nove anos, a criança torna-se mais independente e aperfeiçoa tudo o que adquiriu no ano anterior. Aos dez anos existe na criança uma estabilidade emotiva com uma boa adaptação e autocontrolo. Nesta fase a escola passa a ser o elemento fulcral da vida da criança.

Associado aos processos cognitivos subjacentes da criança e à percepção de autocontrolo que possui, desenvolvem-se também os conceitos de saúde, doença, dor e morte.

Tal como em relação a muitos outros conceitos, vários estudos demonstraram que os conceitos de doença evoluem de forma paralela aos estadios propostos por Piaget, ainda que mais lentamente que estes. No entanto há fatores pessoais, culturais e outros (por exemplo, uma hospitalização), que devem ser considerados na medida em que estes

condicionam as reações da criança às situações de doença e à capacidade para aceitar e tomar medidas preventivas.

Segundo BiBace e Walsh (s.d. *cit in* Tran-Thong, 1981), existem os seguintes estadios de desenvolvimento do conceito de doença nas crianças em idade escolar:

- Contaminação: caracterizado pelo facto de a criança pensar que a doença é causada pelo contacto físico entre um agente contaminador (germe, micróbio, etc.) e uma superfície externa do seu corpo. A causa da doença continua a ser externa, mas já é necessário um contacto direto com ela. No entanto continua a haver uma só causa externa, para todo o tipo de doenças. A criança é agora capaz de fazer a ligação entre sintomas concretos e outras alterações no seu corpo; e
- Internalização: a criança começa a entender que os agentes de contaminação têm que entrar dentro do seu corpo, para que a infeção ocorra, por exemplo, engolindo-o ou inalando-o, mas a criança ainda descreve a doença e as suas causas em termos vagos e não específicos, mostrando grande confusão entre órgãos internos e funções.

Estes dois estadios do conceito de doença (contaminação e internalização) correspondem ao período do pensamento operatório concreto (7 aos 11 anos), no qual a criança começa a conceber a reversibilidade dos processos físicos e mentais pelo que é natural que ela comece já a entender que as doenças podem ter cura e que podem também ser prevenidas. Nesta fase ainda não consegue distinguir as intervenções com fins diagnósticos ou terapêuticos. Estas são entendidas de forma dualista, isto é, ou são para fazer o bem, ou são para fazer o mal. Neste estadio, estas intervenções são determinadas pelo contexto, pois a criança entende melhor o que provém da sua experiência direta.

## 2. TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O desenvolvimento da criança é um processo de mudanças progressivas que ocorrem das interações biológicas e psicossociais que vão fazendo ao longo do tempo. Vários têm sido os autores que através de teorias tentam explicar o desenvolvimento humano. Neste capítulo apresentam-se as contribuições teóricas do desenvolvimento humano na vertente cognitiva de Jean Piaget, na perspectiva sociocultural de Vigotski, na aprendizagem social de Bandura, e na aprendizagem significativa de Ausubel.

### 2.1. Teoria Cognitiva dos Estádios de Piaget

A teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget é uma das teorias que teve predominância no século passado nas teorias de desenvolvimento psicológico. Para Piaget, a cognição/inteligência humana é uma forma específica de adaptação biológica, de um organismo complexo, a um ambiente complexo. A cognição humana constrói-se na interação com o objeto; é a própria interação que permite a construção do sujeito, do objeto e do conhecimento (Dolle, 2005).

Piaget considera que existem princípios inatos de processamento do conhecimento e resposta aos estímulos do meio que permitem uma modificação contínua das estruturas. Em todos os estádios, o desenvolvimento cognitivo ocorre através de três princípios inter-relacionados: organização, adaptação e equilíbrio. A organização consiste na tendência para criar, de forma progressiva, sistemas complexos de conhecimento. A criança cria representações mentais da realidade, cada vez mais precisas, com base inicial nos seus reflexos e nas capacidades sensoriais e motoras, que a ajudam a dar sentido e a agir sobre aquilo que a rodeia, ou seja, o seu mundo. Na base das representações da realidade estão estruturas cognitivas designadas por esquemas, que consistem em padrões organizados de comportamento que são utilizados no dia-a-dia para que, perante uma determinada situação, se possa pensar e agir. Os esquemas vão

aumentando em complexidade à medida que a criança adquire mais informação. No início, os esquemas operam de um modo independente (separados), sendo que mais tarde estes esquemas são integrados num só.

A adaptação prende-se com a forma como a pessoa estabelece progressivamente o equilíbrio entre dois processos, a assimilação e a acomodação, que interagem para modificar os esquemas da criança. Quando a criança encontra um novo estímulo, ela assimila-o de forma a que este se enquadre nas suas estruturas cognitivas a nível de compreensão. A acomodação é o processo em que a criança tem que alterar os seus esquemas de forma a que estes se adaptem à nova informação; é o motor do desenvolvimento, uma vez que implica uma modificação constante das estruturas cognitivas prévias em função do problema exterior que lhe é posto ou com que se confronta para permitir uma adaptação ao meio. A assimilação e a acomodação, em conjunto, produzem o crescimento cognitivo.

Para Piaget a inteligência é uma adaptação (Dolle, 2005). Assim capazes de diferentes formas de inteligência, bebés, crianças, adolescentes ou adultos funcionam do mesmo modo, assimilando a realidade e acomodando-se a ela (Lourenço, 2002).

O equilíbrio consiste num mecanismo constante para se manter a harmonia entre a assimilação e a acomodação, ou seja, permite que a criança reconstrua continuamente e progressivamente as suas estruturas cognitivas, gerando adaptação ao meio. Quando a criança não pode lidar com novas experiências, com base nas estruturas existentes, organiza novos padrões mentais, restaurando assim o equilíbrio adaptativo (Papalia *et al.*, 2001).

Piaget construiu esta teoria delimitada por estádios, em que a criança constrói ativamente o seu conhecimento acerca do mundo. Cada período ou estádio define um momento de desenvolvimento ao longo do qual a criança constrói determinadas estruturas cognitivas, desenvolve uma nova forma de operar, de pensar e responder ao ambiente (Palangana, 2001).

A teoria assume uma sequência de estádios de desenvolvimento cognitivo: o estágio sensório-motor (dos 0 aos 2 anos), o estágio pré-operatório (dos 2 aos 6 anos), o estágio das operações concretas (dos 7 aos 11 anos) e por fim o estágio das operações formais (dos 12 aos 16 anos) (Dolle, 2005; Piaget & Inhelder 1995). Apesar de todos os estádios serem de ímpar importância, para o presente trabalho tem particular interesse o estágio das operações concretas (dos 7 aos 11 anos) pelo que vai merecer maior destaque.

O estágio das operações concretas inicia-se quando as crianças começam a utilizar operações mentais para resolver problemas e para raciocinar. Nesta fase a criança adquire um sistema de ações mentais internas que fundamentam o pensamento lógico, são as designadas operações. Por operação, Piaget queria dizer qualquer um de uma série de poderosos esquemas internos abstratos, tais como a reversibilidade, adição, subtração, multiplicação, divisão e seriação. Todas estas operações são importantes blocos construtores de um pensamento lógico, proporcionando regras internas sobre os objetos e suas relações. A criança começa, nesta fase, a compreender a regra de que somar algo faz aumentar e subtrair faz diminuir, começa a compreender que os objetos podem pertencer a mais de uma categoria ao mesmo tempo e que as categorias têm relações lógicas (Biaggio, 2005; Goulart, 2004; Bee, 2003).

No período das operações, a criança já tem capacidades quer no domínio das quantidades físicas: de substância, peso, volume; quer no domínio da lógica: seriação, classificação e correspondência; quer no domínio das realidades descontínuas: espaço, tempo, acaso e causalidade. No início, as ações são externas, por exemplo levar o dedo à boca, e gradualmente, vão-se interiorizando. A interiorização é a representação das aquisições e transformações que a criança fez na ação com os objetos. As operações organizadas e reversíveis permitem às crianças superarem as limitações do pensamento pré-operatório. O pensamento ainda conserva um vínculo com o mundo real, em que as operações só podem ser aplicadas a objetos concretos presentes ou representados mentalmente, não envolvendo ainda operações de lógica de duas ou mais proposições. As crianças começam a ser capazes de usar operações mentais para resolver problemas concretos. Verifica-se também uma capacidade crescente de compreender os pontos de vista dos outros, o que ajuda as crianças a comunicar de uma forma mais eficiente e a

serem mais flexíveis nos seus julgamentos morais (Dolle, 2005; Bee, 2003; Piaget & Inhelder, 1995).

O desenvolvimento cognitivo da personalidade da criança não pode estar dissociado da componente afetiva, social e moral que integra nas vivências escolares. O desenvolvimento cognitivo faz-se da interação da criança com outras pessoas, as quais têm um papel importante no desenvolvimento das operações concretas, este é um processo social. É por isso importante que o professor observe a criança para compreender o seu desenvolvimento através das suas respostas espontâneas e da sua estrutura de raciocínio e adapte o método educativo ao seu desenvolvimento intelectual (Goulart, 2004).

## 2.2. Teoria Sociocultural de Vigotski

A teoria de Vigotski (1978; 2003) insere-se no âmbito da perspetiva contextual do desenvolvimento. A perspetiva contextual defende que o desenvolvimento humano só poderá ser compreendido quando considerado o seu contexto social. Ou seja, o indivíduo não é uma entidade isolada que interage com o meio ambiente social e cultural, mas sim uma parte integrante e inseparável do mesmo.

O desenvolvimento cognitivo individual faz-se da interação do sujeito com os outros. Os processos intrapessoais são desencadeados por processos interpessoais, ou seja, tudo o que é interno já foi externo. O desenvolvimento da pessoa é a internalização gradual de competências vividas no passado em situações de interação social. As interações da pessoa com o meio sociocultural influenciam indiretamente o desenvolvimento individual. Vigotski tem assim uma perspetiva dialética do indivíduo, sendo este transformado e transformador da cultura e do mundo social em que está intrinsecamente inserido.

A pessoa é co-construtora do seu desenvolvimento e co-construtora dos contextos socioculturais em que está inserida. As funções biológicas não desaparecem com a emergência da cultura, elas são incorporadas pela história humana. Esta emergência da cultura só é possível com a existência da sociabilidade biológica.

O social, pelos atributos de certas formas de vida, é um fenómeno anterior à cultura. Neste sentido, os indivíduos estabelecem objetivos num determinado contexto sociocultural tal como o percebem, selecionando depois novos objetivos no âmbito de um novo contexto que eles próprios procuram ou que lhes surge. Assim, o sucesso depende da adequação que o individuo faz a um determinado comportamento e a um determinado contexto sociocultural.

O ser humano utiliza a linguagem para comunicar. É pela linguagem que se expressa a realidade, ela possibilita as ações e amplia a autonomia do pensamento. Vigotski (2003) refere que a linguagem é um sistema de mediação semiótica da relação da pessoa com os contextos culturais em que está inserido, ela é a fase inicial do desenvolvimento cognitivo. É através da mediação da linguagem que é possível a emergência das funções psicológicas humanas. Para o autor a fala e a ação são a unidade de percepção que provocam a internalização, e constituem o objeto de análise da origem das características do comportamento humano.

O desenvolvimento da percepção como parte integrante da vida psíquica faz-se ao longo da infância. A criança, a partir de sensações isoladas, começa a perceber grupos de sensações relacionadas entre si e posteriormente percebe a situação no seu global. A estrutura da percepção surge nos primeiros momentos da vida, estando inicialmente relacionada com a motricidade. Gradualmente, a percepção vai-se tornando independente e liberta-se das emoções imediatas.

As diferenças da percepção infantil no desenvolvimento têm quatro estadios integrados entre si. Inicialmente a criança tem a percepção dos objetos (estadio dos objetos), depois nomeia os objetos e indica o que faz com esses mesmos objetos (estadio de ação), seguidamente assinala os traços dos objetos (estadio de qualidade) e por fim descreve o desenho do conjunto, existindo a percepção da realidade global. As formas complexas de pensamento têm então origem nas interações sociais (Vigotski, 2003).

A criança vai-se desenvolvendo quando interage com as pessoas e os objetos em contextos minimamente estimulantes. A este respeito, Vigotski introduz o conceito de zona de desenvolvimento proximal. Este conceito consiste no facto das crianças não

terem o mesmo desenvolvimento mental, o que as condiciona no processo de aprendizagem. A criança que se encontra nesta “zona” e não consegue realizar uma tarefa por si só, ainda não amadureceu as funções que possibilitam essa tarefa. No entanto, com o tipo de ensino adequado, a tarefa pode ser realizada com sucesso. Esta teoria foi explicada pela metáfora dos “andaimes”. Ou seja, numa perspetiva da teoria sociocultural, o “andaime” é o suporte temporário dado pelos pais, professores e/ou outros adultos para ajudar a criança a desempenhar uma tarefa, até que esta a consiga realizar sozinha. Quando isto acontece, ou seja a criança consegue desempenhar uma tarefa sozinha, os adultos envolvidos retiram o “andaime”. O trabalho em grupo na sala de aula poderá permitir o confronto, (questionando o que fazer, como fazer, o que fez), refletindo o que aprendeu, e a integração de diferentes pontos de vista, que vão facilitar a coordenação e reestruturação progressiva dos esquemas cognitivos que a criança possui. O desenvolvimento é maior se houver ajuda do educador para analisar e refletir sobre o que fez (Goulart, 2005). As interações sociais com os adultos (sobretudo em casa) constituem um elemento chave na aprendizagem das crianças (Papalia *et al.*, 2001). Uma vez que a criança atinja o desenvolvimento que lhe permite o limite superior da zona, outra zona de desenvolvimento proximal se constrói para essa criança e assim sucessivamente.

### 2.3. Teoria da Aprendizagem Social de Bandura

A teoria da aprendizagem social defende que as crianças aprendem comportamentos sociais através da observação e imitação do repertório global de comportamentos dos modelos (pais ou outras figuras que os possam representar). Esta teoria considera o indivíduo como um ser ativo, ou seja, acredita que a criança age sobre o ambiente e não apenas o ambiente sobre a criança. Outro aspeto desta teoria prende-se com o facto de defender que as pessoas aprendem num contexto social, sendo que não se pode explicar o comportamento humano com base em experiências laboratoriais, ou seja, defende que a aprendizagem humana é mais ecológica socialmente e portanto mais complexa (Bandura, 1997). Bandura refere que os fatores biológicos, como as hormonas ou as inclinações herdadas também afetam o comportamento, no entanto, considera o ambiente como a maior fonte de influência (Bee, 2003).

A teoria da aprendizagem social reconhece a importância da cognição, ou seja, as respostas cognitivas das crianças às suas percepções são consideradas como centrais para o desenvolvimento, mais do que as respostas comportamentais ao reforço ou à punição.

Tal como referido anteriormente, na teoria da aprendizagem social, a observação e imitação de modelos assume uma grande importância. De acordo com Bandura (1997), é desta forma que as crianças adquirem novas capacidades. Este tipo de aprendizagem designa-se como aprendizagem por observação e assume uma grande importância na forma como a criança aprende uma determinada língua, lida com a agressão, desenvolve um sentido moral e aprende comportamentos adequados ao seu próprio género. É importante referir que a aprendizagem por observação poderá ocorrer mesmo se a criança não chega a imitar totalmente o comportamento observado.

A criança faz a sua aprendizagem social através dos modelos que imita. Esta escolha é influenciada de acordo com as características do modelo, da criança e do meio ambiente. Geralmente a criança tende a imitar modelos com estatutos elevados e com personalidades semelhantes às suas. É ainda importante referir que os comportamentos imitados pelas crianças dependem daquilo que elas entendem como sendo valorizado na cultura a que pertencem.

A partir do reforço e da modelação, as crianças aprendem não apenas com comportamentos, mas também ideias, expectativas, padrões internos e autoconceito. A criança aprende padrões para o seu comportamento e expectativas quanto ao que é capaz ou não é capaz de fazer (autoeficácia) a partir de reforços específicos e modelação (Bandura, 1997). Desta forma, a criança internaliza o que aprendeu. Quando esses padrões e essas expectativas ou crenças estão estabelecidas, afetam o comportamento da criança de maneira consistente e duradoura, constituem o núcleo do que se chama personalidade.

Bandura postula que os indivíduos com elevadas expectativas de autoeficácia apresentam melhores desempenhos na aprendizagem e em situações de vida do que os indivíduos com baixas expectativas de autoeficácia. Bandura falou pela primeira vez em autoeficácia em 1977. Para o autor a elevada autoeficácia caracteriza-se pelo facto de se

estar confiante de que se vai alcançar um determinado objetivo. Por outro lado, a baixa autoeficácia, caracteriza-se por não se ter a certeza se o objetivo será alcançado. Ao acreditar que se pode alcançar um determinado objetivo, aumenta-se a probabilidade de uma modelagem comportamental e a probabilidade de que o indivíduo vai persistir até alcançar o objetivo (Leonard, 2002).

Designada como uma excrescência da teoria da aprendizagem social de Bandura, a autoeficácia é alcançada através de experiências positivas passadas, pelo reforço do ambiente e pelo encorajamento por parte dos educadores. Outro fator importante para o sucesso consiste na observação e modelagem a partir de outros indivíduos que já tenham alcançado o objetivo com sucesso. Verificam-se três aspetos para o sucesso: ter as capacidades e o conhecimento para alcançar um objetivo; crenças elevadas de autoeficácia; e elevadas expectativas de resultados.

Por si só, a elevada autoeficácia nem sempre se cruza com o sucesso. O indivíduo pode ter o conhecimento e a capacidade necessária para alcançar um objetivo e ter elevada autoeficácia. Como resultado pode visionar um resultado com sucesso e alcançá-lo. Outros podem ter a capacidade e os conhecimentos necessários para alcançar o objetivo, mas ter baixa autoeficácia e assim não conseguir alcançar o mesmo. E, ainda, outros indivíduos podem considerar que têm a capacidade e o conhecimento para alcançar um objetivo, possuir elevada autoeficácia, mas falhar devido a uma desconexão entre a auto percepção e a realidade (Leonard, 2002).

Bandura postula que o ser humano é ao mesmo tempo produto e produtor do seu próprio ambiente e dos sistemas sociais em que vive, aprende e trabalha. As crenças na autoeficácia, em ser capaz de completar tarefas de aprendizagem e de trabalho com sucesso para alcançar um objetivo, influenciam as escolhas do ser humano, assim como as suas ações.

Os indivíduos com elevada autoeficácia influenciam fortemente e são influenciados pelo ambiente, sentem que estão a influenciar o ambiente e que estão a ser positivamente moldados pelo mesmo. Os indivíduos com baixa autoeficácia sentem que o ambiente

determina negativamente o seu comportamento, enquanto têm pouco efeito nas mudanças que ocorrem no mesmo.

#### 2.4. Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel

O construtivismo tem como premissa fundamental a ideia de que o indivíduo é agente do seu próprio conhecimento. Isto é, ele constrói significados e define o seu próprio sentido e representação da realidade de acordo com as suas experiências e vivências em diferentes contextos. Essas representações estão constantemente abertas a mudanças e as suas estruturas formam as bases sobre as quais são construídos novos conhecimentos.

Esse enfoque distancia-se da ideia de que o conhecimento acumulado possa ser compreendido e compartilhado através da mera transmissão de informações e de uma visão linear e simplificada dos fenómenos envolvidos, como se as suas manifestações fossem imperiosamente as mesmas, independentemente do contexto, ou seja, das condições em que ocorrem. Para além disso, esse tipo de abordagens tradicionais da aprendizagem acabam por privilegiar os modelos de aprendizagem por memorização em vez dos de aprendizagem significativa, ou seja, aquela que se dá por meio da reorganização de conceitos e proposições na estrutura cognitiva (Ausubel *et al.*, 1978 *cit in* Struchiner *et al.*, 1999).

As metodologias de avaliação tendem a encorajar a aprendizagem por memorização, perpetuando um ciclo vicioso, no qual o indivíduo praticamente memoriza factos e/ou algoritmos de resolução de problemas, sem desenvolver a consciencialização necessária sobre o seu próprio conhecimento, estrutura conceptual e princípios relacionados com o domínio estudado.

Segundo Ausubel *et al.*, (1980), a aprendizagem significativa tem como característica principal o processo de construção de significados na aprendizagem. A pessoa só aprende qualquer conteúdo quando é capaz de atribuir-lhe um significado.

A aprendizagem significativa, seja ela por receção ou por descoberta, deve relacionar, de forma não arbitrária e substantiva, a nova informação a algum aspeto relevante da

sua estrutura de conhecimento. Implica que haja aquisição de novos conceitos, ou seja, a aprendizagem é construída com base no conhecimento prévio da pessoa num processo de hierarquização (subsunção), diferenciação progressiva e reconciliação integradora. A estrutura cognitiva é organizada hierarquicamente com os conhecimentos e princípios mais específicos subordinados aos mais gerais (níveis de hierarquia). Os conceitos, por sua vez, passam por uma diferenciação progressiva, na medida em que novos conhecimentos e experiências levam a um refinamento e maior especificidade das suas regularidades, possibilitando novas ligações com outros conceitos (ligações válidas). Já a reconciliação progressiva é caracterizada quando dois ou mais conceitos são reconhecidos como relacionados, formando novos princípios ou proposições (conexões cruzadas) (Struchiner *et al.*, 1999).

O conhecimento prévio relevante é necessário para tornar a aprendizagem potencialmente significativa. Ausubel *et al.*, (1980) refere que o fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que já se conhece por isso é importante descobrir o que se sabe para a aquisição de novos conhecimentos.

De uma forma geral, o fundamento principal da teoria de Ausubel consiste no facto de que quando há conhecimento significativo, os conceitos são organizados em estruturas hierárquicas, isto é, de forma subordinada a outros mais gerais. A aprendizagem significativa ocorre através da diferenciação progressiva entre conceitos mais específicos e conceitos mais abrangentes já existentes, formando proposições que nada mais são, que a explicitação da natureza da relação entre esses conceitos; posteriormente, vários conceitos específicos podem tender a reorganizar-se e interligar-se, formando novos conceitos e proposições, tornando a estrutura do domínio cada vez mais refinada.

Na conceção de Ausubel *et al.* (1978 *cit in* Struchiner *et al.*, 1999), os conceitos de hierarquia e conexão cruzada são elementos dinâmicos: um determinado conceito abrangente pode ser específico noutra contexto e assim sucessivamente.

A aprendizagem de conceitos ocorre do geral para o mais específico, seguindo uma via descendente. Essa característica considera que o conhecimento se consolida como o

somatório de uma série de conceitos inferiores, próprios da aprendizagem construtivista ou por reestruturação, que pressupõem uma lógica própria que vai possibilitando, com o seu refinamento, alcançar cada vez mais estruturas com as características fundamentais e os elementos essenciais de um determinado domínio.

Todos estes teóricos consideram que o desenvolvimento é construído de forma ativa através do processo contínuo de interação entre o indivíduo e o ambiente.



## CAPITULO III - PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO



## INTRODUÇÃO

Através de programas de educação para a saúde o indivíduo adquire conhecimentos e desenvolve competências pessoais e sociais necessárias à aquisição de estilos de vida saudáveis. Esta aquisição de competências capacita a pessoa para tomar decisões mais saudáveis (Rodrigues, 2005) em busca de um bem-estar pessoal, social e profissional (Navas, 2009) que permite aumentar a qualidade de vida.

Brundtland, Directora-Geral da OMS, refere que “...um programa de saúde escolar efectivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde...” (M.S., 2006). Na área da promoção da saúde e da prevenção do tabagismo também se implementam programas de intervenção.

Em Portugal existem programas de prevenção do tabagismo como “Não fumar é o que está a dar” e “Aprende a cuidar de ti”, construídos para serem aplicados no 2º ciclo (Precioso, 2000). Está também publicado o programa “Crescer a Brincar” que pretende o desenvolvimento de capacidades adaptativas ao mundo interno, indicado para o 1º ciclo (Moreira, 2001). Contudo parece não existirem programas que promovam o desenvolvimento de capacidades pessoais e relacionais e que integrem a prevenção do tabagismo no 1º ciclo do Ensino Básico.

O planeamento de um programa de intervenção deve considerar a análise do meio onde foram detetadas as necessidades do grupo ao qual se dirige, devendo a metodologia ser atrativa e adaptada a essa realidade concreta (Sanz, 2009).

Neste capítulo descrevem-se as características e as fases dos programas de intervenção. Posteriormente faz-se referência a alguns modelos que suportam programas de intervenção relacionados com a prevenção do tabagismo.

## 1. CARACTERÍSTICAS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Os programas de educação para a saúde, segundo Martins (2002), são veículos que podem conduzir à mudança de comportamentos e estilos de vida. Para que esta mudança se realize devem ser consideradas as características sociais dos indivíduos, como a escolaridade, o nível socioeconómico e a disponibilidade e motivação para participar nas atividades. No caso, das intervenções estarem dirigidas à prevenção do consumo de substâncias tóxicas, estas devem englobar a pessoa no seu todo (biológico, psicológico e social), por isso é importante que se desenvolvam atividades que tenham como finalidade a criação de uma relação saudável entre o bem-estar físico, psicológico e social (Servais, 1993).

Todas as estratégias educativas relacionadas com a saúde devem basear-se nas necessidades das pessoas e devem promover o desenvolvimento de competências para manter a saúde, pois todas as pessoas desejam estar saudáveis (Martínez, 2004).

A elaboração de um programa de educação para a saúde implica (Sanz, 2009):

- Identificar a natureza do programa com a descrição da ideia central e da finalidade que se pretende atingir;
- Prever a população a que se destina o programa, para analisar as suas características gerais;
- Localizar a área geográfica e conhecer as suas características para conceptualizar o plano do programa;
- Definir objetivos de forma inequívoca e precisa para facilitar a compreensão. O objetivo geral deve ter metas mais abrangentes. Os objetivos específicos devem ser operacionalizáveis, coerentes e realistas para atingir o objetivo geral;
- Efetuar um suporte teórico que constitua os postulados para a prática.
- Fundamentar o programa com informação epidemiológica, sociológica e estatística sobre as necessidades detetadas e que se pretendem satisfazer;
- Selecionar as atividades a partir dos objetivos definidos e da população a que se destina;

- Desenhar a metodologia adequada para conseguir atingir os objetivos definidos;
- Utilizar técnicas e instrumentos que se adaptem à situação, considerando a finalidade específica para a qual são dirigidos;
- Prever os recursos humanos e económicos necessários. Nos recursos humanos deve ser considerada a quantidade e a qualidade das pessoas para o desenvolvimento das atividades;
- Calendarizar a implementação do programa. Apresentar temporalmente desde o início até ao final, a sequência da aplicação das diferentes sessões do programa;
- Especificar os tempos para a realização das tarefas, as quais devem ser flexíveis, mas com prazos limite;
- Avaliar todas as fases do programa, pois permite conhecer os aspetos positivos e negativos produzidos pelo programa. Prever aspetos negativos que podem surgir durante a execução do programa. Ao prevenir as dificuldades, as soluções para a sua resolução já podem estar planeadas e assim, não são imprevistas. Avaliar, desde a metodologia desenvolvida, os conteúdos e as atividades, os recursos, os tempos e verificar se os objetivos foram alcançados. A avaliação dá assim uma oportunidade de melhoria ao próprio programa.

Neste sentido, Lafourcade (1974 *cit in* Sanz, 2009 p. 249) refere que a planificação de um programa de educação para a saúde deve considerar os seguintes princípios:

- Coerência: implica que toda a atividade mantenha um sistema de interligação com a temática central do programa;
- Funcionalidade: o planeamento deve estar ao serviço dos interesses do grupo a que se destina;
- Equilíbrio: deve estar presente em todas as situações. As atividades devem ser estruturadas de acordo com os fins que se pretendem atingir;
- Flexibilidade: permite introduzir adaptações sem que isso altere a efetividade do planeamento;
- Pertinência dos objetivos que se pretendem alcançar, com atividades que sejam a melhor alternativa para a concretização desses mesmos objetivos.

Os programas de intervenção, de um modo geral, procuram desenvolver estratégias de influência com conhecimentos para a mudança de atitudes e estratégias de

desenvolvimento de competências com a pretensão de melhorar recursos e habilidades pessoais para enfrentar situações de vida diária. Incluem também ações para melhorar a auto estima, a confiança em si mesmo, as capacidades cognitivas e afetivas, habilidades sociais e as de tomada de decisão. Os programas devem prevenir vários tipos de problemas comportamentais e psicológicos e não só abordar estratégias de proteção de consumo de substâncias (Buhler, 2008; Martínez, 2004).

