

# Health Promotion & Education in Iberoamerican Community



## Iberoamerican Journal of Health and Citizenship Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía

July - December 2012 - Vol. 1, No. 2  
Julio - Diciembre de 2012 - Vol. 1, Nº.2  
ISSN 2182-4185



FUNDAÇÃO  
CALOUSTE  
GULBENKIAN



**Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**  
**Iberoamerican Journal of Health and Citizenship**

**“Health Promotion and Education in Iberoamerican Community”**

*Julio – Diciembre, 2012*

*Vol. 1, No 2*

**COORDINACIÓN ACADÉMICA IOHC**

José Manuel Peixoto Caldas (CIIE-FPCE, Universidad de Oporto)

**COORDINACIÓN EDITORIAL**

Sónia Dias, (IHMT-UNL / Portugal)

Artenira da Silva Sauaia, (UFMA / Brasil)

Lígia Moreira Almeida, (CIIE-FPCEUP / ISPUP-FMUP / Portugal)

**COMITÉ EDITOR INTER-UNIVERSITARIO:**

Susana Novick, Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires/Argentina)

Elsa Beatriz Padilla, CIES-IUL (Lisboa, Portugal)

Fernando Daniels, Director Colegio de las Américas (COLAM - OUI) (Québec/Canadá)

Pablo Gentili, Comité Directivo de CLACSO (Buenos Aires/Argentina)

María de Jesús Buxó Rey, Universidad de Barcelona (Barcelona/España)

Nora Lloveras, Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba/Argentina)

Maria Amelia Viteri, FLACSO - Ecuador (Quito/Ecuador)

Julián Rebón, Director del Gino Germani – UBA (Buenos Aires/Argentina)

Ana María Perez, CES - Universidad Nacional del Nordeste (Resistencia  
Chaco/Argentina)

Alice Colón Warren, CIS – Universidad de Puerto Rico (San Juan/Puerto Rico)

Adela Pellegrino, UDELAR Universidad de la República de Uruguay  
(Montevideo/Uruguay)

Trinidad Donoso, GREDI/Universidad de Barcelona (Barcelona/España)

Sónia Dias, CMDT - IHMT, Universidade Nova de Lisboa (Lisboa/Portugal)

Aldaíza Sposati, CEDEST - PUC SP (São Paulo/Brasil)

Helena C. Araújo, CIIE - FPCEUP (Porto/Portugal)

Adrián Arias Posada, Universidad de La Rioja (La Rioja/Argentina)

Artenira S. e S. Sauaia, Universidade Federal do Maranhão (São Luís/Brasil)

José Pedro Espada, Universidad Miguel Hernández (Elche/España)

Wenceslao Peñate Castro, Universidad de La Laguna (Tenerife/España)

Rommel Mendes Leite, Université Lumière Lyon 2/Centre Max Weber (Lyon/France)

Leila Tardivo, Instituto de Psicologia – USP (São Paulo/Brasil)

### **SECRETARIADO EJECUTIVO ACADÉMICO-CIENTÍFICO**

Gustavo Malafaya, ICS-UM (Braga/ Portugal)

### **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

José Bandos, Encargado del Website [www.iohc-pt.org](http://www.iohc-pt.org)

Publicación virtual semestral del Observatorio Iberoamericano de Salud y Ciudadanía, a través de su Proyecto Health and Citizenship PTDC/CS-SOC/113384/2009 de la FCT

### **Apoyo**



---

*Nota Informativa: Toda la información inherente a los trabajos científicos publicados son responsabilidad de sus respectivos autores.*

## Índice

Educar para la salud: reto de todos.....4

### **Artículos**

Idade Ativa: Qualidade de Vida, Saúde e Recreação em Idosos no Brasil.....7

Da avaliação à reflexividade das práticas de Promoção de Saúde: O caso do projeto *Prosaude*..... 18

Perfil Nutricional de indivíduos em situação de rua frequentadores de um centro de convivência da região Oeste do Município de São Paulo.....55

La Comunidad Universitaria en la Promoción de la Salud Cardiovascular ..... 74

Os Media como fonte de informação sobre Saúde: riscos e oportunidades ..... 84

Pertinência da criação de um Modelo Geral de aceitação de Tecnologia aplicado a Terapias..... 111

Escenarios de Educación Alimentaria y Nutricional en las Políticas Públicas de Brasil y Colombia ..... 137

Educação e Saúde Escolar: práticas e contextos .....169

### **Prácticas de investigación**

Atendimento a Agressores como forma de enfrentamento da Violência Doméstica na Primeira Infância.....185

Prevenindo a Violência Intrafamiliar através da construção de novas Metodologias Pedagógicas: um relato de experiência.....199

### **Reseñas de Libros**

Health Promotion in Paediatric Oncology: strategies to an integral and integrated health.....217

Ocupar Wall Street: Indignados en el Epicentro del Capitalismo Mundial. .... 223

Normas para la presentación de trabajos..... 229

## **Educar para la salud: reto de todos**

Queridos/as compañeros/as:

La Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía/ Iberoamerican Journal of Health and Citizenship se complace en publicar el segundo volumen dedicado al tema - Educación y Promoción de la Salud en Iberoamerica. Los artículos y estudios presentados reflejan parte de la realidad de nuestro contexto iberoamericano (Brasil, Colombia, Cuba e Portugal).

Cuando hablamos de educación para la salud nos referimos al proceso social que implica transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la prevención de problemas y enfermedades que dificultan el desarrollo de una vida saludable y que incluso pueden llevarnos a la muerte en forma prematura.

Así siendo, la educación para la salud es una de las varias estrategias de trabajo para lograr la promoción de la salud, la cual parte de entender que la salud depende de una multiplicidad de factores sociales, ambientales, económicos, políticos, etc., en el ámbito individual, grupal y estructural, es decir lo que nosotros sociólogos de la salud y sanitaristas llamamos de Determinantes Sociales de Salud.

Hay que precisar que educación para la salud y salud pública no son lo mismo aunque están relacionadas. La salud pública es un área científico disciplinar que busca conocer y comprender el proceso colectivo de salud-enfermedad y actuar sobre él, identificando las condiciones de salud de la población y explicando sus determinantes, para formular políticas y programas que, al articularse con otros ámbitos de desarrollo social, lo transformen positivamente. La salud pública se fundamenta en el principio de valor que da a la salud el estatus de derecho humano fundamental y de elemento central para el desarrollo nacional, aspectos que en Portugal han sido reconocidos en nuestra constitución y en los planes nacionales de desarrollo, como el actual.

Una de las estrategias de articulación intersectorial e interdisciplinaria de la salud pública es la promoción de la salud y, dentro de ella, una de las estrategias de trabajo es la educación para la salud. Como una manera de orientar las acciones a emprender en salud pública se han señalado, por diferentes organismos, entre otros la Organización Mundial de la Salud (OMS), las funciones sustantivas del Estado y sus

instituciones, entre las que se encuentra la educación para la salud, con la cual se estaría buscando desarrollar y fortalecer una cultura en prol de la vida y la salud y contribuir a la formación de recursos para su operación y para continuar generando conocimientos al respecto. Por lo tanto, la educación para la salud es parte de la salud pública.

La educación para la salud contribuye a la generación de conocimientos.

Así, las perspectivas metodológicas cuantitativa o la cualitativa son valiosas en la educación para la salud, cada una aporta elementos que posibilitan la comprensión holística del proceso salud-enfermedad. Dentro del proceso educativo enseñanza-aprendizaje no podríamos dimensionar la magnitud de un problema sin la metodología cuantitativa, como tampoco podemos explicar cómo los sujetos viven ese problema, lo significan y lo afrontan sin la metodología cualitativa. Ambas metodologías son complementarias, la priorización de una sobre otra deberá depender de la pregunta a la cual intentemos dar respuesta y del objetivo de conocimiento que se tenga.

Son innumerables los campos de intervención de la educación para la salud pero los campos de intervención van a variar según características de la población (niños/as, adolescentes, embarazadas, etc.); según el espacio de aplicación (comunidad, escuela, hospital, empresa, medio penitenciario, ciudad y municipio, medios masivos de comunicación, etc.); según el tema de salud-enfermedad a abordar (resiliencia y factores protectores, alimentación y nutrición, medio ambiente, planificación familiar, hipertensión arterial, lactancia, infecciones de transmisión sexual...); según el modelo de intervención (grupos de autoayuda, educación popular, participación comunitaria, comunicación y marketing); puede también clasificarse en términos de si se dirigem a la formación de recursos humanos en el área de prestación de servicios de salud profesionales o de promotores de salud, o si se dirige a la educación de la población.

La cuestión fundamental es saber: ¿Cuál es la situación de la educación para la salud en iberoamerica?

Las condiciones actuales de incertidumbre política, financiera y social y de globalización en las que la educación para la salud se desarrolla constituyen un hecho sin precedente.

En el ámbito del discurso, la educación para la salud sigue siendo una estrategia prioritaria para asegurar a la población su derecho a la salud; muestra de ello es su

presencia en los planes nacional y estatales de desarrollo y en los planes nacional y estatales de salud. Sin embargo, esta priorización no siempre se ve reflejada en la formación de recursos profesionales y en la asignación y ejercicio presupuestal. Lo que da por resultado que no hay suficientes recursos humanos y financieros para hacer frente a todas las acciones educativas que tendrían que estarse efectuando si verdaderamente se quisiera mejorar la salud de toda la población.

Por otra parte, la poca reflexión crítica sobre la educación para la salud, su concepto, sus modelos y métodos, ha hecho que se privilegien acepciones más ligadas a la enfermedad que a la salud; modelos informativos más que facultadores y de participación comunitaria, responsabilizadores (culpabilización y autocuidado) y atemorizadores más que de autogestión y empoderamiento; que se empleen métodos muy directivos y que se efectúen pocas evaluaciones sistemáticas, todo lo que está dando por resultado un pobre impacto educativo.

Abrazos a todos/as!

José Manuel Peixoto Caldas Director del Observatorio Iberoamericano de Salud y Ciudadanía, Senior Researcher del CIIE Centro de Investigación y Intervención Educativas de la Universidad de Oporto y Docente del Colegio de las Américas (COLAM) /Organización Universitaria Interamericana (OUI)

**Artículos / Artigos / Articles**

**IDADE ATIVA: qualidade de vida, saúde e recreação em idosos do Brasil**

**Graziele Souza Lira Ferrari**

Acadêmica de Educação Física do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: grazielelira@hotmail.com

**Fernando Aires Barcelos**

Acadêmico de Educação Física do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: beornblackmetal@gmail.com

**Lohany Dourado Nery**

Acadêmica de Biomedicina do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: lohany.dourado@gmail.com

**Daniela Franco dos Santos**

Acadêmica de Biomedicina do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: franco.danny@hotmail.com

**Noeli Silva Pereira**

Acadêmica de Biomedicina do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: noelibimed@hotmail.com

**Jéssica Silva Gonçalves**

Acadêmica de Biomedicina do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: jessikinha-goncalves@hotmail.com

**Geane Francis Santana**

Acadêmica de Enfermagem do ICBS, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: geane francis@hotmail.com

**Carlos Kusano Bucalen Ferrari**

Prof. Adjunto Doutor, coordenador do programa "Idade-Ativa", ICBS/Araguaia/UFMT.

E-mail: drcarlosferrari@hotmail.com

**Resumo**

A promoção da saúde, cidadania e da qualidade de vida (QV) é fundamental para a crescente população de idosos. Assim, o presente estudo teve como objetivo mostrar e descrever a experiência de um programa de educação gerontológica para a promoção da saúde e QV. Metodologicamente o programa buscou investigar os hábitos alimentares, a prática de atividades físicas, o risco de diabetes e depressão, o estilo de vida (sono, tabagismo, etilismo) e a QV. Os resultados preliminares identificaram seis questões psicossociais e de saúde prioritárias para os idosos: alimentação inadequada; depressão; direitos dos idosos; hipertensão arterial; melhoria da QV; e quedas e acidentes domésticos. Assim, foram realizadas palestras e dinâmicas de grupo abordando os seguintes temas: acidentes domésticos; maus-tratos ao idoso; alimentação saudável; depressão; estatuto do idoso; hipertensão; QV e saúde; sexualidade; e uso racional de medicamentos. O programa vem contribuindo efetivamente para a promoção da saúde dos idosos.

**Palavras-chave:** educação gerontológica; qualidade de vida; estatuto do idoso; saúde



## **ACTIVE LIFE: quality of life, health, and recreation among elderly in Brazil**

### **Abstract**

The promotion of health, citizenship, and quality of life (QOL) is essential to the growing elderly population. In this regard, the present study aimed to describe and show the experience of a gerontology education program for promotion of health and QOL. Methodologically the program had investigated the dietary food patterns, the regular practice of physical activities, the type 2 diabetes risk, the risk of depression, the lifestyle (sleep, smoking, alcoholic drinking, etc), and QOL questions. From the preliminary results the program identified six priority psychosocial and health concerns for the elderly: inadequate feeding; depression; elderly rights; arterial hypertension; improvement on QOL; and falls and domestic accidents. Then, the following lectures and group dynamics were developed: domestic accidents; elderly mistreatment; healthy feeding and diet; depression; elderly bylaw; hypertension; health and quality of life; sexuality and aging; and rational use of pharmaceuticals. The program has decisively contributed to the elderly's health promotion.

**Key-words:** gerontology education; quality of life; elderly's bylaw; health

## **IDADE-ACTIVA: Calidad de vida, Salud y Recreación en ancianos de Brasil.**

### **Resumen**

La promoción de la salud, la ciudadanía, y la calidad de vida (CDV) es esencial para la creciente población anciana. En este sentido, el objetivo del presente estudio fue describir y mostrar la experiencia de un programa de educación gerontológica de la promoción de la salud y de la calidad de vida. Metodológicamente el programa había investigado los patrones alimentarios, la práctica regular de actividad física, el riesgo de diabetes tipo 2, el riesgo de la depresión, el estilo de vida (el sueño, el tabaco, bebidas alcohólicas, etc) y cuestiones de la calidad de vida. De los resultados preliminares del programa fueron identificados seis prioridades psicosociales y de salud en las personas de edad avanzada: alimentación inadecuada; depresión; derechos de los ancianos; hipertensión arterial; calidad de vida y salud; y caídas y accidentes en el hogar. Así pues, hubo palestras y dinámicas de grupo, abordando los siguientes temas: accidentes en el hogar; maltrato al anciano; comer sano; depresión; estado de las personas de edad avanzada; hipertensión; la calidad de vida y salud; la sexualidad; y el uso racional de los medicamentos. El programa efectivamente ha contribuido para la promoción de la salud de los ancianos.

**Palabras-clave:** educación gerontologica; calidad de vida; derechos de lós ancianos; salud.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde estima para 2050 uma população de 2 bilhões de idosos, especialmente em países emergentes (Sousa; Branca: 2011). O crescimento anual da população de idosos na America Latina e Caribe (ALC) tem sido de 3,8%. Em 2005, a população de idosos na ALC alcançava 34,2 milhões de habitantes, devendo atingir 69,6 milhões de cidadãos em 2025 (Guzmán: 2005). Atualmente, Brasil, Argentina, Colômbia, Peru, Venezuela e Chile compreendem os países Sul-americanos com as maiores populações de idosos (Guzmán: 2005; Landaeta: 2009). Segundo dados colhidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), algumas décadas atrás a população de idosos era pouco representativa no Brasil. Porém, hoje, eles constituem mais de 21 milhões de pessoas ou 11,1% da população total. Os Estados brasileiros do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraíba são os que apresentam maior frequência relativa de idosos, enquanto que, em Mato Grosso, este contingente atinge 8,2% da população total, números que são o reflexo das mudanças sociodemográficas ocorridas na população brasileira especialmente a redução da mortalidade infantil e a drástica diminuição da fecundidade que permitiram o crescimento da expectativa de vida de 69,3 para 72,7 anos de 1997 a 2007, com projeções excelentes para o envelhecimento populacional nos anos vindouros (IBGE: 2008).

Devido ao crescimento deste segmento populacional, que tem trazido aumento considerável dos gastos em saúde (Sousa; Branca: 2011), é necessário conhecer os diferentes aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais associados aos idosos, pois tais fatores podem ser condicionantes do estado de saúde e da capacidade funcional (Lima-Costa *et al*: 2003; Parahyba *et al*: 2005). Neste sentido, diversos estudos têm demonstrado que o envelhecimento compromete a força, a postura e o equilíbrio de membros inferiores aumentando o risco de quedas e fraturas (Morais *et al*: 2008; Koster *et al*: 2011; Woods *et al*: 2011).