Uma das formas de prevenir o consumo de tabaco nas crianças e adolescentes é através de atividades eficazes de educação para a saúde na escola. Palomares considera que os programas de intervenção em crianças requerem a aplicação de técnicas de modificação do comportamento, devendo ser considerada a etapa do seu desenvolvimento etário para adequar os conteúdos e técnicas a essa idade (Precioso, 2001). Para Buhler (2008), os programas que treinam comportamentos são mais efetivos que os que só abrangem a influência social.

As técnicas de modificação do comportamento usadas nos programas têm como objetivo desenvolver na criança imunogénicos comportamentais que ajudem a prevenir comportamentos de adição (Buhler, 2008). Simulam-se técnicas para encorajar a criança a tomar consciência das suas atitudes e a defender a sua posição. A simulação de situações de pressão ajuda a criança a resistir de forma ativa à pressão dos colegas/dos seus pares sociais. A criança desenvolve assim competências para aprender a dizer não. São também desenvolvidos argumentos que ajudam a contrapor as pressões sociais exercidas para fumar, pois esta é geralmente uma das primeiras substâncias tóxica com que têm contacto. Exercitam-se então as habilidades de recusa de cigarros (Servais, 1993; Precioso, 2001).

Os programas de prevenção do tabagismo devem fornecer conteúdos informativos relacionados com as consequências futuras de hábitos não saudáveis (Servais 1993; Becoña *et al.*, 2000). Devem proporcionar conhecimentos e ferramentas necessárias com treino em habilidades sociais para posteriormente adotar estilos de vida saudáveis. Deve-se também insistir nas vantagens de não fumar e determinar os conhecimentos e opiniões sobre o tabaco. O aprofundar de informação ajuda a que posteriormente possa ser transmitida a outros. Salienta-se ainda que na prevenção primária de substâncias

tóxicas, na infância é importante desenvolver a capacidade para resolver problemas pessoais e enfrentar frustrações de perdas menores (Servais, 1993).

Parece evidente que os programas mais eficazes sobre a prevenção do tabagismo têm uma grande semelhança nos componentes informativos e de treino de habilidades. Segundo Precioso (2008), a eficácia de um programa também poderá depender das competências dos aplicadores. Assim o educador, para motivar a aquisição dos conteúdos cognitivos, necessita de estabelecer uma relação empática e comunicar eficazmente, através de mensagens claras e simples.

Resumidamente, a implementação de um programa de intervenção implica um planeamento prévio com identificação das necessidades da população a que se destina, fundamentando teoricamente essas necessidades; a elaboração dos objetivos que se pretendem atingir para posteriormente selecionar a metodologia adequada; o desenvolvimento dos conteúdos e das atividades que melhor se adequam à finalidade e à população; a previsão dos recursos humanos e económicos para o desenvolvimento das atividades; e finalmente, a avaliação de todas as fases do programa, para obter uma melhoria contínua.

## 2. MODELOS TEÓRICOS DE SUPORTE A PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Os modelos teóricos de suporte a programas de intervenção permitem sistematizar, após evidência científica, um método, que com o apoio de material educativo, é um instrumento de trabalho. Nesta tese descreve-se o Modelo de Crenças de Saúde e o Modelo Estrutural das Influências de Fumar. São desenvolvidos estes modelos porque visam promover a saúde e prevenir a doença.

### 2.1. Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças da Saúde (*Health Belief Model*) (Fig. 2), desenvolvido por Becker e Maiman (1975) e com versão posterior de Conner e Norman (1996) explica que os comportamentos de saúde estão mais ou menos relacionados com a vulnerabilidade/suscetibilidade percebida pelo sujeito na resposta comportamental a essa ameaça (Bennet & Murphy, 1999; Vásquez, 1998).

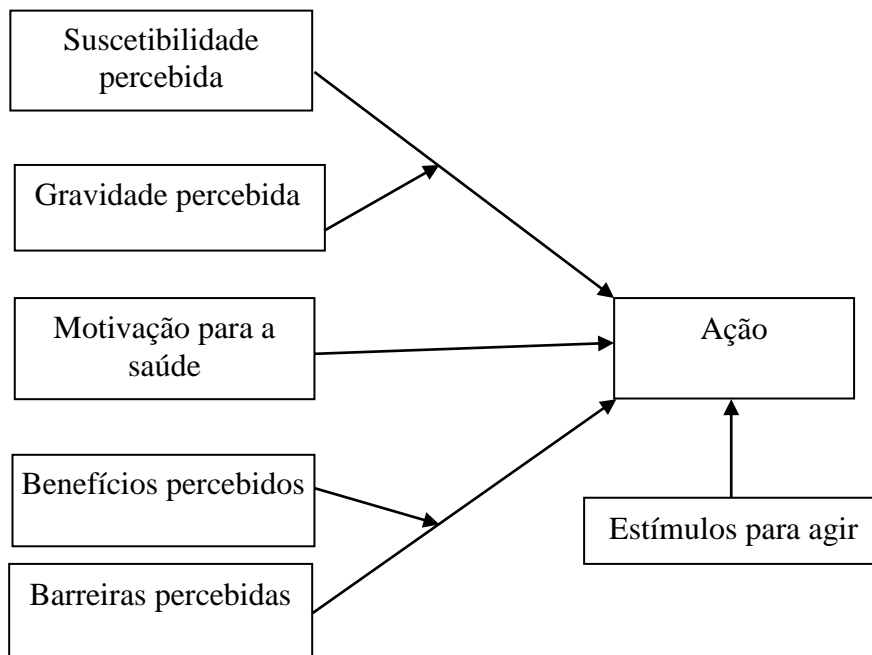


Figura 2: O Modelo de Crenças de Saúde (adaptado de Bennet & Murphy, 1999, p. 53).

A pessoa adota comportamentos saudáveis se receia a doença, sendo as suas ações de saúde motivadas pelo grau de medo (ameaça percebida). A ameaça está relacionada com a suscetibilidade do indivíduo e a gravidade percecionada pelo mesmo sobre determinada doença.

A suscetibilidade parte da perceção que a pessoa tem sobre a sua vulnerabilidade à doença. Por exemplo a pessoa abandonará o hábito de fumar se acreditar que pode ficar gravemente doente (Vásquez, 1998).

Na decisão de iniciar uma ação vão ser consideradas as barreiras percecionadas, os custos, os benefícios de praticar comportamentos capazes de reduzir a ameaça de doenças. A mudança de um comportamento ocorre se a pessoa se sente ameaçada pela doença e acredita que essa alteração comportamental terá mais benefícios que os possíveis custos derivados do esforço de modificar o comportamento. É também necessário que a pessoa sinta que tem capacidades para realizar essa mudança (Precioso, 2001).

Vásquez (1998) relaciona este modelo de crenças com o tabaco e refere que se um fumador sente que é suscetível de ter um cancro pulmonar, e crê que se deixar de fumar pode anular este risco, então é provável que tome esta decisão. Aliada a esta perceção será relevante o facto de a pessoa conhecer um fumador que tenha cancro do pulmão.

O Modelo de Crenças da Saúde inclui também fatores de modificação que afetam indiretamente os comportamentos de saúde, através da influência das crenças sobre a saúde. Estes fatores são as variáveis demográficas, como o sexo, idade e raça, e os fatores psicossociais, como a personalidade e a classe social.

O referido modelo foi utilizado em várias áreas (Bennet & Murphy, 1999), no estudo de comportamentos preventivos de cancro da mama (Orbell, 1995), do VIH (Wolcott, 1990), de programas de exercício físico (Langie, 1977), assim como no aconselhamento médico para deixar de fumar (Stacy & Lloyd, 1990).

O Modelo de Crenças da Saúde tem sido dos modelos mais utilizadas para orientar a elaboração de programas que visam a promoção da saúde. Na área do tabagismo, a

promoção de atitudes favoráveis a não fumar podem assim ter um efeito preventivo (Precioso, 2001).

## 2.2. Modelo Estrutural das Influências de Fumar

Flay *et al.*, (1994) apresenta o modelo Estrutural das Influências de Fumar (Fig. 3), onde são descritas as várias situações que podem influenciar o processo de vir a ser fumador. As influências que levam os adolescentes a iniciar o consumo do tabaco podem ser ou variáveis diretas como a persuasão, a pressão e o encorajamento ou indiretas como a modelagem.

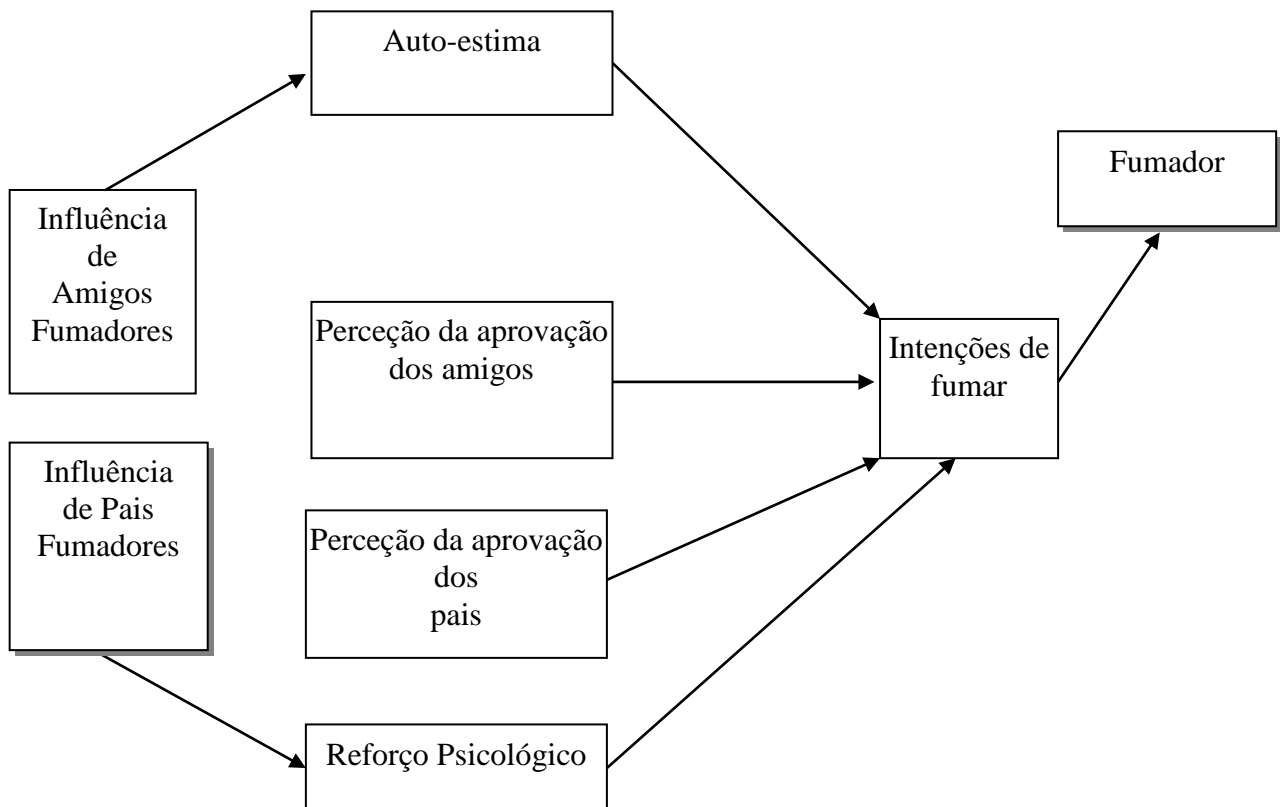


Figura 3: Esquema do Modelo Estrutural das Influências de Fumar (adaptado de Flay *et al.*, 1994).

Os comportamentos dos adolescentes são afetados pela influência dos familiares diretos fumadores, como é o caso dos pais. A família é um importante preditor, sendo a

influência das mulheres mais forte que a dos homens nas crianças. Os amigos e pares fumadores também são uma variável influente na intenção de fumar do adolescente (Flay *et al.*, 1994).

Aliados a estas influências, podem também contribuir para a intenção de fumar a percepção da aprovação dos familiares e amigos, assim como o reforço psicológico e o grau de auto estima em que o adolescente se situa.

Flay identifica quatro estágios do comportamento de fumar (Precioso, 2001). O estágio da preparação é caracterizado pela formação de atitudes em relação a fumar; esta influência faz-se essencialmente pela família, amigos e comunicação social. A iniciação é o estágio em que se experimenta fumar. A probabilidade de ser fumador regular aumenta se a experimentação do tabaco se repete mais de cinco vezes e se o intervalo entre fumar o primeiro cigarro e os seguintes for pequeno (Vries, 1995 *cit in* Precioso, 2001). A experimentação é o estágio em que o adolescente aprende a fumar e se torna um fumador. No quarto estágio, a manutenção, o comportamento de fumar já é regular.

Este modelo indica as atitudes dos indivíduos de referência, (como os pais, os professores, e os amigos) como essenciais para darem o exemplo de não fumadores e como inibidores do consumo do tabaco nos adolescentes e jovens.



## PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO



CAPÍTULO IV – PROMOVER HÁBITOS DE VIDA LIVRES DE TABACO EM  
CRIANÇAS DO 4º ANO DE ESCOLARIDADE



## INTRODUÇÃO

Na parte II desta tese descreve-se e justifica-se a metodologia, através de processos e técnicas a que se recorreu no estudo empírico. No capítulo IV, fez-se referência aos objetivos, hipóteses e variáveis desta investigação. De seguida, mencionaram-se os princípios éticos considerados em todo o processo de investigação. Apresentou-se o tipo de estudo em causa, a caracterização da amostra e o meio onde se desenvolveu a investigação. Ainda no mesmo capítulo, descreveu-se todo o percurso da construção do instrumento de recolha de dados. Finalmente foram mencionadas as etapas da criação do procedimento, faz-se a justificação do programa de intervenção, definem-se os seus objetivos e descreveram-se as sessões do programa, a sua implementação e avaliação.

O capítulo V inicia-se com a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo e posteriormente faz-se a análise individual das afirmações do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. De seguida é feita a análise das oito dimensões, e a sua relação com as características sociodemográficas da amostra. A finalizar este capítulo faz-se uma apreciação global do programa “Quero Crescer Saudável”.

No capítulo VI é feita a discussão dos resultados obtidos em função das bases teóricas apresentadas na primeira parte do estudo.

Finaliza-se o trabalho com as conclusões do estudo e as recomendações para futuros trabalhos de investigação.

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Sendo considerado o tabagismo (ativo ou passivo) um grave problema para a saúde pública da população, surgiu a pergunta: será possível intervir precocemente na educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, livres de tabaco, em crianças do 4º ano de escolaridade? Face ao problema principal desta investigação faz-se a avaliação dos efeitos do programa de intervenção preventivo – promocional “Quero Crescer Saudável” sobre a promoção de hábitos de vida saudáveis livres de tabaco.

## 2. OBJETIVOS

Perante a problemática do tabagismo e das contribuições da educação e da promoção da saúde, definiu-se como objetivo geral desta investigação, avaliar a eficácia do programa de intervenção preventivo-promocional “Quero Crescer Saudável”. Assim, pretendeu-se especificamente:

- Construir o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” sobre a promoção de hábitos de vida livres de tabaco em crianças do 4º ano de escolaridade;
- Implementar o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”;
- Avaliar a influência do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”.

Com o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”, genericamente pretendeu-se:

- Promover o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, a nível físico, psíquico e social que facilitem estilos de vida livres de tabaco;
- Desenvolver conhecimentos sobre tabagismo através de informação adequada a esta faixa etária;
- Avaliar as atitudes relativas ao tabagismo em crianças com conviventes fumadores;
- Analisar as atitudes dos sujeitos do género feminino e masculino, relativas a hábitos de vida saudáveis que facilitem estilos de vida livres de tabaco;
- Detetar eventuais dificuldades na prevenção do tabagismo nesta faixa etária.

Com base no problema de investigação e nestes objetivos foram construídas as hipóteses do estudo.

### 3. HIPÓTESES

Tendo em consideração o trabalho desenvolvido ao longo desta investigação e os objetivos nela formulados, apresentam-se quanto ao programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” as seguintes hipóteses de investigação:

1. O programa “Quero Crescer Saudável” é eficaz quanto às atitudes, aos conhecimentos, à consciencialização, aos valores e aos hábitos relacionadas com o tabagismo, pois existe diferença entre os indivíduos do Grupo Experimental e os do Grupo Controlo.
2. O Grupo Experimental desenvolve mais competências que o Grupo Controlo nas dimensões: projeção futura sobre tabagismo; tomada de decisão; hábitos de vida saudáveis a nível físico e psíquico; efeitos físicos e psicossociais do tabaco; atitudes de autoconhecimento e experiências comportamentais relacionadas com o tabagismo.
3. Os sujeitos com conviventes fumadores valorizam as atitudes relacionadas com o tabagismo de forma diferente dos sujeitos com conviventes não fumadores.
4. Existe diferença entre as atitudes, os conhecimentos, a consciencialização, os valores e os hábitos dos sujeitos do género feminino e do masculino, relativas aos hábitos de vida saudáveis.

Pretende-se que o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” seja eficaz, ou seja, que a proposta do programa modifique as atitudes, os conhecimentos, a consciencialização, os valores e os hábitos das crianças em relação aos seus contributos para a construção de uma vida saudável e para a prevenção do tabagismo.

#### 4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

##### **Variável Independente**

Considerando que o programa preventivo-promocional “Quero Crescer Saudável” pretende educar preventivamente e promover hábitos de vida saudáveis livres de tabaco, a variável independente desenvolvida com a finalidade de estudar os efeitos nas variáveis dependentes é o próprio programa de intervenção.

##### **Variáveis Dependentes**

As variáveis dependentes que se pretendem estudar são as atitudes, os conhecimentos, a consciencialização, os valores, e os hábitos sobre tabagismo e vida saudável. Assim, pretendeu-se que estas variáveis que são muito abrangentes sejam influenciadas e se alterem pela manipulação da variável independente. Estas variáveis são definidas como:

- Atitude: é considerada como a predisposição (Azjen, 1988) ou a tendência psicológica (Eagly *et al.*, 1998) que a pessoa tem para responder de forma favorável ou desfavorável a uma entidade específica.
- Conhecimentos: “saber seguro de uma conjuntura, que se pode provar e corresponder à realidade” (Dorsch, 2001, p. 180). Piaget considera o conhecimento como a passagem progressiva do endógeno ao exógeno (Doron & Parot, 2001).
- Consciencialização: “tomada de consciência... totalidade de experiencias num dado momento, que são a soma das consciencializações passadas...” (Chaplin, 1989, p. 108).
- Valores: “remete a tudo o que o indivíduo procura ou evita” (Doron & Parot, 2001, p. 767) ou experiência individual gradual que se faz por imitação e internalização das avaliações alheias (Dorsch, 2001).
- Hábito: resposta ou reação adquirida. Uma atividade que, através de uma prática prolongada, se torna relativamente automática. Padrão, relativamente consistente, do pensamento ou de atitudes (Chaplin, 1991, p. 261).

Estas variáveis dependentes são analisadas através do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, com escala dicotómica, o qual será descrito posteriormente na metodologia (Secção 5.6.1.).

### **Variáveis Sociodemográficas**

Neste estudo, as variáveis atributo recolhidas para descrever os sujeitos da amostra foram: a idade, a turma da escola, o número de matrícula, o género, a coabitação conjunta e os hábitos tabágicos dos familiares.

- A variável idade foi operacionalizada em anos.
- A variável turma da escola foi operacionalizada em, A, B, C, D, E, e F por estarem assim designadas as turmas na escola onde foi efetuado o estudo.
- A variável número de matrícula na escola foi operacionalizada em numeração árabe.
- A variável género foi operacionalizada na opção masculina ou feminina.
- A variável coabitação conjunta foi operacionalizada em moro na mesma casa com: os meus pais (e irmãos se tiver); só com a minha mãe (e irmãos se tiver); só com o meu pai (e irmãos se tiver); os meus avós e outros.
- A variável hábitos tabágicos dos familiares foi operacionalizada nas opções: ninguém; só o pai; só a mãe; o pai e a mãe; e outros familiares.

As hipóteses e variáveis deste trabalho de investigação são um processo condutor de relação causa/efeito, para que se atinjam os objetivos propostos. Decorrente desta estruturação, foi selecionado o método.

## 5. METODOLOGIA

Este item inicia-se com os princípios éticos considerados durante o processo de investigação. De seguida, faz-se a descrição do meio onde se desenvolveu o estudo, da população e da amostra e o tipo de estudo. Posteriormente, faz-se a descrição do instrumento de colheita de dados utilizado no estudo e finaliza-se com a descrição dos procedimentos implementados.

### 5.1.Princípios Éticos

No estudo, foram considerados cinco princípios éticos que permitiram proteger os direitos e as liberdades dos participantes:

- Direito à autodeterminação: foi explicado aos encarregados de educação o direito de decidir livremente sobre a participação do seu educando na investigação. Nenhum meio foi utilizado para influenciar a sua decisão. Foram informados que o material recolhido teria apenas os fins acordados e não outros;
- Direito à intimidade: foi protegido o anonimato ao longo do estudo, bem como durante a divulgação dos resultados;
- Direito à confidencialidade: os resultados foram apresentados sem a possibilidade de ser identificado o sujeito;
- Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo: este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que pudesse ter advindo da realização do estudo. Não ocorreram quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa; e,
- Direito a um tratamento justo e equitativo: este direito refere-se à informação fornecida, ou seja todos os encarregados de educação e participantes foram informados sobre a finalidade, a duração da investigação bem como os métodos utilizados no estudo para o qual foi solicitada expressamente a participação consentida.

Para o efetivo cumprimento dos princípios éticos relativos à aplicação do instrumento de colheita de dados e da administração/implementação do programa de intervenção, foi pedido parecer à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, o qual foi favorável. Posteriormente foi pedida autorização ao Ministério da Educação através da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), para a realização da investigação numa escola pública, sendo esta concedida. Posteriormente, pediu-se autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados e da implementação do programa de intervenção numa escola do Ensino Básico ao Presidente do Conselho Pedagógico, sendo esta autorização concedida. Em seguida, após a informação sobre o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”, foi pedido o consentimento informado aos encarregados de educação para que os seus educandos pudessem participar na investigação.

## 5.2. Meio onde se Desenvolveu o Estudo

O estudo decorreu no ano letivo de 2007/08, numa escola, situada na região oriental da cidade do Porto, na freguesia de Campanhã. A escola onde foi efetuado o estudo funcionava com horário contínuo com turmas da manhã e turmas da tarde.

A freguesia de Campanhã foi uma das zonas preferenciais para a construção de bairros camarários nos anos 60, existindo na região envolvente da escola três bairros sociais. Assim, desde então, houve um acréscimo da população e segundo o Censos 2001 (INE, 2002) a população da freguesia é de 38.757 habitantes (número que nos censos de 2011 diminuiu para 32,652 habitantes).

Gradualmente, na freguesia, houve uma diminuição da indústria como principal atividade económica. As áreas ligadas aos serviços aumentaram, sendo de realçar os serviços às empresas, alojamento, restauração e construção. Segundo o Censo de 2001, a maior parte da população (62%) trabalhava no setor terciário, 38% no setor secundário e 0,3% no setor primário.

### 5.3. População

O programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” e o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis” destinam-se a uma população de crianças que têm como característica principal estarem matriculadas no 4º ano de escolaridade. A população deste estudo é constituída por todos os alunos inscritos no ano letivo de 2007/2008 no 4º ano de escolaridade da referida escola na faixa etária dos 9 aos 11 anos.

### 5.4. Amostra

A amostra selecionada para este estudo baseou-se na técnica de amostragem não aleatória por conveniência, selecionando dentro do agrupamento escolar, a escola e, dentro desta, todos os alunos do 4º ano.

Foram excluídos do estudo os indivíduos com mais de 11 anos e menos de 9 anos e ainda os que se recusaram a participar, após elucidação por parte da autora dos objetivos do estudo.

O programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” foi implementado a uma amostra constituída pelas 3 turmas do 4º ano de escolaridade do referido Agrupamento Vertical. O questionário “Hábitos de Vida Saudáveis” foi aplicado a 6 turmas do 4º ano de escolaridade da mesma escola (às três em que foi administrado o programa e às outras três em que não foi administrado o programa), com o intuito de caracterizar respetivamente os dois grupos de estudo (Experimental e Controlo) e de proceder à comparação dos mesmos. Recorreu-se a uma amostragem por conveniência, estruturada de forma a permitir a correta comparação entre os grupos em estudo.

A amostra ficou constituída por 131 indivíduos, divididos pelos dois grupos em estudo, com 69 crianças no Grupo Experimental e 62 no Grupo Controlo sem diferença significativa ( $p = 0,541$ ) conforme representado na tabela 1.

Tabela 1: Número de participantes em função do grupo.

<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Experimental</b>	69	53.7%	131	0,541
<b>Controlo</b>	62	47.3%		

### 5.5. Tipo de Estudo

A investigação efetuada consistiu fundamentalmente num estudo do tipo *quasi-experimental* com medidas do *design before-after with a control group* (Kumar, 2005; Fortin, 2003; Oppenheim, 1997). O trabalho realizou-se no Agrupamento Vertical de Escolas das Antas EB 2,3 – Porto, no ano letivo de 2007/08, com a finalidade de testar a eficácia da intervenção desenhada. Para efetuar o estudo constituíram-se dois grupos, um Grupo Experimental (GE) e um Grupo Controlo (GC), cada um formado por alunos de três turmas do 4º ano e comparáveis entre si quanto à idade, ao género, à escolaridade, e ao número de alunos (Tabela 2).

Tabela 2: *Design Before-After with a Control Group.*

<b>Grupo</b>	<b>Turma</b>	<b>Variável Dependente (Pré)</b>	<b>Variável Independente (VI)</b>	<b>Variável Dependente (Pós)</b>
<b>Experimental</b>	A	VDE <sub>1</sub>	Programa	VDE <sub>2</sub>
	B		de	
	C		Intervenção	
<b>Controlo</b>	D	VDC <sub>1</sub>	Ausência	VDC <sub>2</sub>
	E		do Programa	
	F		de Intervenção	

\* VDE: Variável dependente experimental - Questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”

\* VDC: Variável dependente controlo - Questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”

O GE foi formado por três turmas da manhã e o GC por três turmas da tarde. O facto de se ter optado por diferentes períodos escolares deveu-se fundamentalmente à necessidade de evitar a contaminação do Grupo de Controlo pelo Grupo Experimental. Embora os grupos pertencessem a diferentes períodos, estes eram semelhantes do ponto de vista da escolaridade, do nível de idade e do género, e a nível sociodemográfico. O desenho é do tipo *quasi-experimental* pelo facto dos sujeitos que integraram o Grupo

Experimental e o Grupo Controlo não terem sido escolhidos aleatoriamente, mas sim conforme as turmas a que pertenciam.

Antecedendo o estudo *quasi*-experimental, realizou-se um pré-teste (Barreira, 2007a) para validar as estratégias e os materiais didáticos que viriam a integrar as várias sessões do Programa de Intervenção “Quero Crescer Saudável” (descritas na secção 5.6.2.4.).

A aplicação dos questionários e do programa de intervenção foi feita diretamente pela investigadora e por uma assistente de investigação. Todos os inquiridos e as sessões de sensibilização foram aplicados pela autora do trabalho, não havendo, por isso, necessidade de calibração entre examinadores.

## 5.6. Instrumentos

Os instrumentos utilizados na investigação foram o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis” e o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”. O questionário “Hábitos de Vida Saudáveis” foi usado como instrumento de recolha de dados e o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” foi usado como procedimento.

### 5.6.1. Questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”

Neste estudo foi utilizado o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis” para analisar as variáveis dependentes. Este questionário foi elaborado a partir da pesquisa bibliográfica igualmente usada para a construção do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” (Moreira, 2002; Precioso, 2001; Moreira, 2001; Vitória, 2000; Ribeiro, 1998; Bandura, 1997; Piaget, 1995; Servais, 1993) e a partir dos conteúdos do próprio programa que será desenvolvido na secção 5.6.2. O questionário foi desenhado com duas partes: na primeira parte constam questões de caracterização sociodemográfica dos sujeitos que compõem a amostra, sendo avaliadas as características: turma, número de matrícula, género, idade, pessoas com quem habita e hábitos tabágicos dos familiares com quem coabita o participante; a segunda parte do questionário, constituída por 48 afirmações sobre hábitos de vida saudáveis e tabagismo, seguiu grande parte das

recomendações de vários autores (Hill, 2008; Moreira, 2004; Lima, 2002; Moralles, 200; Oppenheim, 1997) sobre a construção de questionários e escalas de atitudes.