Além da saúde e capacidade funcionais, as estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos em idosos precisam também abordar a qualidade de vida desta população. A QV pode ser diretamente relacionada com o conceito de auto-estima e com o bem-estar pessoal, que englobam uma série de aspectos envolvendo a

capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores éticos e culturais, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação profissional e/ou as atividades diárias e o ambiente em que se vive (Mendonça *et al.*: 2008; Cardoso *et al.*: 2012).

Neste contexto, seguindo o modelo Britânico de atenção primária que foca a promoção da saúde e o cuidado dos idosos e que tem sido preconizado também para reduzir a morbidade, a mortalidade e os custos hospitalares no Brasil (Veras: 2012), o objetivo deste artigo foi mostrar a experiência de um programa de promoção da saúde do idoso em três municípios brasileiros localizados no Vale do Araguaia, que compreende os Estados de Mato Grosso e Goiás, no Centro-Oeste do Brasil.

## **Metodologia**

### *População*

É constituída de idosos freqüentadores do Centro de Referência em Assistência Social de Barra do Garças (MT), do CRAS de Pontal do Araguaia (MT), do Asilo de Aragarças (GO) e de unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos três municípios acima referidos, totalizando cerca de 450 pessoas. Coordenado pelo ICBS/UFMT, o projeto tem cinco parceiros, citados a seguir: As Secretarias da saúde e de Assistência Social de Barra do Garças (MT), a Secretaria de Saúde de Aragarças (GO), A Secretaria de Ação Social (SAS) de Pontal do Araguaia e o Asilo de Aragarças (GO). Os municípios de Aragarças, Barra do Garças e Pontal do Araguaia tem aproximadamente 4601 idosos (IBGE: 2010).

## **Materiais e métodos**

Avaliação da composição corporal por bioimpedância elétrica; avaliação antropométrica (peso, estatura, IMC, circunferência da cintura, quadril, circunferência braquial e circunferência muscular do braço) e aferição da pressão arterial. Entrevistas dos idosos com questionários sobre saúde e estilo de vida (doenças autorreferidas, hábitos alimentares, prática de exercício físico, satisfação aspectos da vida), validados cientificamente (Vieira *et al.*: 2002; Ferrari *et al.*: 2011; Cardoso *et al.*: 2012).

Além disso, o projeto ajuda a fomentar a prática supervisionada regular de esportes, exercícios e atividades físicas que ajudam a melhorar a saúde mental, o estado físico, a controlar o peso e a composição corporal, a pressão arterial, o controle

glicêmico e a capacidade cardiorrespiratória, reduzindo riscos à saúde e aumentando a longevidade (Fontaine *et al.*: 2003; Ferrari: 2007; Ferrari: 2008; Teixeira-Lemos *et al.*: 2011).

### Resultados parciais

O projeto visa fazer o diagnóstico de saúde e depois promover as intervenções para a promoção da saúde. Neste sentido, foram identificados seis tópicos fundamentais sobre a saúde e cidadania dos idosos do Vale do Araguaia (Tabela 1).

Tabela 1. Questões psicossociais e de saúde prioritárias em idosos do vale do araguaia

- 
- Alimentação inadequada;
  - Depressão;
  - Direitos dos idosos;
  - Hipertensão arterial;
  - Melhoria da qualidade de vida;
  - Quedas e acidentes domésticos
- 

Em razão do diagnóstico das questões prioritárias, foram propostas e realizadas diversas palestras e dinâmicas de grupo, conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Palestras e dinâmicas de grupo executadas

Temas	Referencial teórico básico
• Acidentes domésticos	Hautier; Bonnefoy (2007); Freitas <i>et al.</i> (2011)
• Maus-tratos ao idoso	Bover <i>et al.</i> (2003); NIA/NIH (2012)
• Alimentação saudável	Paillaud <i>et al.</i> (2005); Ferrari (2007); Kim; Lee; Back (2010)
• Depressão	Oliveira <i>et al.</i> (2012); Santos <i>et al.</i> (2012)
• Estatuto do idoso	BRASIL (2003); Zenaide; Viola (2011)
• Hipertensão: mitos e verdades	Lionakis <i>et al.</i> (2012)

- Qualidade de vida e saúde Kemmler *et al.* (2004); Teh (2004); Garzón; Porcel; Ruiz (2005); Ozaki *et al.* (2007)
  - Sexualidade na terceira idade: fatores emocionais e psicossociais Bastos *et al.* (2012); Vieira; Miranda; Coutinho (2012)
  - Uso racional dos medicamentos Hogerzeil (1995); Olson (2012)
- 

## Discussão

Criada em 1994 e consolidada em 2003 com o Estatuto do Idoso (BRASIL: 2003), a Política Nacional do Idoso apresenta cinco metas fundamentais (Silvestre; Costa-Neto: 2003):

- a) Proteger o idoso;
- b) Promover o envelhecimento saudável;
- c) Manter e melhorar a capacidade funcional;
- d) Prevenir e tratar doenças;
- e) Recuperar a saúde dos enfermos e reabilitar funções comprometidas.

Neste sentido, com exceção do item e, o presente programa contempla todas estas importantes ações de promoção da saúde e da cidadania do idoso, bem como da proteção da pessoa idosa e prevenção de doenças.

Além da abordagem de como melhorar o estilo de vida por meio de alimentação saudável e prática regular de atividades físicas, esportivas e recreativas (Ferrari: 2007), o programa também abordou questões importantes como a depressão no idoso.

Estima-se que entre 3% e 15% dos idosos vivendo na comunidade apresentem algum sintoma depressivo. Em idosos que residem em instituições e entre indivíduos portadores de doenças clínicas essas taxas são ainda mais elevadas chegando a 30% e 45%, respectivamente (Paradela; Lourenço; Veras: 2005). A depressão é uma doença altamente incapacitante e que apresenta quadros clínicos de cronicidade e maior gravidade na população de idosos (Sousa *et al.*: 2010).

O presente programa já gerou duas monografias de graduação que avaliaram o risco de depressão e o risco de diabetes em idosos que em breve deverão ser publicadas.

O programa tem tido ótima receptividade do público-alvo e espera-se que venha a ter efeitos benéficos na melhoria da autoestima, do combate aos maus-tratos, da valorização do cidadão idoso e do envelhecimento saudável.

### **Conclusão**

Pioneiro na região do Vale do Araguaia, o programa Idade-Ativa identificou pela primeira vez os problemas prioritários do idoso e vem atuando decisivamente na educação gerontológica, promovendo o bem-estar e melhorando a qualidade de vida dos idosos.

Financiamento: PROCEV/UFMT (SIGPROJ n.71574.350.17807.22022011).

### **Referências bibliográficas**

BASTOS, CC; CLOSS, VE; PEREIRA, AMVB; BATISTA, C; IDALÊNCIO, FA; CARLI, GA; GOMES, I; SCNEIDER, RH. 2012. “Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade”. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. Vol.15, no. 1, p. 87-95.

BOVER BOVER, A; MORENO SANCHO, ML; MOTA MAGAÑA, S; TALTAVULL APARICIO, JM. 2003. “El maltrato a los ancianos en el domicilio: situación actual y posibles estrategias de intervención”. *Aten Prim*. Vol. 32, no. 9, p. 541-551.

BRASIL. 2003. Presidência da República. Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

CARDOSO, G.M.; VALOES, L.M.A.; ALMEIDA, O.A.E.; FERRARI, C.K.B. 2012. Qualidade de vida na percepção da gravidade da doença em portadores de diabetes mellitus. *Enferm Foco*. Vol.3, no.3, p.143-146.

FERRARI, CKB. 2008. “Metabolic syndrome and obesity: epidemiology and prevention by physical activity and exercise”. *J Exerc Sci Fit*. Vol. 6, no. 2, p. 87-96.

\_\_\_\_\_. 2007. “Functional foods and physical activities in health promotion of aging people”. *Maturitas*. Vol.58, p.327-339.

FERRARI, C.K.B.; Guimarães, C.F.; Honorio-França, A.C.; França, E.L. Health and quality of life among workers from a great food supplier company in Sao Paulo (SP), Brazil. *Middle-East J Sci Res*. Vol.7, No.4, p.543-549.

FONTAINE, KR; REDDEN, DT; WANG, C; WESTFALL, AO; ALLISON, DB. 2003. "Years of life lot due to obesity". *JAMA*. Vol. 289, no. 2, p. 187-193.

FREITAS, R; SANTOS, SSC; HAMMERSCHMIDT, KSA; SILVA, ME; PELZER, MT. 2011. "Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para acção". *Rev Bras Enferm*. Vol. 64, no. 3, p. 478-485.

GARZÓN, MJC; PORCEL, FBO; RUIZ, JR. 2005. "Mejora de la forma física como terapia antienvjecimiento". *Med Clín*. Vol. 124, no. 4, p.146-155.

GUZMÁN, JM. 2005. La situación del envejecimiento em América der Sur en el contexto de Madrid+5 y los objetivos del milénio [on line]. Santiago, Chile, ONU, CEPAL/CELADE. Disponível em: [http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/4/23004/JMGuzman\\_p.pdf](http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/4/23004/JMGuzman_p.pdf) [acceso: 06 enero 2012].

HAUTIER, C; BONNEFOY, M. 2007. "Training for older adults2. *Ann Réadapt Méd Phys*. Vol. 50, p. 475-479.

HOGERZEIL, HV. 1995. "Promoting rational prescribing: an international perspective". *Brit J Clin Pharmacol*. Vol. 39, p. 1-6.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2010). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> [acceso 27 agosto 2012].

\_\_\_\_\_. (2008). Projeção da população do Brasil por sexo e idade –1980-2050 [on line]. *Série Estudos e Pesquisas*, no. 24. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf) [acceso 13 mai 2012].

KEMMLER, W; LAUBER, D; WEINECK, J; HENSEN, J; KALENDER, W; ENGELKE, K. 2004. "Benefits of 2 years of intense exercise on bone density, physical fitness, and blood lipids in early postmenopausal osteopenic women". *Arch Intern Med*. Vol. 164, p. 1084-1091.

KIM, J; LEE, Y; BACK, J.H. 2010. "The association between frequency of food group consumption and functional disability in older people". *J Korean Geriatr Soc*. Vol. 14, no. 1, p. 25-35.

KOSTER A; DING, J; STENHOLM, S; CASEROTTI, P; HOUSTON, DK; NICKLAS, BJ; YOU, T; LEE, JS; VISSER, M; NEWMAN, AB; SCHWARTZ, AV; CAULEY, JA; TYLAVSKY, FA; GOODPASTER, BH; KRITCHEVSKY, SB; HARRIS, TB. 2011. "Does the amount of fat mass predict age-related loss of lean mass, muscle strength, and muscle quality in older adults?". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Vol. 66, no. 8, p. 888-895.

LANDAETA, I.N. de. 2009. El envejecimiento: aspectos bioéticos, políticos, económicos y sociales. *Gac Méd Caracas*. Vol.117, p.130-137.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. 2003. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. Vol. 19, p. 745-757.

LIONAKIS, N; MENDRINOS, D; SANIDAS, E; FAVATAS, G; GEORGOPOULOU, M. 2012. "Hypertension in the elderly". *World J Cardiol*. Vol. 4, no. 5, p. 135-147.

MENDONÇA, RHF; ZIHLMANN, KF; FREIRE, ML; OLIVEIRA, RCS; JOSÉ, N.K. 2008. "Qualidade de vida em pacientes com retinopatia diabética proliferativa". *Rev Bras Oftalmol*. Vol. 67, no. 4, p. 177-183.

MORAIS, TC; FUJIMORI, M; TOLEDO, OR; BATALINI, C; FERRARI, CKB; HONORIO-FRANÇA, AC. 2008. "Pharmacoepidemiology and health in a Brazilian older population". *Int J Gerontol*. Vol. 2, no. 3, p. 103-108.



NATIONAL INSTITUTE ON AGING (NIA)/NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). (2012). El abuso de las personas mayores [online]. Disponível em: <http://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/el-abuso-de-las-personas-mayores> [acceso 03 febrero 2012].

OLIVEIRA, MF de; BEZERRA, VP; SILVA, AO; ALVES, MSCF; MOREIRA, MASP; CALDAS, CP. 2012. "Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade". *Ciênc Saúde Col*. Vol. 17, no. 8, p. 2191-2198.

OLSON, IN. 2012. *Rational drug treatment in the elderly: "treat or not to treat"*. Örebro, Sweden: Örebro University Press.

OZAKI, A; UCHIYAMA, M; TAGAYA, H; OHIDA, T; OGIHARA, R. 2007. "The Japanese centenarian study: autonomy was associated with health practices as well as physical status". *J Am Geriatr Soc*. Vol. 55, p. 95-101.

PAILLAUD, E; HERBAUD, S; CAILLET, P; LEJONC, J-L; CAMPILLO, B; BORIES, P-N. 2005. "Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients". *Age Ageing*. Vol. 34, p. 619-625.

PARADELA, EMP; LOURENÇO, RA; VERAS, RP. 2005. "Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral". *Rev Saúde Pública*. Vol. 39, no. 6, p. 918-923.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. 2005. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. Vol. 39, p. 383-391.

SANTOS, JG dos; PEREIRA, JR; TEIXEIRA, CVL; CORAZZA, DI; VITAL, TM; COSTA, JLR. 2012. "Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico". *J Bras Psiquiatr*. Vol. 61, no. 2, p. 102-106.

SILVESTRE, JÁ; COSTA NETO, MM. 2003. "Abordagem do idoso em programas de saúde da família". *Cad Saúde Publica*. Vol.19, no. 3, p. 839-847.

SOUSA, M; NUNES, A; GUIMARÃES, AI; CABRITA, JM; CAVADAS, LF; ALVES, NF. 2010. "Depressão em idosos: prevalência e factores associados". *Rev Port Clin Geral*. Vol. 26, p. 384-391.

SOUZA, SPO; BRANCA, SBP. 2011. "Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009". *Enferm Foco*. Vol. 2, no. 3, p. 188-190.

TEIXEIRA-LEMOS, E; NUNES, S; TEIXEIRA, F; REIS, F. (2011). Regular physical exercise training assists in preventing type 2 diabetes development: focus on its antioxidant and anti-inflammatory properties [on line]. *Cardiovasc Diabetol*. Vol. 10, p. 12. Disponível em: <http://www.cardiab.com/content/10/1/12> [acesso 07 febrero 2012].

TEH, KC. 2004. "Exercise as medicine". *Singap Med J*. Vol. 45, no. 2, p. 52-54.

VERAS, RP. 2012. "Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso". *Ciênc Saúde Col*. Vol. 17, no. 1, p. 231-238.

VERAS, R.P. 2012. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*. Vol. 28, no.10, p.1834-1840.

VIEIRA, KFL; MIRANDA, RS; COUTINHO, MPL. 2012. "Sexualidade na velhice: um estudo de representações sociais". *Psicol Saber Social*. Vol. 1, no. 1, p. 120-128.

VIEIRA, VCR; PRIORE, SE; RIBEIRO, SMR; FRANCESCHINI, SCC; ALMEIDA, LP. 2002. "Socioeconomic, nutritional and health profile of adolescents recently admitted to a Brazilian public university". *Rev Nutr*. Vol. 15, p. 273-282.

WOODS, JL; IULIANO-BURNS, S; KING, SJ; STRAUSS, BJ; WALKER, KZ. 2011. "Poor physical function in elderly women in low-level aged care is related to muscle strength rather than to measures of sarcopenia". *Clin Interv Aging*. Vol. 6, p. 67-76.

ZENAIDE, MNT; VIOLA, SA. 2011. "Educação em Direitos Humanos na promoção de uma cultura de respeito aos direitos da pessoa idosa". *Rev Direitos da Pessoa Idosa*. Novembro 2011, p.11-13.