É de salientar que nesta primeira fase algumas afirmações do questionário tinham conteúdos idênticos às de questionários de outros autores (Moreira, 2002; Precioso, 2001; Vitória, 2000; Servais, 1993), mas ao serem incluídas no questionário estas foram alteradas a nível redatorial para se adequarem à capacidade de compreensão e interpretação das crianças e terem afinidade linguística compatível com a sua idade. Construiu-se assim um conjunto de 48 afirmações sobre as quais o respondente teria que se pronunciar usando uma escala tipo Likert reduzida (1- concordo, 2- não sei, 3- não concordo), para ser aplicada a crianças da faixa etária em questão. Elaboraram-se frases que manifestassem claramente uma opinião favorável e outras com uma opinião desfavorável relativamente ao tabagismo, para evitar que o respondente se posicionasse, de forma automática, face a cada uma das afirmações de acordo com o proposto por Moralles (2001) e Kumar (2005).

Foi aplicada esta versão a um grupo de 10 alunos do 4º ano, de forma a verificar a compreensão, a interpretabilidade e a adequação do mesmo à faixa etária e ao nível de escolaridade da população alvo. Com base nas dificuldades de compreensão sentidas por esse grupo de alunos o questionário sofreu uma reformulação. Esta primeira versão foi alterada para uma escala dicotómica de respostas com alternância de Verdade e Mentira e foram alteradas também algumas questões em que os alunos manifestaram dificuldades de interpretação do texto.

Após, o questionário foi entregue a um conjunto de especialistas em Metodologias de Ensino das Ciências (3 elementos) das Ciências da Saúde (3 elementos) e a Professores do Ensino Básico (3 elementos); a quem foram pedidos comentários sobre a adequação das afirmações incluídas no instrumento de recolha de dados, os aspetos que o mesmo deveria medir e um juízo sobre a adequação das questões ao nível cognitivo, de instrução e linguístico dos participantes a quem o questionário iria ser aplicado.

As sugestões apresentadas pelos especialistas permitiram aperfeiçoar o questionário. Foram assim eliminadas duas afirmações, por serem consideradas de difícil

interpretação e não relacionadas com o estudo, e foram também reformuladas a nível linguístico nove questões de forma a se adequarem à escolaridade e à faixa etária a estudar.

Nesta fase o questionário foi aplicado a uma turma de alunos do 4º ano de escolaridade. Após este último passo deu-se o questionário como adequado. Assim, o mesmo sofreu três alterações, tanto de ajuste linguístico como de adequação ao nível da compreensão da criança nesta faixa etária.

O questionário definitivo ficou deste modo constituído por 46 itens, dos quais 29 aludem diretamente ao tabagismo e 17 a hábitos de vida saudáveis (Anexo I). Este questionário, para efeitos de resultados, foi dividido inicialmente em cinco dimensões: projeção do futuro, efeitos do tabaco, tomada de decisão, hábitos saudáveis e mudança de atitude (Barreira, 2007a).

O programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” foi aplicado a um grupo piloto, sendo também aplicada a versão final do questionário Hábitos de Vida Saudáveis antes (pré-teste) e após (pós-teste) o programa de intervenção (Barreira & Madeira, 2009). Nesta fase não surgiram alterações ao questionário.

#### 5.6.1.1. Construção das Dimensões

Na aplicação final do questionário mantiveram-se as 46 afirmações que contribuem para a avaliação de diferentes atitudes. Selecionou-se, por afinidade linguística para cada dimensão, um conjunto de afirmações relacionadas com cada tema, ficando estas redimensionadas em oito dimensões: Hábitos de Vida Saudável a Nível Físico, Hábitos de Vida Saudável a Nível Psicológico, Atitudes de Autoconhecimento, Efeitos Físicos do Tabaco, Efeitos Psicossociais do Tabaco, Experiências Comportamentais relacionadas com o tabaco, Tomada de Decisão e Projeção do Futuro. Estas oito dimensões foram extraídas das cinco dimensões iniciais, vinculadas ao trabalho piloto do programa de intervenção.

Para a dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico (Tabela 3) foram selecionadas oito afirmações relacionadas com os conhecimentos e hábitos que as crianças têm relativamente a hábitos saudáveis a nível físico.

Tabela 3: Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
<b>8</b>	Passear ao ar livre é bom para os meus pulmões
<b>9</b>	A minha saúde é mais importante que fumar
<b>15</b>	O exercício físico faz-me sentir bem
<b>19</b>	O exercício físico ajuda-me a crescer mais forte
<b>23</b>	Os bons desportistas não fumam
<b>37</b>	Eu sei cuidar do meu corpo para ser uma pessoa saudável
<b>39</b>	O ar junto das florestas é bom para as pessoas respirarem
<b>41</b>	Se não fumar sou mais saudável

Na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico (Tabela 4) foram escolhidas três afirmações relacionadas com os conhecimentos e os hábitos que as crianças têm relativamente a hábitos saudáveis a nível psicológico.

Tabela 4: Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
<b>17</b>	Quando estou chateado, consigo fazer qualquer coisa para me distrair
<b>18</b>	Se não tenho amigos à minha volta, consigo arranjar coisas para me ocupar
<b>43</b>	Quando estou triste, se falar com um amigo, fico melhor

A dimensão Atitudes de Autoconhecimento (Tabela 5) foi construída com seis afirmações relacionadas com atitudes de autoconhecimento.

Tabela 5: Dimensão Atitudes de Autoconhecimento.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
4	Sou capaz de explicar aos outros porque faz mal fumar
12	Gosto de mim como sou
14	Quando tenho um problema, consigo falar dele com uma pessoa adulta
25	Se os meus amigos fazem uma coisa que eu acho mal, consigo dizer não
34	Eu sou responsável pelas minhas escolhas
44	Consigo pensar de forma diferente das outras crianças

A dimensão Efeitos Físicos do Tabaco (Tabela 6), formada por sete afirmações, está relacionada com a aquisição de conhecimentos sobre os malefícios do tabaco a nível físico.

Tabela 6: Dimensão Efeitos Físicos do Tabaco.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
2	Fumar faz mal à saúde
3	Estar numa sala cheia de fumo faz mal à saúde de todas as pessoas
13	O fumo do tabaco faz mal aos meus pulmões
22	O fumo do cigarro polui o ambiente
31	As pessoas que fumam não correm tão rápido
38	As pessoas que fumam ficam mais vezes doentes
45	Um cigarro por dia não faz mal nenhum

A dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco (Tabela 7) ficou com quatro afirmações relacionadas com a aquisição de conhecimentos sobre efeitos psicossociais do tabaco.

Tabela 7: Dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
<b>6</b>	Fumar faz as pessoas sentirem-se bem
<b>7</b>	Fumar ajuda-me a fazer amigos
<b>29</b>	Se fumar sou uma pessoa mais forte
<b>30</b>	Se fumam ao meu lado devo conseguir afastar-me dessa pessoa quando fuma

A dimensão Experiências Comportamentais (Tabela 8) foi construída com cinco afirmações relacionadas com conhecimentos e hábitos sobre tabagismo.

Tabela 8: Dimensão Experiências Comportamentais.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
<b>20</b>	Fumar é um mau hábito
<b>26</b>	Fumar é normal
<b>32</b>	São poucas as pessoas que fumam
<b>36</b>	Quase toda a gente fuma
<b>42</b>	É preciso fumar para saber que o tabaco faz mal à saúde

A dimensão Tomada de Decisão (Tabela 9) foi construída com cinco afirmações relacionadas com os conhecimentos, valores e consciencialização que as crianças têm relativamente às suas convicções e conseqüente tomada de decisão.

Tabela 9: Dimensão Tomada de Decisão.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
<b>5</b>	É fácil deixar de fumar
<b>21</b>	Fumar é uma forma má de gastar dinheiro
<b>33</b>	Para nunca fumar é melhor não começar
<b>35</b>	Posso dizer o que penso e sinto sem magoar os outros
<b>40</b>	As regras da escola e de casa são para cumprir

A dimensão Projeção do Futuro sobre o tabagismo (Tabela 10) é construída por oito afirmações relacionadas com a projeção que as crianças fazem relativamente ao futuro consumo de tabaco.

Tabela 10: Dimensão Projeção do Futuro sobre Tabagismo.

<b>Número</b>	<b>Afirmações</b>
<b>1</b>	Quando for adolescente quero ser uma pessoa saudável
<b>10</b>	Quando for adolescente se me oferecerem um cigarro vou conseguir dizer não
<b>11</b>	Penso fumar quando for adolescente
<b>16</b>	Quando for adulto como os meus pais, vou fumar
<b>24</b>	Quando for adolescente, se quiser, consigo não fumar
<b>27</b>	Se fumar fico mais depressa adulto
<b>28</b>	Quando for adolescente se fumar consigo resolver melhor os meus problemas
<b>46</b>	Quando for adolescente, se os meus amigos fumarem eu também vou fumar

O questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, contendo assim as oito dimensões, vinculadas à segunda implementação do programa de intervenção, baseia-se em construtos desenvolvidos com a pretensão de analisar nas crianças os conhecimentos, as atitudes, os hábitos de vida saudáveis e a prevenção do tabagismo.

Com a aplicação do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis” em duas fases diferentes (teste, reteste), este procedimento pode ser considerado como verificação parcial da sua consistência interna (Kumar, 2005).

#### 5.6.1.2. Análise Estatística das Dimensões do Questionário

Os dados recolhidos nas sessões 1 e 14 através do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, foram transcritos para uma folha de cálculo do programa informático Microsoft® Office Excel® 2007, sendo os procedimentos de análise estatística realizados com recurso ao programa de tratamento estatístico de dados PASW® Statistics 18 para Microsoft® Windows®. A caracterização da amostra, no que respeita a variáveis categóricas, foi realizada através de frequências absolutas (contagens) e relativas (%).

A comparação da concordância da distribuição das categorias das variáveis sociodemográficas nos grupos Experimental e Controlo foi realizada através de teste de Qui-quadrado de ajustamento.

As dimensões obtidas através do agrupamento de afirmações, foram analisadas de duas formas distintas:

- Numa primeira fase, através da contabilização do número de respostas certas e erradas e comparação qualitativa destas frequências nas oito novas dimensões (Projeção do Futuro, Efeitos Físicos do Tabaco, Tomada de Decisão, Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico, Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psíquico, Efeitos Psicossociais do Tabaco, Atitudes de Autoconhecimento, Experiências Comportamentais), entre os grupos Experimental e Controlo, no pré-teste e no pós-teste, através de teste de Qui-quadrado de ajustamento ( $GE1 \cong GC2$ ) e do teste de Qui-quadrado de independência ( $GE2 \cong GC2$ , como hipótese nula, e  $GE2 > GC2$  como hipótese alternativa).
- Numa segunda fase, foi contabilizado apenas o número de respostas certas em cada uma das oito dimensões, transformando-as de certa forma em variáveis quantitativas, o que permitiu a sua descrição através de estatísticas descritivas mais potentes (média ( $\pm$  desvio padrão), mediana e respetivos percentis 25 e 75, mínimo e máximo).

Após testar a normalidade (Teste de Kolmogorov-Smirnov) de distribuição destas dimensões, nas situações do momento de aplicação do inquérito (antes e após) e do

grupo (Experimental e Controlo), e por esta característica não estar presente (o teste de Levene revelou a existência de homogeneidade de variâncias em todas as comparações realizadas), a comparação das hipóteses colocadas foi realizada utilizando testes não paramétricos.

A comparação de ajustamento ( $GE1 = GC2$ ) (sob hipótese nula) e de independência ( $GE2 = GC2$  sob hipótese nula; e  $GE2 > GC2$  sob hipótese alternativa) foi realizada utilizando o teste não paramétrico U de Mann-Whitney por considerar medidas independentes (inter-grupos), enquanto as comparações pré-teste e pós-teste da aplicação do questionário para o mesmo grupo ( $GE1=GE2$  e  $GC1=GC2$ ) foi realizada por aplicação do teste de Wilcoxon, por considerar medidas relacionadas (intra-grupos).

De forma a otimizar a extração de informação testaram-se diferentes métodos, tendo-se optado pelo coeficiente de Kuder-Richardson 20 (KR20) para variáveis dicotómicas. Os resultados obtidos mostram os coeficientes representativos da correlação (ICC) e o intervalo de confiança para 95%, entre as afirmações e a respetiva dimensão atitudinal (ver tabela 11).

Partindo da informação anterior, procedeu-se de acordo com Hill & Hill (2000), ao cálculo dos valores individuais de cada uma das dimensões atitudinais, tendo-se optado pela média das pontuações atribuídas a cada uma das questões envolvidas na construção de cada dimensão, isto é, para cada indivíduo, somou-se a totalidade das pontuações atribuídas às afirmações em análise e dividiu-se este valor pelo número de afirmações da dimensão em causa. É de salientar que os indivíduos responderam a todas as afirmações envolvidas no cálculo de cada uma das dimensões.

Tabela 11: Distribuição dos valores de ICC e seu intervalo de confiança segundo o teste de Kuder-Richardson 20 nas dimensões.

<b>Dimensões</b>	<b>Momento</b>	<b>alfa</b>	<b>IC 95%</b>	<b>ICC</b>
<b>Projeção do futuro</b>	antes	0,540	0,410	0,650
	depois	0,668	0,574	0,747
<b>Efeitos físicos do tabaco</b>	antes	0,417	0,250	0,557
	depois	0,311	0,115	0,478
<b>Tomada de Decisão</b>	antes	0,071	-0,243	0,316
	depois	-0,092	-0,461	0,196
<b>Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico</b>	antes	0,163	-0,073	0,363
	depois	0,267	0,060	0,442
<b>Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psíquico</b>	antes	0,317	0,086	0,497
	depois	0,212	-0,054	0,420
<b>Efeitos Psicossociais do Tabaco</b>	antes	0,386	0,202	0,538
	depois	0,377	0,191	0,531
<b>Atitudes de Autoconhecimento</b>	antes	0,399	0,228	0,544
	depois	0,435	0,273	0,571
<b>Experiências Comportamentais</b>	antes	-0,052	-0,366	0,208
	depois	0,458	0,296	0,592
<b>TOTAL</b>	antes	0,677	0,592	0,751
	depois	0,789	0,734	0,837

## 5.6.2. Programa de Intervenção “Quero Crescer Saudável”

### 5.6.2.1. Justificação do Programa

A importância e o papel da exposição tabágica ambiental para a morbidade têm sido documentados por diversos autores (Precioso, 2008; Matias, 2006; Becoña *et al.*, 2000; Pargana, 2000). Segundo a Organização Mundial de Saúde o consumo do tabaco é a epidemia que mais ameaça a saúde pública. A mortalidade provocada pelo tabaco deve aumentar na proporção de um para três nos próximos vinte anos (WHO, 1998). Cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos consome tabaco. Nos países desenvolvidos 20 a 40% das mulheres e 30 a 40% dos homens fuma, e nos países em desenvolvimento estes valores são de 2 a 10% nas mulheres e 40 a 60% nos homens (WHO, 2009).

Em Portugal o consumo de tabaco não mostra sinais de abandono nos últimos anos (Araújo, 2009; Precioso, 2008). A população fumadora com 10 ou mais anos de idade em 2005/2006 situava-se nos 19,66%. Verifica-se que o consumo de tabaco na população masculina é de 28,7% e na população feminina de 11,2%. Em termos etários, em 2005/2006, a proporção mais elevada de fumadores encontrava-se entre os 35 e 44 anos (32,7%), sendo também de salientar a proporção entre os 15 e os 24 anos que é de 24,2% (INE, 2007).

Apesar das restrições que a Lei nº 37/2007 trouxe ao consumo do tabaco em locais públicos, este consumo tem-se mantido como uma ameaça à saúde respiratória (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), 2009). Observou-se que na Europa 26% das pessoas não fumadoras são fumadores passivos em casa, enquanto em Portugal esta percentagem é de 20% (Eurobarómetro, 2010).

O hábito de fumar inicia-se principalmente na adolescência (Altet & Sánchez, 1998), entre os 12 e os 15 anos, sendo a imagem social e o fumar entre amigos, na cumplicidade adolescente, as principais causas para fumar citadas por crianças de 11 anos (Stanton *et al.*, 1993). Em Portugal, nos adolescentes, a epidemia do tabaco está a aumentar (Precioso, 2008; INE, 2007) e existe uma tendência para que o primeiro consumo se verifique em idades cada vez mais precoces (Martínez, 2004; Barrueco *et al.*, 1998, Becoña & Vázquez, 1998). Tal parece dever-se à procura do adolescente da sua identidade própria afirmando a sua imagem no seu espaço individual e de grupo, o que ocorre cada vez mais cedo (Diaz *et al.*, 1998). O consumo de tabaco está também relacionado com a sua permissividade social (Ochoa 1990), assim como o seu fácil acesso (Llamas, 1982). Este último autor refere ainda que os filhos de pais fumadores têm o dobro de probabilidade de fumar, tal como os pares fumadores influenciam o início precoce do consumo do tabaco.

Sabendo-se que é bem mais fácil prevenir o tabagismo do que conseguir que os fumadores deixem de fumar, parece ser evidente que o controlo do tabagismo deve incluir, não só o facilitar da cessação tabágica nos adultos, mas também a dissuasão dos jovens e adolescentes para o início do consumo (Altet & Sánchez, 1998).

Atualmente nas escolas há uma grande preocupação com a prevenção de drogas, sejam elas lícitas (como o caso do consumo do tabaco) ou ilícitas. No entanto, sabe-se que os jovens adolescentes possuem muitas vezes estrutura emocional com predisposições favoráveis para desenvolver uma dependência. Algumas características da fase da adolescência deixam-nos surdos aos programas de prevenção. O adolescente considera que está imune a todos os perigos existentes, pois possui uma postura onnipotente. Para os jovens os perigos reais parecem ser uma invenção dos pais e educadores para tornar a vida menos divertida. O adolescente sente-se preso ao presente, como se não houvesse passado nem futuro. Perante esta problemática, a prevenção deve iniciar-se cada vez mais cedo para prevenir o desenvolvimento de hábitos prejudiciais (Martínez, 2004). Assim, o combate ao tabagismo deve ter como alvo uma faixa etária cada vez mais alargada e mais precoce e mesmo antes da adolescência (Altet & Sánchez, 1998).

A escola constitui um espaço privilegiado para a construção e a transmissão de conhecimentos, sendo um espaço de socialização do saber, já que é um espaço onde o aluno passa uma grande parte do dia. A Unesco designa a escola como o local mais adequado para desenvolver ações preventivas, porque abrange uma grande parte da população.

Normalmente as campanhas educacionais que informam sobre os perigos dos comportamentos não saudáveis são ineficazes para alterar hábitos. Torna-se pois necessário introduzir mudanças profundas na forma de conceber e organizar uma intervenção precoce na área da saúde, dando ênfase especial não só à prevenção como à promoção da saúde como complemento da intervenção curativa posterior. Com a promoção da saúde na área do tabagismo pretende-se implementar precocemente hábitos comportamentais que estimulem a não fumar e que visem, ao mesmo tempo, o bem-estar do indivíduo (Martínez, 2004).

A criança, como já foi descrito no capítulo II, com a evolução da idade vai-se desenvolvendo, num contínuo, estando a formação das atitudes e dos hábitos associados ao seu processo de socialização. Esta inicia-se na infância, sob influência dos pais, continuando posteriormente com os amigos e com os educadores na escola (Bandura, 1997; Piaget, 1995). Durante esta socialização a criança aprende o que é correto e

incorreto, através da interiorização de regras (Vigostki, 2003; Moll, 2002). Nas crianças, a interiorização inicia-se precocemente, no entanto o respeito pelo seu cumprimento começa entre os 7 e os 9 anos (Piaget, 1932 *cit in* Biagio, 2005). É com o aumento de conhecimentos e com a aprendizagem direta (Bandura, 1997) sobre regras e valores que a criança desenvolve os hábitos de conduta (Padilla & González, 1995).

Cubero & Moreno (1995) salienta que a escola, com os programas estruturados e até mesmo com a formação não formal, é a instituição social que tem maiores repercussões nos processos de socialização da criança. A escola tem o papel de preparar a vários níveis as crianças para os desafios futuros (Moreira, 2001) procurando com intervenções preventivas e promocionais reduzir fatores de risco e desenvolver fatores protetores (Becoña, 2000). As crianças devem ser motivadas a desenvolver competências que promovam comportamentos saudáveis e futuramente resistam à pressão social. Assim, para efetuar a prevenção do tabagismo, esta deve ser estruturada de modo a efetuar sobretudo uma promoção de hábitos de vida saudáveis e, para isso, propõe-se a elaboração de um programa pedagógico de intervenção, com uma abordagem multifacetada sobre o tabaco (Servais, 1993).

#### 5.6.2.2. Conceptualização e Construção do Programa de Intervenção

O programa de intervenção intitulado “Quero Crescer Saudável” (QCS), criado e implementado na presente tese de doutoramento, pretende promover as atitudes e a aquisição de hábitos de vida saudáveis livres de tabaco. O programa foi construído com base em literatura científica na área de: hábitos saudáveis (Ferreira, 2002; Moreira, 2001; Ribeiro, 1998; Vásquez, 1998; Stroebe, 1995) desenvolvimento da criança (Biaggio, 2005; Palangana, 2001; Padilla, 1995; Piaget, 1995; Bandura, 1969) e do tabagismo (Becoña, 2006; Mackay, 2006; Ferreira-Borges, 2004; Precioso, 2001; Díaz, 1998). Foi também baseado nos programas de intervenção “Antes que seja tarde” (Servais, 1993), “Querer é Poder I” (Vitória, 2000), “Crescer a Brincar” (Moreira, 2002), “Não Fumar é que está a Dar”, “Aprende a Cuidar de Ti” (Precioso, 2001) e com base na fase piloto do próprio programa e nas experiências profissionais prévias da autora.

As atividades do programa de intervenção foram desenvolvidas no sentido de trabalhar as funções cognitivas, afetivas e comportamentais para desenvolver formas de conduta que promovessem a saúde em geral (Guerra & Lima, 2005; Servais, 2003). A componente cognitiva foi estimulada com atividades de discussão em grupo sobre estilos de vida saudáveis em geral e a nível respiratório em específico. A nível educacional foi transmitida informação geral sobre hábitos saudáveis relacionados com a alimentação, o exercício físico, o meio ambiente, e o autoconhecimento. Foi também transmitida informação sobre o tabagismo. Na componente cognitivo-comportamental foram efetuadas atividades que simulavam situações problemáticas ou de conflito com pares, sendo que a criança identificava o problema e selecionava as alternativas possíveis de resolução.

A escolha destes componentes na prevenção do tabagismo justifica-se porque o hábito de fumar é mais comum nos adolescentes pela manifestação de rebeldia e independência (Stanton *et al.*, 1993). Nesta fase os jovens, sentem-se menos competentes, com menos controlo sobre as situações, e percecionam mais a falta de apoio social (Camp *et al.*, 1993). Estes fatores aliados à necessidade que o jovem sente de ser aceite pelos pares (Precioso, 2001), à necessidade de mais atenção, e à perceção do controlo de peso e de stresse (Stanton, 1993), leva-os a consumirem tabaco.

As atividades do programa de intervenção foram programadas de forma a serem interativas, de fácil compreensão, e com componentes lúdicas para que os conteúdos fossem interiorizados e as crianças se sentissem motivadas (Hansen, 1976 *cit in* Guerra, 2005).

Após a construção inicial do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”, este foi testado a nível piloto. Este programa piloto foi aplicado, após autorização do encarregado de educação num grupo de 5 crianças do 4º ano de escolaridade que frequentavam o ATL de uma IPSS da mesma zona onde foi posteriormente feita a intervenção com o programa definitivo. Foram realizadas 10 sessões de cinquenta minutos cada, com periodicidade semanal. Cada sessão foi constituída por duas atividades. A aplicação desta intervenção piloto efetuou-se entre os meses de Abril a Junho de 2007.

Constatou-se, no âmbito deste programa piloto, que em 80% dos participantes ( $n = 4$ ) houve uma alteração positiva a nível de conhecimentos e das atitudes após a participação no programa de intervenção, em comparação com os que tinham antes da intervenção (Barreira, 2007a). Todas as cinco dimensões atitudinais tiveram algumas alterações positivas no final do programa, no entanto só a dimensão relativa à Mudança de Atitude é que teve uma alteração estatisticamente significativa ( $p < 0,041$ ).

No final de cada sessão foi efetuada uma análise crítica. Foi analisada globalmente a pertinência das atividades, e verificou-se se estas davam resposta aos objetivos definidos para cada sessão. Foi também avaliada a adequabilidade da duração da sessão. Após esta análise observou-se que algumas sessões necessitavam de aperfeiçoamento. Assim, tendo em vista o aperfeiçoamento do programa, foram alteradas três sessões relativamente ao tempo da atividade de relaxamento desenvolvida, sendo este aumentado. Foram também aumentadas duas sessões para desenvolver mais atividades sobre hábitos saudáveis. Por fim, foram efetuadas duas sessões de reforço, para relembrar os conteúdos desenvolvidos. Foi então construída a segunda versão do Programa “Quero Crescer Saudável”, considerada definitiva, com  $10 + 2 + 2 = 14$  sessões, como se pode observar na tabela 12.

Tabela 12: Alterações na construção do programa “Quero Crescer Saudável”.

<b>1ª Versão do Programa (Piloto)</b> <b>“Quero Crescer Saudável”</b>	<b>2ª Versão do Programa (Definitivo)</b> <b>“Quero Crescer Saudável”</b>
10 sessões	12 sessões (mais 2 sessões de atividades de reforço de hábitos de vida saudáveis)
Aplicado pelo investigador	Aplicado pelo investigador e por uma assistente de investigação
Sem sessões de reforço	Com duas sessões finais de reforço
Tempo de atividades de relaxamento reduzido	Aumento de tempo em três atividades de relaxamento
Formação com participação só do investigador	Participação de desportista de alta competição para comunicar a sua experiência sobre hábitos de vida saudáveis

Assim, como se pode constatar, na versão definitiva tentou reforçar-se a interiorização da aprendizagem de conteúdos e das atitudes a tomar (Vigotsky, 2003; Moll, 2002) e a formação de hábitos de vida saudáveis. No final, o programa intervenção "Quero Crescer Saudável" ficou constituído por 14 sessões (Anexo II). Esta versão definitiva do programa foi implementada no ano letivo seguinte, como será descrito na secção 5.6.5.

#### 5.6.2.3. Objetivos do Programa

No programa de intervenção "Quero Crescer Saudável" optou-se por implementar estratégias que eduquem para a aquisição de hábitos saudáveis, para evitar ou retardar o início do consumo de tabaco. Assim, este tem como objetivos específicos:

- Desenvolver atitudes e hábitos sobre o não fumar, através do conhecimento dos efeitos nocivos do tabaco;
- Promover formas de crescimento saudável partindo da experiência individual;
- Promover o conhecimento das características pessoais para gerir as próprias atitudes e valores;
- Desenvolver o conhecimento dos comportamentos que põem em risco a saúde;
- Desenvolver competências de resolução de problemas; e,
- Promover competências de assertividade.

O programa "Quero Crescer Saudável" visa assim o desenvolvimento a nível da formação sobre hábitos saudáveis, o desenvolvimento do conhecimento de si e a prevenção do tabagismo.

#### 5.6.2.4. Sessões do Programa

As sessões do programa de intervenção "Quero Crescer Saudável" foram construídas com uma função educativa baseada em três componentes fundamentais:

1. A componente informativa, transmitida de forma faseada (sessões 4, 5, 7, 11 e 12) baseou-se nos constituintes do tabaco, nos efeitos do tabaco no organismo, nos mecanismos de dependência do tabaco e na promoção de hábitos de vida saudáveis a nível físico, psicológico e psicossocial;

2. A componente da assertividade e tomada de decisão (sessões 6, 8, 10 e 13) foi orientada para a criança descobrir várias soluções possíveis para os seus problemas, adotasse decisões conscientes e resistisse à pressão dos colegas; e
3. A componente do autoconhecimento físico e emocional (sessões 2, 3, 5, 7 e 9) baseou-se na ajuda à criança na promoção de comportamentos de autocontrolo.

Na sessão 1 foi apresentado o programa “Quero Crescer Saudável” e foi aplicado o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. No final, na sessão 14 fez-se uma conclusão de todo o percurso e foi novamente aplicado o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”.

Todas as sessões foram estruturadas com base nos objetivos propostos e adequadas à idade da população alvo. Cada sessão estava estruturada em três partes:

- Fase da introdução, o investigador fazia um resumo das atividades desenvolvidas na sessão anterior e apresentava o tema e os objetivos da sessão em causa;
- Fase de desenvolvimento, fazia-se a resolução individual ou em grupo da atividade proposta e, posteriormente, em grupo alargado fazia-se a discussão do trabalho desenvolvido. Durante esta fase de desenvolvimento o investigador e a assistente de investigação ajudavam a orientar o trabalho; e
- Fase de resumo, no final o investigador fazia uma síntese do trabalho que foi desenvolvido durante a sessão.

Por exemplo, a sessão 4 “Conheço o Ar que Respiro” da componente informativa teve como objetivos identificar ambientes saudáveis a nível respiratório e conhecer a constituição química do tabaco. Para concretizar estes objetivos foram desenvolvidas duas atividades: a primeira atividade consistiu na seleção, em revistas, de imagens de ambientes saudáveis e cada criança foi convidada a expressar a razão da sua escolha. No final, cada grupo de cinco crianças construiu um cartaz com as figuras selecionadas, sendo depois feita uma exposição na sala. Na segunda atividade foi transmitida informação sobre a composição química do tabaco, sendo esclarecidas as dúvidas que surgiram. A sessão terminou com o resumo das atividades desenvolvidas.

#### 5.6.2.5. Implementação do Programa

A implementação do programa “Quero Crescer Saudável” baseou-se nas sessões programadas (Tabela 13). O programa começou a ser implementado no início do segundo período escolar do ano letivo de 2007/2008, com periodicidade semanal de 50 minutos.

Tabela 13: Calendário de implementação do programa “Quero Crescer Saudável”.

<b>Sessão</b>	<b>Mês</b>	<b>Título da Sessão</b>
1	Fevereiro	Apresentação do programa
2	Fevereiro	Quem sou eu
3	Fevereiro	Gosto de ser como sou
4	Fevereiro	Conheço o ar que respiro
5	Março	Gosto de saber
6	Março	Comando a minha vontade
7	Abril	Respiro bem
8	Abril	Sei o que quero
9	Abril	Gosto de respeitar
10	Abril	Sei escolher
11	Maio	O que vou fazer
12	Maio	Agora já sei
13	Maio	A consolidação
14	Junho	A despedida

Como já foi referido anteriormente, o programa foi aplicado pelo investigador e por uma assistente de investigação, que ajudava na orientação das atividades lúdicas, tendo sempre presente o professor da turma na sala.

Na primeira e última sessão foi preenchido o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, portanto no pré e pós-teste, respetivamente.

É de salientar que as crianças participaram ativamente e com muito entusiasmo em todas as atividades desenvolvidas.



## CAPÍTULO V - RESULTADOS



## INTRODUÇÃO

A informação recolhida através dos questionários (resultados) foi analisada e interpretada, recorrendo a métodos estatísticos. A caracterização da amostra efetuou-se por aplicação da estatística descritiva, recorrendo-se às diferentes ferramentas gráficas. A apresentação dos resultados da análise estatística dos dados iniciou-se com a caracterização sociodemográfica da amostra, de seguida fez-se a apresentação individual das afirmações do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. Posteriormente, caracterizaram-se as várias dimensões definidas na metodologia e por fim, relacionaram-se estas dimensões com as características sociodemográficas da amostra. Faz-se notar que as percentagens apresentadas foram calculadas em função do número de respostas válidas, que foi igual à dimensão da amostra em estudo. Finaliza-se este capítulo com uma análise global do programa “Quero Crescer Saudável”.

## 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Foi realizada uma análise descritiva dos dados da amostra e as variáveis sociodemográficas. A amostra deste estudo foi constituída por crianças do 4º ano de escolaridade das quais 69 pertencem ao Grupo Experimental e 62 ao Grupo de Controlo, num total de 131 sujeitos.

Relativamente ao Género (Tabela 14), verificou-se que a amostra era composta por 68 (51,9%) rapazes e 63 (48,1%) raparigas. O Grupo Experimental incluiu 36 (52,2%) rapazes e 33 (47,8%) raparigas. Do Grupo de Controlo fizeram parte 32 (51,6%) rapazes e 30 (48,4%) raparigas.

Tabela 14: Distribuição dos participantes da amostra por grupo e género.

	Género				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
Grupo	n	%	n	%	n	%
Experimental	36	52,2	33	47,8	69	51,9
Controlo	32	51,6	30	48,4	62	48,1
Total	68	51,9	63	48,1	131	100

Na distribuição dos Hábitos Tabágicos dos familiares dos participantes (Tabela 15), verificou-se que das 131 famílias, em 71 (54,2%) ninguém fuma. Fumam mais os progenitores no Grupo Controlo (n = 10; 16,1%) do que no Grupo Experimental (n = 8; 11,6%). No Grupo Controlo existem menos mães a fumar (n = 3; 4,8%) relativamente ao Grupo Experimental (n = 10; 14,5%), sendo esta diferença significativa segundo o teste qui-quadrado ( $p < 0,001$ ). Os pais fumam mais no Grupo de Controlo (n = 12; 19,4%) do que no Grupo Experimental (n = 10; 14,5%), no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 15: Distribuição dos participantes por grupo e fumadores no agregado familiar.

	<b>Grupo</b>				<b>Total</b>	
	<b>Experimental</b>		<b>Controlo</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fumadores na Família</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguém	37	53,6	34	54,8	71	54,2
Pai	10	14,5	12	19,4	22	16,8
Mãe	10	14,5	3	4,8	13	9,9
Progenitores	8	11,6	10	16,1	18	13,7
Avô	1	1,4	0	0	1	0,8
Irmão	3	4,3	3	4,8	6	4,6
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Relativamente à Situação Conjugal dos Progenitores que compõem a amostra (Tabela 16), observou-se no Grupo Experimental que 51 (73,9%) dos pais estão juntos e 18 (26,1%) estão separados. No Grupo de Controlo 45 (72,6%) dos casais coabitam e os restantes 17 (27,4%) não vivem juntos. Globalmente evidenciou-se na distribuição da Situação Conjugal dos Progenitores que estes maioritariamente (n = 96; 73,3%) estão juntos (apenas 26,7% vivem separados).

Tabela 16: Distribuição dos participantes em função da Situação Conjugal dos Progenitores.

	<b>Grupo</b>				<b>Total</b>	
	<b>Experimental</b>		<b>Controlo</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Situação Conjugal dos Progenitores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Juntos	51	73,9	45	72,6	96	73,3
Separados	18	26,1	17	27,4	35	26,7
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

A Profissão dos Progenitores dos participantes foi agrupada segundo a classificação Nacional de Profissões, das quais existem nove grupos (IEFP, 2001):

Grupo 1: Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa

Grupo 2: Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas

Grupo 3: Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio

Grupo 4: Pessoal Administrativo e Similares

Grupo 5: Pessoal de Serviços e Vendedores

Grupo 6: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas

Grupo 7: Operários, Artífices e Trabalhadores Similares

Grupo 8: Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem

Grupo 9: Trabalhadores Não Qualificados.

Como se pode observar na tabela 17, a maior frequência de progenitores do Grupo Experimental (n = 26; 20,8%) e do Grupo de Controlo (n = 28; 25,5%) exercem funções de prestação de serviços e vendedores. É de salientar nos dois grupos que não existem pais a exercer profissões relacionadas com a agricultura ou a pesca. O grupo relativo a quadros superiores foi o que teve menos trabalhadores, com 5 (4,0%) indivíduos no Grupo Experimental e 3 (2,7%) no Grupo Controlo.

Tabela 17: Distribuição dos participantes em função da Classificação das Profissões dos Progenitores.

Classificação das Profissões dos Pais	Grupo				Total	
	Experimental		Controlo		n	%
	n	%	n	%		
Grupo 1	5	4,0%	3	2,7%	8	3,4%
Grupo 2	11	8,8%	7	6,4%	18	7,7%
Grupo 3	25	20,0%	17	15,5%	42	17,9%
Grupo 4	22	17,6%	20	18,2%	42	17,9%
Grupo 5	26	20,8%	28	25,5%	54	23,0%
Grupo 6	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
Grupo 7	10	8,0%	10	9,1%	20	8,5%
Grupo 8	11	8,8%	9	8,2%	20	8,5%
Grupo 9	15	12,0%	16	14,5%	31	13,2%
<b>Total</b>	<b>125</b>		<b>110</b>		<b>235</b>	

Em síntese o Grupo Experimental tem mais participantes do género masculino (52,2%), os sujeitos deste grupo coabitam maioritariamente com os progenitores (73,9%) e a maioria (53,6%) das pessoas do agregado familiar não fumam.

O Grupo de Controlo também é constituído maioritariamente pelo género masculino (51,6%), coabitando 72,2% dos participantes com os dois progenitores e com 54,8% de familiares não fumadores.

## 2. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo descreve-se a análise dos resultados do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. Começa-se por caracterizar individualmente as afirmações/questões do questionário. De seguida, apresentam-se os resultados das oito dimensões construídas a partir do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, e finalmente faz-se a relação entre as características sociodemográficas dos participantes e as oito dimensões.

### 2.1. Caracterização do Questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”

Nesta seção representa-se estatisticamente a análise das 46 afirmações/questões do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. Apresentam-se as frequências de respostas certas e erradas entre os Grupos Experimental e Controlo, no pré e no pós-teste, e respetiva comparação estatística através do teste de Qui-Quadrado de ajustamento. Inicia-se a apresentação dos resultados com as afirmações que possuem diferença estatisticamente significativa entre o Grupo Experimental (GE) e o Grupo Controlo (GC) e/ou entre os momentos de pré-teste e pós-teste. Posteriormente são analisadas as questões que não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Verificou-se (Tabela 18) que após a implementação do programa de Intervenção “Quero Crescer Saudável” houve um aumento significativo de respostas certas do momento pré-teste para o pós-teste no GE para as afirmações 2, 6, 7, 14, 17, 18, 19, 35, 38 e 41. Esta diferença entre o pré-teste e o pós-teste não se encontra associada a qualquer diferença significativa entre o GE e o GC no pré-teste.

Nas afirmações 4, 5, 21, 23, 24, 26, 31, 32, e 36 verificou-se um aumento estatisticamente significativo de respostas certas no pós-teste do GE em relação ao pré-teste deste grupo. Porém, nestas afirmações existe também diferença estatisticamente significativa entre o GE e o GC no momento do pós-teste.

Nas afirmações 20 e 45 observou-se diferença estatisticamente significativa entre o GE e o GC tanto no momento do pré como do pós-teste. No entanto a diferença entre o GE e o GC acentuou-se no pós-teste uma vez que no GE houve também diferença significativa entre o pré e o pós-teste, por aumento de respostas certas no GE após aplicação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”.

Observou-se que nas afirmações 25, 28, 42 e 46 existe diferença estatisticamente significativa entre o GE e o GC somente no momento do pós-teste.

Na afirmação 44 verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no momento do pré-teste entre o GE e o GC, e também houve um aumento estatisticamente significativo de respostas certas no pós-teste do GE.

Tabela 18: Afirmações que revelaram mudanças estatisticamente significativas associadas com o programa “Quero Crescer Saudável”.

Afirmações	Grupo	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		p
			n	%	n	%	
2 – Fumar faz mal à saúde	Experimental	Certa	63	91,3%	69	100,0%	<b>0,031</b>
		Errada	6	8,7%	0	0	
	Controlo	Certa	61	98,4%	62	100,0%	1,000
		Errada	1	1,6%	0	0%	
	<i>p</i>			0,119		n.a.	
4 – Sou capaz de explicar aos outros porque faz mal fumar	Experimental	Certa	45	65,2%	69	100%	<b>0,001</b>
		Errada	24	34,8%	0	0%	
	Controlo	Certa	43	69,4%	43	69,4%	1,000
		Errada	19	30,6%	19	30,6%	
	<i>p</i>			0,615		<b>0,001</b>	
5 – É fácil deixar de fumar	Experimental	Certa	40	58%	62	89,9%	<b>0,001</b>
		Errada	29	42%	7	10,1%	
	Controlo	Certa	38	61,3%	43	69,4%	0,063
		Errada	24	38,7%	19	30,6%	
	<i>p</i>			0,699		<b>0,003</b>	
6 – Fumar faz as pessoas sentirem-se bem	Experimental	Certa	55	79,7%	66	95,7%	<b>0,003</b>
		Errada	14	20,3%	3	4,3%	
	Controlo	Certa	56	90,3%	56	90,3%	1,000
		Errada	6	9,7%	6	9,7%	
	<i>p</i>			0,092		0,229	
7 – Fumar ajuda-me a fazer amigos	Experimental	Certa	59	85,5%	66	95,7%	<b>0,039</b>
		Errada	10	14,5%	3	4,3%	
	Controlo	Certa	57	91,9%	57	91,9%	1,000
		Errada	5	8,1%	5	8,1%	
	<i>p</i>			0,249		0,375	
14 – Quando tenho um problema, consigo falar dele com uma pessoa adulta	Experimental	Certa	53	76,8%	65	94,2%	<b>0,008</b>
		Errada	16	23,2%	4	5,8%	
	Controlo	Certa	54	87,1%	53	85,5%	1,000
		Errada	8	12,9%	9	14,5%	
	<i>p</i>			0,129		0,096	
17 – Quando estou chateado consigo fazer qualquer coisa para me distrair	Experimental	Certa	46	66,7%	59	85,5%	<b>0,004</b>
		Errada	23	33,3%	10	14,5%	
	Controlo	Certa	48	77,4%	49	79,0%	1,000
		Errada	14	22,6%	13	21,0%	
	<i>p</i>			0,172		0,331	
18 – Se não tenho amigos à minha volta, consigo arranjar coisas para me ocupar	Experimental	Certa	37	53,6%	52	75,4%	<b>0,001</b>
		Errada	32	46,4%	17	24,6%	
	Controlo	Certa	40	64,5%	41	66,1%	1,000
		Errada	22	35,5%	21	33,9%	
	<i>p</i>			0,206		0,245	
19 – O exercício físico ajuda-me a crescer mais forte	Experimental	Certa	62	89,9%	69	100%	<b>0,016</b>
		Errada	7	10,1%	0	0%	
	Controlo	Certa	59	95,2%	59	95,2%	1,000
		Errada	3	4,8%	3	4,8%	
	<i>p</i>			0,332		0,103	
20 – Fumar é um mau hábito	Experimental	Certa	47	68,1%	67	97,1%	<b>0,001</b>
		Errada	22	31,9%	2	2,9%	
	Controlo	Certa	52	83,9%	52	83,9%	1,000
		Errada	10	16,1%	10	16,1%	
	<i>p</i>			<b>0,036</b>		<b>0,009</b>	

Tabela 18 (Continuação): Afirmações que revelaram mudanças estatisticamente significativas associadas com o programa “Quero Crescer Saudável”.

Afirmações	Grupo	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		p	
			n	%	n	%		
21 – Fumar é uma forma má de gastar dinheiro	Experimental	Certa	53	76.8%	69	100%	<b>0.001</b>	
		Errada	16	23.2%	0	0%		
	Controlo	Certa	55	88.7%	55	88.7%		1.000
		Errada	7	11.3%	7	11.3%		
	<i>p</i>			0.074		<b>0.004</b>		
23 – Os bons desportistas não fumam	Experimental	Certa	57	82.6%	68	98.6%	<b>0.001</b>	
		Errada	12	17.4%	1	1.4%		
	Controlo	Certa	54	87.1%	53	85.5%		1.000
		Errada	8	12.9%	9	14.5%		
	<i>p</i>			0.476		<b>0.006</b>		
24 – Quando for adolescente, se quiser consigo não fumar	Experimental	Certa	56	81.2%	68	98.6%	<b>0.001</b>	
		Errada	13	18.8%	1	1.4%		
	Controlo	Certa	52	83.9	51	82.3%		1.000
		Errada	10	16.1	11	17.7%		
	<i>p</i>			0.684		<b>0.001</b>		
25 – Se os meus amigos fazem uma coisa que eu acho mal, consigo dizer não	Experimental	Certa	63	91.3%	68	98.6%	0.125	
		Errada	6	8.7%	1	1.4%		
	Controlo	Certa	58	93.5%	56	90.3%		0.500
		Errada	4	6.5%	6	9.7%		
	<i>p</i>			0.748		<b>0.042</b>		
26 – Fumar é normal	Experimental	Certa	54	78.3%	67	97.1%	<b>0.001</b>	
		Errada	15	21.7%	2	2.9%		
	Controlo	Certa	45	72.6	45	72.6		1.000
		Errada	17	27.4	17	27.4%		
	<i>p</i>			0.450		<b>0.001</b>		
28 – Quando for adolescente se fumar consigo resolver melhor os meus problemas	Experimental	Certa	64	92.8%	69	100%	0.063	
		Errada	5	7.2%	0	0%		
	Controlo	Certa	56	90.3%	54	87.1%		0.500
		Errada	6	9.7%	8	12.9%		
	<i>p</i>			0.616		<b>0.002</b>		
31 – As pessoas que fumam não correm tão rápido	Experimental	Certa	56	81.2%	67	97.1%	<b>0.001</b>	
		Errada	13	18.8%	2	2.9%		
	Controlo	Certa	46	74.2%	43	69.4%		0.250
		Errada	16	25.8%	19	30.6%		
	<i>p</i>			0.338		<b>0.001</b>		
32 – São poucas as pessoas que fumam	Experimental	Certa	11	15.9%	44	63.8%	<b>0.001</b>	
		Errada	58	84.1%	25	36.2%		
	Controlo	Certa	8	12.9%	9	14.5%		1.000
		Errada	54	87.1%	53	85.5%		
	<i>p</i>			0.622		<b>0.001</b>		
35 – Posso dizer o que penso e sinto sem magoar os outros	Experimental	Certa	55	79.7%	63	91.3%	<b>0.039</b>	
		Errada	14	20.3%	6	8.7%		
	Controlo	Certa	55	88.7%	54	87.1%		1.000
		Errada	7	11.3%	8	12.9%		
	<i>p</i>			0.161		0.436		
36 – Quase toda a gente fuma	Experimental	Certa	16	23.2%	33	47.8%	<b>0.005</b>	
		Errada	53	76.8%	36	52.2%		
	Controlo	Certa	17	27.4%	16	25.8%		1.000
		Errada	45	72.6%	46	74.2%		
	<i>p</i>			0.578		<b>0.009</b>		

Tabela 18 (Continuação): Afirmações que revelaram mudanças estatisticamente significativas associadas com o programa “Quero Crescer Saudável”.

Afirmações	Grupo	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		p	
			n	%	n	%		
38 – As pessoas que fumam ficam mais vezes doentes	Experimental	Certa	58	84.1%	67	97.1%	<b>0.012</b>	
		Errada	11	15.9%	2	2.9%		
	Controlo	Certa	57	91.9%	57	91.9%	1.000	
		Errada	5	8.1%	5	8.1%		
	<i>p</i>			0.169		0.255		
	41 – Se não fumar sou mais saudável	Experimental	Certa	58	84.1%	66	95.7%	<b>0.021</b>
Errada			11	15.9%	3	4.3%		
Controlo		Certa	54	87.1%	55	88.7%	1.000	
		Errada	8	12.9%	7	11.3%		
<i>p</i>			0.622		0.190			
42 – É preciso fumar para saber que o tabaco faz mal à saúde		Experimental	Certa	62	89.9%	65	94.2%	0.375
	Errada		7	10.1%	4	5.8%		
	Controlo	Certa	48	77.4%	48	77.4%	1.000	
		Errada	14	22.6%	14	22.6%		
	<i>p</i>			0.053		<b>0.005</b>		
	44 – Consigo pensar de forma diferente das outras crianças	Experimental	Certa	41	59.4%	59	85.5%	<b>0.001</b>
Errada			28	40.6%	10	14.5%		
Controlo		Certa	48	77.4%	45	72.6%	0.250	
		Errada	14	22.6%	17	27.4%		
<i>p</i>			<b>0.028</b>		0.068			
45 – Um cigarro por dia não faz mal nenhum		Experimental	Certa	54	78.3%	63	91.3%	<b>0.035</b>
	Errada		15	21.7%	6	8.7%		
	Controlo	Certa	38	61.3%	37	59.7%	1.000	
		Errada	24	38.7%	25	40.3%		
	<i>p</i>			<b>0.034</b>		<b>0.001</b>		
	46 – Quando for adolescente, se os meus amigos fumarem eu também vou fumar	Experimental	Certa	64	92.8	68	98.6%	0.125
Errada			5	7.2%	1	1.4%		
Controlo		Certa	55	88.7%	55	88.7%	1.000	
		Errada	7	11.3%	7	11.3%		
<i>p</i>			0.423		<b>0.026</b>			

Na análise (Tabela 19) das afirmações 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 22, 27, 29, 30, 33, 34, 37, 39, 40 e 43 não se verificou diferença estatisticamente significativa em nenhum momento, nem entre o GE e o GC, nem entre o pré e o pós-teste. Curiosamente, verifica-se que as afirmações que apresentavam diferenças significativas o número de respostas certas no GE no pré-teste era sempre < 92,8% e na maioria dos casos era bem inferior a este número. Em contraste, as afirmações que não apresentavam diferenças significativas, o número de respostas certas no pré-teste foi sempre > 92,8%, o que pode sugerir que estas perguntas correspondem a conteúdos já adquiridos antes da implementação do programa “Quero Crescer Saudável”.

É de notar que a maioria (n = 26; 56%) das 46 afirmações apresentou alguma significância estatística relevante (entre o GE e o GC e/ou entre o pré teste e o pós

teste). Existem porém um expressivo número de questões ( $n = 20$ ; 43,5%) que não apresentaram nenhuma significância estatística como se pode observar na tabela 19.

Tabela 19: Afirmações que não revelaram diferenças significativas associadas à aplicação do programa “Quero Crescer Saudável”.

Afirmações	Grupo	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		<i>p</i>
			n	%	n	%	
1 – Quando for adolescente quero ser uma pessoa saudável	Experimental	Certa	69	100,0%	69	100,0%	n.a.
		Errada	0	0%	0	0%	
	Controlo	Certa	62	100,0%	62	100,0%	n.a.
		Errada	0	0%	0	0%	
<i>p</i>			n.a.		n.a.		
3 – Estar numa sala cheia de fumo faz mal à saúde de todas as pessoas	Experimental	Certa	66	95.7%	69	100%	0.250
		Errada	3	4.3%	0	0%	
	Controlo	Certa	60	96.8%	60	96.8%	1.000
		Errada	2	3.2%	2	3.2%	
<i>p</i>			1.000		0.222		
8 – Passear ao ar livre é bom para os meus pulmões	Experimental	Certa	68	98.6%	68	98.6%	1.000
		Errada	1	1.4%	1	1.4%	
	Controlo	Certa	59	95.2%	58	93.5%	1.000
		Errada	3	4.8%	4	6.5%	
<i>p</i>			0.344		0.189		
9 – A minha saúde é mais importante que fumar	Experimental	Certa	67	97.1%	69	100%	0.500
		Errada	2	2.9%	0	0%	
	Controlo	Certa	58	93.5%	59	95.2%	1.000
		Errada	4	6.5%	3	4.8%	
<i>p</i>			0.421		0.103		
10 – Quando for adolescente se me oferecerem um cigarro vou conseguir dizer não	Experimental	Certa	66	95.7%	67	97.1%	1.000
		Errada	3	4.3%	2	2.9%	
	Controlo	Certa	57	91.9%	57	91.9%	1.000
		Errada	5	8.1%	5	8.1%	
<i>p</i>			0.475		0.255		
11 – Penso fumar quando for adolescente	Experimental	Certa	67	97.1%	68	98.6%	1.000
		Errada	2	2.9%	1	1.4%	
	Controlo	Certa	58	93.5%	58	93.5%	1.000
		Errada	4	6.5%	4	6.5%	
<i>p</i>			0.421		0.189		
12 – Gosto de mim como sou	Experimental	Certa	68	98.6%	68	98.6%	1.000
		Errada	1	1.4%	1	1.4%	
	Controlo	Certa	62	100%	62	100%	n.a.
		Errada	0	0%	0	%	
<i>p</i>			1.000		1.000		
13 – O fumo do tabaco faz mal aos meus pulmões	Experimental	Certa	64	92.8%	68	98.6%	0.125
		Errada	5	7.2%	1	1.4%	
	Controlo	Certa	61	98.4%	61	98.4%	1.000
		Errada	1	1.6%	1	1.6%	
<i>p</i>			0.212		1.000		

Tabela 19 (continuação): Afirmações que não revelaram diferenças significativas associadas à aplicação do programa “Quero Crescer Saudável”.

Afirmações	Grupo	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		<i>p</i>
			n	%	n	%	
15 – O exercício físico faz-me sentir bem	Experimental	Certa	68	98.6%	68	98.6%	1.000
		Errada	1	1.4%	1	1.4%	
	Controlo	Certa	59	95.2%	59	95.2%	
		Errada	3	4.8%	3	4.8%	
	<i>p</i>			0.344		0.344	
16 – Quando for adulto como os meus pais, vou fumar	Experimental	Certa	67	97.1%	67	97.1%	1.000
		Errada	2	2.9%	2	2.9%	
	Controlo	Certa	59	95.2%	58	93.5%	
		Errada	3	4.8%	4	6.5%	
	<i>p</i>			0.667		0.421	
22 – O fumo do cigarro polui o ambiente	Experimental	Certa	68	98.6%	69	100%	1.000
		Errada	1	1.4%	0	0%	
	Controlo	Certa	60	96.8%	59	95.2%	
		Errada	2	3.2%	3	4.8%	
	<i>p</i>			0.603		0.103	
27 – Se fumar fico mais depressa adulto	Experimental	Certa	65	94.2%	67	97.1%	0.625
		Errada	4	5.8%	2	2.9%	
	Controlo	Certa	59	95.2%	57	91.9%	
		Errada	3	4.8%	5	8.1%	
	<i>p</i>			1.000		0.189	
29 – Se fumar sou uma pessoa mais forte	Experimental	Certa	63	91.3%	66	95.7%	0.250
		Errada	6	8.7%	3	4.3%	
	Controlo	Certa	59	95.2%	58	93.5%	
		Errada	3	4.8%	4	6.5%	
	<i>p</i>			0.498		0.707	
30 – Se fumam ao meu lado devo conseguir afastar-me dessa pessoa quando fuma	Experimental	Certa	64	92.8%	66	95.7%	0.625
		Errada	5	7.2%	3	4.3%	
	Controlo	Certa	56	90.3%	56	90.3%	
		Errada	6	9.7%	6	9.7%	
	<i>p</i>			0.616		0.306	
33 – Para nunca fumar é melhor não começar	Experimental	Certa	64	92.8%	67	97.1%	0.250
		Errada	5	7.2%	2	2.9%	
	Controlo	Certa	56	90.3%	56	90.3%	
		Errada	6	9.7%	6	9.7%	
	<i>p</i>			0.616		0.148	
34 – Eu sou responsável pelas minhas escolhas	Experimental	Certa	65	94.2%	65	94.2%	1.000
		Errada	4	5.8%	4	5.8%	
	Controlo	Certa	58	93.5%	56	90.3%	
		Errada	4	6.5%	6	9.7%	
	<i>p</i>			1.000		0.516	
37 – Eu sei cuidar do meu corpo para ser uma pessoa saudável	Experimental	Certa	66	95.7%	69	100%	0.250
		Errada	3	4.3%	0	0%	
	Controlo	Certa	60	96.8%	59	95.2%	
		Errada	2	3.2%	3	4.8%	
	<i>p</i>			1.000		0.103	

Tabela 19 (continuação): Afirmações que não revelaram diferenças significativas associadas à aplicação do programa “Quero Crescer Saudável”.

Afirmações	Grupo	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		p	
			n	%	n	%		
39 – O ar junto das florestas é bom para as pessoas respirarem	Experimental	Certa	65	94.2%	67	97.1%	0.625	
		Errada	4	5.8%	2	2.9%		
	Controlo	Certa	56	90.3%	57	91.9%		
		Errada	6	9.7%	5	8.1%		
	<i>p</i>			0.516		0.255		
	<hr/>							
40 – As regras da escola e de casa são para cumprir	Experimental	Certa	69	100%	69	100%	n.a.	
		Errada	0	0%	0	0%		
	Controlo	Certa	61	98.4%	61	98.4%		
		Errada	1	1.6%	1	1.6%		
	<i>p</i>			0.473		0.290		
	<hr/>							
43 – Quando estou triste, se falar com um amigo, fico melhor	Experimental	Certa	65	94.2%	69	100%	0.125	
		Errada	4	5.8%	0	0%		
	Controlo	Certa	60	96.8%	61	98.4%		
		Errada	2	3.2%	1	1.6%		
	<i>p</i>			0.683		0.473		

Como se verificou há 20 afirmações em que não se encontrou diferença significativa sobre o total das 46 afirmações, ou seja 43,5% não se diferenciaram nos grupos nem nos momentos de avaliação.