## DA AVALIAÇÃO À REFLEXIVIDADE DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: o caso do projeto *Prosaude*

**Sofia C. Pais<sup>1</sup>**

Educóloga/Doutorada em Ciências da Educação, Centro de Investigação e Intervenção Educativas, FPCEUP. [sofiapais@fpce.up.pt](mailto:sofiapais@fpce.up.pt)

**Ana Silva**

Socióloga/Doutoranda em Sociologia – Relações do Trabalho, Desigualdades Sociais e Sindicalismo, Centro de Estudos Sociais /Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

[anasilva@ces.uc.pt](mailto:anasilva@ces.uc.pt)

**Edite Silva**

Assistente Social. [intervencao@lpps.pt](mailto:intervencao@lpps.pt)

**Joana Pereira**

Nutricionista

**Filipe Silva**

Professor de Ed. Física/Liga Portuguesa de Profilaxia Social. [prosaude@lpps.pt](mailto:prosaude@lpps.pt)

**Inês Silva**

Nutricionista. [gsilva.ines@gmail.com](mailto:gsilva.ines@gmail.com),

**Elisabete Catarino**

Nutricionista. [elisabete.acatarino@gmail.com](mailto:elisabete.acatarino@gmail.com)

### Resumo

Este artigo dá conta de um projeto de promoção de saúde co-financiado pela Direção Geral da Saúde e intitulado de *Prosaude*. Este projeto decorreu entre 2009 e 2011 e o seu objetivo primeiro visava o combate à obesidade em crianças e jovens em idade escolar. Desenvolveu-se em escolas e associações juvenis e contemplou a participação de famílias, profissionais de Educação e agentes da comunidade. Envolveu diretamente 75 crianças e jovens e suas famílias, de três contextos distintos, embora similares do ponto de vista do desfavorecimento social em que se encontravam. O *Prosaude* contou com uma equipa multidisciplinar cujo contributo permitiu, através de estratégias diferenciadas, disseminar e reforçar mensagens de saúde e (trans)formar para estilos de vida saudáveis. Neste artigo apresentam-se os principais resultados de uma avaliação mista, transversal a todo o projeto, reflectindo-se sobre as suas implicações educativas e sobre o impacto de iniciativas de promoção da saúde.

**Palavras-Chave:** obesidade; saúde; educação; crianças e jovens; interdisciplinaridade

---

<sup>1</sup> Contacto da autora a quem deve ser enviada correspondência: [sofiapais@fpce.pt](mailto:sofiapais@fpce.pt).

## **FROM EVALUATION TO REFLEXIVITY IN HEALTH PROMOTION PRACTICES: the case of *Prosaude* project**

### **Abstract**

The present paper revisits a health promotion project – *Prosaude*. Co-funded by the Portuguese General Directorate for Health, the project was carried out between 2009 and 2011 by the Portuguese League for Social Prophylaxis with the primary aim of preventing obesity in children and young students. Developed in schools and youth associations, *Prosaude* included the participation of families, education professionals and community members, directly involving 75 children and young students and their families. The project was conducted in three different urban contexts sharing similar conditions of socioeconomic disadvantage. The multidisciplinary of the team contributed to the dissemination and reinforcement of health messages and to promote the (trans)formation of participant's healthier lifestyles. This article presents the main results of a mixed assessment strategy, implemented during the project in the pursuit of a more reflexive attitude on its educational implications and on the impact of health promotion initiatives.

**Keywords:** obesity; health; education; children and youth; interdisciplinarity

## **DE LA EVALUACIÓN A LA REFLEXIVIDAD DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: el caso del proyecto *Prosaude***

### **Resumen**

En este artículo se presenta un proyecto de promoción de salud - el *Prosaude*- que contó con el apoyo de la Dirección General de Salud de Portugal, y tuvo una duración total de dos años (desde 2009 hasta 2011). El objetivo principal fue combatir la obesidad en los niños e jóvenes con edad escolar. Se ha desarrollado en escuelas y asociaciones juveniles y contó con la participación de las familias, profesionales de la educación así como otros agentes de la comunidad local. A lo largo de todo el proyecto se han implicando a 75 niños e jóvenes y respectivas familias de tres contextos distintos, aunque similares en la desventaja social e económica en que vivían. La contribución de un equipo multidisciplinario de profesionales del *Prosaude* permitió, por una parte, la difusión y el fortalecimiento de mensajes de salud y, por otra parte, impulsar la (trans)formación de los estilos de vida de los participantes en hábitos promotores de salud. En este artículo se presentan los principales resultados de una evaluación mixta, desarrollada a lo largo de todo el proyecto, que permite una reflexión sobre sus implicaciones educativas y sobre el impacto de las iniciativas de promoción de la salud.

**Palabras clave:** obesidad; salud; educación; niños y jóvenes; interdisciplinaria

## Introdução

Ao fenómeno da evolução da tecnologia nas sociedades modernas surgem doenças associadas que comprometem a qualidade de vida do indivíduo, bem como o aumento dos custos do Sistema Nacional da Saúde. A obesidade é um dos exemplos mais emergentes dos estilos de vida atuais, ao nível da alimentação (consumo de alimentos cada vez mais calóricos) e do sedentarismo, das atividades de lazer e mesmo laborais. Constitui, por si só, uma doença e um importante fator de risco para o aparecimento de outras doenças crónicas potencialmente fatais, como a diabetes mellitus, a hipertensão ou as doenças cardiovasculares (Brown *et al.*: 2009). Trata-se, efetivamente, de um grave problema de Saúde Pública com repercussões de milhões de euros no orçamento da Saúde (Pereira; Amaral; Mateus: 2000), e com efeitos significativos no que concerne à morbilidade e à mortalidade acrescida em diversas patologias.

De facto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2000), a obesidade é a epidemia do séc. XXI. Dados desta Organização e da International Obesity Task Force, em 2010, indicam que mais de um bilião de pessoas no mundo têm excesso de peso. Em Portugal, estima-se que entre 50-55% das pessoas tenham excesso de peso e que entre 13-15% sejam obesos (cerca de 1,5 milhões de pessoas) (Carmo: 2006). Por outro lado, atendendo à prevalência da obesidade infantil, dados de Padez *et. al* (2004) indicam que 31,5% de crianças têm excesso de peso face a 11,3% que são obesas. Torna-se incontornável, pela constatação evidente dos danos inerentes a este cenário, atender a estes dados e desenvolver estratégias que permitam reduzir os seus efeitos.

A este respeito, considere-se o estudo de Jain (2005) em torno da temática da obesidade, o qual revela que as intervenções baseadas no indivíduo resultam em perdas de peso reduzidas, com pouco impacto sobre a epidemia da obesidade na população. Por outro lado, o estudo sugere que se centre a atenção em intervenções de saúde pública em vez de se apostar em abordagens individuais, para conter a epidemia da obesidade. Percebe-se, assim, ser fundamental fomentar o desenvolvimento de atitudes de maior consciência, bem como o investimento na real promoção de saúde, considerando que podem (e devem!) ambos tornar-se eixos essenciais para e na adopção de hábitos saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2004).

Neste sentido, o projeto *Prosaude*, desenvolvido pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social (LPPS)<sup>2</sup> e cofinanciado pela Direção Geral da Saúde (DGS), procurou atender a esta dupla ação na forma como se materializou junto de crianças, jovens, famílias, professores e demais agentes da comunidade. Entre 2009 e 2011, o *Prosaude* espelhou mais uma, de entre muitas iniciativas de promoção de saúde pública da LPPS, uma Instituição Particular de Solidariedade Social que conta já com 88 anos de existência e acumula um historial relevante de ações em diversas áreas e com inúmeros grupos da sociedade portuguesa. Pautou-se ininterruptamente pelo esforço de sensibilizar e pelas estratégias que (re)inventou para intervir social, cultural e politicamente face aos problemas de cada época na esfera da saúde pública.

Este artigo foca-se no projeto *Prosaude*, especificamente na forma como foi concebido, enquadrado teoricamente e desenhado do ponto de vista metodológico. Discorre-se, adiante, sobre os principais contributos considerados para o efeito e as ferramentas adotadas numa intervenção de promoção de saúde pública. Mais, considera-se de extrema importância cruzar a prática com a investigação, em prol de um conhecimento mais profundo e informado, em iniciativas de promoção de saúde.

### **Enquadramento**

A experiência do *Prosaude* que aqui se reflete remete, por um lado, para uma dimensão de franca implicação com o terreno, com os que nele se movem e, portanto, com as suas especificidades; tendo também em conta, por outro lado, a inevitável relação com contributos teóricos de relevância para compreender o fenómeno da obesidade e as estratégias de intervenção adotadas e orientadas para o combater.

#### *A obesidade em contexto(s): responsabilidades partilhadas*

O entendimento da obesidade enquanto problemática da maior importância na sociedade atual, e futura, revelou-se necessário e evidente no desenho da estratégia de intervenção. Observaram-se os seus contornos em termos de comportamentos manifestos e de ideias pré-concebidas e iniciaram-se as suas implicações educativas, sociais, culturais, económicas e políticas. As crianças, os jovens, as suas famílias, mas também os seus professores e restantes membros das suas comunidades tornaram-se, nesse sentido, potenciais (e simultaneamente) alvos e

---

<sup>2</sup> Para um conhecimento aprofundado da história da Liga Portuguesa de Profilaxia Social e dos seus projetos mais recentes sugere-se a visita a [www.lpps.pt](http://www.lpps.pt).

atores prioritários neste contexto. As instituições como a família, a escola, as associações de jovens, etc. são conseqüentemente basilares, considerando-se transversalmente as dimensões sociocultural e económica como condicionantes transversais em todos estes contextos. Reconheceu-se, por isso, ser inescapável pensar o conceito da obesidade à luz de um espectro dimensional francamente alargado (Carapinheiro: 2006).

De facto, e atendendo ao contributo essencial de Bronfenbrenner (1979), esta ideia está associada à indissociabilidade da multiplicidade de contextos que interferem na vivência dos indivíduos para garantir a (melhoria da) sua qualidade de vida (Ferguson: 2002). “Porque o atravessam permanentemente códigos sociais e culturais, todo o espaço é um lugar onde se constroem socialmente significados que condicionam a nossa vida e, ao mesmo tempo, são condicionados por ela” (Fischer: 2000, 195). Nesta linha, sublinha-se a ênfase atribuída à interdependência dos comportamentos individuais, das condições de vida dos indivíduos e dos contextos em que se desenvolvem, enquanto elemento de franca influência na saúde (Shapiro: 2002). São, pois, apontados fatores culturais, de estatuto socioeconómico e de mudança social, bem como condicionantes associados à estrutura de organização social e comunitária e ao apoio social (Stanton; Revenson; Tennen: 2007).

Desde logo, enquanto contexto de socialização primária (Bronfenbrenner: 1979), a família é unanimemente caracterizada uma das dimensões centrais na experiência de vida relacionadas com situações de saúde e, de resto, em circunstâncias em que o risco se perpetua e/ou potencia (Rocha; Ferreira: 2009; Pais; Menezes: 2011). É, frequentemente, o espaço de relações onde os sujeitos desenvolvem hábitos (ou *habitus, estruturas estruturadas predispostas a agir como estruturas estruturantes* [Bourdieu: 1997]) de incorporação duradoura que permeiam a formação do comportamento social. Surge, assim, como um lugar de inculcação primeira dos esquemas socioculturais que contextualizam a relação com as condicionantes de saúde, influenciando a própria formação do gosto, e determinando o caráter mais ou menos naturalizado/cristalizado dos comportamentos de risco dos diversos públicos. Por outro lado, também a escola é essencial na compreensão e na intervenção em torno do combate à obesidade. É um dos principais contextos reveladores de comportamentos de risco, congregando e propiciando relações interpares de enorme significado na emergência de condições de saúde menos controladas (Flynn *et. al.*: 2005). Os centros de saúde, assim como outros lugares da comunidade, tornam-se

igualmente fulcrais, sobretudo no reforço de mensagens de saúde congruentes e consistentes. A ligação que criam entre si e os valores que preconizam, além das suas esferas primeiras de atuação, são contributos de grande relevância para o diálogo crítico, a partilha de responsabilidades e a construção de uma cidadania ativa (Menezes; Campos: 1998).

Nesta reflexão, acentua-se, de facto, a relevância do desenvolvimento (e fortalecimento) de relações de parceria entre a família, a escola, a comunidade e os sistemas de cuidados de saúde, aos quais se podem, de resto, associar a outros organismos, como as associações de jovens. Spilkin e Ballantyne (2007), bem como Livneh (2001), exploram também esta ideia, enfatizando a importância de articular o papel da família com outros agentes, numa relação que invoca o modelo biopsicossocial, de modo a serem otimizados mecanismos de adaptação face às singularidades emergentes de situações de risco e outras que envolvem efetiva cronicidade. Assim, estes laços, corroborando Shapiro (2002), têm sido reconhecidos enquanto formas de intervenção, uma vez relacionados com contextos sociais de vida para crianças e jovens em risco, promotores de um desenvolvimento tendencialmente mais positivo.

Do mesmo modo, ressalva-se nestas interligações contextuais a importância de, assumidamente, se ressituar o lugar que tem vindo a ser atribuído à obesidade e aos seus efeitos. Isto é, em vez de a remeter ao espaço da consulta individual considera-se fundamental transferi-la para espaços de intervenção conjunta, investindo na criação de sinergias de natureza multinível (Theiss-Morse; Hibbing: 2005; Menezes; Teixeira; Fidalgo: 2007). Mais, numa lógica de real promoção de saúde e, portanto, de reconhecimento de formas de participação e de cidadania ativas e legitimadas, é expectável que o tema da obesidade ocupe a agenda política e seja alvo de discussão pública e, desejavelmente, participada.

Como defende Lister (2003), as noções que se criam e se reinventam em torno do conceito de cidadania, e consequentemente dos seus significados, variam de acordo com o contexto social, político e cultural, refletindo diferentes legados históricos. Entenda-se, a este propósito, que a dicotomia público-privado, particularmente no que concerne a grupos historicamente marginalizados, parece ainda não estar resolvida (Pais: 2012). A inclusão desses grupos *invisíveis* tem diversas implicações, destacando-se aqui duas (Lister: 2007). A primeira remete para o facto de, definitivamente, se reconhecer que as pessoas, enquanto cidadãos, têm o



direito de participar nas múltiplas esferas em que se movem, não estando essa condição dependente de reunirem ou não condições para participar. Isto é, “ter ‘igualdade de oportunidades para participar e contribuir como cidadãos iguais’ significa uma sociedade em que a diferença não significa que não se pode ‘pertencer a’, mas onde, em vez disso, a nossa comum existência é reconhecida e valorizada” (Morris: 2005, 40). A segunda é que “as crianças devem ser tratadas como ‘diferentemente iguais’ membros da cultura pública em que são participantes de pleno direito” (Moosa-Mitha: 2005, 369). Ambas as implicações são particularmente relevantes neste estudo, no qual se pretende salientar um modelo de promoção de saúde que põe em evidência a necessidade de entender a obesidade contextualizadamente e, sobretudo circunscreve-la numa esfera que é pública (Lister: 2007).

#### *Da sensibilização à intervenção: duas esferas complementares*

É, pois, partindo da importância que têm os contextos, tendo em conta a forma como se articulam entre si, e as estratégias, atendendo ao modo como potenciam ou não condições de (re)conhecimento social e político, que se propõe uma reflexão sobre o carácter, mais ou menos efetivo, de entender a promoção da saúde.

Explicam Walley *et al.* (2008, 1004) que

a experiência tem mostrado a necessidade de se passar da educação para a saúde (facilitando e disseminando a informação) para a promoção da saúde (transformação de atitudes e comportamentos) contribuindo para o empoderamento das pessoas de forma a terem um papel mais ativo na sua saúde.

E, de facto, constata-se com evidência que atualmente, apesar do nível de conhecimentos ter evoluído de forma significativa, a existência de informação é ainda deficitária ao nível da saúde, acompanhada de um conjunto de fragilidades em termos de estratégias educativas alternativas no que concerne à gestão da própria saúde (Abreu: 1998; Teixeira: 2004). A este respeito destacam-se os trabalhos de Pita (1996), Katz (2001), Sidell (2003), Kessel *et. al.* (2003), cujo contributo é basilar para se entender o universo da saúde pública e, de resto, a importância de explorar mensagens de saúde com impacto na qualidade de vida das pessoas.

O conceito de empoderamento torna-se, então, pertinente para uma compreensão mais abrangente desta dimensão. Veja-se que se trata de um processo

através do qual as pessoas ganham poder em questões que lhes dizem respeito e adquirem controlo sobre as suas vidas (Rappaport: 1981; Itzhavy; York: 2000). Segundo Zimmerman (1995), empoderamento é um constructo que integra percepções de controlo pessoal, de desenvolvimento proativo face às situações do dia-a-dia e da compreensão crítica do ambiente sociopolítico. Tendo em conta as três componentes do empoderamento psicológico, pessoas empoderadas são aquelas que i) desenvolvem uma consciência crítica sobre o seu ambiente e uma postura participativa na vida comunitária, num nível intrapessoal. São, por outro lado, a um nível interacional, pessoas que ii) compreendem como funcionam as estruturas e os processos que suportam e capacitam a sua participação e a mudança das suas comunidades. E, por fim, são pessoas que iii) se envolvem, agem e gerem situações quotidianas, a um nível comportamental (Zimmerman: 1995). Trata-se das pessoas em situação de risco fazerem uso da sua autonomia assegurando-se as reais condições para que possam atuar deliberadamente. Esta conceptualização de empoderamento associa-se, portanto, a uma estrutura de ação social que inclui, em traços gerais, mudança comunitária, capacidade construtiva e colectividade (Menezes: 2007).