Após esta análise individual das afirmações, procedeu-se à análise das oito dimensões referidas anteriormente no capítulo IV.

## 2.2. Caracterização das Dimensões

Como foi referido construíram-se as oito dimensões: Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico, Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico, Atitudes de Autoconhecimento, Efeitos Físicos do Tabaco, Efeitos Psicossociais do Tabaco, Experiências Comportamentais, Tomada de Decisão e Projeção do Futuro.

Nas diferentes dimensões foram realizadas dois tipos de análises: uma primeira análise de tipo horizontal, que consiste em testar as diferenças entre grupo pré-teste *versus* pós-teste, a nível intra-grupo, no Grupo Experimental e no Grupo Controlo; e uma segunda análise, de tipo vertical, a nível inter-grupos, sendo feita a comparação do Grupo Experimental *versus* Grupo Controlo, tanto no pré-teste como no pós-teste (ver *design* no Capítulo IV).

Como se pode ver (Figuras 4 a 11 e tabelas 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34), todas as dimensões apresentam evolução favorável no GE, com a percentagem de respostas certas a ser significativamente superior no pós-teste comparativamente ao pré-teste. Em nenhuma das dimensões se observou qualquer variação estatisticamente significativa no GC no pós-teste comparativamente ao pré-teste.

### Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico

Ao analisar intra-grupos a dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico (Fig. 4; Tabela 20), verificou-se diferença significativa ( $p < 0,001$ ) no Grupo Experimental, entre o número de respostas certas depois do programa de intervenção ( $n = 544$ ; 98,6%) e o pré-teste ( $n = 511$ ; 92,6%). O Grupo Controlo no pré-teste e no pós-teste obteve o mesmo número de respostas certas ( $n = 459$ ; 98,6%).

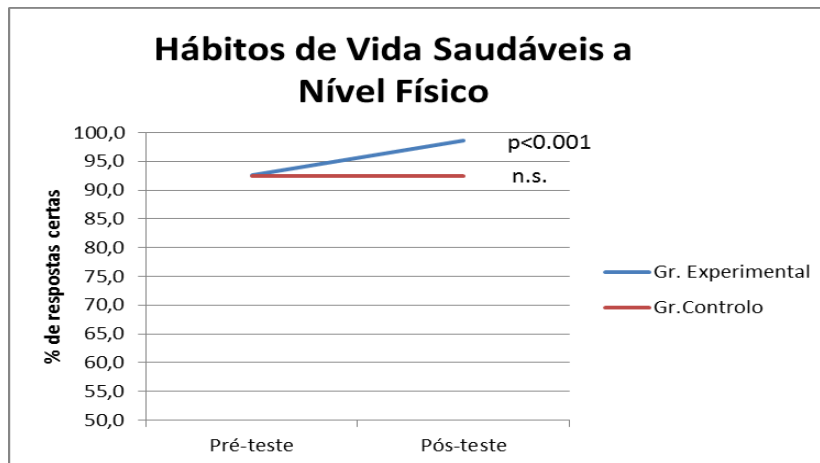


Figura 4: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 20: Frequências das respostas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Resposta	Momento				p
			Pré-teste		Pós-teste		
			n	%	n	%	
Hábitos de vida saudáveis a nível físico	Experimental	Certo	511	92,6%	544	98,6%	<0,001
		Errado	41	7,4%	8	1,4%	
		Total	552	100,0%	552	100,0%	
	Controlo	Certo	459	92,5%	459	92,5%	1,000
		Errado	37	7,5%	37	7,5%	
		Total	496	100,0%	496	100,0%	

Também na análise de médias da dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico, se observou (Tabela 21) diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre a média de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 7,9$ ) e do Grupo Controlo ( $M = 7,4$ ) após implementação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”. No momento de pré-teste não se verificou diferença significativa ( $p = 0,850$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 7,4$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 7,4$ ).

No Grupo Experimental observou-se um aumento significativo ( $p < 0,001$ ) da média de respostas corretas ( $M$  de 7,4 para 7,9) após o programa de intervenção QCS. O Grupo Controlo não apresentou diferença entre médias, nos dois momentos de aplicação do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”.

Tabela 21: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Grupo				p**
		Experimental		Controlo		
		M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico	Pré-teste	7,4 ( $\pm$ 0,8)	8 <sup>b</sup> (7-8)	7,4 ( $\pm$ 0,8)	8 (7-8)	0,850
	Pós-teste	7,9 ( $\pm$ 0,3)	8 <sup>aA</sup> (8-8)	7,4 ( $\pm$ 0,8)	8 <sup>B</sup> (7-8)	<0,001
	p*	<0,001		0,953		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste *t* de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste *U* de Mann-Whitney.

Na análise individual das questões encontraram-se diferenças significativas nas questões, 19, 23 e 41.

### Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico

Relativamente à dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico (Fig.5; Tabela 22) observou-se que nos participantes do Grupo Experimental o número de respostas certas no pós-teste (n = 180; 87,0%) foi superior ao momento de pré-teste (n = 148; 71,5%) existindo pois diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre a média de respostas certas. No Grupo Controlo o pós-teste (n = 151; 81,2%) tem marginalmente mais respostas certas que no pré-teste (n = 148; 79,6%), não sendo esta diferença significativa ( $p < 0,569$ ).

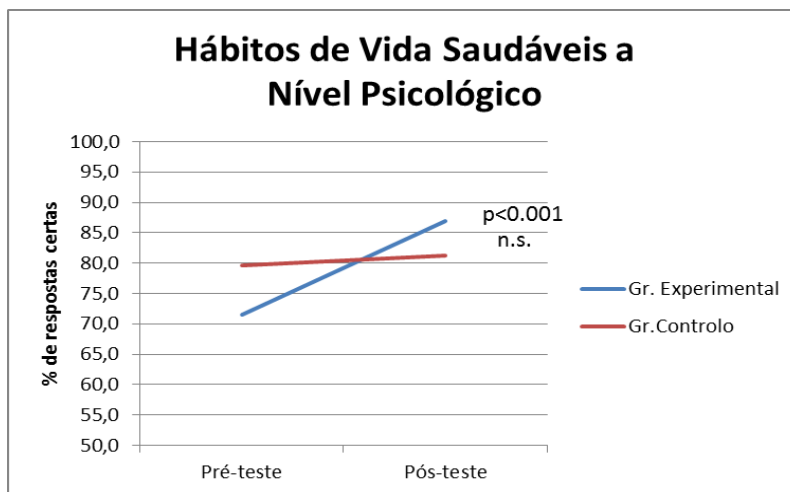


Figura 5: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 22: Frequências das respostas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico nos grupos Experimental e Controlo.

		Grupo	Resposta	Momento				<i>p</i>
				Pré-teste		Pós-teste		
				n	%	n	%	
Hábitos de vida saudáveis a nível psicológico	Experimental	Certo	148	71,5%	180	87,0%	<0,001	
		Errado	59	28,5%	27	13,0%		
		<b>Total</b>	207	100,0%	207	100,0%		
	Controlo	Certo	148	79,6%	151	81,2%	0,569	
		Errado	38	20,4%	35	18,8%		
		<b>Total</b>	186	100,0%	186	100,0%		

Na análise horizontal da dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico (Tabela 23), não se verificou diferença significativa ( $p < 0,194$ ) entre a média de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 2,6$ ), e do Grupo Controlo ( $M = 2,4$ ) no segundo momento da aplicação do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. No momento de pré-teste também não se verificou diferença significativa ( $p = 0,071$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 2,1$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 2,4$ ).

Verificou-se um aumento significativo ( $p < 0,001$ ) das médias (de 2,1 para 2,6) no Grupo Experimental após o programa de intervenção QCS. No Grupo Controlo a média manteve-se constante (2,4) nos momentos pré e pós-teste.

Tabela 23: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico nos grupos Experimental e Controlo.

		Grupo				<i>p</i> **
		Experimental		Controlo		
Dimensão	Momento	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	
Hábitos de vida saudáveis a nível psíquico	Pré-teste	2,1 ( $\pm$ 0,8)	2 <sup>b</sup> (2-3)	2,4 ( $\pm$ 0,8)	3 (2-3)	0,071
	Pós-teste	2,6 ( $\pm$ 0,6)	3 <sup>a</sup> (2-3)	2,4 ( $\pm$ 0,7)	3 (2-3)	0,194
	<i>p</i> *	<0,001		0,414		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste *t* de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste *U* de Mann-Whitney.

A dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico apresentou diferenças significativas nas questões 17 e 18.

### Dimensão Atitudes de Autoconhecimento

A análise intra-grupos da dimensão Atitudes de Autoconhecimento (Fig. 6; Tabela 24), revelou-se diferença significativa ( $p < 0,001$ ) nas respostas certas do Grupo Experimental com número superior no pós-teste ( $n = 463$ ; 95,9%) relativamente ao pré-teste ( $n = 388$ ; 80,3%). O Grupo Controlo no pós-teste ( $n = 370$ ; 85,3%) obteve menos respostas certas que no pré-teste ( $n = 378$ ; 87,1%), no entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,290$ ).

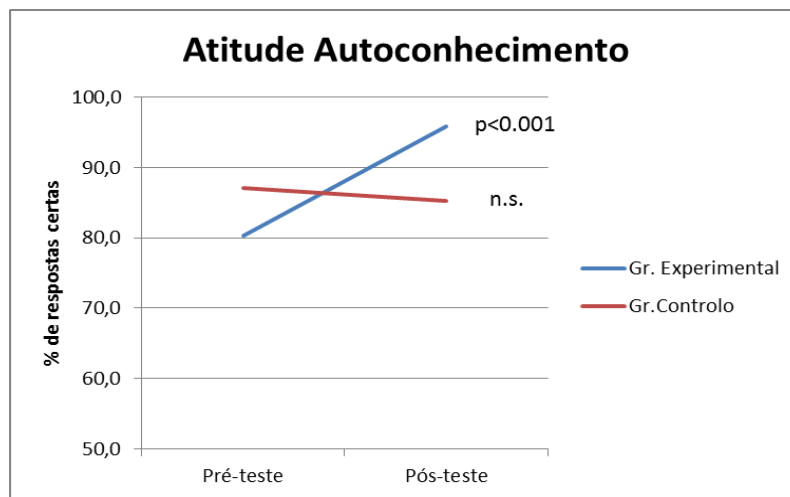


Figura 6: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 24: Frequências, das respostas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Resposta	Momento				<i>p</i>
			Pré-teste		Pós-teste		
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Atitudes Autoconhecimento	Experimental	Certo	388	80,3%	463	95,9%	<0,001
		Errado	95	19,7%	20	4,1%	
		<b>Total</b>	483	100,0%	483	100,0%	
	Controlo	Certo	378	87,1%	370	85,3%	0,290
		Errado	56	12,9%	64	14,7%	
		<b>Total</b>	434	100,0%	434	100,0%	

Ainda na análise da dimensão Atitudes de Autoconhecimento (Tabela 25), verificou-se uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre a média de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 6,7$ ), e a do Grupo Controlo ( $M = 6,0$ ) na segunda aplicação do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. No momento de pré-teste também se observou diferença significativa ( $p = 0,008$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 5,6$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 6,1$ ).

Em análise intra-grupos observou-se no Grupo Experimental um aumento significativo ( $p < 0,001$ ) da média de respostas corretas (de 5,6 para 6,7) após o programa de intervenção QCS. No Grupo Controlo houve uma ligeira diminuição, não significativa ( $p = 0,070$ ) da média de respostas corretas (de 6,1 para 6,0).

Tabela 25: Média, mediana e percentis de respostas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Grupo		M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	$p^{**}$
		Experimental	Controlo			
Atitudes de Autoconhecimento	Pré-teste	5,6 ( $\pm$ 1,2)	6 <sup>bb</sup> (5-6)	6,1 ( $\pm$ 1,1)	6 <sup>A</sup> (6-7)	0,008
	Pós-teste	6,7 ( $\pm$ 0,5)	7 <sup>aA</sup> (6,5-7)	6,0 ( $\pm$ 1,1)	6 <sup>B</sup> (5-7)	<0,001
	$p^*$	<0,001		0,070		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste t de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste U de Mann-Whitney.

Estas diferenças significativas da dimensão Atitudes de Autoconhecimento observaram-se individualmente nas questões, 4, 14 e 44.

### Dimensão Efeitos Físicos do Tabaco

Quanto à dimensão Efeitos Físicos do Tabaco (Fig.7; Tabela 26), observou-se na análise antes e após o programa de intervenção, diferença significativa ( $p < 0,001$ ) no Grupo Experimental, sendo os valores do pós-teste ( $n = 472$ ; 97,7%) superiores ao pré-teste

(n = 429; 88,8%). O Grupo Controlo no pós-teste (n = 379; 87,3%) obteve menos respostas certas que no pré-teste (n = 383; 88,2%), não sendo esta diferença significativa ( $p = 0,553$ ).

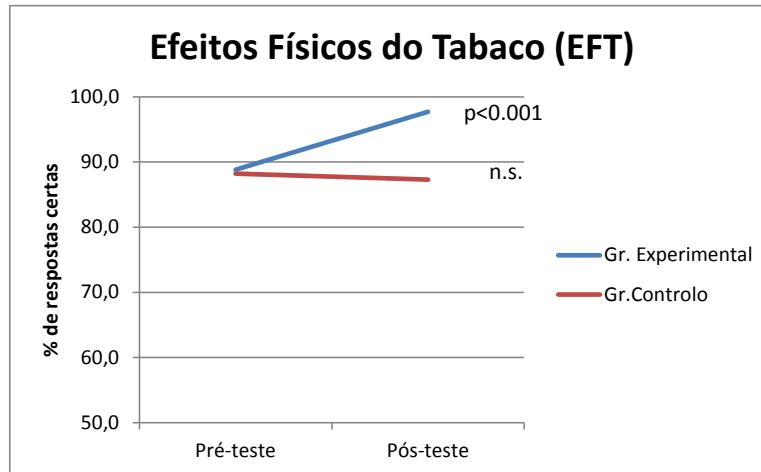


Figura 7: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 26: Frequências das respostas na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Respostas	Momento				<i>p</i>
			Pré-teste		Pós-teste		
			n	%	n	%	
Efeitos físicos do tabaco	Experimental	Certa	429	88,8%	472	97,7%	<0,001
		Errada	54	11,2%	11	2,3%	
		Total	483	100,0%	483	100,0%	
	Controlo	Certa	383	88,2%	379	87,3%	0,553
		Errada	51	11,8%	55	12,7%	
		Total	434	100,0%	434	100,0%	

Ainda na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco, verificou-se (Tabela 27) diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre as médias de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 6,8$ ), e do Grupo Controlo ( $M = 6,1$ ) no momento pós-teste, advindas da implementação do programa “Quero Crescer Saudável”. No momento pré-teste não se

verificou diferença significativa ( $p = 0,419$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 6,2$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 6,2$ ).

Numa análise intra-grupos, o Grupo Experimental, apresentou um aumento significativo ( $p < 0,001$ ) de respostas corretas no pós-teste (de 6,2 para 6,8). Relativamente ao Grupo Controlo, apresentou diminuição de respostas corretas no pós-teste (de 6,2 para 6,1), não sendo esta diferença significativa ( $p = 0,285$ ).

Tabela 27: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Grupo				$p^{**}$
		Experimental		Controlo		
		M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	
Efeitos Físicos do Tabaco	Pré-teste	6,2 ( $\pm$ 1,1)	6 <sup>b</sup> (6-7)	6,2 ( $\pm$ 0,9)	6 (6-7)	0,419
	Pós-teste	6,8 ( $\pm$ 0,4)	7 <sup>aA</sup> (7-7)	6,1 ( $\pm$ 0,9)	6 <sup>B</sup> (6-7)	<0,001
$p^*$		<0,001		0,285		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste  $t$  de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste  $U$  de Mann-Whitney.

Como se pode verificar no anexo VIII estas diferenças resultam da variação observada nas questões 2, 31, 38 e 45 da dimensão Efeitos Físicos do Tabaco.

### Dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco

Na análise de tipo inter-grupos da dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco, (Fig. 8; Tabela 28), verificou-se diferença ( $p < 0,001$ ) no Grupo Experimental, o qual apresentou mais respostas certas no pós-teste ( $n = 327$ ; 94,8%) do que no pré-teste ( $n = 296$ ; 85,8%). O Grupo Controlo, no momento de pós-teste ( $n = 281$ ; 90,6%) obteve menos respostas certas que no momento de pré-teste ( $n = 283$ ; 91,3%), não sendo esta diferença significativa.

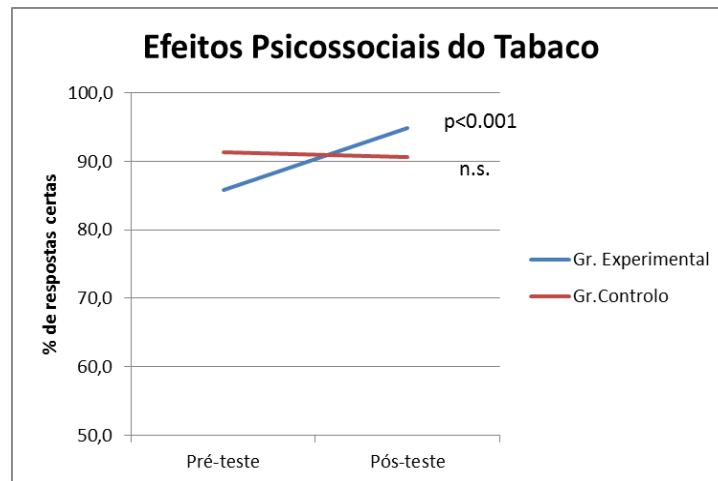


Figura 8: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 28: Frequências das respostas na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Resposta	Momento				p
			Pré-teste		Pós-teste		
			n	%	n	%	
Efeitos psicossociais do tabaco	Experimental	Certo	296	85,8%	327	94,8%	<0,001
		Errado	49	14,2%	18	5,2%	
		<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,0%</b>	<b>345</b>	<b>100,0%</b>	
	Controlo	Certo	283	91,3%	281	90,6%	0,677
		Errado	27	8,7%	29	9,4%	
		<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100,0%</b>	<b>310</b>	<b>100,0%</b>	

Na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco (Tabela 29), a média das respostas do pós-teste não apresentou diferenças significativas ( $p = 0,295$ ) nos dois grupos em estudo, apesar de no Grupo Experimental se terem verificado mais respostas certas ( $M = 4,7$ ), do que no Grupo Controlo ( $M = 4,5$ ). No entanto, no momento do pré-teste existia uma diferença significativa ( $p = 0,025$ ) entre as médias do Grupo Experimental ( $M = 4,3$ ) e as do Grupo Controlo ( $M = 4,6$ ).

Da análise intra-grupos das médias de respostas certas nesta dimensão observou-se que no Grupo Experimental é significativo ( $p < 0,001$ ) o aumento de respostas corretas (de 4,3 para 4,7) após o programa de intervenção. No Grupo Controlo observou-se diminuição de respostas corretas (de 4,6 para 4,5), sem variação estatisticamente significativa ( $p = 0,295$ ).

Tabela 29: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Grupo				p**
		Experimental		Controlo		
		M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	
Efeitos psicossociais do tabaco	Pré-teste	4,3 ( $\pm$ 0,9)	5 <sup>bB</sup> (4-5)	4,6 ( $\pm$ 0,8)	5 <sup>A</sup> (4-5)	0,025
	Pós-teste	4,7 ( $\pm$ 0,5)	5 <sup>a</sup> (5-5)	4,5 ( $\pm$ 0,8)	5 (4-5)	0,295
	<i>p</i> *	<0,001		0,317		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste t de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste U de Mann-Whitney.

Ainda no que se refere à dimensão Efeitos Psicossociais do Tabaco, as questões 6 e 7 apresentaram diferenças significativas.

### Dimensão Experiências Comportamentais

Na análise de tipo intra-grupo (a nível horizontal) da dimensão Experiências Comportamentais (Fig. 9; Tabela 30), verificou-se que o Grupo Experimental apresentou um número significativamente ( $p < 0,001$ ) superior de respostas certas depois (n = 276; 80,0%) do programa de intervenção relativamente ao pré-teste (n = 190; 55,1%). No Grupo Controlo o pré-teste apresentou resultados iguais ao pós-teste (n = 170; 54,8%).

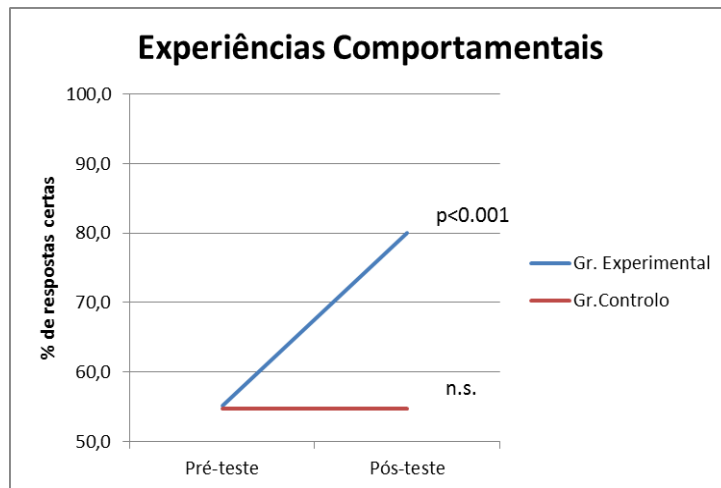


Figura 9: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Experiências Comportamentais nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 30: Frequências das respostas na dimensão Experiências Comportamentais nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Resposta	Momento				<i>p</i>
			Pré-teste		Pós-teste		
			n	%	n	%	
Experiências Comportamentais	Experimental	Certa	190	55,1%	276	80,0%	<0,001
		Errada	155	44,9%	69	20,0%	
		<b>Total</b>	345	100,0%	345	100,0%	
	Controlo	Certa	170	54,8%	170	54,8%	1,000
		Errada	140	45,2%	140	45,2%	
		<b>Total</b>	310	100,0%	310	100,0%	

Na análise horizontal da dimensão Experiências Comportamentais (Tabela 31), verificou-se diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre a média de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 4,0$ ), e as do Grupo Controlo ( $M = 2,7$ ) após aplicação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”. No momento de pré-teste não se verificou diferença significativa ( $p = 0,995$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 2,8$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 2,7$ ).

Numa análise vertical, observou-se uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) no Grupo Experimental com a média de respostas certas maior após (de 2,8 para 4,0) o programa de intervenção enquanto no Grupo Controlo esta média se mantém (2,7).

Tabela 31: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Experiências Comportamentais nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Grupo				$p^{**}$
		Experimental		Controlo		
		M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	
Experiências	Pré-teste	2,8 ( $\pm$ 0,8)	3 <sup>b</sup> (2-3)	2,7 ( $\pm$ 1)	3 (2-3)	0,955
Comportamentais	Pós-teste	4,0 ( $\pm$ 0,9)	4 <sup>aA</sup> (3-5)	2,7 ( $\pm$ 1)	3 <sup>B</sup> (2-3)	<0,001
	$p^*$		<0,001		1,000	

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste t de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste U de Mann-Whitney.

Nesta dimensão, as questões 20, 26, 32 e 36 apresentaram diferenças significativas no grupo experimental.

### Dimensão Tomada de Decisão

A dimensão Tomada de Decisão (Fig.10 e Tabela 32), numa análise intra-grupo, apresentou diferença significativa ( $p < 0,001$ ) no Grupo Experimental, com um número de respostas certas no momento pós-teste ( $n = 198$ ; 95,7%) superior ao pré-teste ( $n = 173$ ; 83,6%). O Grupo Controlo no pós-teste ( $n = 160$ ; 86,0%) revelou também mais respostas certas que no pré-teste ( $n = 155$ ; 83,3%), mas sem que esta diferença fosse significativa ( $p = 0,295$ ).

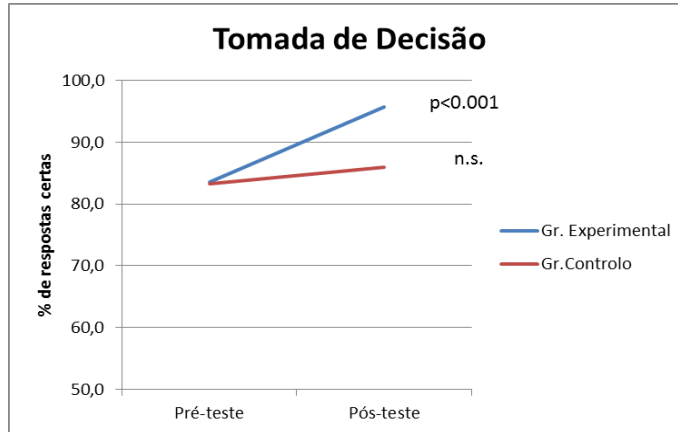


Figura 10: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas certas na dimensão Tomada de Decisão nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 32: Frequências das respostas na dimensão Tomada de Decisão nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Resposta	Momento				<i>p</i>
			Pré-teste		Pós-teste		
			n	%	n	%	
Tomada de Decisão	Experimental	Certa	173	83,6%	198	95,7%	<0,001
		Errada	34	16,4%	9	4,3%	
		<b>Total</b>	207	100,0%	207	100,0%	
	Controlo	Certa	155	83,3%	160	86,0%	0,295
		Errada	31	16,7%	26	14,0%	
		<b>Total</b>	186	100,0%	186	100,0%	

Na análise inter-grupo da dimensão Tomada de Decisão, verificou-se (Tabela 33) diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre a média de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 2,9$ ), e do Grupo Controlo ( $M = 2,6$ ) no pós-teste. No momento pré-teste não se verificou diferença significativa ( $p = 0,960$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 2,5$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 2,5$ ).

No Grupo Experimental observou-se um aumento (de 2,5 para 2,9) significativo ( $p < 0,001$ ) da média de respostas certas após o programa de intervenção “Quero

Crescer Saudável”, enquanto no Grupo Controlo o aumento verificado (de 2,5 para 2,6), não foi significativo ( $p = 0,096$ ).

Tabela 33: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Tomada de Decisão nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Grupo				$p^{**}$
		Experimental		Controlo		
		M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	M ( $\pm$ SD)	Mdn (P25-P75)	
Tomada de Decisão	Pré-teste	2,5 ( $\pm$ 0,6)	3 <sup>b</sup> (2-3)	2,5 ( $\pm$ 0,6)	3 (2-3)	0,960
	Pós-teste	2,9 ( $\pm$ 0,3)	3 <sup>aA</sup> (3-3)	2,6 ( $\pm$ 0,5)	3 <sup>B</sup> (2-3)	<0,001
$p^*$		<0,001		0,096		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste  $t$  de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste  $U$  de Mann-Whitney.

Nesta dimensão, as questões 5, 21 e 35 apresentaram diferença estatisticamente significativa.

### Dimensão Projeção do Futuro

Na análise de tipo horizontal da dimensão Projeção do Futuro (Fig.11; Tabela 34), verificou-se que o Grupo Experimental apresentou um número significativamente ( $p < 0,001$ ) superior de respostas certas depois do programa de intervenção ( $n = 543$ ; 98,4%) relativamente ao pré-teste ( $n = 518$ ; 93,8%). O Grupo Controlo no pós-teste ( $n = 452$ ; 91,1%) apresentou menos respostas certas ( $n = 458$ ; 92,3%) que no pré-teste, não sendo porém esta diferença significativa ( $p = 0,333$ ).

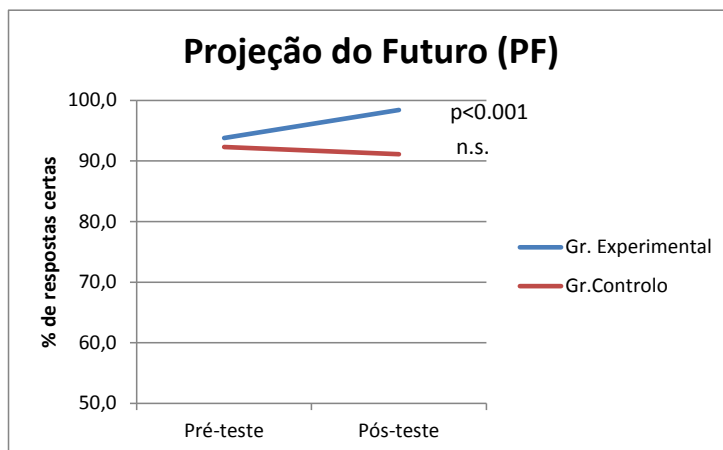


Figura 11: Evolução do pré-teste ao pós-teste das respostas Certas na dimensão Projeção do Futuro nos grupos Experimental e Controlo.