É, portanto, na sequência do significado deste conceito que se cruzam as esferas de atuação dos indivíduos e se condicionam as suas ações e intervenções. Isto é, atendendo à definição e abordagem do conceito de empoderamento, tratar-se-á, neste estudo, de enquadrar o contexto e as singularidades da vivência da, e com, obesidade enquanto problemática amplamente partilhada e, desejavelmente, explorada ao nível de uma esfera pública. Esta esfera, como considera Arendt (1995), incluía, no cenário da Grécia Antiga, a possibilidade de dominar a vida política, fazendo uso da acção (*praxis*) e do discurso (*lexis*). É na esteira desta ideia que se conclui, então, que “o sentido da política é a liberdade que os cidadãos adquirem quando estabelecem entre si relações de iguais, sem constrangimentos de qualquer domínio” (Azevedo: 2009, 15). Paralelamente, a esfera pública era lugar de afirmação dos cidadãos perante os seus iguais, bem como oportunidade para situar focos de preocupação política (Heater: 1990). Trata-se, pois, e nos tempos de hoje, de entender a esfera pública como um local no qual os indivíduos podem problematizar, em público, uma condição de desigualdade e/ou falta de equidade na esfera privada (Habermas: 1995). Ou seja, a circulação e o uso da esfera pública possibilita, de forma deliberada e legítima, a transformação de vontades individuais em vontades coletivas.

## Objetivos

Atendendo aos dados da OMS (2000) e, em particular, aos números relativos à incidência de risco de obesidade, o projeto *Prosaude* tinha como principal objetivo a mudança de estilos de vida, fomentando opções mais salútares, passando essencialmente pela adoção de uma alimentação saudável e do aumento da prática de exercício físico.

Este projeto inscreveu-se num programa de educação para a saúde, situando a sua ação em três contextos distintos, no Norte do país, e caracterizados por condições socioeconómicas frágeis. De salientar, a este propósito, a relação entre famílias com baixos rendimentos a situações de saúde mais vulneráveis (dada a relação da obesidade às condições económicas). Reconhecendo que a prevenção é tanto mais eficaz quanto mais cedo for promovida, este projeto centrou-se em famílias com filhos em idade precoce, envolvendo directamente 75 crianças e jovens dos 1º e 2º ciclos do ensino básico. Com as suas famílias pretendeu-se desenvolver um trabalho sistemático e eficaz na promoção da prática de exercício físico e de uma alimentação mais saudável. Além destes agentes de socialização primária, destacou-se também, em todo o desenrolar deste projeto, a implicação de professores e membros da comunidade educativa, técnicos e outras pessoas de contacto destas crianças e jovens. Conhecer os hábitos das suas famílias e entender as práticas dos profissionais que com elas lidam diariamente foram aspetos fundamentais para delinear e ajustar toda a intervenção.

Assim, era intuito, por um lado, aceder aos reais comportamentos de crianças, jovens e suas famílias, no que toca aos seus estilos de vida saudáveis e, por outro lado, delinear estratégias que permitissem aumentar os seus conhecimentos sobre opções (mais) saudáveis e contribuir para efetivas mudanças de atitude neste domínio. Especificamente pretendeu-se: i) proporcionar e consolidar conhecimentos sobre alimentação e nutrição e benefícios da prática de exercício físico; ii) reduzir a emergência de doenças associadas à obesidade; diminuir a prevalência de pré-obesidade e obesidade infantil; iii) aumentar a proporção de jovens e adultos fisicamente ativos; iv) aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais; v) reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas e trans; vi) contribuir para a criação de sinergias entre família, escola e comunidade, de forma a que, articuladamente, pudessem embrenhar-se na adoção de estratégias de promoção de saúde.

## **Estratégias e opções metodológicas**

O desenho das estratégias a implementar no âmbito dos objetivos inerentes ao projeto *Prosaude* teve em consideração a diversidade de cada contexto, assumindo-se como condição inicial o (re)conhecimento das suas especificidades. Cada um dos três contextos em que foi desenvolvido o projeto revelava situações de franco desfavorecimento de natureza económica, social e cultural, porém com contornos distintos do ponto de vista das singularidades vivenciadas pelas diferentes comunidades.

### *Caracterização dos contextos: diversidades e similitudes*

Um dos contextos – que neste artigo se definirá por A – situava-se numa zona periférica do Norte do país onde os espaços de urbanização resultam de políticas de habitação social produtoras de flagrantes fenómenos de guetização urbana e social. Neste espaço, as trajetórias de vida das crianças e jovens são pautadas por carências de múltiplas naturezas (económicas, em primeira instância, mas também educativas, culturais, e sociais), que se traduzem em disposições intergeracionais de auto e hetero-estigmatização social, simultaneamente produto e produtoras do fechamento e isolamento socio-espacial em que se encerra a comunidade de bairro. Denota-se aqui um processo de demarcação social das referências étnicas (de origem maioritariamente cigana) que estão na génese das histórias e trajetórias individuais e coletivas dos seus protagonistas sociais. Neste contexto, a aproximação aos grupos de crianças e famílias intermediou-se pela escola (1º ciclo do ensino básico).

No contexto B, espaço semi-rural de uma freguesia deslocada (face ao centro urbano) também na zona Norte, encontrámos um espaço social marcado por fortes problemas de integração socioeconómica, onde os fenómenos de desemprego parental e de baixa escolarização (à semelhança do que acontece também no contexto A) tendem a declinar a importância dos investimentos educativos enquanto estratégias de empoderamento individuais e coletivas. As crianças e jovens deste contexto provêm de famílias onde o trabalho não qualificado na atividade industrial se tende a combinar com atividades agrícolas familiares, numa lógica de auto-subsistência, informal e paralela, através da qual os agregados familiares encontram estratégias de melhoria das suas condições materiais de vida. A domesticidade feminina, conforme os discursos das crianças, é vivida ao longo do dia pelo café, pela casa de vizinhos e familiares, existindo uma fraca vivência do espaço doméstico e de

uma relação estreita entre pais e filhos. A aproximação a estas famílias foi, neste contexto, realizada através de um centro de atividades ocupacionais local, onde as crianças passam os tempos não letivos sob orientação de profissionais de educação não docentes.

Por sua vez, o contexto C, que se centra numa escola de 2º e 3º ciclo do ensino básico, localiza-se no centro de uma cidade, também na zona Norte do país - pólo centralizador de um estilo de vida urbano, onde a heterogeneidade de experiências de vida é mais marcante (quer internamente quer face aos contextos A e B). Apesar de não ser um contexto social favorecido, a maior diversidade das situações socioeconómicas vividas pelos agregados familiares revelam situações pontuais de maior favorecimento relativo (especialmente do ponto de vista dos níveis de educação e capital escolar dos pais). Entre estas famílias, as ocupações profissionais dos encarregados de educação variam entre as atividades não qualificadas e rotineiras no setor secundário encontradas nos contextos anteriores, e outras de maior autonomia, que exigem o acionamento de recursos técnicos específicos, implicando maior grau de complexidade numa escala de especialização funcional (e.g. escriturários, administrativos e quadros do setor bancário) que parecem favorecer o contexto pedagógico de desenvolvimento social das crianças e jovens.

Todavia, em geral, as crianças e jovens implicados neste projeto provêm de famílias heterogéneas. Ao nível da composição familiar, cerca de 70% dos agregados tem 1 e 2 filhos e os restantes 30% têm entre 3 e 6, sendo que destes, aproximadamente 18% têm 4 e 5 filhos. A este fator acresce o facto de pelo menos 5 destes agregados constituírem famílias muito numerosas (extensas e alargadas) onde coabitam, numa mesma habitação (geralmente unifamiliar até) mais de duas famílias nucleares, ou seja: no caso das famílias extensas, a coabitação reúne 3 gerações – avós, pais e filhos -, e no caso das famílias alargadas coabitam avós, pais, filhos, tio(a)s e respetivos filhos. Por outro lado, verifica-se uma certa expressividade das famílias monoparentais que, no caso dos jovens do contexto C, tem exatamente a mesma proporção que as famílias nucleares clássicas [compostas por pai, mãe e filho(s)]: 43,75% dos casos em cada uma das categorias, estando também esta expressividade evidente nos agregados domésticos estudados no contexto A, em que cerca de 27% das famílias são monoparentais.

Acresce ainda que esta heterogeneidade se verifica também na análise dos indicadores socioeconómicos. No que respeita ao grau de ensino dos pais destas

crianças e jovens vê-se que varia entre indivíduos que não sabem ler ou escrever e os que têm um curso médio (magistério primário, educadores de infância, etc.), concentrando-se uma parte significativa dos dados na detenção do 4º ano do 1º ciclo e do 6º ano do 2º ciclo do ensino básico (não existindo diferenças estatisticamente significativas entre géneros). No que concerne às profissões e condições perante o trabalho a diversidade é maior: 62% dos pais encontram-se a exercer profissão, 13,5% estão desempregados, 4,5% estão incapacitados, reformados ou a estudar, e 8% são domésticos. A domesticidade é vivida essencialmente no feminino entre as famílias dos contextos A e B. No entanto, no que respeita ao contexto C, também aqui se registam proporções de casos de desemprego assinaláveis. Ainda que em termos absolutos possa parecer um dado numérico irrelevante, facto é que 15 famílias num universo de 56 em que pelo menos um dos membros do agregado está desempregado é um dado interessante.

Esta relativa diversidade nos posicionamentos socioeconómicos das famílias parece condicionar os padrões alimentares e, mais genericamente, os estilos de vida dos indivíduos, das famílias e, conseqüentemente, das crianças, enquadrando um determinado padrão socializador no que respeita à prática alimentar, à ocupação de tempos livres e sua associação aos níveis de atividade física no quotidiano das famílias. Recorde-se Magalhães (2005: pp. 9-10) que, a este respeito, denota que a “construção de uma matriz alimentar de origem, remonta à primeira infância por inerência de uma via socializante de âmbito familiar” que se encontra “inscrita nos estilos alimentar e de vida do indivíduo, congruente com a sua classe de origem. Por outras palavras, poder-se-á dizer que estamos perante ações consonantes face à origem social, passíveis, contudo, de mudança face a novos e profícuos encontros sociais culminantes em processos de ressocialização” (Idem:10). Noção esta que legitima o potencial contributo do *Prosaude* para a construção de uma matriz alimentar e, de um ponto de vista mais alargado, de relacionamento com os determinantes de saúde, que propicie a adoção, naturalizada, de hábitos quotidianos saudáveis.

#### *Dinâmicas de incursão e aproximação ao terreno*

Apesar de existir uma prévia identificação dos contextos em que o projeto iria decorrer, considerou-se fundamental, numa fase primeira, efetuar contactos interinstitucionais (entre a instituição LPPS e as escolas e as associações envolvidas), seguidos do progressivo estabelecimento de relações informais com famílias, agentes

da comunidade (como o grupo de teatro de um dos contextos, a junta de freguesia de um outro contexto, etc.). Neste processo de ininterrupta construção de relações de confiança, o investimento na sedimentação de laços com as crianças e os jovens de cada contexto foi uma prioridade.

Esta lógica de proximidade com as crianças e os jovens baseou-se na premissa de que as relações podem ser, em si mesmo, ferramentas basilares da intervenção comunitária (Orford: 1992; Menezes: 2007). Em todas as ações levadas a cabo, procurou, por conseguinte, atender-se às suas expectativas, numa lógica de (re)ajustamento das estratégias face aos objetivos do projeto. Admitiu-se que, quer ao nível da sensibilização, quer ao nível da intervenção, esta dimensão seria prioritária. Do mesmo modo, ainda que numa outra perspetiva, considerou-se a avaliação como uma constante no desenvolvimento do projeto, permitindo, por um lado, aferir dados mensuráveis (do ponto de vista físico, mas também comportamental), e por outro lado, aceder às motivações e às necessidades do público-alvo. Em ambos os sentidos, seria pertinente, senão impreterível, ir encontrando critérios de referência que permitissem comparar resultados de fases iniciais com fases posteriores e, subsequentemente, ir criando pontos de identificação, cada vez mais sólidos, com os participantes, potenciando a sua consciência crítica e a transformação dos seus hábitos num registo de durabilidade.

Assim sendo, reconheceu-se que seria tanto mais efetiva a promoção da saúde através do incentivo a hábitos de vida saudáveis, quanto mais abrangente a implementação de ações consertadas do ponto de vista da disseminação de mensagens de saúde e da mudança de comportamentos. Para tal, foi criada uma equipa multidisciplinar (nutricionista, professor de educação física, socióloga, assistente social, educóloga, médico, etc.), conjugando saberes especializados diversos e experiências profissionais, pessoais e académicas distintas, mas de reconhecida relevância para o enriquecimento e a profundidade em termos de impacto(s) do projeto. Foi, efetivamente, nesta lógica que se combinaram dois planos de ação orientados, na prática, de forma paralela e transversal a todo o projeto. Trata-se do plano da sensibilização e do plano da intervenção.

### **Estratégias de promoção da saúde: dois planos de ação, um mesmo objetivo**

O projeto *Prosaude* arrancou com uma primeira atividade de *sensibilização*, designadamente uma campanha itinerante constituída por quatro estações, em torno

das quais grupos de aproximadamente 50 crianças e jovens participavam em jogos lúdico-pedagógicos durante cerca de 90 minutos. Uma das estações contempladas na campanha permitia o levantamento de dados antropométricos (peso, altura, cálculo do Índice de Massa Corporal). Assim como esta, outras atividades de curta duração e cuja permanência nos contextos não foi superior a dois dias, foram levadas a cabo ao longo do projeto. Estas permitiram fazer avaliações do estado nutricional das crianças e dos jovens, assim como das suas famílias. Foram realizados, para o efeito, rastreios e sessões educativas diversas, onde se incluíram dinâmicas informativas e visionamento de filmes. Estas contaram com a participação de especialistas e deram conta de temáticas múltiplas com interesse para abordar o tema da obesidade e dos estilos de vida.

O recurso ao jogo e a metodologias participativas permitiu abranger as crianças e os jovens em temáticas relacionadas com a saúde pelo carácter apelativo com que se revestiram. No caso das famílias, o jogo não foi a estratégia primeira de as implicar, no entanto, a escolha das atividades e a forma como se desenrolaram foi no sentido de ir de encontro às suas necessidades e expectativas, potenciando assim a sua participação ao longo do projeto. Por outro lado, também os professores foram diretamente convocados a envolver-se, procurando-se, por um lado, identificar espaços nas suas aulas para reforçar mensagens que partilhadamente se pretendia disseminar e, por outro lado, acolhendo as suas considerações relativamente à realidade das suas salas de aula e àquilo que lhes era possível sinalizar das famílias dos alunos.

Do mesmo modo, outras estratégias, mais orientadas para a *intervenção*, foram adotadas. Desde logo, ficou estipulado que uma equipa de profissionais da LPPS faria um acompanhamento sistemático em contexto escolar e associativo. A presença de nutricionista no gabinete médico da escola, assim como do professor de educação física para dinamização de atividades de natureza desportiva, aconteceram com uma periodicidade semanal. Paralelamente, a proximidade com os coordenadores da área da Saúde e com as famílias foi, igualmente, assegurada com grande frequência. Também ao nível dos contactos com profissionais de centros de saúde e outros agentes da comunidade as relações foram sendo consolidadas.

Neste sentido, em termos funcionais, foi feito acompanhamento médico e nutricional ao longo do tempo, permitindo registar casos de sucesso, de resistência e de fracasso e, portanto, potenciado adaptações em termos de abordagem. Foram



também organizados workshops de culinária saudável com grupos de pais, filhos e professores em simultâneo. As receitas, em algumas destas iniciativas, foram trazidas pelas famílias sofrendo adaptações efetuadas pelos profissionais da equipa do projeto. Não se ficaram apenas por *ateliers* e *workshops* de carácter permanente demonstrativo, mas incluíram sessões de discussão, de partilha de feedback sobre alterações registadas ao longo do tempo, funcionando em diversos momentos como grupos de discussão focalizada. À semelhança desta, iniciativas de outra natureza foram realizadas caracterizando-se pela profundidade e pela co-construção de sentidos.

De salientar que a criação de sinergias entre família, escola e comunidade foi basilar no planeamento das estratégias, assentes nesta dupla ação, uma vez que visaram alcançar o maior número possível de pessoas e de garantir que os esforços (no sentido de qualquer mudança) fossem partilhadamente assumidos. Nesta linha, pode considerar-se que a construção de redes de apoio comunitárias funcionou com dinâmicas de abordagem colaborativa e continuada face aos objetivos do projecto. Esta lógica *co-operativa* permitiu enriquecer, por um lado, todas as fases do projeto e, por outro, acentuar a responsabilidade social de todos os agentes e instituições envolvidos, garantindo estruturas mais ajustadas para dar sustentabilidade ao trabalho iniciado com o *Prosaude*.

Em termos de metodologias de avaliação, os dispositivos desenvolvidos permitiram a recolha de dados com pertinência para o planeamento de atividades. Por outro lado, também o acompanhamento mais aprofundado tornou possível sinalizar e intervir sobre casos de risco. Foram, então, a este nível, realizados rastreios gerais de saúde e avaliações antropométricas. Paralelamente, foram adaptados<sup>3</sup> e administrados inquéritos por questionários no início e no final do projeto, com questões relacionadas com práticas familiares, hábitos e estilos de vida, quer no domínio alimentar, quer no que concerne à atividade física. Os questionários foram respondidos por crianças, entre os 6 e aos 11 anos de idade através da hetero-administração, e por jovens com idade superior a 12 anos, através de auto-administração. As suas famílias, designadamente os pais, responderam também ao mesmo questionário, permitindo conhecer continuidades e ruturas relativas a atitudes e perceções sobre as dimensões analisadas (Flick: 2007). Os dados foram tratados

---

<sup>3</sup> A adaptação dos inquéritos por questionário foi feita pela equipa do projeto com base nos instrumentos disponibilizados no Serviço de Epidemiologia do Hospital de S. João, da Universidade do Porto.

através de SPSS, com análises bi e multivariadas. Foram também realizados dois grupos de discussão focalizada com mães que participaram nos *workshops*, cujos guiões continham questões orientadas para aspetos potenciadores e obstaculizadores da sua ação na promoção de uma alimentação saudável e ainda para alterações nas suas práticas (das mães e dos filhos) e na esfera familiar (Bohnsack: 2004; Barbow; Schostak: 2005). Procedeu-se a uma análise de conteúdo dos dados recolhidos através deste método.

De referir ainda que, apesar de não terem sido momentos intencionalmente organizados para o efeito, as reuniões com os participantes diretamente implicados, assim como com técnicos e profissionais de contacto, serviram de ferramenta para recolher informações de relevância para uma compreensão alargada dos desenvolvimentos do projeto.

### **Apresentação e discussão de resultados**

Apresentam-se, de seguida, os dados recolhidos ao longo do projeto, através de diferentes estratégias metodológicas, designadamente análises antropométricas, inquéritos por questionário e grupos de discussão focalizada. Evidenciam-se apenas algumas dimensões, discutindo-se sobre as suas implicações no que toca à promoção da saúde. Privilegiam-se, portanto, os resultados: a) do rastreio do estado de saúde dos participantes através da análise do seu Índice de Massa Corporal (IMC), b) das práticas e dos consumos alimentares e, ainda, c) dos padrões de atividade física nos quotidianos dos participantes, considerando-se pais e filhos.

#### *Índice de massa corporal*

Tomando o índice de Massa Corporal (IMC) como um indicador relevante na avaliação do próprio impacto do projeto *Prosaude*, a sua avaliação foi realizada em dois momentos principais: (i) o primeiro, coincidente com uma fase inicial do projeto, no qual se visou um diagnóstico geral dos níveis de normoponderabilidade da população e a identificação de casos extremos da situação de peso, ou seja, quer de baixo peso, quer de sobrepeso (obesidade, especificamente); e (ii) um segundo momento, aquando da fase final de todo o processo de intervenção, através do qual se tentou apurar o efeito das dinâmicas de transformação de hábitos (inerentes à metodologia pedagógica e interventiva do *Prosaude*) no IMC registado pelos participantes.

Foram, para o efeito, usados os seguintes materiais: balança analógica, estadiómetro portátil e fita métrica. A análise do IMC por sexo e idade foi realizada partindo das curvas de crescimento do ano 2000 desenvolvidas e publicadas pelo Centers for Disease Control and Prevention (Kuczmarski *et al.*: 2002) e, posteriormente, adotadas pela DGS. Todas as crianças e jovens foram pesados e medidos em contexto institucional, com consentimento dos encarregados de educação e em presença de adultos responsáveis para o efeito, como sejam professores e outros profissionais de educação.

Antes da apresentação dos dados, cabe aqui uma observação de cariz metodológico, que deve dar conta da dimensão do grupo analisado e da sua dinâmica. Este projeto estendera-se por dois anos letivos, pelo que novos participantes integraram as atividades na passagem de um ano letivo para outro, bem como outros as abandonaram. Por conseguinte, registam-se situações em que não foi possível apurar a evolução do IMC ao longo do tempo (por ausência de registos em um dos momentos de análise).

Assim, no contexto A, a fase de avaliação final do projeto implicou uma análise do IMC de 32 crianças, com uma idade média de 8 anos. Neste contexto, os níveis de normoponderabilidade, apesar de tão restrito número de casos, não alcançam os 50%, situando-se antes nos 41%. Do grupo, 10 crianças apresentam situação de obesidade e 5 de excesso de peso. Esta população é tendencialmente susceptível a erros alimentares específicos e significativos, como se verificará adiante. Em termos evolutivos, puderam comparar-se os valores de 23 crianças com a anterior análise antropométrica. Dezanove crianças mantiveram o seu IMC dentro do anterior intervalo classificativo, quatro aumentaram o seu IMC, dois casos evoluindo de situações de normoponderabilidade para pré-obesidade, havendo ainda registo de um caso que passa de uma situação de normoponderabilidade para uma situação de baixo peso.

Relativamente ao contexto B, dos 17 elementos que compunham o grupo no final do projeto, apenas 5 se mantinham desde o seu início. As dificuldades inerentes ao trabalho com este grupo revelam-se pela própria dinâmica da integração e abandono de participantes no projeto, bem como pela acessibilidade que foi autorizada à sua pesagem e medição. Tais limitações implicam uma redução muito significativa dos casos cuja evolução foi possível acompanhar. Dos 5 casos em que esta evolução é passível de ser analisada, 3 mantêm o peso normal, 2 incorrem em situações de pré-obesidade. Um caso, assinalado numa fase intermédia do processo

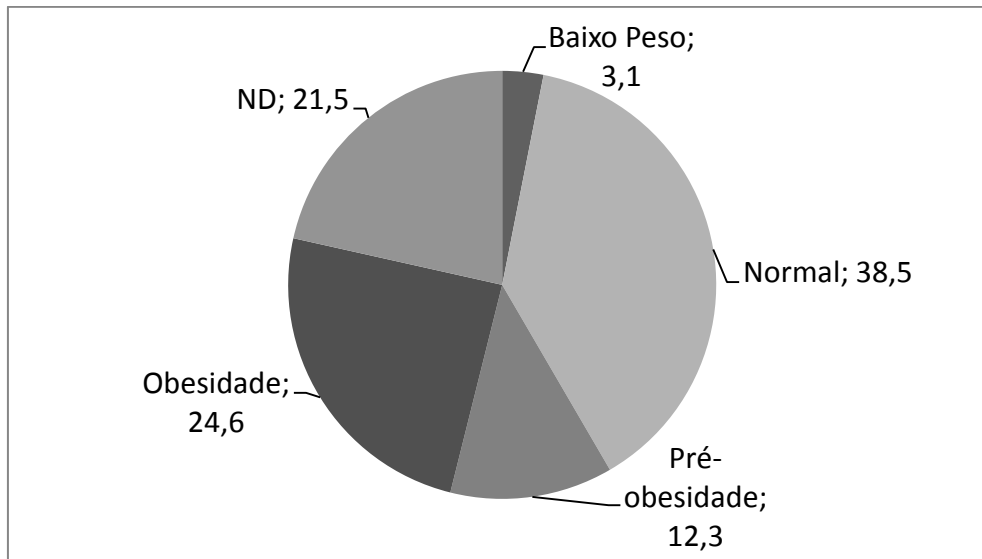
de intervenção, apresentou uma situação de baixo peso, apesar do acompanhamento feito pelos profissionais de saúde.

Aquando da última medição de dados antropométricos realizada no contexto C, foram analisados os casos de 16 participantes com uma média de 12 anos de idade. A incidência de obesidade é significativa atingindo 5 das 16 crianças estudadas. Apenas uma revela excesso de peso e as restantes apresentam um IMC dentro da normalidade. De ressaltar que mais de metade da população manteve o seu IMC, sendo de igual proporção aqueles que variaram este índice. Considera-se que o aumento do peso pode relacionar-se com o aumento da massa muscular nos dois casos verificados. Do mesmo modo, o aumento da massa magra pode contribuir para a inflação deste valor. Os dois casos específicos onde houve uma diminuição do IMC, de um estado de pré-obesidade para um estado de normoponderabilidade, poderá efetivamente estar relacionado com uma mudança de hábitos alimentares e um incremento real da prática de atividade física.

No geral, as avaliações de normoponderabilidade resultam no seguinte conjunto de dados (Figura 1 – Estado de saúde de crianças e jovens na última avaliação antropométrica efetuada), através do qual pode perceber-se que o projeto *Prosaude* terminara com 36,9% de casos de excesso de peso e obesidade, sendo estes casos mais experienciados no feminino do que no masculino (15 para 7, respetivamente, em valores absolutos). Esta percentagem é, efetivamente, superior à de participantes que apresentam situação de normoponderabilidade.

Uma das situações a assinalar é a impossibilidade de determinar o IMC e respetivo percentil de 21,5% de casos, uma vez que não foi possível repetir as avaliações antropométricas numa segunda fase, próxima do final do projeto.

Figura 1 – Estado de saúde de crianças e jovens na última avaliação antropométrica efetuada (em percentagem)



#### *Práticas alimentares*

Paralelamente às análises antropométricas, foram administrados inquéritos por questionário no início e fim do projeto, obtendo-se dados em torno das práticas alimentares de crianças/jovens e famílias. Por outro lado, também ao nível das perceções sobre hábitos alimentares e confeção de refeições, foram registados dados resultados da realização de dois grupos de discussão focalizada.

Relativamente ao padrão alimentar tipo-ideal foi considerada a toma diária das 6 refeições principais – pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia -, pretendendo-se um intervalo entre refeições de cerca de 3 horas que facilitasse a regulação da saciação e a impulsividade nas escolhas alimentares (Candeias *et al.*: 2005). Previu-se a captação da frequência do consumo de alimentos saudáveis, alimentos muito açucarados, alimentos ricos em gorduras<sup>4</sup>, e ainda outros alimentos, essencialmente bebidas, ricos em açúcar, cafeína, taurina e etanol. O principal objetivo foi obter informação descritiva sobre o enquadramento alimentar dos participantes no projeto, percepcionar as suas opções sobre determinados consumos, assim como compreender a frequência da ingestão de diferentes tipos de alimentos, conseguindo-se uma visão alargada dos seus padrões alimentares.

<sup>4</sup> Questionário de Frequência Alimentar, Carla Lopes, Serviço de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <http://higiene.med.up.pt/consumoalimentarporto/home.php?var=20>

Apurou-se, numa fase final do projeto, que para filhos e pais existem duas refeições estruturantes do padrão alimentar – o almoço e o jantar (Quadro 1). Estas são as únicas refeições às quais se registam 100% de respostas afirmativas nas duas populações, o que de resto, não acontecia numa primeira fase do projeto (especificamente na primeira administração do inquérito por questionário, dado que uma percentagem, ainda que residual, de crianças referia não jantar). Ressalve-se que as crianças almoçam tendencialmente nas instituições, o que pode contribuir para prevenir a negligência desta refeição no contexto familiar, como em casos pontuais se auscultou da parte das crianças.

Quadro 1 - Refeições realizadas diariamente

	(Crianças/Jovens)	(Família)
Refeição	Respostas positivas (%)	Respostas positivas (%)
Pequeno-almoço	92,7	94,9
Lanche da manhã	85,5	64,1
Almoço	100,0	100,0
Lanche da tarde	95,5	79,5
Jantar	100,0	100,0
Ceia	68,6	41,0
	55=100%	39=100%

Um bom indicador é o facto de, pelo menos entre as crianças e jovens que declaram tomar o pequeno-almoço diariamente (total de 51), 47 delas ingerirem laticínios e 42 afirmarem a ingestão de fontes de cereais através de alimentos pouco açucarados (Quadro 2). Sendo os laticínios uma excelente fonte de proteína de alto valor biológico e os cereais um bom fornecedor de hidratos de carbono complexos, verifica-se que um elevado número destas crianças/jovens termina o *Prosaude* com a ingestão regular de um pequeno-almoço saudável, o que numa fase inicial não se verificava, de todo. Percebe-se, do mesmo modo, que a toma do pequeno-almoço é também uma tendência generalizada nos hábitos dos encarregados de educação (pais), já que cerca de 95% afirma realizá-la diariamente. Porém, apenas cerca de 13% o faz recorrendo à ingestão de alimentos fonte de cereais pouco açucarados (Quadro 2) ou à ingestão de laticínios que, apesar de ingeridos por cerca de 70% de pais, manifesta uma tendência aquém das expectativas para o final do projeto.

Todavia, estas expressões numéricas entre pais e filhos são flagrantemente díspares, dando-se a conhecer um padrão mais saudável de consumo alimentar ao nível dos educandos na principal refeição diária. Tal pode ser revelador do desenvolvimento de maior número de atividades orientadas para as crianças e os jovens a este nível, ao longo do projeto.

Quadro 2 – Consumo regular de alimentos saudáveis

	(Crianças/Jovens)	(Famílias)
<b>Frequência na ingestão dos alimentos:</b>	<b>Respostas positivas (%)</b>	69,2
Fruta diariamente	65,5	64,1
Fruta mais do que uma vez por dia	74,5	84,6
Vegetais frescos ou cozinhados uma vez por dia	81,8	59,0
Vegetais frescos ou cozinhados mais do que uma vez por dia	52,7	89,7
Peixe duas a três vezes por semana	76,4	92,3
Carne duas a três vezes por semana	80,0	82,1
Leguminosas mais do que uma vez por semana	72,7	79,5
Arroz ou massa cinco ou mais vezes por semana	83,6	76,9
Cereais, pão ou bolachas pouco açucarados ao pequeno-almoço	78,2	12,8
Frutos secos duas a três vezes por semana	23,6	100,0
Azeite regularmente	92,7	87,2
Lacticínios ao pequeno-almoço	89,1	69,1
Dois iogurtes ou 40 gramas de queijo por dia	69,1	69,2
	55=100%	39=100%

Relativamente às restantes refeições parece existir algum descumprimento das merendas – da manhã e da tarde – e da ceia inclusivamente. O Quadro 2 revela que, já no fase final do projeto, é mais frequente saltar-se o lanche da manhã e a ceia do que o da tarde. Este último é fornecido nas escolas ou levado pelas crianças de suas

casas. Sublinhe-se que o lanche fornecido na escola é tendencialmente mais saudável do que os lanches trazidos de casa. Por observação direta, verificou-se com muita frequência lanches como bolos de creme à base de ovo, bolos de chocolate pré-embalados e similares, acompanhados de refrigerantes. Verificou-se que as crianças que têm a oportunidade de trazer lanches deste tipo de suas casas preferem-nos ao lanche fornecido na escola, geralmente composto por um pão com manteiga, e um pacote de leite escolar.

É importante frisar que, do ponto de vista económico, parecem não existir entraves reais no acesso a uma alimentação saudável. Ter um *lanche vermelho*<sup>5</sup> é uma questão de opções e de *disposição* para uma reflexividade sobre a importância da ingestão de alimentos saudáveis na saúde dos participantes<sup>6</sup>. No entanto, e apesar de não ser generalizável a todos os casos acompanhados ao longo do projeto, parece haver, para além do *gosto socializado* destas crianças, jovens e suas famílias, uma espécie de *depreciação* do lanche da escola e uma permanente justificação que se conjuga com a permissividade dos pais relativamente à ingestão de tais alimentos no quotidiano.

Relatava uma professora no contexto A, em contexto de reunião informal cujo dados foram sendo registados como notas de terreno, que após as férias escolares os lanches estavam em larga medida vermelhos, tendo os alunos *desaprendido* e descurado a necessidade de controlar as escolhas alimentares no lanche (onde se reconhece, efetivamente, deterem maior autonomia na escolha). A tendência começava, lentamente, a controlar-se à medida que a Professora ia recuperando, em sala de aula, as aprendizagens que a equipa da LPPS havia passado intensivamente nas acções de intervenção.

A consolidação do *gosto* pela ingestão de alimentos doces está de tal modo presente na sociedade atual que se torna muito difícil lutar contra toda a mediatização e persuasão usada nos recursos publicitários deste tipo de alimentos (Fialho; Almeida: 2008). O *marketing* tem um poder evidente nas opções alimentares, quer das crianças, quer dos adultos. Veja-se que, numa fase final do projeto, 60% das crianças refere ainda ingerir pelo menos uma vez por semana alimentos doces, 40% fá-lo diariamente

---

<sup>5</sup> Adotou-se nos locais de intervenção um sistema em que as crianças recebem uma pontuação dos seus lanches consoante cores que os caracterizam: verde (saudável), amarelo (pouco saudável) e vermelho (nada saudável).