Tabela 34: Frequência das respostas na dimensão Projeção do Futuro nos grupos Experimental e Controlo.

	Grupo	Resposta	Momento				<i>p</i>
			Pré-teste		Pós-teste		
			n	%	n	%	
Projeção do futuro	Experimental	Certa	518	93,8%	543	98,4%	<0,001
		Errada	34	6,2%	9	1,6%	
		Total	552	100,0%	552	100,0%	
	Controlo	Certa	458	92,3%	452	91,1%	0,333
		Errada	38	7,7%	44	8,9%	
		Total	496	100,0%	496	100,0%	

Resultados semelhantes foram observados quando se utilizou o número médio de respostas corretas obtidas na dimensão Projeção do Futuro. Com efeito, na análise horizontal desta dimensão verificou-se (Tabela 35) a existência de diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre as médias de respostas certas do Grupo Experimental ( $M = 7,9$ ) e do Grupo Controlo ( $M = 7,3$ ) após implementação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável.” Em contraste, no momento do pré-teste, não se verificou diferença significativa ( $p = 0,590$ ) entre o Grupo Experimental ( $M = 7,5$ ) e o Grupo Controlo ( $M = 7,4$ ).

Tabela 35: Média, mediana e percentis de respostas certas na dimensão Projeção do Futuro nos grupos Experimental e Controlo

Dimensão	Momento	Grupo				<i>p</i> **
		Experimental		Controlo		
		M (±SD)	Mdn (P25-P75)	M (±SD)	Mdn (P25-P75)	
Projeção do futuro	Pré-teste	7,5 (±0,7)	8 <sup>b</sup> (7-8)	7,4 (±1,2)	8 <sup>a</sup> (7-8)	0,590
	Pós-teste	7,9 (±0,4)	8 <sup>aA</sup> (8-8)	7,3 (±1,3)	8 <sup>bB</sup> (7-8)	<0,001
<i>p</i> *		<0,001		0,034		

a,b - letras diferentes indicam diferenças significativas no pré e pós-teste, de acordo com o \*teste *t* de Wilcoxon; A,B - letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos Experimental e Controlo de acordo com o \*\*teste *U* de Mann-Whitney.

No Grupo Experimental, numa análise intra-grupos, observou-se um aumento significativo ( $p < 0,001$ ) de respostas corretas após o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” (de 7,5 passou para 7,9). No Grupo Controlo observou-se uma ligeira mas significativa diminuição de respostas corretas no segundo momento, passando de uma média de 7,4 para 7,3 ( $p = 0,034$ ). Notou-se, nesta dimensão diferenças nas questões, 24, 28 e 46.

As oito dimensões apresentaram variações estatisticamente significativamente no pós-teste comparativamente ao pré-teste no Grupo Experimental. No Grupo Controlo não se observou qualquer variação significativa.

### 2.3. Relação entre as Dimensões e as Características Sociodemográficas

Nesta parte do trabalho comparam-se as oito dimensões em função de três características sociodemográficas dos participantes: o género, a situação conjugal dos progenitores e a existência de fumadores na família.

Relativamente ao Género, como se pode observar na tabela 36, de modo geral, as diferenças observadas entre o Grupo Experimental e o Grupo Controlo ocorreram para ambos os géneros. Apenas foram encontradas três exceções a esta regra geral:

- 1) Na fase de pré-teste da dimensão Tomada de Decisão apenas foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o Grupo Experimental e o Grupo Controlo no género feminino ( $p = 0,037$ ). Curiosamente, no grupo masculino, a forte tendência observada ( $p = 0,053$ ) tinha um sentido inverso da verificada no grupo feminino, com os rapazes do Grupo Controlo a apresentarem médias mais elevadas nesta fase de pré-teste. Como na fase de pós-teste não se observam diferenças significativas associadas ao género, o programa “Quero Crescer Saudável” foi, para esta dimensão, capaz de anular a diferença de género sentida à partida nesta dimensão;
- 2) Apesar de não serem observáveis diferenças de género na fase de pré-teste, a dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico apresentou para o grupo feminino diferenças significativas entre o GE e o GC no pós-teste. Esta diferença parece estar associada à igual eficácia da ação do programa “Quero Crescer Saudável” nos dois géneros, já que as médias observadas para esta dimensão são semelhantes nos dois géneros. Este facto, associado ao acentuar da diferença de géneros no Grupo Controlo na fase de pós-teste ( $p = 0,043$ ), justifica a diferença final no género feminino entre o GE e o GC; e
- 3) A diferença estatisticamente significativa observada no género masculino entre o GE e o GC no momento de pré-teste para a dimensão Atitudes de Autoconhecimento ( $p = 0,034$ ) parece relacionar-se com uma diferença real entre os grupos Experimental e Controlo, mas na sua globalidade. Como a diferença é menor no género feminino não se apresenta neste caso estatisticamente significativo.

Uma vez mais é de realçar que a eficácia do programa “Quero Crescer Saudável” não foi influenciada pelo Género, já que as variações observadas no pós-teste se verificaram nos dois géneros.

Tabela 36: Relação entre a média de respostas certas das oito dimensões e a variável Género nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Género	Grupo				
			Experimental		Controlo		
			M ( $\pm$ SD)	<i>p</i> *	M ( $\pm$ SD)	<i>p</i> *	<i>p</i> **
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico	Pré-teste	Masculino	7,3 ( $\pm$ 0,6)	0,082	7,5 ( $\pm$ 0,7)	0,323	0,144
		Feminino	7,5 ( $\pm$ 0,9)		7,3 ( $\pm$ 0,9)		0,257
	Pós-teste	Masculino	7,9 ( $\pm$ 0,4)	0,537	7,6 ( $\pm$ 0,6)	<b>0,043</b>	0,073
		Feminino	7,9 ( $\pm$ 0,3)		7,2 ( $\pm$ 0,9)		<b>0,001</b>
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico	Pré-teste	Masculino	2,1 ( $\pm$ 0,8)	0,883	2,3 ( $\pm$ 0,7)	0,425	0,298
		Feminino	2,2 ( $\pm$ 0,8)		2,4 ( $\pm$ 0,8)		0,124
	Pós-teste	Masculino	2,6 ( $\pm$ 0,6)	0,762	2,4 ( $\pm$ 0,7)	0,392	0,208
		Feminino	2,6 ( $\pm$ 0,5)		2,5 ( $\pm$ 0,7)		0,588
Atitudes de Autoconhecimento	Pré-teste	Masculino	5,5 ( $\pm$ 1,1)	0,306	6,0 ( $\pm$ 1,3)	0,780	<b>0,034</b>
		Feminino	5,7 ( $\pm$ 1,3)		6,2 ( $\pm$ 0,8)		0,137
	Pós-teste	Masculino	6,8 ( $\pm$ 0,6)	0,353	5,9 ( $\pm$ 1,2)	0,929	<b>0,001</b>
		Feminino	6,7 ( $\pm$ 0,5)		6,0 ( $\pm$ 1,0)		<b>0,003</b>
Efeitos Físicos do Tabaco	Pré-teste	Masculino	6,4 ( $\pm$ 0,8)	0,073	6,2 ( $\pm$ 0,9)	0,814	0,112
		Feminino	6,0 ( $\pm$ 1,3)		6,2 ( $\pm$ 0,9)		0,641
	Pós-teste	Masculino	6,9 ( $\pm$ 0,4)	0,910	6,1 ( $\pm$ 0,9)	0,769	<b>0,001</b>
		Feminino	6,8 ( $\pm$ 0,5)		6,1 ( $\pm$ 0,8)		<b>0,001</b>
Efeitos Psicossociais do Tabaco	Pré-teste	Masculino	4,3 ( $\pm$ 0,9)	0,712	4,5 ( $\pm$ 0,9)	0,850	0,195
		Feminino	4,3 ( $\pm$ 0,8)		4,6 ( $\pm$ 0,8)		0,059
	Pós-teste	Masculino	4,8 ( $\pm$ 0,5)	0,456	4,5 ( $\pm$ 0,9)	0,902	0,316
		Feminino	4,7 ( $\pm$ 0,5)		4,5 ( $\pm$ 0,8)		0,633
Experiências Comportamentais	Pré-teste	Masculino	2,9 ( $\pm$ 0,8)	0,058	2,8 ( $\pm$ 1,0)	0,538	0,590
		Feminino	2,5 ( $\pm$ 0,8)		2,6 ( $\pm$ 0,9)		0,571
	Pós-teste	Masculino	4,0 ( $\pm$ 0,9)	0,732	2,8 ( $\pm$ 1,0)	0,594	<b>0,001</b>
		Feminino	4,0 ( $\pm$ 0,9)		2,6 ( $\pm$ 1,0)		<b>0,001</b>
Tomada de Decisão	Pré-teste	Masculino	2,4 ( $\pm$ 0,6)	<b>0,023</b>	2,6 ( $\pm$ 0,6)	0,079	0,053
		Feminino	2,7 ( $\pm$ 0,5)		2,4 ( $\pm$ 0,6)		<b>0,037</b>
	Pós-teste	Masculino	2,9 ( $\pm$ 0,4)	0,829	2,6 ( $\pm$ 0,6)	0,723	<b>0,024</b>
		Feminino	2,9 ( $\pm$ 0,3)		2,6 ( $\pm$ 0,5)		<b>0,006</b>
Projeção do Futuro	Pré-teste	Masculino	7,5 ( $\pm$ 0,8)	0,906	7,2 ( $\pm$ 1,4)	0,105	0,562
		Feminino	7,5 ( $\pm$ 0,6)		7,6 ( $\pm$ 1,0)		0,130
	Pós-teste	Masculino	7,8 ( $\pm$ 0,4)	0,516	7,1 ( $\pm$ 1,5)	0,437	<b>0,009</b>
		Feminino	7,9 ( $\pm$ 0,3)		7,5 ( $\pm$ 1,0)		<b>0,015</b>
Total	Pré-teste	Masculino	38,5 ( $\pm$ 3,3)	0,781	39,2 ( $\pm$ 4,8)	0,728	0,208
		Feminino	38,4 ( $\pm$ 3,6)		39,4 ( $\pm$ 3,1)		0,168
	Pós-teste	Masculino	43,6 ( $\pm$ 2,2)	0,728	39,2 ( $\pm$ 4,7)	0,532	<b>0,001</b>
		Feminino	43,5 ( $\pm$ 1,8)		39,0 ( $\pm$ 3,5)		<b>0,001</b>

\* valor de significância para diferenças entre géneros nos dois grupos

\*\* valor de significância para diferenças entre os grupos Experimental e Controlo

A análise da relação entre Situação Conjugal dos Progenitores e as oito dimensões não revelou diferenças significativas entre os indivíduos que tinham os pais juntos e os que tinham os pais separados, tanto no pré-teste como no pós-teste (Tabela 37). Também as diferenças entre o GE e o GC surgiram em cinco das dimensões de modo idêntico em ambas as situações familiares. Nas restantes dimensões (Projeção do Futuro, Tomada de Decisão e Atitudes de Autoconhecimento), as diferenças entre o GE e o GC só foram estatisticamente significativas nos indivíduos que tinham os progenitores juntos (Tabela 37) e refletem sempre variações mínimas entre os indivíduos do Grupo Experimental. De facto a variação mais notória é que no Grupo Experimental e na fase de pós-teste os desvios padrão parecem ser habitualmente mais reduzidos, indiciando um efeito homogeneizador resultante da aplicação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”. Assim:

- 1) Nas dimensões Projeção do Futuro e Tomada de Decisão, as diferenças estatisticamente significativas observadas entre o GE e o GC nos indivíduos com os pais juntos, e na fase de pós-teste reflete o aumento da média, e a diminuição do desvio padrão observado nos indivíduos com os pais juntos do Grupo Experimental e na fase do pós-teste relativamente ao pré-teste e relativamente ao Grupo Controlo.
- 2) Na dimensão Atitudes de Autoconhecimento, foi encontrada uma diferença significativa entre o GE e o GC nos indivíduos com os pais juntos, mas apenas na fase de pré-teste ( $p = 0,003$ ). Neste caso, os grupos Experimental e Controlo parecem ser inerentemente diferentes para este subgrupo, porque a média desta dimensão é já *a priori* elevada nos indivíduos do grupo controlo e assim permanece. Como resultado da eficácia da aplicação do programa “Quero Crescer Saudável” a média desta dimensão sobe consideravelmente, ultrapassando a média registada no Grupo Controlo na fase de pré-teste, sendo esta diferença significativa.

Tabela 37: Relação entre a média de respostas certas das oito dimensões e a Situação Conjugal dos Progenitores nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Situação Conjugal dos Progenitores	Experimental		Controlo		p**
			M (±SD)	p*	M (±SD)	p*	
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico	Pré-teste	Juntos	7,5 (±0,8)	0,365	7,4(±0,8)	0,929	0,911
		Separados	7,3 (±0,8)		7,4 (±0,9)		0,598
	Pós-teste	Juntos	7,9 (±0,3)	0,941	7,4 (±0,8)	0,993	<b>0,001</b>
		Separados	7,9 (±0,3)		7,4 (±0,8)		<b>0,034</b>
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico	Pré-teste	Juntos	2,1 (±0,8)	0,151	2,4 (±0,8)	0,605	0,067
		Separados	2,4 (±0,7)		2,5 (±0,7)		0,671
	Pós-teste	Juntos	2,6 (±0,6)	0,403	2,4 (±0,7)	0,811	0,356
		Separados	2,7 (±0,5)		2,5 (±0,7)		0,312
Atitudes de Autoconhecimento	Pré-teste	Juntos	5,7(±1,1)	0,847	6,3(±0,9)	0,073	<b>0,003</b>
		Separados	5,5 (±1,4)		5,6 (±1,4)		0,730
	Pós-teste	Juntos	6,7 (±0,5)	0,820	6,2 (±1,0)	0,073	<b>0,001</b>
		Separados	6,7 (±0,6)		5,5 (±1,4)		<b>0,002</b>
Efeitos Físicos do Tabaco	Pré-teste	Juntos	6,3 (±1,1)	0,112	6,2 (±0,8)	0,496	0,288
		Separados	6,0 (±1,0)		6,0 (±1,1)		0,958
	Pós-teste	Juntos	6,8 (±0,5)	0,743	6,2 (±0,8)	0,158	<b>0,001</b>
		Separados	6,9 (±0,3)		5,8 (±1,0)		<b>0,001</b>
Efeitos Psicossociais do Tabaco	Pré-teste	Juntos	4,4 (±0,8)	0,385	4,6 (±0,9)	0,579	0,061
		Separados	4,1 (±1,1)		4,6 (±0,6)		0,172
	Pós-teste	Juntos	4,7 (±0,5)	0,970	4,6 (±0,9)	0,314	0,676
		Separados	4,7 (±0,6)		4,5 (±0,7)		0,233
Experiências Comportamentais	Pré-teste	Juntos	2,8 (±0,9)	0,547	2,8 (±1,0)	0,642	0,963
		Separados	2,7 (±0,8)		2,6 (±0,9)		0,986
	Pós-teste	Juntos	4,0 (±0,9)	0,983	2,8 (±1,0)	0,353	<b>0,001</b>
		Separados	4,0 (±0,9)		2,6 (±1,0)		<b>0,001</b>
Tomada de Decisão	Pré-teste	Juntos	2,5 (±0,6)	0,601	2,5 (±0,5)	0,850	0,869
		Separados	2,4 (±0,6)		2,4 (±0,8)		0,897
	Pós-teste	Juntos	2,9 (±0,3)	0,182	2,6 (±0,5)	0,803	<b>0,001</b>
		Separados	2,8(±0,4)		2,5(±0,6)		0,206
Projeção do Futuro	Pré-teste	Juntos	7,5 (±0,6)	0,758	7,3 (±1,3)	0,344	1,000
		Separados	7,4 (±0,9)		7,6 (±1,0)		0,323
	Pós-teste	Juntos	7,9 (±0,4)	0,460	7,2 (±1,3)	0,446	<b>0,001</b>
		Separados	7,8 (±0,4)		7,5 (±1,1)		0,311
Total	Pré-teste	Juntos	38,7 (±3,2)	0,226	39,5 (±3,5)	0,611	0,128
		Separados	37,7 (±4,0)		38,7 (±5,3)		0,189
	Pós-teste	Juntos	43,5 (±2,0)	0,840	39,4 (±3,6)	0,530	<b>0,001</b>
		Separados	43,6 (±2,1)		38,2 (±5,4)		<b>0,001</b>

\* valor de significância para diferenças entre Situação Conjugal dos Progenitores nos dois grupos

\*\* valor de significância para diferenças entre os grupos Experimental e Controlo

A análise da relação entre as oito dimensões e a existência de fumadores na família permitiu verificar que em nenhum caso foi encontrada relação estatisticamente significativa entre os hábitos tabágicos dos familiares e as dimensões estudadas (Tabela 38). Não obstante este facto, em três dimensões (Projeção do Futuro, Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico e Atitudes de Autoconhecimento) foram encontradas diferenças entre o GE e o GC, mas apenas nos indivíduos que tinham algum fumador na família. Em todos estes casos, a diferença está associada a:

- 1) No Grupo Experimental estes indivíduos foram os que apresentaram os maiores aumentos das médias, associados a desvios padrão pequenos e semelhantes aos dos indivíduos sem fumadores na família;
- 2) No Grupo Controlo, estes indivíduos foram os que apresentaram simultaneamente as médias mais baixas para cada uma destas dimensões, associadas à maior heterogeneidade de valores (desvios padrões mais elevados).

Assim, as diferenças encontradas parecem estar associadas ao efeito homogeneizador da implementação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”, o qual revela ser igualmente eficaz entre crianças com fumadores na família e crianças provenientes de famílias sem hábitos tabágicos.

Tabela38: Relação entre a média de respostas certas das oito dimensões e a existência de Fumadores na Família, nos grupos Experimental e Controlo.

Dimensão	Momento	Fumadores na Família	Grupo Experimental		Grupo Controlo		p**
			M (±SD)	p*	M (±SD)	p*	
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico	Pré-teste	Ninguém	7,5 (±0,7)	0,324	7,4 (±0,7)	0,949	0,768
		Alguém	7,3 (±0,8)		7,4 (±0,9)		0,600
	Pós-teste	Ninguém	7,9 (±0,3)	0,595	7,6 (±0,6)	0,073	0,030
		Alguém	7,9 (±0,3)		7,1 (±1,0)		<b>0,001</b>
Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psicológico	Pré-teste	Ninguém	2,2 (±0,7)	0,567	2,5 (±0,7)	0,278	0,084
		Alguém	2,1 (±0,9)		2,3 (±0,8)		0,375
	Pós-teste	Ninguém	2,6 (±0,5)	0,795	2,6 (±0,6)	0,086	0,978
		Alguém	2,6 (±0,7)		2,3(±0,8)		0,071
Atitudes de Autoconhecimento	Pré-teste	Ninguém	5,6 (±1,1)	0,697	6,2 (±1,0)	0,252	0,010
		Alguém	5,6 (±1,3)		5,9 (±1,2)		0,290
	Pós-teste	Ninguém	6,8 (±0,5)	0,501	6,2 (±0,9)	0,071	0,004
		Alguém	6,7 (±0,6)		5,6 (±1,3)		<b>0,001</b>
Efeitos Físicos do Tabaco	Pré-teste	Ninguém	6,3 (±1,1)	0,807	6,2 (±0,9)	0,473	0,694
		Alguém	6,2 (±1,1)		6,1 (±0,9)		0,479
	Pós-teste	Ninguém	6,8 (±0,5)	0,422	6,3 (±0,8)	0,071	<b>0,001</b>
		Alguém	6,9 (±0,4)		5,9 (±0,9)		<b>0,001</b>
Efeitos Psicossociais do Tabaco	Pré-teste	Ninguém	4,3 (±0,9)	0,678	4,5 (±0,9)	0,957	0,137
		Alguém	4,3 (±0,9)		4,6 (±0,7)		0,086
	Pós-teste	Ninguém	4,7 (±0,5)	0,825	4,5 (±0,9)	0,710	0,666
		Alguém	4,8 (±0,5)		4,5 (±0,7)		0,288
Experiências Comportamentais	Pré-teste	Ninguém	2,7 (±0,9)	0,477	2,7 (±1,0)	0,443	0,894
		Alguém	2,8 (±0,8)		2,8 (±0,9)		0,911
	Pós-teste	Ninguém	3,9 (±0,9)	0,278	2,8 (±1,0)	0,911	<b>0,001</b>
		Alguém	4,1 (±0,9)		2,7 (±1,0)		<b>0,001</b>
Tomada de Decisão	Pré-teste	Ninguém	2,5 (±0,6)	0,799	2,5 (±0,5)	0,681	0,911
		Alguém	2,5 (±0,6)		2,5 (±0,7)		0,939
	Pós-teste	Ninguém	2,9 (±0,3)	0,902	2,6 (±0,5)	0,590	0,004
		Alguém	2,9 (±0,3)		2,6 (±0,6)		0,032
Projeção do Futuro	Pré-teste	Ninguém	7,5 (±0,6)	0,989	7,4 (±1,4)	0,396	0,373
		Alguém	7,5 (±0,8)		7,4 (±1,0)		0,904
	Pós-teste	Ninguém	7,8 (±0,4)	0,573	7,4 (±1,5)	0,100	0,142
		Alguém	7,9 (±0,3)		7,2 (±1,0)		<b>0,001</b>
Total	Pré-teste	Ninguém	38,6 (±2,7)	0,790	39,5 (±3,3)	0,836	0,105
		Alguém	38,3 (±4,1)		39,0 (±4,9)		0,277
	Pós-teste	Ninguém	43,4 (±2,0)	0,419	39,9 (±3,2)	0,097	<b>0,001</b>
		Alguém	43,7 (±2,0)		38,0 (±4,8)		<b>0,001</b>

\* valor de significância para diferenças entre Fumadores na Família nos dois grupos

\*\* valor de significância para diferenças entre os grupos Experimental e Controlo

#### 2.4. Apreciação Global do Programa “Quero Crescer Saudável”

Neste subcapítulo apresenta-se uma apreciação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”, baseada na participação da autora durante a implementação e na apreciação crítica da auxiliar de investigação (Anexo VIII). Faz-se assim uma análise dos comportamentos dos participantes, da aplicação do questionário Hábitos de Vida Saudáveis, das sessões do programa, incluindo temáticas e atividades desenvolvidas e dos testemunhos dos professores.

Quanto aos comportamentos, as crianças do GE com a progressão da implementação do programa “Quero Crescer Saudável”, apresentaram gradualmente mais espontaneidade e familiaridade tanto com a investigadora como com a auxiliar de investigação.

Quanto à aplicação do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, verificou-se que ao fazer a segunda aplicação no GE, as crianças responderam mais rapidamente e estavam mais concentradas. No GC alguns participantes já não se lembravam que já tinham preenchido o mesmo questionário anteriormente, nem reconheceram a investigadora.

Quanto às sessões, o tempo foi adequado para as atividades em cada sessão, sendo de salientar que este já tinha sido adaptado após a aplicação do pré-teste. O número de sessões (14), com aplicação durante cinco meses, pareceu adequado para a interiorização das temáticas. É de salientar que este número total de sessões sofreu reajuste após o programa piloto.

Quanto às temáticas abordadas, houve temas em que as crianças já tinham adquirido alguns conhecimentos, mas estes foram aprofundados e lembrados, como foi o caso da anatomia e da fisiologia do corpo humano, a prática de uma alimentação saudável e de exercício físico regular. As crianças também já tinham adquirido previamente alguns conhecimentos sobre o tabagismo.

Quanto às atividades nas sessões, houve uma integração rápida nas atividades propostas, sendo de salientar o apoio constante da investigadora e da auxiliar. Com o decorrer das sessões verificou-se, no geral, que as crianças se concentravam mais rapidamente.

As crianças participaram sempre ativamente nas atividades propostas, manifestaram maior preferência pelas atividades de recorte e colagem, e grande motivação na simulação de situações reais. Espontaneamente trouxeram para a aula recortes de jornais ou revistas referentes ao tabagismo. Existiu um caso ou dois em cada turma, em que foi necessário um apoio mais individualizado para motivar a criança a participar. Houve um entusiasmo excepcional na sessão 11 (*O que vou fazer*), em que participou um atleta. As crianças, para além de participarem nas atividades, questionaram muito as opções de vida que esse atleta fez. Relacionaram muito bem os conhecimentos adquiridos anteriormente com o estilo de vida do atleta. Esta sessão, através do testemunho pessoal, foi importante para consolidar os conhecimentos anteriormente adquiridos, pois confrontaram-se com um modelo de pessoa desportista que tem hábitos de vida saudáveis.

Quanto aos momentos em que era necessário que a criança se concentrasse e fizesse autoanálise (adequada à sua idade), de modo geral tinham dificuldade em fazê-la. Nesta componente verificou-se progressão ao longo do programa de intervenção.

Quanto aos testemunhos dos professores, que se mantinham na sala, mas sem participação nas atividades, todos eles manifestaram que os alunos ficavam mais calmos depois das sessões e que durante a semana os questionavam sobre os assuntos desenvolvidos.

Quanto aos imprevistos, as crianças tiveram duas provas de aferição, tendo as sessões coincidido com a véspera das provas. Nestes dois dias verificou-se que as crianças estavam ansiosas, nomeadamente nas respetivas sessões e manifestavam preocupação com a nova situação. Nestas sessões foi necessário mais tempo para as técnicas de relaxamento.

Globalmente na implementação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” cumpriu-se sempre o planeamento previamente efetuado. Em todo o processo procurou-se motivar para a aprendizagem, através da utilização de recursos materiais adequados e da criação de um bom ambiente de ensino, para proporcionar uma experiência agradável. As crianças estiveram sempre muito animadas e participativas.



## CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO



## 1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste estudo verificou-se que os participantes dos grupos Experimental e Controlo são homogéneos relativamente ao género, com um ligeiro predomínio de rapazes em ambos os grupos. Esta amostra apresenta distribuição semelhante à registada nos Censos 2001 (INE, 2002) em que o género masculino em idades inferiores a 14 anos apresenta um predomínio de 1,07% relativamente ao género feminino. A maioria, dos progenitores das crianças participantes viviam juntos sendo esta média inferior a nível nacional. Verifica-se também que estas crianças convivem com uma percentagem de fumadores superior à média nacional, em 2005. Esta diferença não é tão acentuada na faixa etária dos 35-44 anos em que existem 32,7% de fumadores (INE, 2007), a qual deve coincidir com a idade destes pais.

Verifica-se nas crianças em idade escolar uma grande capacidade de aquisição de informação e, portanto, um progresso constante na capacidade de processar e reter informação. Esta rapidez e eficiência no processamento da informação aumentam a capacidade mental para reter e lidar com a nova informação, como se verificou durante a implementação do programa “Quero Crescer Saudável”.

Numa análise individual das afirmações do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, verificou-se que as crianças já tinham conhecimentos sobre os malefícios do tabagismo para o organismo e para o ambiente. As crianças já consideravam importante a manutenção de hábitos saudáveis como o frequentar ambientes não poluídos, o cuidar do corpo através do exercício físico e o cuidar psicológico, na vertente do desenvolvimento da autoconfiança, proporcionada pelo gosto de si próprio e das escolhas que faz quando se relaciona com outras crianças ou quando está triste. Estes resultados são importantes porque este conhecimento propicia a aprendizagem (Ausubel,1980), ao relacionar conscientemente a nova informação a aspetos relevantes/significativos do conhecimento prévio. À medida que a criança cresce possui maior capacidade de avaliação das situações e um aumento da curiosidade pelo mundo

exterior, e começa a compreender e controlar melhor as suas próprias emoções e consegue pouco a pouco internalizar regras culturais (Papalia *et al.*, 2001; Biaggio, 1998; Piaget, 1995).