<sup>6</sup> Um bolo e um sumo terão um custo médio de 2€ em Portugal, valor que permite, por exemplo, comprar 10 pães e 1kg de maçãs que daria para vários lanches realizados por crianças e jovens.



e mais do que uma vez por dia, ao que acresce a ingestão de bebidas muito açucaradas – refrigerantes – às quais cedem 54,5% dos meninos (e 59% dos pais!) pelo menos uma vez por semana e 36,4% todos os dias (Quadro 3). Ao ter em conta estes dados, facilmente se percebe que a elevada quantidade de açúcares simples ingerida por estas crianças está claramente acima dos valores recomendados. O prolongamento destes hábitos e o seu alargamento no tempo potenciam o desenvolvimento de doenças correlacionadas, como a obesidade, diabetes, cáries, entre outras. No entanto, negligencia-se a gravidade da ingestão regular deste tipo de alimentos – são os próprios pais quem denunciam hábitos homólogos aos das crianças, existindo uma forte aproximação das percentagens de crianças que ingerem doces e refrigerantes à dos pais que também o fazem.

Relativamente à ingestão de alimentos ricos em gorduras (Quadro 3), o problema ao nível da educação alimentar no seio da família mantém-se. Ou seja, se nas escolas as refeições não se constituem por *fast-food*, enchidos, molhos artificiais (*ketchup*, maionese, mostardas, etc.) e fritos e, ainda assim, existem crianças que os consomem diariamente ou todas as semanas, então a ingestão acontece no seio familiar ou em momentos em que a vigilância das crianças e dos jovens estará já fora do âmbito da instituição escolar. Repare-se aqui um dado curioso – a proporção de pais a ingerir *fast-food* é de 2,6%, contra 25,5% das crianças, assim como não há pais que ingiram enchidos ou molhos todos os dias. Porém, os seus filhos fazem-no. Estes dados levam a considerar o facto de, mesmo não tendo por hábito um determinado consumo, os pais o permitirem aos seus filhos. Este foi um dos dados recolhidos junto das mães que participaram nos grupos de discussão focalizada. A este respeito, uma das mães (nome fictício: Alzira) referia: “Para mim, é importante poder dar-lhe aquilo que eu não tive”. Outra acrescentava: “Prontos, sabemos que há coisas que não podem ser sempre, mas que eles possam ter acesso a coisas que não nos deram, claro que só às vezes senão faz mal”. Este reconhecimento de que o consumo de alguns alimentos foi nitidamente uma das principais alterações sentidas com o decorrer do projeto, contudo as questões do poder simbólico associadas ao “dar ao que não tive” foram das mais difíceis de trabalhar.

Quadro 3 - Consumo regular de alimentos pouco saudáveis

Tipos de alimentos	(Crianças/Jovens)		(Famílias)
	Frequência na ingestão dos alimentos:	Respostas Positivas (%)	Respostas Positivas (%)
Alimentos ricos em Açúcar	Doces uma ou mais vezes por semana	60,0	56,4
	Doces todos os dias	40,0	23,1
	Geleia, compota ou marmelada todos os dias	20,0	5,1
Alimentos ricos em Gordura	Fast-food uma ou mais vezes por semana	25,5	2,6
	Molhos todos os dias	10,9	0,0
	Fritos uma ou mais vezes por dia	29,1	23,1
	Enchidos e fumados todos os dias	10,9	0,0
Bebidas ricas em Açúcar, Cafeína e Álcool	Refrigerantes uma ou mais vezes por semana	54,5	59,0
	Refrigerantes uma ou mais vezes por dia	36,4	33,3
	Café uma ou mais vezes por semana	18,2	61,5
	Café uma ou mais vezes por dia	7,3	46,2
	Bebidas alcoólicas	9,1	15,4
	Bebidas energéticas	14,5	2,6
		55 = 100%	39 = 100%

Por fim, comparando os dados atuais com os resultados do questionário intercalar, conclui-se que existe entre as crianças, e de um modo geral, um *aumento do consumo de alimentos saudáveis* (com exceção na ingestão de *carne duas a três vezes por semana*, que diminuiu nas crianças e jovens), de *arroz ou massas cinco ou mais vezes por semana*, de *laticínios ao pequeno-almoço* e no *emprego culinário de azeite*. A par destes dados, também os dados obtidos junto das mães, nos grupos de

discussão focalizada realizados após os *workshops* de culinária saudável, mostraram um maior conhecimento da variedade dos alimentos dos diferentes grupos da Nova Roda dos Alimentos e um conjunto de alterações efetuadas ao nível da escolha de ingredientes e da confeção de algumas receitas. Note-se: “Agora uso mais vezes azeite do que óleo. É mais caro, mas uso menos quantidade e não fica mal”. Também no que concerne ao consumo de fruta e legumes, há alguns dados que revelam alterações: “depois daquele workshop, já fiz algumas receitas e o meu filho parece que come mais sopa. Ele gostou muito das sobremesas com fruta, disse que eram muito boas, e até já fez em casa para o irmão”. Uma nota final, orientada para a estratégia em si, dá conta da adesão dos participantes à proposta: “foram bons momentos”; “aprendi muitas coisas novas”, “não contava que fosse gostar tanto, de início até pensei nem ir”, “foi muito bom porque agora o meu filho já me ajuda na cozinha”.

#### *Prática de exercício físico*

Reconhecendo que a infância é o momento ideal para se iniciarem e incentivarem hábitos de vida saudáveis (Barlow; Ellard, 2004), foi criado um conjunto de rotinas e atividades consideradas adequadas em termos da sua operacionalização nos contextos em que se desenrolou este projeto, atendendo aos seus principais objetivos. Assim, procurou-se, através de atividades lúdico-pedagógicas, sensibilizar crianças, jovens e famílias para a importância da atividade física, sugerindo-se, para o efeito, algumas alternativas simples e económicas.

A par das atividades, e à semelhança do que se verificou no âmbito das práticas alimentares, foi administrado um inquérito por questionário pré e pós projeto. Foram, entre outros, recolhidos dados em torno de dimensões como modalidades praticadas fora dos tempos lectivos, horas despendidas para prática de exercício físico, horas dedicadas ao estudo, horas despendidas no computador e prática de atividades de natureza física entre pais e filhos. Em todos os casos, foram considerados os dados recolhidos de crianças/jovens e famílias.

Não obstante a dedicação da equipa de profissionais no terreno e o recurso a atividades com cunho francamente lúdico, os dados dos inquéritos por questionário revelam a existência de uma fraca adesão a atividades lúdicas entre pais e filhos, não só durante a semana como também ao fim-de-semana. De notar que os *hábitos de exercício durante a infância não estão associados ao estado de saúde em adulto*, pelo

que existem estudos contraditórios a este nível<sup>7</sup>. Contudo, parece ser razoável assumir que as crianças que sejam fisicamente ativas sejam aquelas que venham a manter esse hábito em adultas. Nesse sentido, a *prática do exercício físico na infância pode, indiretamente, ter um forte impacto na saúde, em adulto* (Blair *et al.*: 1989; Maia *et al.*: 2001).

No que toca à descrição dos padrões de atividade das crianças e dos jovens, os dados dos questionários, 54% de crianças que afirmam praticar cerca de uma a duas horas de atividade física intensa fora do horário escolar; contudo, apenas 45,5% declaram efetivamente praticar uma atividade desportiva regularmente. Não existem diferenças assinaláveis entre o número de rapazes e de raparigas na afirmação da prática de uma modalidade desportiva, mas parece existir um *maior leque de opções no feminino* (incluindo dança, caminhada, natação e, também, as modalidades tipicamente masculinas, como o futebol), registando-se o futebol como modalidade mais apreciada e praticada pelos rapazes. O tempo dispendido semanalmente na prática destas modalidades é muito variado, não existindo sequer uma tendência modal significativa. A prática varia entre uma hora e quatro horas ou mais por semana.

De ressaltar que das 55 crianças, cerca de 29 não pratica atividade física regular e monitorizada, abstenção que não se verifica, por exemplo, em atividades sedentárias como o visionamento televisivo. No questionário aplicado no final do *Prosaude* constata-se que cerca de 69,1% das crianças vê uma a três horas de televisão nos dias úteis, percentagem que, não aumentando significativamente ao fim-de-semana, transfere dados de um menor período de visionamento (inferior a uma hora) para outro de maior escala (4 a 5 horas). As crianças vêm, portanto, cerca de 2 a 3 horas diárias de televisão, aumentado no número de horas significativamente ao fim-de-semana (Quadro 4). No que toca às famílias, 22 dos 33 pais que responderam ao questionário não praticam atividade física fora do seu horário laboral (Quadro 5), sendo o tempo que expendem em atividades sedentárias é muito superior ao de atividade física. Apesar de se registarem algumas diferenças face ao que inicialmente se verifica ao nível da prática de exercício físico, quer em crianças e jovens, quer em famílias, estes dados revelam as resistências sentidas ao longo do desenvolvimento projeto, evidenciado a dificuldade de alteração de hábitos, particularmente quando são

---

<sup>7</sup> Para uma melhor apreciação da não consensualidade em torno desta aparente não associação, atender, a título ilustrativo, a estudos contraditórios como os de Paffenberger *et al.* (1986) e de Simons-Morton *et al.* (1987).

partilhados por um mesmo grupo de pessoas (Miller; Shinn: 2005), neste caso pais e filhos.

Quadro 4 – Visionamento de televisão/horas (crianças/jovens)

	Nos dias úteis		Ao fim-de-semana	
	Frequências	Percentagens (%)	Frequências	Percentagens (%)
<1hora	13	23,6	4	7,3
1h	20	36,4	16	29,1
2h	7	12,7	10	18,2
3h	11	20,0	10	18,2
>4h	3	5,5	5	9,1
Total	54	98,2	45	81,8
Não respostas	1	1,8	10	18,2
Total	55	100,0	55	100,0

Quadro 5 - Tempo dedicado a atividade física intensa fora do horário laboral (famílias)

		Frequências	Percentagens (%)
Casos Válidos	Nenhum	26	66,7
	Uma Hora	6	15,4
	Duas horas	1	2,6
	Total	33	84,6
Não respostas		6	15,4
Total		39	100,0

De facto, a afetação do tempo é crucial para se compreenderem os hábitos de ocupação dos tempos livres dos participantes. Repare-se que as crianças praticam entre uma a quatro horas semanais de atividade desportiva, mas vêm televisão, estudam e jogam computador, várias horas por dia, como revela o Quadro 6. Assim, apesar do reforço e do incentivo a uma alteração profunda no que concerne ao tempo em frente ao computador, ao longo do projeto, a diferença entre tempo despendido em atividade física e atividades sedentárias observa-se, ainda, por via de um maior peso das atividades sedentárias.

Quadro 6 – Horas de uso de computador para lazer (crianças/jovens)

		Nos dias úteis		Ao fim-de-semana	
		Frequências	Percentagens (%)	Frequências	Percentagens (%)
Casos Válidos	<1hora	17	30,9	18	32,7
	1h	21	38,2	16	29,1
	2h	8	14,5	5	9,1
	3h	5	9,1	3	5,5
	4h	0	0,0	2	3,6
	5h	0	0,0	1	1,8
	Total	51	92,7	45	81,8
Não respostas		4	7,3	10	18,2
Total		55	100,0	55	100,0

No que refere ao meio de transporte utilizado, as diferenças entre pré e pós projeto, parecem ser mais significativas, uma vez que no percurso diário entre a casa e a escola, cerca de 55% das crianças afirma, numa fase final do *Prosaude*, deslocar-se a pé, tendo o percurso uma duração média de 5 a 15 minutos – o que anteriormente não se verificava.

### Considerações finais

Observando os resultados anteriormente apresentados e discutidos, registam-se algumas considerações.

A primeira recai sobre o reconhecimento da relação enquanto instrumento de enorme potencial em projetos comunitários, como o *Prosaude*. De facto, a construção de redes com pessoas, em particular aquelas que figuram nas esferas em que se movem as crianças e os jovens, é uma das dimensões prioritárias a destacar. A família e a escola foram, neste artigo, as que objetivamente fizeram parte, enquanto parceiras, do cenário de ação do projeto, contando-se contudo outros actores de relevo, com impacto nas alterações verificadas ao longo do tempo (tais como funcionários das escolas, técnicos de centros de saúde, pessoas da comunidade, etc.). De referir que ao longo das atividades inscritas no *Prosaude*, procurou implementar-se um processo de (re)educação, essencialmente de carácter não-formal e de natureza lúdico-pedagógica, que suscitasse a capacitação dos implicados de modo a que estes, autonomamente, procurassem alternativas aos seus hábitos

alimentares e padrões de atividade física. Mais do que impor uma representação de algo que fosse desejável do ponto de vista do *estilo de vida saudável*, pretendeu-se subverter a relação entre especialista (interventor) e leigo (alvo de intervenção), assente numa base assimétrica e, portanto, hierárquica, fornecendo-se às crianças, aos jovens e às suas famílias todos os recursos pedagógicos, informacionais e criativos necessários à sua autonomização no contexto objetivo das suas condições de vida. A proximidade e a procura por relações de confiança permitiram envolver mais pessoas do que inicialmente se esperava e, embora se reconheça uma percentagem de perda de dados e, necessariamente, de ausência de sujeitos ao longo do tempo, a abordagem adotada visou manter os sujeitos de forma motivada e reconhecida em todas as atividades apresentadas e desenvolvidas (Pais; Guedes; Menezes: 2012).

Articulada à primeira, uma segunda consideração a tecer remonta à escolha de estratégias desde o desenho do projeto até ao final da intervenção, passando pelos ajustes próprios de processos negociados com vários atores. A organização das atividades e a preocupação de encarar os objetivos do projeto numa base assente em duas linhas orientadoras específicas, com resultados e especificidades distintas (ainda que articuladas), pretendeu reforçar condições para uma operacionalização tanto mais abrangente, quanto mais bem-sucedida. Desta feita, a opção por estratégias pouco ou não-escolarizadas, com pendor educativo, parece ter reunido consenso entre crianças, jovens, famílias e profissionais de Educação. Nesta linha, o recurso ao jogo foi bem acolhido nos três contextos em que se desenvolveu o projeto e os resultados demonstraram que pode, efetivamente, constituir uma ferramenta de trabalho e de exploração didática com potencial. Por outro lado, a preocupação de prever, no âmbito de um projeto de promoção de saúde, um conjunto de metodologias de recolha e análise de dados, em fases distintas e com objetivos específicos, foi igualmente acatada com bastante receptividade por parte dos implicados, tendo acrescido valor, não apenas em termos de verificação de dados para a equipa e para as instituições envolvidas, mas também no que concerne à possibilidade dos próprios participantes no projeto poderem discutir os resultados que vão emergindo dos processos.

Uma terceira consideração recai sobre a eficácia dos resultados. Este ponto remete, necessariamente, para a distância – quase intocável – entre todo o processo de caracterização e identificação de risco(s) e o(s) resultado(s) objetivo(s) do plano de dupla ação operacionalizado no âmbito do projeto. Isto é, apesar do envolvimento

ativo de crianças, jovens, professores, etc. no projeto e da adesão à generalidade das atividades propostas, verificaram-se inúmeras dificuldades ao longo do *Prosaude*. Por um lado, foi incontornável a perda de sujeitos, tendo em conta o início e o final do projeto. De facto, a ausência de dados condicionou de sobremaneira uma análise mais profunda da evolução de crianças e jovens, nomeadamente ao nível antropométrico. Do mesmo modo, estas perdas inibiram o acompanhamento nutricional, psicossocial e médico de alguns casos específicos. Por outro lado, verificaram-se algumas resistências, sobretudo ao nível de dimensões de subjectividade profunda, como as que se relacionam com o poder simbólico encontrado nas práticas e nos discursos das mães das crianças e dos jovens.

Assim, e anunciando uma quarta consideração, reconhece-se que apesar de o projeto ter atravessado dois anos letivos, a sua manutenção, no tempo, não foi de forma alguma, longa. Pelo contrário, admite-se que o facto de o projeto ter tido uma duração efetivamente curta limitou fortemente a criação de condições de assimilação e construção colectiva de respostas ajustadas a algumas flutuações e alterações sentidas ao longo do tempo. Trata-se, por isso, de reconhecer que o(s) processo(s) têm relevância em si mesmos, dado que são reveladores das necessidades, dos avanços, dos recuos, das especificidades que se vão descobrindo com outro(s). E, portanto, deve haver tempo para os refletir na operacionalização de estratégias mais consertadas para o alcance dos objetivos propostos. Proporcionar situações para um maior entrosamento com os implicados no projeto é uma das dimensões que se considera fundamental, particularmente em projetos como o *Prosaude*, com forte pendor comunitário.

Finalmente, e conforme consta dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, com a experiência do *Prosaude*, reconhece-se a importância de uma atuação contínua nos vários ciclos e relacionamentos de vida do indivíduo (escola, família, trabalho,...), uma vez que se consideram eficazes, senão imprescindíveis, na prevenção primária de doenças a médio e longo prazo, e no desagravamento destas na prevenção secundária com os reconhecidos benefícios que tal representa na qualidade de vida dos indivíduos e nos gastos do Sistema Nacional de Saúde. De facto, a promoção da saúde concebe-se, hoje, como uma prioridade-chave que não remete apenas para a difusão de mensagens de saúde apelativas, mas implica o envolvimento consciente, centrado e responsável dos indivíduos, dos mais diversos contextos. Como refere Guyton (1977), uma das principais razões para a obesidade é a hiperalimentação e/ou



regras alimentares desadequadas da infância até ao início da adolescência. Daí que o envolvimento das famílias, dos professores e de outros atores com influência nas redes de sociabilidade das crianças e dos jovens tenham sido considerados. Torna-se, por isso, essencial escutá-los e dedicar tempo para discutir os impactos dos projetos que se desenvolvem, no sentido de, por um lado, serem garantidos critérios de rigor e fiabilidade e, por outro lado, se aprimorarem estratégias de ação. Apesar das dificuldades encontradas, o projeto *Prosaude* permitiu reforçar a pertinência de abordagens holísticas, enquadrando temas tradicionalmente explorados de forma unitária, num universo de maior complexidade e de sentido. Assim, considera-se basilar contextualizar a temática da obesidade atendendo ao campo da saúde, de forma geral, mas tendo igualmente em consideração as singularidades de natureza económica, social, cultural, política em que as pessoas vivem e se constroem.

### **Referências Bibliográficas**

ABREU, José Luís Pio. 1998. *Comunicação e medicina*. Coimbra: Virtualidade.

ARENDDT, Hannah. 1995. *Qu'est-ce que la politique*. Paris: Éditions du Sueil.

AZEVEDO, Cristina, 2009. Experiências de participação dos jovens: um estudo longitudinal sobre a influência da qualidade da participação no desenvolvimento psicológico, Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

BARBOW, Rosaline; SCHOSTAK, John. 2005. "Interviewing and focus group". En: SOMEKH, B; LEWIN, C (eds.). *Research methods in the social sciences*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications. p. 41-48.

BARLOW, Julie H; ELLARD, David R. 2004. "Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base". *Child: Care, Health & Development*. Vol. 30, no. 6, p. 637-645.

BOHNSACK, Ralf. 2004. "Group discussion and focus groups". En: FLICK, U; von KARDORFF, E; STEINKE, I (eds.). *A companion to qualitative research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications. p. 214-221.

BOURDIEU, Pierre. 1997. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Oeiras: Celta Editora.

BLAIR, Steven N; KOHL, Harold W; PAFFENBARGER, Ralph S; CLARK, Debra G; COOPER, Kenneth H; GIBBONS, Larry W. 1989. "Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women". *Journal of the American Medical Association*. Vol. 262, p. 2395-2401.

BRONFENBRENNER, Urie. 1979. *The ecology of human development*. Harvard: Harvard Press.

BROWN, Virgil; FUJIOKA, Ken; WILSON, Peter; WOODWORTH, K. 2009. "Obesity: why be concerned?". *The American Journal of Medicine*. Vol. 122, no. 4A, p. S4-S11.

CANDEIAS, Vanessa; NUNES, Emília; MORAIS, Cecília; CABRAL, Manuela; SILVA, Pedro Ribeiro da. 2005. *Princípios para uma alimentação saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

CARAPINHEIRO, Graça. 2006. "A Saúde enquanto matéria política". En: CARAPINHEIRO, G (org.). *Sociologia da saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página. p. 137-164.

CARMO, Isabel; SANTOS; CAMOLAS, José; VIEIRA, J; CARREIRA, M; MEDINA, Luís; REIS, L; GALVÃO-TELES, Alberto. 2006. "Prevalence of obesity in Portugal". *Obesity Reviews*. Vol. 7, no. 3, p. 233-237.

FERGUNSON, Philip. 2002. "A place in the family: an historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability". *The Journal of Special Education*. Vol. 36, no. 3, 124-147.

FIALHO, Ana; ALMEIRA, Maria Daniel Vaz. 2008. "Publicidade a géneros alimentícios no meio televisivo dirigida a crianças e adolescentes em Portugal". *Alimentação Humana*. Vol. 14, no. 29, p. 57-65.

FISCHER, Gustave. 2000. *Psicologia social do ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.

FLYNN, Albert; MCNEIL, Debbie; MALLOF, Bretta; MUTASINGWA, Donatus; WU, Manhong; TOUGH, Suzanne. 2005. "Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations". *The International Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews*. Vol. 7, suppl. 1, p. 7-66.

FLICK, Uwe. 2007. *The sage qualitative research kit*. London: Sage.

GUYTON, Arthur C. 1977. *Tratado de fisiologia médica*. Rio Janeiro: Editora Interamericana, Lda.

HABERMAS, Jurgen. 1995. "O Estado-Nação europeu frente aos desafios da globalização o passado e o futuro da soberania". En: BRUXEL, L (ed.). *Participação e legitimação política*. São Paulo: CEBRAP. p. 4-13.

HEATER, Derek. 1990. *Citizenship: the civic ideal in world history, politics and education*. London, New York: Longman.

ITZHAVY, Haya. YORK, Alan. 2000. Sociopolitical control and empowerment: an extended replication. *Journal of Community Psychology*. Vol. 28, no. 4, p. 407-415.

JAIN, Anjali. 2005. Treating obesity in individuals and populations. *British Medical Journal*. v. 10, 331(7529): 1387-1390.

KATZ, Jeanne; PEBERDY, Alyson; DOUGLAS, Jenny. 2001. *Promoting health: knowledge and practice*. New York: Palgrave Macmillan.

KESSEL, Frank; ROSENFELD, Patricia; ANDERSON, Norman 2003. *Expanding the boundaries of health and social sciences: case studies in interdisciplinary innovation*. Oxford: Oxford University Press.

KUCZMARSKI, Robert J., OGDEN, Cynthia L., GUO, Shumei S., et al. 2002. 2000 CDC growth charts for the United States: Methods and development. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 11(246).

LIVNEH, Hanoch. 2001. "Psychosocial adaptation to chronic illness and disability". *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Vol. 44, no. 3, p. 151-160.

LISTER, Ruth. 2007. "Inclusive citizenship: realizing the potential". *Citizenship Studies*. Vol. 11, no. 1, p. 49-61.

LISTER, Ruth. 2003. "Young people talk about citizenship: empirical perspectives on theoretical and political debates". *Citizenship Studies*. Vol. 7, no. 2, p. 235-253.

MAGALHÃES, Dulce M, 2005. Dimensão simbólica de uma prática social: consumo do vinho em quotidianos portuenses. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

MAIA, José A; LEFEVRE, Johan; ALBRECHT, Claessens; RENSON, Roland; VANREUSEL, Bartholomeus; BREUNEN, Gaston. 2001. "Tracking of physical fitness during adolescence: a panel study in boys". *Medicine and Science In Sports And Exercise*. Vol. 33, no. 5, p. 765-771.

MENEZES, Isabel; CAMPOS, Bártolo Paiva 1998. "Psicologia comunitária em Portugal". En: MARTIN GONZÁLEZ, A (ed.). *Psicologia comunitária: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Ed. Síntesis. p. 121-130.

MENEZES, Isabel; TEIXEIRA, Pedro Miguel; FIDALGO, Mariana 2007. "Community psychology in Portugal: from 'revolution' to empowered citizenship". En: REICH, SM;. RIEMER, M; PRILLELTENSKY, I; MONTERO, M (eds.). *International community psychology: history and theories*. New York, NY: Springer. p.13-22.

MENEZES, Isabel 2007. *Intervenção comunitária: uma perspectiva psicológica*. Porto: Livpsic.

MILLER, Robin; SHINN, Marybeth. 2005. "Learning from communities: overcoming difficulties in dissemination of prevention and promotion efforts". *American Journal of Community Psychology*. Vol. 35, no. 3/4, p. 169-183.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

MOOSA-MITHA, Mehmoona. 2005. "A difference-centred alternative to theorization of children's citizenship rights". *Citizenship Studies*. Vol. 9, no. 4, p. 369-388.

MORRIS, Jenny. 2005. *Citizenship and disabled people*. London: Disability Rights Commission.

ORFORD, Jim. 1992. *Community psychology: theory and practice*. Chichester: Wiley.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). 2000. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO.

PADEZ, Cristina; FERNANDES, Teresa; MOURÃO, Isabel; MOREIRA, Pedro; ROSADO, Vítor. 2004. "Prevalence of overweight and obesity in 7-9-y old Portuguese children: trends in body mass index from 1972 to 2002". *American Journal of Human Biology*. Vol. 16, p. 670-678.

PAFFENBARGER, Ralph S Jr; HYDE, Robert T; WING, Alvin L; HSIEH, Ching-Chun. 1986. "Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni". *The New England Journal of Medicine*. Vol. 314, no. 10, p. 605-13.

PAIS, Sofia Castanheira; MENEZES, Isabel. 2011. "A experiência da doença crónica vivenciada em família". En: MENA MATOS, P; DUARTE, C; COSTA, ME (eds.). *Temáticas contemporâneas da intervenção com famílias*. Porto: Livpsic. p. 189-204.

PAIS, Sofia Castanheira. 2012. *Vivência e qualidade de vida escolar, empoderamento e participação: o caso das crianças e jovens com doença crónica e suas famílias*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

PAIS, Sofia Castanheira; GUEDES, Margarida; MENEZES, Isabel. 2012. "The values of empowerment and citizenship and the experience of children and adolescents with a chronic disease". *Citizenship, Social and Economics Education*. Vol. 11, no. 2, p. 133-143.

PITA, João Rui. 1996. *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal: 1772-1836*. Coimbra: Minerva.

RAPPAPORT, Julian. 1981. "In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention". *American Journal of Community Psychology*. Vol. 9, no. 1, p. 1-25.

PEREIRA, João; AMARAL, Maria João; MATEUS, Céu. 2000. *Custos indirectos da obesidade em Portugal*. ENSP/UNL: Mimeografia.

ROCHA, Cristina; FERREIRA, Manuela. 2009. "A família, a saúde e a infância na produção académica nacional (1995-2005): campos disciplinares, instituições e temáticas". En: LEANDRO, ME; NOSSA, PN; RODRIGUES, VT (orgs.). *Saúde e sociedade: os contributos (in)visíveis da família*. Viseu: Psicosoma. p.107-130.

SHAPIRO, Ester. 2002. "Chronic illness as a family process: a social-developmental approach to promoting resilience". *Psychotherapy in Practice*. Vol. 58, no. 11, p. 1375-1384.

SIMONS-MORTON, Bruce; O'HARA, Nancy; SIMONS-MORTON, D; PARCEL, Guy. 1987. "Children and fitness: a public health perspective". *Research Quarterly for Exercise and Sport*. Vol. 58, no. 4, p. 295-302.

SIDELL, Moyra. 2003. *Debates and dilemmas in promoting health: a reader*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan.

SPILKIN, Amym; BALLANTYNE, Angela. 2007. "Behavior in children with a chronic illness: a descriptive study of child characteristics, family adjustment, and school in children with cystinosis". *Families, Systems & Health*. vol. 25, no. 1, p. 68-84.

STANTON, Annette; REVENSON, Tracey; TENNEN, Howard. 2007. "Health psychology: psychological adjustment to chronic disease". *Annual Review of Psychology*. Vol. 58, p. 565-592.

TEIXEIRA, José Carvalho. 2004. "Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes". *Análise Psicológica*. Vol. 22, no. 3, p. 615-620.

THEISS-MORSE, Elizabeth; HIBBING, John R. 2005. "Citizenship and civic engagement". *Annual Review of Political Science*. Vol. 8, p. 227-249.

WALLEY, John; LAWN, Joy; TINKER, Anne; FRANCISCO, Andres; CHOPRA, Mickey; RUDAN, Igor; BHUTT, Zulfiqar; BLACK, Robert; the Lancet Alma-Ata Working Group. 2008. "Alma-Ata: rebirth and revision 8. Primary health care: making Alma-Ata a reality". *Lancet*. Vol. 372, p. 1001-1007.

WHITE HOUSE TASK FORCE ON CHILDHOOD OBESITY. (2010). *Solving the problem of childhood obesity within a generation*. Executive Office of the President of United States. Consultado a 31 de Outubro de 2012 em [http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce on Childhood Obesity May2010 FullReport.pdf](http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce%20on%20Childhood%20Obesity%20May2010%20FullReport.pdf)

ZIMMERMAN, Marc A. 1995. "Psychological empowerment: issues and illustrations". *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, no. 5, p. 581-599.

# PERFIL NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA REGIÃO OESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

## **Daniela Franciscatto Lisboa**

Aprimoramento Profissional em Nutrição em Saúde Pública  
Faculdade de Saúde Pública- USP

daniela.franlisboa@yahoo.com.br

## **Samantha Caesar Andrade**

Mestre em Saúde Pública  
Nutricionista do Centro de Referência para a Prevenção e Controle de Doenças  
Associadas à Nutrição (CRNutri) – CSE Geraldo de Paula Souza – Faculdade de Saúde  
Pública – USP

sami@usp.br

## **Ana Maria Cervato-Mancuso**

Profª Doutora da Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública - USP

cervato@usp.br

## **Maria Elisabeth Machado Pinto e Silva**

Profª Doutora da Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública- USP

mmachado@usp.br

## **Viviane Laudelino Vieira**

Doutora em Ciências - Mestre em Saúde Pública  
Nutricionista do Centro de Referência para a Prevenção e Controle de Doenças  
Associadas à Nutrição (CRNutri) – CSE Geraldo de Paula Souza – Faculdade de Saúde  
Pública – USP

vivianevieira@usp.br

## **Resumo**

A população de rua vem crescendo de forma acentuada e as condições de pobreza em que vivem exercem grande influência na saúde. Dados sobre o perfil nutricional desse grupo, assim como suas características



socioeconômicas, são escassos. O presente estudo teve por objetivo avaliar o estado nutricional de adultos em situação de rua frequentadores de um Centro de Convivência localizado na zona oeste do município de São Paulo. Foram aferidos peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial de 40 indivíduos do sexo masculino. Os resultados indicaram a prevalência de 27,5% indivíduos com sobrepeso e 25,0% com excesso de gordura abdominal. Níveis pressóricos acima dos valores de normalidade foram observados em 30,0% dos participantes, assim como uma significativa associação entre hipertensão arterial e o excesso de peso. Devido à falta de dados sobre essa população e frente às suas características peculiares, mais estudos são essenciais para delinear programas e intervenções que promovam melhorias na saúde.

**Palavras-Chave:** sem-teto, abrigo, estado nutricional, obesidade, hipertensão.

## **PERFIL NUTRICIONAL DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE FRECUENTADORES DE UN CENTRO DE CONVIVENCIA DE LA REGIÓN OCCIDENTE DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO**

### **Resumen**

La población que vive en la calle viene creciendo de forma acentuada y las condiciones de pobreza ejercen grande influencia en su salud. Son escasos los datos sobre el perfil nutricional de este grupo, así como de sus características socioeconómicas. El presente estudio tuvo por objetivo evaluar el estado nutricional de individuos en situación de calle frequentadores de un Centro de Convivencia en el municipio de San Pablo. Fueron evaluados en 40 individuos de sexo masculino: peso, altura, circunferencia abdominal y presión arterial. Los resultados indicaron prevalencia de 27,5% de sobrepeso y 25,0% exceso de grasa abdominal. En 30,0% de los participantes fueron observados niveles de presión superiores a los valores de normalidad, así como una significativa asociación entre hipertensión arterial y el exceso de peso. Debido a la escasez de datos sobre la población y frente a sus características peculiares, son esenciales más estudios para el delineamiento de programas e intervenciones que promuevan mejorías en su salud.