Os participantes no programa “Quero Crescer Saudável”, assimilaram que fumar não faz com que as pessoas se sintam bem, nem ajuda a fazer amigos. Estes resultados são particularmente interessantes quando relacionados com as afirmações de autores como Becoña *et al.*, (2000) e Llamas, (1982) quando referem que as motivações para fumar são a aceitação social e o desejo de se sentir como os outros fumadores, havendo a exaltação da personalidade com a manifestação falsa de maturidade precoce. Estes autores mencionam ainda como motivações para fumar, a satisfação dos sentidos manifestada pelo tato do cigarro; pelo olfato e o sabor do tabaco; pela observação da coluna de fumo; pela ação de chupar o cigarro; e pela “cerimónia” de o acender.

As crianças tomaram consciência que não é normal fumar, sendo poucas as pessoas que fumam. Esta é realmente a realidade, pois em Portugal mais de um quinto da população é fumadora, sendo esta percentagem um pouco inferior à da União Europeia (Eurobarómetro, 2010). Estes números confirmam a necessidade de manter políticas de prevenção para reduzir o consumo do tabaco e consequentemente as morbilidades a ele atribuídas.

A probabilidade de ser fumador regular é proporcional ao aumento da experimentação do tabaco (Vries, 1995 *cit in* Precioso, 2001). Os participantes no programa “Quero Crescer Saudável” interiorizaram que o melhor é não começar a fumar, já que um só cigarro por dia pode começar a desencadear dependência, pois esta surge progressivamente, começando por se sentir prazer em fumar e desconforto com a privação (Clemente, 2003). Quando já existe dependência é difícil abandonar o hábito, pois são raros os casos em que a pessoa sozinha, e no momento que deseja, consegue deixar de fumar. Foram interiorizados, pelos participantes os conhecimentos de que não é fácil deixar de fumar. Tal resultado é importante e promissor, pois 17% dos fumadores portugueses que conhecem os malefícios do tabaco e, tentam abandonar este hábito, não conseguem (Eurobarómetro, 2010), mantendo este propósito por vezes ao longo de

vários anos. Os participantes verificaram também que com o consumo do tabaco gasta-se muito dinheiro, sendo esta uma das motivações da cessação tabágica (Llamas 1982).

Nesta faixa etária a criança possui maior capacidade para compreender as opiniões dos outros, o que a ajuda a comunicar de uma forma mais eficiente. Existe também nesta idade uma estabilidade emotiva que a ajuda na adaptação e autocontrolo (Bee, 2003; Papalia *et al.*, 2001; Piaget & Inhelder, 1979). Este desenvolvimento permitiu no final do programa, um aumento da consciencialização da auto responsabilidade dos participantes pelas suas ações presentes e futuras, como saber que se pode dizer o que se pensa sem magoar os outros.

Quando se faz a análise das oito dimensões estudadas, verifica-se diferença significativa entre os grupos Experimental e Controlo no momento do pós-teste, em todas as dimensões do Grupo Experimental.

Relativamente à dimensão Hábitos Saudáveis a Nível Físico, os participantes do Grupo Experimental valorizaram a prática de exercício físico para crescerem saudáveis, tomando consciência que os desportistas não fumam. Houve a consciencialização da auto responsabilidade pelo cuidar do corpo com a escolha de práticas saudáveis, como não fumar. Vários estudos consideram que o exercício físico em idade escolar permite descobrir e aperfeiçoar as capacidades motoras, a integração no grupo, e o desenvolvimento de capacidades para lidar com as expectativas dos outros e com as próprias frustrações. A criança através do exercício físico, desenvolve também a comunicação, a auto-confiança, e conseqüentemente a auto-estima (Potter, 2006; Papalia *et al.*, 2001; Sanchez-Pinilla, 2001; WHO, 1999).

Na dimensão Hábitos Saudáveis a Nível Psicológico, verificou-se também que houve um desenvolvimento de competências pessoais, relacionadas com a resolução de problemas através da conversa com amigos e/ou adultos e da distração. Como refere Papalia *et al.*, (2001) com o crescimento, a criança começa a compreender-se, podendo controlar e adaptar o seu comportamento às situações. Salienta ainda Servais (1993) a importância de na infância se desenvolverem capacidades para ajudar a resolver problemas e a enfrentar frustrações de perdas menores. A criança gradualmente torna-se

capaz de usar as competências que foram desenvolvidas, para resolver os seus problemas concretos atuais e futuros (Martínez, 2004).

A criança vai construindo o seu conhecimento acerca do mundo, vai-se formando em valores, hábitos, atitudes e habilidades pessoais que a ajudam a ser cada vez mais autónoma e responsável (Nunes, 2004). As competências desenvolvidas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento, ajudam a criança a ser capaz de ter opiniões diferentes das outras crianças, de saber explicar que fumar faz mal e de poder falar dos seus problemas com adultos.

Embora os participantes do Grupo Experimental já tenham adquirido anteriormente conhecimentos sobre os Efeitos Físicos do Tabaco para a saúde em geral, e para a função respiratória em particular, integraram a nova informação nas estruturas cognitivas já existentes (Ausubel, 1980; Piaget & Inhelder, 1979), aperfeiçoando esses conhecimentos, ficando a saber que se fumar não correm tão rápido e que o fumar é um mau hábito porque faz mal à saúde, pois os fumadores ficam mais vezes doentes. Atualmente o tabaco está identificado como sendo a causa de diversas patologias, porque fragiliza todo o organismo, havendo uma vulnerabilidade acrescida para doenças cardíacas, respiratórias e oncológicas (Ramos-Casado *et al.*, 2002). Esta aprendizagem é importante, pois o conhecimento sobre o efeito do tabaco no organismo inibe as pessoas de fumar, adotando estas comportamentos saudáveis, pois receiam as doenças (Got *cit in* Martinet *et al.*, 2003). Por exemplo, existe menos consumo de tabaco nas áreas da saúde que trabalham diretamente com patologias associadas ao tabagismo como é o caso da pneumologia e da cardiologia (Lledó, 2002). Esta realidade tem motivado nas últimas décadas o desenvolvimento de programas de educação para a saúde relacionados com hábitos de vida saudáveis (Martínez, 2004).

O aumento de conhecimentos sobre os Efeitos Psicossociais do Tabaco proporcionou aos participantes o desenvolvimento de capacidades para enfrentar a pressão dos pares (Nunes, 2004). Desta forma, aumentaram a sua capacidade para serem menos permissivos com o consumo do tabaco (Barreira, 2007b; Ochoa, 1990) contrariando o estímulo social (Llamas 1982) que induz o consumo e a difusão tabágica. As interações da criança com o meio sociocultural influenciam indiretamente o seu desenvolvimento

individual, sendo esta transformada e transformadora da cultura e do mundo social em que está intrinsecamente inserida (Vigotski, 2003).

Na dimensão Experiências Comportamentais, os participantes interiorizaram que não é necessário fumar para saber que o fumar prejudica a saúde, e são poucas as pessoas que fumam, não sendo normal fumar. A formação de uma consciencialização baseada nas experiências de vida e no conhecimento são propostas de Freire (1983) para se adquirir uma consciência crítica da sociedade em que se vive e, conseqüentemente, ter um papel mais interventivo (Nunes, 2004). Em consequência, a Tomada de Decisão faz-se quando a criança informada aprende a organizar o conhecimento e o comportamento, e é capaz de fazer opções adequadas à sua saúde e contribuir para estilos de vida mais saudáveis (Nunes, 2004; Sakellarides, 1999 *cit in* M.S., 2006).

Quando se faz uma análise relativa à Projeção do Futuro sobre o tabagismo, as crianças do Grupo Experimental fazem uma projeção de que não quererem fumar futuramente e de que não necessitam do tabaco para resolver os seus problemas, nem para parecerem mais crescidos. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de que a criança, após conhecimentos adquiridos, se sente mais capacitada para escolher e tomar decisões (Rogers, 1983). No entanto a curiosidade e a rebeldia da adolescência, são fatores predisponentes para o início do consumo do tabaco (Bidstrup *et al.*, 2009). Este conhecimento pode alertar para a necessidade de reforços posteriores sobre estas temáticas (Fernandes, 2008).

A criança vai-se desenvolvendo no seu contexto social (Vigotski, 2003), através do suporte temporário dado pelos pais e educadores (Papalia *et al.*, 2001). Pela observação e a imitação destes modelos, elas adquirem novas capacidades (Bandura 2001). Este tipo de aprendizagem (por observação do modelo) assume uma grande importância na forma como a criança aprende os comportamentos. É importante referir que a aprendizagem por observação poderá ocorrer mesmo se a criança não imita o comportamento observado (Papalia, 2001). Neste estudo, a situação conjugal dos progenitores não interferiu com a eficácia do programa “Quero Crescer Saudável”. No caso do tabagismo, as interações sociais com os adultos, como pais e professores, são essenciais para darem o exemplo de não fumadores (Bidstrup, 2009; Papalia *et al.*,

2001; Llamas, 1982). A família é um importante preditor na influência de hábitos tabágicos, como é o caso dos pais, sendo no entanto a influência das mulheres mais forte que a dos homens (Flay, 1994). No entanto, a coabitação com fumadores na família, e com a prevalência de mais mães fumadoras no GE, não influenciou estatisticamente os resultados do programa “Quero Crescer Saudável”.

Educação para a saúde faz-se através de atividades intencionais que provocam aprendizagens em saúde com consequentes mudanças de conhecimento e de hábitos que podem conduzir a estilos de vida mais saudáveis. Criado com base nestes pressupostos o programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” desenvolveu globalmente conhecimentos e competências relacionadas com a Projeção do Futuro, os Efeitos Físicos do Tabaco, os Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico, os Efeitos Psicossociais do Tabaco, os Efeitos Psicológicos do Tabaco, as Atitudes de Autoconhecimento, a Tomada de Decisão e as Experiências Comportamentais. Nas atividades preventivas, quantas mais competências forem desenvolvidas, mais capacidades a pessoa tem para através de uma consciência crítico-reflexiva ter mais controlo sobre a sua vida e a sua saúde, manuseando satisfatoriamente as diferentes situações que pode viver em sociedade (Tones & Tilford, 1994; Martínez, 2004). As mesmas competências adquiridas permitem-lhe também a promoção de hábitos saudáveis junto dos adultos (Precioso, 2001).

Os programas de intervenção relacionados com a prevenção do tabagismo devem proporcionar conhecimentos e ferramentas necessárias com treino em habilidades sociais e fornecer informação sobre as consequências futuras de hábitos não saudáveis (Becoña, *et al.*, 2000; Servais 1993). A este propósito, no caso do programa “Quero Crescer Saudável”, os participantes adquiriram competências que as capacita para explicar aos outros que fumar faz mal. Como realça Martins (2002), a criança em idade escolar está mais recetiva ao desenvolvimento de competências, deve-se insistir nesta fase nas vantagens de não fumar, e desenvolver os conhecimentos sobre o tabaco (Servais, 1993) para que posteriormente esta informação possa ser transmitida a outros.

## CONCLUSÃO

Em todos os processos de investigação se experienciam momentos de grande entusiasmo de ideias, de discussões e reflexões, bem como momentos de difíceis travessias do deserto antes de atingir a fase final. O presente estudo não foi exceção.

Este estudo empírico baseado no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, e na prevenção do tabagismo através das contribuições da educação para a saúde, teve como finalidade a promoção de hábitos de vida livres de tabaco em crianças do 4º ano de escolaridade, através da criação, implementação e avaliação do programa de intervenção “Quero Crescer Saudável”.

A escolha da metodologia do tipo *quasi*-experimental pareceu a mais adequada por permitir comparar o efeito do programa de intervenção em dois grupos com características semelhantes. Para o efeito aplicou-se, antes e após a aplicação do programa de intervenção, o questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”. Na elaboração deste instrumento de recolha de dados, procurou-se adapta-lo à faixa etária da população alvo, através da utilização de uma escala dicotómica e de linguagem compatível. O programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” foi construído com o objetivo de desenvolver as componentes cognitiva, afetiva e psicomotora relacionadas com a aquisição de hábitos saudáveis, para evitar ou retardar o início do consumo de tabaco. As atividades desenvolvidas neste âmbito foram programadas de forma a serem interativas, de fácil compreensão, e com componentes lúdicas para que os conteúdos fossem interiorizados e as crianças se sentissem motivadas. Houve sempre participação ativa nas atividades propostas, talvez pelo facto de estarem num processo ativo de aprendizagem no âmbito escolar. O programa destinou-se a crianças do 4º ano de escolaridade porque, quanto mais cedo se instituírem hábitos saudáveis, maior a

probabilidade de estes permanecerem no futuro e de resistirem à pressão social para o consumo do tabaco.

A criança vai construindo o seu conhecimento acerca do mundo, vai-se formando em valores, hábitos, atitudes e habilidades pessoais que a ajudam a ser cada vez mais autónoma e responsável. Confirmou-se que os participantes no programa “Quero Crescer Saudável” já tinham conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis e sobre os malefícios do tabagismo para o organismo e para o ambiente, sendo esta a razão porque foi escolhida esta faixa etária, pois a partir dos conhecimentos prévios significativos a criança relaciona a nova informação adquirida com o programa de intervenção e assim estrutura o seu desenvolvimento cognitivo.

Na análise individual do questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”, verificou-se que as crianças já tinham conhecimentos sobre o efeito do tabaco no organismo e no ambiente. Esta população também já considerava importante a manutenção de hábitos saudáveis como o frequentar ambientes não poluídos, o cuidar do corpo através do exercício físico e o cuidar psicológico, na vertente do desenvolvimento da autoconfiança.

Constatou-se, no âmbito deste trabalho que os participantes no programa “Quero Crescer Saudável” valorizaram Hábitos Saudáveis a Nível Físico e a Nível Psicológico. A nível físico valorizaram a prática de exercício físico para crescerem saudáveis, e houve a consciencialização da auto responsabilidade pelo cuidar do corpo com escolha de práticas saudáveis, como o caso do não fumar. A nível psicológico, desenvolveram capacidades para ajudar a resolver problemas atuais e futuros como por exemplo enfrentar frustrações de perdas menores.

As competências desenvolvidas na dimensão Atitudes de Autoconhecimento tornam a criança capaz de ter opiniões diferentes das outras crianças, de saber explicar que fumar faz mal e que pode falar dos seus problemas com adultos. Houve um aumento de consciencialização da auto responsabilidade dos participantes pelas suas ações presentes e futuras, como saber que se pode dizer o que pensa sem magoar os outros.

O programa de intervenção relativamente à prevenção do tabagismo, desenvolveu conhecimentos e competências sobre os Efeitos Físicos do Tabaco para a saúde em geral, e para a função respiratória em particular. Esta aprendizagem do efeito do tabaco

no organismo e das vantagens de não fumar por um lado, inibe as pessoas de fumar, adotando estas, comportamentos saudáveis, pois receiam os malefícios do tabaco, visto que os fumadores ficam mais vezes doentes, e por outro capacitam a criança para explicar aos outros que fumar faz mal à saúde. O aumento de conhecimentos sobre os Efeitos Psicossociais do Tabaco permitiram desenvolver capacidades para enfrentarem a pressão dos pares, e potenciar a menor permissividade social face ao tabagismo. Este facto pode ser particularmente importante se tivermos em conta que a criança é um potencial agente influenciador do comportamento dos adultos.

Na dimensão Experiências Comportamentais, os participantes interiorizaram que não é necessário fumar para saber que tal prejudica a saúde, e que são poucas as pessoas que fumam. Compreenderam que não sendo fácil deixar de fumar, o melhor é não começar, já que um só cigarro por dia pode ser o suficiente para começar a desencadear dependência.

A formação de uma consciencialização baseada nas experiências de vida e no conhecimento é fundamental para se adquirir uma consciência crítica da sociedade em que se vive e conseqüentemente ter um papel mais interventivo. Estes conhecimentos e competências adquiridos capacitam a criança na escolha e tomada de decisões informadas. Ajudam a organizar o conhecimento, a modelar o comportamento, os hábitos de vida saudáveis e conseqüentemente adquirir estilos de vida mais saudáveis. Tal aparece, no estudo, evidenciado na constatação de que as crianças do Grupo Experimental fizeram uma projeção de não quererem fumar no futuro e de não necessitarem do tabaco para resolver os seus problemas, nem para parecerem mais crescidos.

O programa “Quero Crescer Saudável” revela efeito homogeneizador, já que não se verificaram diferenças significativas, após a implementação do programa, atribuíveis ao Género, à Situação Conjugal dos Progenitores, ou aos Hábitos Tabágicos dos Familiares, apesar da percentagem de familiares fumadores nesta amostra ter sido superior aos fumadores na população em geral.

Resumidamente as atividades desenvolvidas no programa “Quero Crescer Saudável”, estruturadas de forma a abrangerem o desenvolvimento cognitivo e comportamental,

provocaram nestes participantes aprendizagens em saúde que podem produzir mudanças de hábitos e consequentemente conduzir a estilos de vida mais saudáveis.

No âmbito deste trabalho, pretendeu-se contribuir de forma abrangente e precoce na prevenção do tabagismo. Observou-se existir a necessidade de continuar a promover precocemente hábitos de vida saudáveis e de prevenir o consumo do tabaco, insistindo em iniciativas de educação em saúde que possam mudar atitudes e consequentemente comportamentos. Neste sentido, tendo consciência que apenas se estudou/alterou uma pequena parcela da realidade, será importante continuar o trabalho com o envolvimento de mais escolas, inserindo o programa nas atividades da Saúde Escolar. Será também pertinente avaliar posteriormente os participantes neste estudo, para verificar se estes resultados se mantêm e se houve iniciação no consumo de tabaco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. (2001). *Manual de Educação Alimentar*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Ajzen, I. & Sexton, J. (1999). Depth of Processing, Belief Congruence, and Attitude-Behaviour Correspondence. In Chaiken, S.; Trope, Y., *Dual-Process Theories in Social Psychology* (pp. 117-135). New York: The Guilford Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Bristol: Open University Press.
- Allport, G.W. (1993). Attitudes. In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds.), *Social Psychology* (pp. 565-575). New York: New York University Press.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L. S. & Morais, M. F. (2002). *Programa de Promoção Cognitiva* (4ª ed). Braga: Psiquilíbrios.
- Altet, M.N. & Sánchez, M.T. (1998). Tabaquismo en el adolescente. *Anales Españoles de Pediatría*; Supl.110, 26- 31.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed). Washington, DC. Author.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM\_IV\_TR Manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, M. (2001). Psicologia da Saúde: Contributos para uma Abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Referência, Revista de Educação em Enfermagem*. Coimbra. E.S.E. Dr. Ângelo da Fonseca, 7, 17-24.
- Angel, P. (2002). Prevenção. In: P. Angel; D. Richard e M. Valler. *Toxicomanias* (M. C. Correia, Trad.), Lisboa, Climepsi Editores, pp. 556-567.
- Antunes, M. (2001). *Teoria e prática pedagógica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Araújo, A. (2009). Respirar, Associação Nacional da Tuberculose e das Doenças Respiratórias. Ano XI, nº 33, p. 3.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Englewood. Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (2002). Social Cognitive Theory in Cultural Context. *International Association for Applied Psychology*, 51 (2), 269-290.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior*, 31 (2), 143-164.

- Barbosa, H. (1994). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Amadora. Círculo de Leitores.
- Barreira E. (2007a). Promoção de Hábitos Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo de escolaridade. *IX Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*, Universidade da Coruña (Resumo).
- Barreira E. (2007b). Tabagismo: Problemática Global de Saúde. *Onco.News: Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*, 2, 18-22.
- Barreira, E., & Madeira, M. (2009). Programa de Intervenção “Quero Crescer Saudável”. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Fernando Pessoa, 6, 250-261.
- Barreira, E., Gomes, F. & Cunha, L. (2007). Atitudes face ao tabagismo: hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 197-207.
- Barrueco, M., Cordovilla, R., Mesquita, M., De Castro, J., Gonzalez, J., & Rivas P. (1998). Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch. Bronchoneumol*, 34, 199-203.
- Becoña, E. & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco: Prevención y Tratamiento*. Madrid: Piramide.
- Becoña, E., Palomares, A. & García, M. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bertrand, Y. (2001). *Teorias contemporâneas da educação* (2ª ed). Lisboa: Instituto Piaget.
- Bezerra, L., Oliveira, Y., Brandão, C. & Mandoca, M. (1996). *Aproveite o que a sua alimentação tem de melhor*. Lisboa: Comissão Nacional da Unesco.
- Biaggio, A. M. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento* (18ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Bidstrup, P. E., Frederiksen, K., Siersma, V. Mortensen, E. L., Ross, L., Vinther-Larsen, M. (2009). Social-Cognitive and School Factors in Initiation of Smoking among Adolescents: A Prospective Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 2, 18-384.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Borges, A., Marques, F., Lima, J., Costa, L., Gonçalves, P., Fernandes, R., Gonçalves, N. (2008). Hábitos tabágicos em alunos do 6.º ano de Medicina e medidas anti-tabágicas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14 (3), 379-390.
- Branco, I. M. (2007). “Educação para a saúde: contributos para a prevenção do cancro, modelo cancro do colo do útero”. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. (Não publicada).

- Brandes, D. & Philips, H. (1977). *Manual de Jogos Educativos – 140 jogos para professores e animadores de grupos*. Lisboa: Moraes Editores.
- Breckler, S. J. (1993). Empirical Validation of Affect, Behaviour, and Cognition as Distinct Components of Attitudes. In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds), *Social Psychology* (pp. 630-644). New York: New York University Press. (Obra original publicada em 1984).
- Breckler, S., & Wiggins, E. (1989). On Defining Attitude and Attitude Theory – Once More With Feeling. In Pratkanis, A., Breckler, S., & Greenwald, A. *Attitude Structure and Function* (pp. 407-423). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Breda, J. (2003). *Fundamentos de Alimentação e Nutrição e Dietoterapia*. Coimbra: Edições Mar da Palavra.
- Buhler, A. & Kroger, C. (2008). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Insights, Prevention of substance abuse*. Publication Office. Lisboa: Publications, europa.eu.
- Camp, D.E., Klesges, R.C., & Relyea, G. (1993). The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology*, 12, 24-32.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2), 209-213.
- Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., Silva P. R. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>
- Canella. P. (2001). O Tabaco. *Humanidades*. 1, 58-63.
- Carneiro, R. (2001). *Fundamentos da educação e da aprendizagem: 21 ensaios para o século 21*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Chaplin, J. P. (1991). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Charlton, A. (1992). Children and tobacco. *British Journal of Cancer*, 66, 1- 4.
- Chollat-Traquet, C. M. (1998). *Evaluation de la lutte antitabac: exemples concrets et principes directeurs*. Singapour : Organisation Mondiale de la Santé.
- Chretien, J. (2011). *Promoting Healthy Development JAMA*. 305 (12):1238-1239. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/content/305/12/1238.extract>
- Clemente, P. (2003). O Tabaco está fora de moda. *O Comércio do Porto*, Suplemento da edição n.º 25 (26 de Junho).
- Coakley, A. & Ruston, A. (2002). A doença pulmonar e o tabaco: um caso para a promoção da saúde. *Nursing*, 164, 44-48.
- Cohidon, C., Boulétreau, A. & Briançon, S. (2003). A União Europeia Face ao Tabaco. In Martinet, Y. & Bohadana, A. (Eds). *O Tabagismo – da prevalência à abstinência* (pp. 344-356). Lisboa: Climepsi Editores.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, PA: Open University Press.

- Costa, M. & Lopéz, E. (1998). *Educación para la Salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Couto, A. (1998). O Modelo de Crenças de Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Referência. Revista de Educação em Enfermagem*. Coimbra. E.S.E. Dr Ângelo da Fonseca, 1, 5-9.
- Creswell, J.W. (2009). *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. (3ª ed.). London: Sage Publications.
- Cubero, R. & Moreno, M. C. (1995). Relações sociais nos anos escolares: família, escola, companheiros. In Coll, C., Palacios, J., Marchesi, A. (Eds), *Desenvolvimento psicológico e educação – psicologia evolutiva* (pp. 2250-2260). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Da Glória, J. (2002). Orientações Metodológicas na Psicologia Social. In Vala, J.; Monteiro, M. B., *Psicologia Social* (pp.61-88). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Damas, C., Saleiro, S. Marinho, A., Fernandes, G., & Gomes, I. (2009). Avaliação de hábitos tabágicos em alunos do ensino secundário. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (1), 43-53.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- DeWellis, R. F. (2003). *Scale Development – Theory and Applications*. (2ª ed). London: Sage Publications.
- Di Clemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav.*, 7 (2), 133-42.
- Díaz, E., Villalbi, J. R., Nebot, M., Aubá, J. & Sanz, F. (1998). El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Medicina Clinica*, 110, 334-339.
- Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea – Academia das Ciências de Lisboa. (2001). (I Volume), Lisboa: Verbo Editora.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2006). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde.
- Dolle, J. (2005). *Para compreender Jean Piaget*. (2ª ed). Lisboa: Instituto Piaget.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dorsch, F., Häcker, H. & Stapf, K. (2001). *Dicionário de Psicologia Dorsch*. Petrópolis: Vozes.
- Downie, R. (1996). *Health promotion models and values*. Oxford: Oxford University Press.
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1998). Attitude Structure and Function. In Gilbert, D., Fiske, S., Lindzey, G. (Eds). *The Handbook of Social Psychology* (4ª ed.), (pp. 269-322). New York: McGraw-Hill.

- Egger, G., Spark, R. & Donovan, R. (2005). *Health Promotion Strategies and Methods* (2ª ed.). Australia: McGraw-Hill.
- Espada, J. P. (2005). *Técnicas de grupo: recursos práticos para a educação*. Tradução de Márcio Salerno. Petrópolis: Editora Vozes.
- Eurobarómetro (2010). Tabacco. (Special Eurobarometer 332 /Wave 72.3 TNS Opinion & Social). Comissão Europeia, Bélgica. Disponível em [http://osha.europa.eu/en/news/eurobarometer\\_survey\\_tobacco\\_analytical\\_report\\_01.06042008](http://osha.europa.eu/en/news/eurobarometer_survey_tobacco_analytical_report_01.06042008)
- Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Promoting health. A practical Guide*. (4ª ed), London: Ballière Tindall.
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (2010). *A Nova Roda dos Alimentos ... Um Guia para a Escolha alimentar diária!* Disponível em [http://www.rituais.iol.pt/Portals/0/pdf/roda\\_Alimentos.pdf](http://www.rituais.iol.pt/Portals/0/pdf/roda_Alimentos.pdf)
- Fazio, R. H. & Williams C.J. (1993). Attitude Accessibility as a Moderator of the Attitude-Perception and Attitude-Behavior Relations: An Investigation of the 1984 Presidential Election. In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds), *Social Psychology* (pp. 659-667). New York: New York University Press. (Obra original publicada em 1986).
- Fernandes, M.M. (2008). *A Saúde Também se Educa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ferreira, L. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ferreira-Borges C. (2004). *Tabagismo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications Lda.
- Flay, B., Hu, F., Siddiquif, O., Day, E. (1994). Differential Influence of Parental Smoking and Friends Smoking on Adolescent Initiation and Escalation of Smoking. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (9).248-265.
- Fontes, M. (2004). *Teoria e Método L. S. Vigotski em Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fontes, R. M. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas Crianças e adolescentes, Estudo do impacte de um projeto de intervenção*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., Mello, M., Lunet, N., Padrão P., Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), 207-229.
- Freire, P. (1972). *La educación como práctica de la libertad*. Madrid: Siglo XXI.
- Freire, P. (1975). *Pedagogia do Oprimido*. Porto. Afrontamento.
- García, R. (2001). Guia para uma alimentação saudável. In Adell, M. N., García, R. *Guias de Educação e Promoção da Saúde. Programa de atividades de prevenção e promoção da saúde*. Barcelona PAPPs. Trad. Autorizada para a DGS portuguesa.
- Giordani, B. (1997). *La Relación de Ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Goleman, D. (1998). *The emotionally competent leader Health Forum*. Mar-Apr; 41(2):36, pp. 38-76. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10177113>

- Gomes, J. P. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, Porto Alegre, v. 32, 1, pp. 84-91. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/>
- Goulart, I. (2004). *Psicologia da educação: fundamentos teóricos e aplicações práticas à prática pedagógica*. (11ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Gouveia, M. (2008). *Carga e custo da doença atribuível ao tabagismo em Portugal*. Centro de Estudos Aplicados, Universidade Católica Portuguesa, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Granate, M. C. (1987). *Fumar e ... adoecer*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Granate, M. C. (1993). *Para uma geração de não fumadores*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Granate, M. C. (1995). *Porque se fuma e porque se deixa de fumar*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hanks, D. T. & Antonuccio D. O. (1987). Physician Modeling Influences on Patients Smokers. *Addictive Behaviors*, 12, 257-262.
- Hill, M. & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo.
- Hull, C. L. (1934). The Concept of Habit-Family Hierarchy and Maze Learning: Part I. *Psychological Review*, 41, 33-54.
- Instituto da Qualidade em Saúde, Ministério da Saúde (2002). *Normas de orientação clínica. Tratamento do uso e dependência do tabaco*. Ministério da Saúde.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). (2001). *Classificação Nacional de Profissões*. Versão 1994. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). Disponível em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao)
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2007). 4º Inquérito nacional de saúde – 2005/2006. *Informação à comunicação social*, pp. 1-12. Disponível em [http://www.spdc.pt/files/4\\_inquerito\\_nacional\\_saude.pdf](http://www.spdc.pt/files/4_inquerito_nacional_saude.pdf)
- Joossens, L., Naett, C., Howie, C. & Muldoon, A., (1994). *Tabaco e saúde na União Europeia - uma síntese*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Kail, R. (2004). *A Criança*. São Paulo: Prentice Hall.
- Kickbusch, I., (1997). Think health: what makes the difference? *Health Promotion International*, 12 (4), pp. 265-272. Disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/4/265.pdf>.
- Kohlberg, L., Levine, C. & Hewer, A. (1983). *Moral Stages: A Current Formulation and a Response to Critics* (vol.10). New York: Karger.
- Kumar, R. (2005). *Research Methodology – a step-by-step guide for beginners*. (2ª ed.). London: Sage Publications.

- Leandro, E., Machado, J.C., & Gomes, R. (2007). Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas. In M.G. Pereira. *Psicologia da saúde familiar: aspectos teóricos e investigação* (pp. 26-294). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lei de Prevenção Tabágica*: Lei nº22/82. (1982, Agosto 17).
- Lenardon, E. & Piaget, J. (1994). *O Juízo Moral da Criança*. São Paulo: Summus Editorial.
- Leonard, D. C. (2002). *Learning Theories A to Z*. Westport: Greenwood Publishing.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e Mudança (5ª ed.). In Vala, J.; Monteiro, M. B., *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Llamas, A. M. (1982). *Manual de patología tabaquica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Publica.
- Lledó, P. (2002). Epidemiología del tabaquismo. In Reina, S. S. & Ruiz, C. A. J. (Eds). *Manual de tabaquismo* (2ª ed.) (pp.11-34). Barcelona: Masson.
- López, E. & Costa, M. (1996). *Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Lourenço, O. (2002). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo*. (2ª ed). Coimbra: Almedina.
- Macedo, M. & Precioso, J. (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo – Uma análise baseada nos dados do Health Behaviourin School – Aged Children. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12 (5), 525-538.
- Mackay J. & Eriksen, M. (2006). The Tobacco Atlas, World Health Organization, Myriad Editions Limited, Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/>
- Magalhães, E., Pádua, J., Miguel, P., Pádua, F. (1996). *Hábitos tabágicos da população portuguesa*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Manes, S. (2007). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Lisboa: Paulus Editora.
- Marmot, M. (2010). Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. *Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Copenhagen World Health Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/124464/E94370.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf)
- Marmot, M. and Wilkinson, R.G. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marques, A. (2010). *A escola, a educação física e a promoção de estilos de vida activa e saudável: estudo de um caso*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.5/2492>
- Martin, S. & Steen, B. (2002). Historia del Tabaquismo. In Reina, S. S. & Ruiz, C. (Ed.). *Manual de Tabaquismo* (2ª ed.), pp.1-8. Barcelona: Masson.

- Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). Breve Historia do Tabagismo. In Martinet, Y. & Bohadana, A. (Eds), *O Tabagismo – Da Prevalência à Abstinência* (pp. 57-66). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martínez, F. (2004). *Las drogas educación y prevención*. Madrid: Cultural, S.A.
- Martins, C. (2002). Aconselhamento Nutricional; In: Cupparí, L., *Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto*. São Paulo: Manole.
- Matias, D. (2003). Prevalência do tabagismo em Portugal. In Martinet, Y. & Bohadana, A. (Eds), *O tabagismo – da prevalência à abstinência* (pp. 23-30). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matias, D. (2006). Epidemiologia do Tabagismo. In Pestana, E. (Eds), *Tabagismo – do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 37-60). Lisboa: Lidel.
- Matos, M. G. & Sampaio, D. (Eds) (2009). *Jovens com Saúde: Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Médart, J. (2007). *Guia Prático da Nutrição*. Lisboa; Climepsi Editores.
- MeliKian, A. A. (2008). A importância da respiração para a saúde: está consciente de como respira? In Leal, I. Ribeiro, J. L. P., Silva, I. Marques, S. (Org.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 49-51). Porto: Universidade do Porto. Ministério da Educação (1998). *A rede de europeia e portuguesas de escolas promotoras da saúde*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Mendes, B. (2000). Técnicas de Cessação Tabágica – Iniciação de uma consulta de apoio ao fumador. In Ferreira, J. M. & Canteiro, M. C. (Eds), *Tabagismo: Avaliação a Nível Institucional e Abordagem Terapêutica*. (XVI Congresso de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pneumologia). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Ministério da Saúde (MS) (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (MS) (2006). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Escolar.
- Ministério da Saúde (MS) (2009). Documento de suporte à implementação da UCC. Disponível em [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_95/doc](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_95/doc)
- Moll, C. (2002). *Vigotsky e a Educação – implicações pedagógicas de psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Artmed Editora.
- Morales, J. F. (2001). Actitudes. In Morales, J. F. & Huici, C. (Eds). *Psicologia Social* (pp. 131-143). Madrid: McGraw-Hill.
- Moreira, J.M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Braga: Almedina.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, P. (2002). *Crescer a Brincar – Promoção do Ajustamento Psicológico*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, S. (2006). Nicotina e Mecanismo de Dependência. In Pestana, E. (Eds), *Tabagismo – do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 61-76). Lisboa: Lidel.
- Navarro, J. (1999). *Era uma vez... Contos para educar aos valores cristãos (8 – 11 anos)*. Porto: Edições Salesianas.

- Navas, M. C. (2009). La Educación Emocional: un factor determinante de la salud. In Quesada, R. P. (Eds) *Promoción Y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras* (pp.27-46). Madrid: Diaz de Santos.
- Nunes, E. & Breda, S. (2005). *Manual para uma alimentação uma alimentação saudável em jardim-de-infância*; Lisboa; Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.
- Nunes, E. (2004) *Consumo de Tabaco, Estratégias de Prevenção e Controlo*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.
- Nunes, L. M. & Jóluskin G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adicção - um manual para Estudantes e Profissionais de Saúde*. (2ª ed.) Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Nutbeam, D., Mendoza, R., & Newman, R. (1988). *Planning for a smoke – free generation*. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Disponível em [WWW.ondr/relatorios-ondr.htm//](http://WWW.ondr/relatorios-ondr.htm//)
- Ochoa, M. G., Montañes, R., Pérez, F., Pons, J. (1990). Actitudes hacia el propio Rol en Profesionales de la Salud Y de la Docencia. *III Congresso Nacional de Psicologia Social*. Santiago de Compostela.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oppenheim, A. N. (1997). *Questionnaire Design Interviewing and Attitude Measurement*. London: Pinter Publishers, Ltd.
- Organização Mundial de Saúde. Quadro de acção para a educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. Disponível em [http:// www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)
- Padilla, M. & González, M. (1995). Conhecimento social e desenvolvimento moral nos anos escolares. In Coll, C., Palacios, J., Marchesi, A. (Eds). *Desenvolvimento psicológico e educação – psicologia evolutiva* (pp.232-242). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Palangana, I. (2001). *Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky: a relevância do social*. (3ª ed.) São Paulo: Plexus.
- Papalia, D. E., Olds, A. W., Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. (8ª ed.) Lisboa: McGraw-Hill.
- Papalia, D. E., Olds, A. W., Feldman, R. D. (2006). *A Child's World: Infancy through Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Pardal, M. & Santos, M. (1999). *O melhor é não fumar guia elementar para formadores em prevenção tabágica*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Pargana, E. (2001). Tabagismo passivo e gravidade da asma brônquica na criança. *Ver. Port. Pneumol.* 7, 25-32.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. (2006). *SPSS. Guia Prático de Utilização. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Peres, E. (2003). *Alimentação Saudável*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Pérez, M. (2002). La Historia Natural del Tabaquismo: el consumo de tabaco como proceso. In Reina, S. S. & Ruiz, C. A. J. (Ed.). *Manual de Tabaquismo* (2ª ed.), pp.63-75. Barcelona: Masson.
- Pestana, C. (1995). *A educação para a saúde no sistema educativo num quadro de mudança*. Lisboa: Programa de promoção e educação para a saúde.
- Pestana, M. & Gagueiro, J. (2009). *Análise Categórica, Árvores de Decisão e Análise de Conteúdo: em Ciências Sociais e da Saúde com o SPSS*. Lisboa: Lidel.
- Phipps, J., Long, B., Woods, N., Cassmeyer, V. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica*; Lisboa; Lusodidata.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1979). *A Psicologia da criança: do nascimento à adolescência*. Lisboa: Moraes Editores.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1995). *A psicologia da criança*. Porto: Edições Asa.
- Portal da World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int>
- Portal de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>
- Portal do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Potter, P. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - conceitos e procedimentos*. (5ª ed.) Loures: Lusociência.
- Pozo, J. I. (1998). *Teorias Cognitivas da Aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Precioso J. (2000). *Não fumar é o que está a dar*. Programa de Prevenção do comportamento de fumar. Braga: Edições Casa do Professor.
- Precioso, J. (2001). Educação para a prevenção do comportamento de fumar: avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 3º ciclo do ensino básico. Braga: Universidade do Minho, Tese de Doutoramento (não publicada).
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 3 (XXII). pp. 499-506 Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a07.pdf>
- Precioso, J. (2008). Prevenção e tratamento do tabagismo com base na evidência científica. In Bonito, J. Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas. Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Quesada, R. P. (2009). *Promoción Y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras*. (Eds) Madrid: Diaz de Santos.
- Quesada, R. P. & Hernando, M. A. (2009). Alimentación y educación física como factores de salud y calidad de vida. In Quesada, R. P. (Eds) *Promoción Y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras*, (pp.47-62). Madrid: Diaz de Santos.
- Ramos-Casado. M. L., Albi, R. T. & Fernandez, J. M. (2002). Composición del humo del tabaco. In Reina, S. S. & Ruiz, C. A. J. (Eds). *Manual de Tabaquismo* (2ª ed.), (pp.35-46). Barcelona: Masson.
- Raposo, M. (2006). Prevenção do Tabagismo. In Pestana, E. (Eds), *Tabagismo – do Diagnóstico ao Tratamento*, (pp. 247-266). Lisboa: Lidel.

- Redman, B. (2002). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Nova Veja.
- Ribeiro, A. L. & Cruz, J. P. (2008). Estilos de vida e bem-estar subjectivo em estudantes do ensino superior. In Leal, I. Ribeiro, J. L. P., Silva, I. Marques, S. (Org.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 61- 64). Porto: Universidade do Porto.
- Ribeiro, J. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rice, R. (2000). *Home care nursing practice: concepts and applications*. St. Louis: Misby.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, M. A. (2005). *Pedagógica de Educadores de Saúde*. Disponível em <http://www.scribd.com/doc/14494444/Livro-de-educacao-para-a-saude>
- Rogers, C. (1983). *Terapia centrada no paciente*. Portugal: Morais Editores.
- Saldanha, H. (2001). *Nutrição Clínica Moderna na saúde e na doença*. Lisboa: Edições Lidel Técnicas.
- Sanchez-Pinilla, R.O. (2001). Guia de educação para a saúde sobre actividade física nos tempos livres. In Adell, M. N., García, R. C. *Guias de Educação e Promoção da Saúde. Programa de actividades de prevenção e promoção da saúde*. Barcelona PAPPS. Trad. Matos, E. Autorizada para a DGS portuguesa.
- Sanz, M. A. (2009). Los proyectos y los programas en EPS. In Quesada, R. P. (Eds), *Promoción Y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras*, (pp. 247-271). Madrid: Diaz de Santos.
- Sarna, L. (1999). Prevention: tobacco control and cancer nursing. *Cancer Nursing*, 22 (1), 21-28.
- Servais, E. (1993). *Antes que seja tarde... uma abordagem comunitária e global na prevenção do consumo de álcool e outras drogas*. Braga: Barbosa & Xavier, Lda, Artes Gráficas.
- Silva, F. L. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, F. L. (2008). *Saber Prático de Saúde. As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.
- Simões, C., Matos, M. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164.
- Simões, S. (2006). Fabrico e Composição do Tabaco. In Pestana, E. (Eds), *Tabagismo – do Diagnóstico ao Tratamento*, (pp. 25-36). Lisboa: Lidel.

- Simpson, D. (2000). *O Grande Desafio da Medicina – Os Médicos e o Tabaco. Tobacco Control Resource Centre, Comissão Europeia*, Londres: Chanterelle Translations.
- Slama, K. (2003). *Nicotina e Dependência Psicológica*. In Martinet, Y. & Bohadana, A. (Eds), *O Tabagismo – Da Prevalência à Abstinência*. (pp. 99-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (2002). Educação para a Saúde e Promoção da Saúde. In *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*, (pp. 39-48). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, J. (2008). *A Verdade sobre os Alimentos*. Lisboa; Editorial Presença.
- Stahlberg, D. & Frey, F. (1996). Attitudes: Structure, Measurement and Functions. In Hewstone, M., Stroebe, W. & Stephenson, G. M. (Eds). *Introduction to Social Psychology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Stanton, W.R., Mahaski; P. A., McGree, R. & Silva, P.A. (1993). Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 18, 321-329.
- Steckler, A., Allegrante, J.P., Altman, D., Brown R, Burdine, J.N., Goodman, R.M. & Jorgensen, C. (1995). Health education intervention strategies: recommendations for future research., *Health Educ Quart*, 22 (3), 307-328.
- Steckler, A., Dawson, L. (1982). The role of health education in public policy development. *Health Educ Quart*, 9 (4), 275-292.
- Stroebe, W. & Stroebe M. S. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Struchiner, M., Vieira, A. R. & Ricciardi, R. M. V. (1999). Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 55-68.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1989). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Tomé, J. (2004). Hábitos tabágicos numa consulta de pneumologia. *Mundo Médico*, 31, 59-60.
- Tones K. & Tilford S. (1994). *Health Education: Effectiveness, Efficiency & Equity*. (2ªEd.). London: Chapman & Hall.
- Tones, K. (1994). Health promotion, empowerment and action competence. In: Jensen, B.B. & Schnack, K. *Action and action competence as key concepts in critical pedagogy. Didaktiske studier*. Royal Danish School of Educational Studies, pp. 163-83.
- Tran-Thong (1981). *Estádio e conceito de estádio na psicologia contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vásquez I., Rodríguez, F., & Álvarez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vigotski, L. S. (2003). *O Desenvolvimento Psicológico na Infância*: São Paulo: Martins Fonte.
- Viteri, S. A. (2002). Efectos neurobiológicos de la nicotina. In Reina, S. S. & Ruiz, C. A. J. (Eds), *Manual de Tabaquismo* (2ª ed.), (pp. 47-62). Barcelona: Masson.

- Vitória P., Raposo C., Peixoto F., Pais Clemente M. & de Vries H. Prevenção do tabagismo nos jovens: Resultados do Projecto ESFA. *Clin-Saude*, 1 (4), 41-45.
- Vitória, P., Raposo, C. & Peixoto, F. (2000). A prevenção do tabagismo nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 45-51.
- Voisin, C. (2003). Abordagem Logística da Prevenção do Tabagismo. In Martinet, Y. & Bohadana, A. (Eds), *O Tabagismo – Da Prevalência à Abstinência*. (pp. 403-409). Lisboa: Climepsi Editores.
- Wertsch, J. V. (1985). *Vygotsk and the social formation of mind*. USA: Library of Congress Cataloging.
- Wilson, A. (2003); *Promoção de estilos de vida saudáveis*; In: Phipps, J. et al. *Enfermagem Médico-cirúrgica*; Lisboa: Lusociência.
- Wood, D. (1996). *Como as crianças pensam e aprendem*. São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter of Health Promotion. Genève: WHO.
- World Health Organization. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO, pp.76-100.
- World Health Organization. (1999). Health People 2000: National Health Promotion and disease Prevention Objectives for the 2000. In *Monography Mortal Weekly Report*, 39, 695-697.
- World Health Organization Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. Declaration. EUR/04/5046267/6. Disponível em <http://www.euro.who.int/budapest2004>.
- World Health Organization. (2004a). European strategy for smoking cessation policy. Disponível em [www.euromonitor.com/Tobacco\\_in\\_Portugal](http://www.euromonitor.com/Tobacco_in_Portugal)
- World Health Organization. (2004b). Global strategy on diet, physical activity and health. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1) pp.38–55.
- World Health Organization. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008 The mpower package. Geneva: Disponível em [www.who.int/tobacco/mpower/gtcr\\_download/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html)
- World Health Organization. (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009 Disponível em [http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr\\_download/en/](http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/)
- World Health Organization. (2010a). Portugal health system performance assessment. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/131766/Portugal\\_HSPA.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/Portugal_HSPA.pdf)
- World Health Organization. (2010b). WHO's Global School Health Initiative. Disponível em [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/hps/en/index.html#](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html#)



## ANEXOS



## Anexo I: Questionário “Hábitos de Vida Saudáveis”





UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

QUESTIONÁRIO *HÁBITOS de VIDA SAUDÁVEIS*

**Caracterização sociodemográfica do participante**

Nº	
Grupo	

1. Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

2. Turma na escola \_\_\_\_\_

3. Número de matrícula na escola \_\_\_\_\_

Por favor, assinala com uma cruz (X) a resposta que consideras verdadeira.

**4. Género**

4.1. Masculino

4.2. Feminino

**5. Moro na mesma casa com:**

5.1. Os meus pais (e irmãos se tiver)

5.2. Só com a minha mãe (e irmãos se tiver)

5.3. Só com o meu pai (e irmãos se tiver)

5.4. Os meus avós

5.5. Outros \_\_\_\_\_

**6. Quem fuma em tua casa?**

6.1. Ninguém

6.2. Só o pai

6.3. Só a mãe

6.4. O pai e a mãe

6.5. Outros familiares \_\_\_\_\_





**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**QUESTIONÁRIO: HÁBITOS de VIDA SAUDÁVEIS**

Por favor, faz uma cruz (X) na tua resposta. Se não souberes como responder não respondas.

<b>Afirmações</b>	<b>Verdade</b>	<b>Mentira</b>
1. Quando for adolescente quero ser uma pessoa saudável		
2. Fumar faz mal à saúde		
3. Estar numa sala cheia de fumo faz mal à saúde de todas as pessoas		
4. Sou capaz de explicar aos outros porque faz mal fumar		
5. É fácil deixar de fumar		
6. Fumar faz as pessoas sentirem-se bem		
7. Fumar ajuda-me a fazer amigos		
8. Passear ao ar livre é bom para os meus pulmões		
9. A minha saúde é mais importante que fumar		
10. Quando for adolescente se me oferecerem um cigarro vou conseguir dizer não		
11. Penso fumar quando for adolescente		
12. Gosto de mim como sou		
13. O fumo do tabaco faz mal aos meus pulmões		
14. Quando tenho um problema consigo falar dele com uma pessoa adulta		
15. O exercício físico faz-me sentir bem		
16. Quando for adulto como os meus pais vou fumar		
17. Quando estou chateado consigo fazer qualquer coisa para me distrair		
18. Se não tenho amigos à minha volta consigo arranjar coisas para me ocupar		
19. O exercício físico ajuda-me a crescer mais forte		
20. Fumar é um mau hábito		
21. Fumar é uma forma má de gastar dinheiro		

Por favor, faz uma cruz (x) na resposta mais certa. Se não souberes como responder não respondas.

Afirmações	Verdade	Mentira
22. O fumo do cigarro polui o ambiente		
23. Os bons desportistas não fumam		
24. Quando for adolescente, se quiser, consigo não fumar		
25. Se os meus amigos fazem uma coisa que eu acho mal, consigo dizer não		
26. Fumar é normal		
27. Se fumar fico mais depressa adulto		
28. Quando for adolescente se fumar consigo resolver melhor os meus problemas		
29. Se fumar sou uma pessoa mais forte		
30. Se fumam ao meu lado devo conseguir afastar-me dessa pessoa quando fuma		
31. As pessoas que fumam não correm tão rápido		
32. São poucas as pessoas que fumam		
33. Para nunca fumar é melhor não começar		
34. Eu sou responsável pelas minhas escolhas		
35. Posso dizer o que penso e sinto sem magoar os outros		
36. Quase toda a gente fuma		
37. Eu sei cuidar do meu corpo para ser uma pessoa saudável		
38. As pessoas que fumam ficam mais vezes doentes		
39. O ar junto das florestas é bom para as pessoas respirarem		
40. As regras da escola e de casa são para cumprir		
41. Se não fumar sou mais saudável		
42. É preciso fumar para saber que o tabaco faz mal à saúde		
43. Quando estou triste, se falar com um amigo, fico melhor		
44. Consigo pensar de forma diferente das outras crianças		
45. Um cigarro por dia não faz mal nenhum		
46. Quando for adolescente, se os meus amigos fumarem eu também vou fumar		

Anexo II: Programa de Intervenção "Quero Crescer Saudável"



## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO



Sessão	Blocos Temáticos	Objetivos	Atividades/Métodos	Material	Tempo
1ª Sessão: <i>Apresentação do Programa</i>	Apresentação dos participantes	Favorecer conhecimento mútuo.	Apresentação dos técnicos. Apresentação dos membros do grupo.		10 min.
	Apresentação do programa	Dar a conhecer resumidamente o conteúdo do programa. Informar objetivos do programa. Definir regras de funcionamento inter-relacional do grupo.	Apresentação dos objetivos do programa. Definição de normas de funcionamento através da técnica “chuva de ideias” (Brandes & Philips, 1992).	Cartolina Canetas	15 min
	Avaliação inicial	Avaliar conhecimentos sobre hábitos saudáveis. Avaliar conhecimentos sobre tabagismo.	Cada criança responde individualmente ao questionário.	Questionário Papel Caneta	30 min
2ª Sessão: <i>Quem sou eu</i>	Conhecimento corporal	Promover a consciencialização do corpo. Aprofundar o conhecimento corporal.	Jogo “De Dentro para Fora” (Brandes & Philips, 1992). Exercícios para conhecimento físico e sensorial.	Leitor CD CD musical	30 min
	Auto percepção e auto imagem mais realista.	Promover o conhecimento das características pessoais.	Conto: “O Rouxinol” (Navarro, 1999) Debate sobre o conto.	Lápis Papel	20 min

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO



Sessão	Blocos Temáticos	Objetivos	Atividades/Métodos	Material	Tempo
3ª Sessão: <i>Gosto de ser como sou</i>	Desenvolvimento pessoal	Promover o conhecimento das potencialidades e limitações.	Jogo: “Como é que me vêm ... e eu, como é que me vejo?” (Anna Maria Becattini <i>cit in</i> Manes, 2007). Debater os resultados.	Lápis Papel	30 min
	Estilos de vida saudáveis	Mencionar formas de crescimento saudável partindo da experiência individual.	Jogo: “Identificação com a natureza” (Massimo Crescimbene <i>cit in</i> Manes, 2007).	Símbolos da natureza	20 min.
4ª Sessão: <i>Conheço o ar que respiro</i>	Ambientes saudáveis	Identificar ambientes saudáveis a nível respiratório.	Seleção em revistas de imagens com ambientes saudáveis. Cada criança é convidada a expressar a razão da sua escolha. Exposição das figuras selecionadas.	Cartolina Revistas Tesouras	30 min
	Composição do tabaco	Conhecer a constituição química do tabaco.	Exposição sobre composição do tabaco. Esclarecimento de dúvidas.	Projetor	20 min

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO



Sessão	Blocos Temáticos	Objetivos	Atividades/Métodos	Material	Tempo
5ª Sessão: <i>Comando a minha vontade</i>	Auto-conhecimento	Identificar as emoções e comunica-las adequadamente aos outros.	Jogo: “Reconhecer as Emoções Aqui e Agora” (Palmira Sette <i>cit in</i> Manes, 2007).	Leitor de CD CD musical	30 min
	Efeitos do tabagismo	Desenvolver opiniões sobre o não fumar, através do conhecimento dos efeitos do tabaco.	Exposição sobre os efeitos do tabaco. Esclarecimento de dúvidas.	Projetor	30 min
6ª Sessão: <i>Querer é poder</i>	Competências de comunicação	Conhecer as situações que levam à frustração. Conhecer as razões que levam ao consumo do tabaco.	Distribuição de banda desenhada com simulação de situações que causam frustração (Servais, 1993).	Folhas Canetas	30 min
	Hábitos saudáveis	Procurar hábitos saudáveis para resolver as frustrações.	Diálogo para encontrar soluções para resolver os problemas		20 min
7ª Sessão: <i>Respiro Bem</i>	Ambientes saudáveis	Reconhecer estilos de vida saudáveis a nível respiratório.	Exercícios a nível respiratório. Atividade efetuada ao ar livre. Análise e discussão da opinião das crianças após os exercícios respiratórios	Fato de treino	40 min 10 min

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO



Sessão	Blocos Temáticos	Objetivos	Atividades/Métodos	Material	Tempo
8ª Sessão: <i>“Sei o que quero”</i>	Competências de assertividade	Aumentar competências para lidar com situações de média pressão direta	Cada duas crianças fazem um frente a frente com opiniões opostas sobre um hábito de vida saudável (Pardal e Santos sem data).	Cartões	30 min
		Saber dizer não.	Fornecimento de cartões com exemplos de respostas de inversão da pressão dos pares. (Pardal e Santos sem data). Simulação de situações de estilos de vida não saudáveis. Reflexão sobre a opção escolhida.	Cartões Folhas	30 min
9ª Sessão: <i>“Gosto de respeitar”</i>	Competências sociais	Respeitar normas sociais.	Jogo “Territórios” (Brandes e Philips, 1977).	Jogo	30 min
		Compreender para que servem as normas sociais.	Reflexão sobre cumprimento das normas sociais identificadas no jogo.	Papel	20 min

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO



Sessão	Blocos Temáticos	Objetivos	Atividades/Métodos	Material	Tempo
10ª Sessão: <i>Sei escolher</i>	Competências de tomada de decisão	Reconhecer as capacidades de decisão. Conhecer argumentos contra o tabaco.	Os Prós e os Contra do consumo do tabaco. Duas a duas as crianças vão fazer um debate para enumerar motivos para não fumar e para fumar.	Cartões verdes e vermelhos	20 min
		Expressar argumentos contra o tabaco.	Elaborar na cartolina um quadro com os motivos para fumar e para não fumar	Cartolina Marcadores	30 min
11ª Sessão: <i>O que vou fazer</i>	Escolher viver saudável	Dialogar com uma pessoa que tem um estilo de vida saudável. Reforçar a decisão de fumar ou não fumar.	Apresentação da pessoa. Dialogar sobre estilos de vida saudáveis.	Nenhum	50 min
12ª Sessão: <i>Agora já sei</i>	Relembrar conhecimentos	Clarificar as decisões tomadas sobre os hábitos de vida saudáveis a nível respiratório.	“Anúncio” (Brandes & Philips, 1977) sobre as razões para nunca fumar. Os anúncios são expostos. Esclarecimento de dúvidas.	Lápis Cartolina	
		Relembrar as informações mais significativas sobre tabagismo.	Jogo “A respiração” (Taradel (s.d.) <i>cit in</i> Manes, 2007). Aconselhar a que pratiquem este exercício em casa.		

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO



Sessão	Blocos Temáticos	Objetivos	Atividades/Métodos	Material	Tempo
13ª Sessão: A <i>consolidação</i>	Consolidar competências	Consolidar as informações sobre hábitos de vida saudáveis fornecidas durante o programa.	Jogo “ Eleições Gerais” (Espada, 2005). A criança escolhe uma opção, após agrupam-se em pares e expõem as razões da sua escolha.	Papel e lápis. Cartolina. Tesouras. Fita-cola	20 min
			Jogo “Chuva e sol” (Guerra & Lima, 2005).		30 min
14ª Sessão: A <i>despedida</i>	Finalização do programa	Resumir a informação fornecida durante o programa. Clarificar decisões sobre hábitos de vida saudáveis.	Resumir os conteúdos programáticos.	Projektor	30 min
	Avaliação	Avaliar conhecimentos e competências adquiridos.	Cada criança responde individualmente ao questionário da primeira sessão.	Caneta Questionário	20 min