**Palabras-clave:** personas en situación de calle, albergues, estado nutricional, obesidad, hipertensión.

## **NUTRITIONAL STATUS OF A HOMELESS POPULATION ATTENDS IN A SOCIAL CENTER LOCATED AT WEST REGION OF THE CITY OF SÃO PAULO**

### **Abstract**

The homeless population is growing sharply and conditions of poverty in which they live have great influence on health. Data about the nutritional status of this group, as well as their socioeconomic characteristics, are scarce. The present study aimed to assess the nutritional status of homeless adults attending in a social center located at west region of the city of São Paulo. Weight, height, waist circumference and blood pressure of 40 male subjects were measured. The results indicated a prevalence of 27.5% overweight and 25.0% with excess abdominal fat. Blood pressure above normal values was observed in 30.0% of participants, as well as a significant association between hypertension and overweight. Given the lack of data on this population and front of their peculiar characteristics, more studies are essential to delineate programs and interventions that promote improvements in health.

**Key-words:** homeless persons, refuge, nutritional status, obesity, hypertension

### **Introdução**

As cidades desde o princípio de sua formação se constituem em espaços onde interagem diferentes classes sociais (Canônico et al., 2007) Porém, com o crescimento desordenado da urbanização, aumentam-se as taxas de desemprego, acarretando na desigualdade social, que se apresenta de forma extrema e afeta as grandes cidades (Junior & Silveira, 2003).

A desigualdade destrói a estrutura social e limita as oportunidades dos indivíduos de escapar da pobreza. Segundo a pesquisa realizada pela Oxfam, confederação internacional de combate a pobreza e a injustiça social, presente em mais de 90 países, o Brasil, apesar de ter reduzido significativamente os índices de pobreza nos últimos 10 anos, é o segundo país com maior desigualdade social, precedido apenas pela África do Sul (Gower, 2012).

Na mesma pesquisa, ao avaliar a participação de renda no país dos 10% mais pobres da população, o Brasil é o que possui a menor participação, e por outro lado, conta com mais de 60% da participação de renda dos 10% mais ricos. Assim, apesar

do crescimento econômico no país, o quadro revela a evidência de uma distribuição de renda ainda ineficiente, que não gera o impacto necessário sobre as condições da pobreza (Gower, 2012).

Pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), realizada em 2010, revela que o país possui 16,2 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza (8,5% da população), sendo que 53,3% moram em áreas urbanas, principalmente na região Nordeste do país e cidades de porte médio, com até 50 mil habitantes (IBGE, 2010). Frente a esse cenário, indivíduos vivendo nas ruas, excluídos das estruturas convencionais da sociedade são cada vez mais comuns (Rosa et al., 2006). A situação de pobreza em que essas pessoas vivem pode ser entendida como a falência em alcançar as necessidades básicas para a sobrevivência, como estar bem nutrido, vestido e evitar doenças (Burlandy, 2007)

A população de rua vem crescendo de forma acentuada, em São Paulo, a maior metrópole do país, que possui atualmente mais de 11 milhões de habitantes, 28,09% vivem em situação de pobreza (IBGE, 2003). Segundo o Censo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE/USP) de 2009, o número de indivíduos em situação de rua na cidade era de 13.666, onde sua grande maioria (60,0%) se encontra instalada na região central (Schor e Vieira, 2010).

Estudo de Schor & Vieira (2010), que analisou o perfil dos moradores de rua, constatou-se que a 60,0% é do sexo masculino, de etnia “não brancos” (64,0%) e com a média de idade de 41 anos. Quanto à escolaridade, 62,8% apresentam o ensino fundamental incompleto, correspondente a menos de 8 anos de estudo e 75,0% são imigrantes, provindos principalmente da região Sudeste do Brasil.

Essa população se apresenta como um grupo social com dimensões relativamente novas para a realidade urbana atual, ou seja, a complexidade das características socioeconômicas e culturais (Junior & Silveira, 2003). Essas requerem dos serviços públicos maior visibilidade às suas demandas, especialmente no setor da saúde, que necessita ter uma estruturação diferenciada e políticas públicas que atendam plenamente as necessidades dessas pessoas (Junior et al., 1998).

A pobreza exerce grande influência na qualidade da saúde, pois os indivíduos que a vivem estão expostos ao enfrentamento de carências de toda ordem, tornando-

os mais suscetíveis a doenças, violência, abuso no consumo de álcool e drogas ilícitas (Ghirardi et al., 2005) e, muitas vezes, a própria sobrevivência física se torna comprometida pelo suprimento inadequado das necessidades nutricionais (Santos et al., 2010).

Dados sobre o perfil nutricional desse grupo ainda são escassos e o estudo dessa temática deve ser aprofundado por se constituírem como uma população de grande vulnerabilidade social (Luder et al., 1969). O Brasil conta com um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que tem como um de seus objetivos o monitoramento do quadro epidemiológico da situação nutricional da população brasileira, descrevendo as condições de alimentação e nutrição com ênfase para os segmentos mais vulneráveis (Anjos et al., 1992; Camilo et al., 2011).

O Sistema contribui para que se conheça a origem e a magnitude dos problemas nutricionais, fornecendo subsídios para a formulação de políticas e implantação de programas e intervenções. No entanto, a baixa cobertura da vigilância nutricional é considerada uma das limitações do SISVAN (Coutinho et al., 2009) e pode atingir indivíduos que não se beneficiam de programas assistenciais do governo ou que não fazem parte da rotina de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), como a população que vive em situação de rua.

O acesso aos serviços de saúde a esse grupo é limitado, especialmente na atenção primária, seja pela concepção do adoecimento e do processo de cuidado que contribuem para a baixa procura e adesão a esses serviços (Junior et al., 2010), como pela abrangência limitada do SUS, que se dá pela fragilidade do atendimento em saúde, com uma falta de percepção dos reais problemas vividos por esses indivíduos, organização do serviço que exige documentação e horário marcado para atendimento ou até mesmo preconceito dos profissionais da área. (Canônico et al., 2007; Junior e Silveira, 2003).

Esses fatores desencadearam um movimento social que reivindicou ações para atenção equânime a essa população. Assim, em 2004, foi estabelecida a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, com o Projeto A gente na Rua (PAR) (Lodi, 2009). O projeto é integrado ao Programa de Saúde da Família e está inserido em Unidades Básicas de Saúde (UBS). É composto por agentes comunitários da saúde (ACS), enfermeiro e assistente social e tem por objetivo a inserção do morador de rua no serviço de saúde. (Lodi, 2009; Junior et al., 2010)

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar o estado nutricional de adultos em situação de rua frequentadores de um Centro de Convivência localizado na zona oeste do município de São Paulo.

## **Metodologia**

A presente pesquisa caracteriza-se como transversal com coleta de dados primários, realizada com indivíduos em situação de rua do sexo masculino que frequentam um centro de convivência localizado na zona oeste do município de São Paulo, pertencente à área de abrangência do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP), instituição responsável pela realização do presente estudo.

O centro de convivência é uma entidade social sem fins lucrativos integrante da Pastoral Social da Paróquia São Luís Gonzaga. Possui convênio com a Prefeitura Municipal de São Paulo, que destina recursos parciais, além de contar com a doação de empresas e pessoas físicas para seu funcionamento. Acolhe diariamente 120 indivíduos, oferecendo três refeições diárias, além de espaço para higiene pessoal, apoio psicológico e de assistência social. Nessa instituição, organizou-se um mutirão de saúde para a realização da avaliação do estado nutricional, além da verificação da idade e tempo de frequência ao centro de convivência. Contou-se com a participação de pesquisadores e alunos da FSP/USP e da equipe de enfermagem do PAR.

### *Avaliação Nutricional*

Três pesquisadores treinados aferiram as seguintes medidas: peso, utilizando uma balança eletrônica com capacidade para 150 kg e graduação de 100g; estatura, com estadiômetro portátil com extensão de 2,20 metros; e circunferência abdominal (CA), com uma fita inelástica milimétrica de 150 cm.

Os participantes foram orientados a ficar descalços e vestidos com roupas leves. A medida de peso foi obtida após posicionar o indivíduo no centro da balança, em posição ereta e peso distribuído em ambos os pés. Para a estatura, os indivíduos foram posicionados com a face posterior para a superfície vertical do estadiômetro, eretos, com pés e pernas paralelos e cabeça orientada no plano horizontal de *Frankfurt*. Por fim, a medida da CA foi realizada com o indivíduo ereto, com os pés juntos e braços relaxados ao lado do corpo em respiração normal. A fita foi

posicionada ao redor da maior circunferência na região anterior do abdômen em plano horizontal (LANPOP, 2012).

O estado nutricional foi identificado utilizando-se o Índice de Massa Corporal (IMC), CA e Pressão Arterial. O IMC foi calculado dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura, em metros e com base nos pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde para adultos, os indivíduos foram classificados em: baixo peso ( $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ), eutrofia ( $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) (WHO, 1997)

A medida da CA foi utilizada com o objetivo de avaliar o risco para doenças cardiovasculares e metabólicas associados ao excesso de peso, utilizando-se o critério sugerido pela *International Diabetes Federation*, sendo determinado o risco com a medida  $\geq 90 \text{ cm}$  para o sexo masculino (IDF, 2005).

A PA foi aferida pela equipe de enfermagem, utilizando-se um esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. A classificação para hipertensão arterial adotada foi pela recomendação da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), sendo utilizado os critérios: Ótima (PAS  $< 120 \text{ mmHg}$  – PAD  $< 80 \text{ mmHg}$ ), Normal (PAS  $< 130 \text{ mmHg}$  – PAD  $< 85 \text{ mmHg}$ ), Limítrofe (PAS  $130-139 \text{ mmHg}$  – PAD  $85-89 \text{ mmHg}$ ), Hipertensão Estágio I (PAS  $140-159 \text{ mmHg}$  – PAD  $90-99 \text{ mmHg}$ ), Hipertensão Estágio II (PAS  $160-179 \text{ mmHg}$  – PAD  $100-109 \text{ mmHg}$ ) e Hipertensão Estágio III (PAS  $\geq 180 \text{ mmHg}$  – PAD  $\geq 110 \text{ mmHg}$ ) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Para a apresentação dos resultados e análise estatística envolvendo a associação entre o estado nutricional e hipertensão arterial, foram agrupadas as categorias ótima, normal e limítrofe como “Não Hipertensos” e Hipertensão Estágios I, II e III como “Hipertensos”.

Variáveis como a data de nascimento e o tempo que os indivíduos frequentam a instituição também foram coletadas.

#### *Análise de dados*

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel® 2007, sendo os resultados apresentados sob a forma de figuras e tabelas para melhor visualização, utilizando medidas de tendência central (média e desvio-padrão), distribuição por frequência e valores mínimos e máximos. A análise estatística

envolveu testes de Qui-Quadrado, utilizando o software Stata®, versão 10, onde o nível de significância foi estabelecido em p inferior a 0,05.

### *Aspectos éticos*

O desenvolvimento da pesquisa obedeceu aos preceitos éticos sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Of. COEP/168/11). Todos os envolvidos na coleta de dados participaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## **Resultados**

Participaram da análise dos dados 40 indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 41 anos (dp= 9,55) e o tempo em que frequentavam o centro de convivência variou de 2 semanas a 16 anos, sendo a média de 4,5 anos.

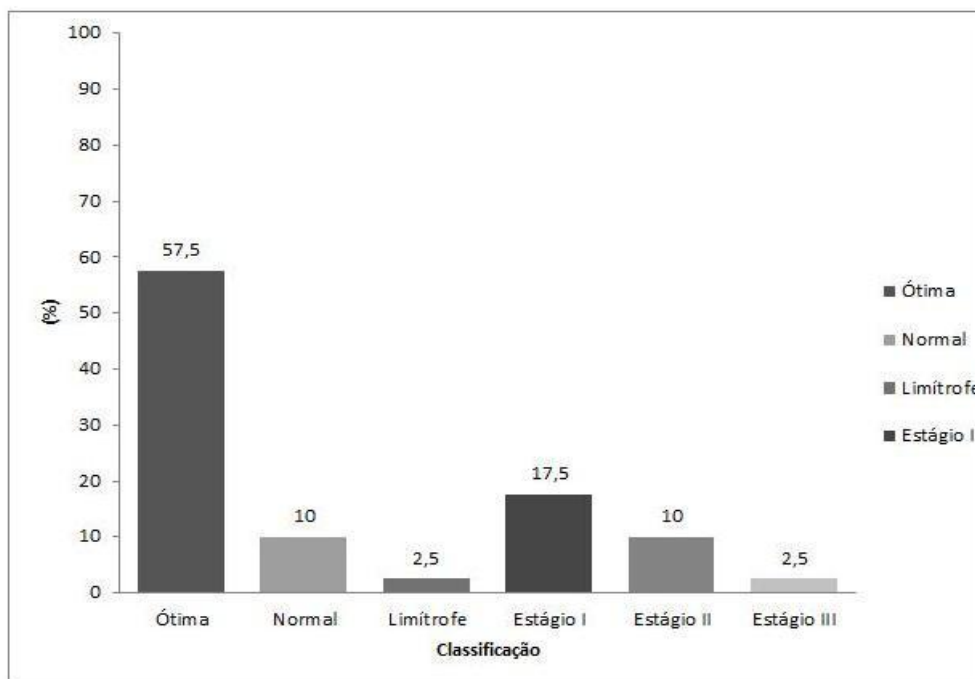
A análise do IMC revelou que 72,5% dos indivíduos são eutróficos, sendo a média do IMC de 23,3 kg/m<sup>2</sup> (dp=2,50). Com relação à circunferência abdominal, foram encontrados valores elevados em 25,0% dos participantes, indicando risco elevado para doenças metabólicas associadas ao excesso de gordura abdominal (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização (%) segundo as variáveis antropométricas de indivíduos em situação de rua frequentadores de uma Casa de Convivência no Município de São Paulo. São Paulo, 2011.

Variáveis antropométricas		N	%
<b>IMC</b>			
<18,5	Baixo peso	--	--
18,5 - 24,9	Eutrofia	29	72,5
25 - 29,9	Sobrepeso	11	27,5
≥ 30	Obesidade	--	--
<b>CA</b>			
≤ 90 cm	Sem risco	30	75
> 90 cm	Risco aumentado	10	25

A média da PAS foi de 126,7 mmHg (dp= 19,56) e da PAD de 82,0 mmHg (dp= 13,04). Níveis pressóricos acima dos valores de normalidade foram observados em 30,0% dos participantes. Segundo a classificação adotada, 57,5% dos homens estavam com a PA “ótima” e 10% se encontram com hipertensão estágio II (figura 1).

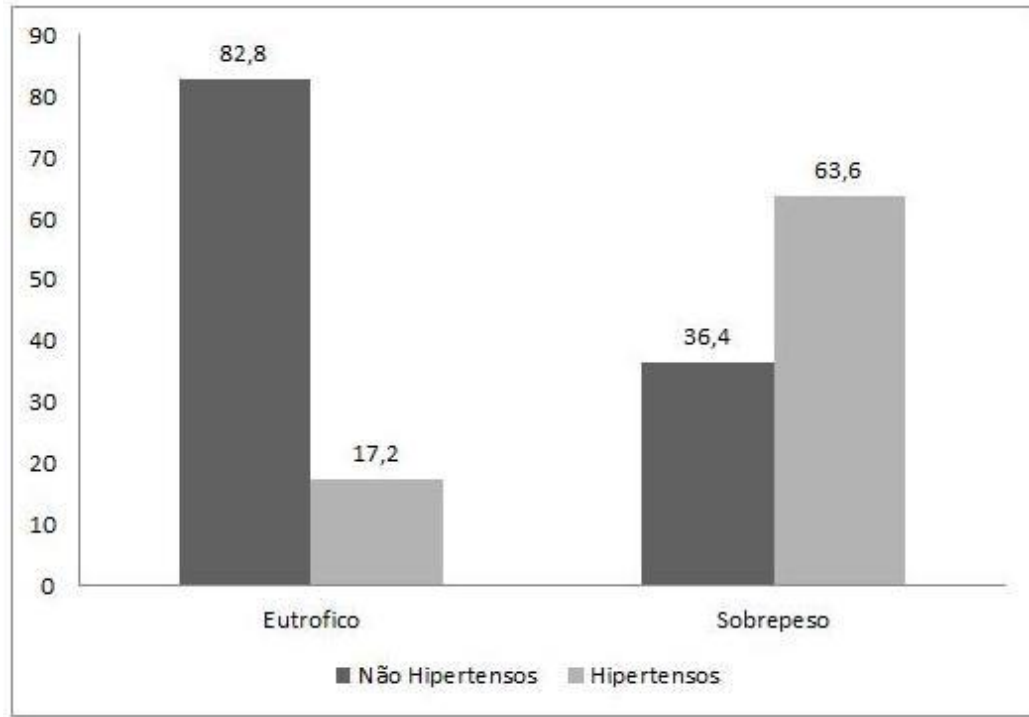
Figura 1. Classificação (%) da pressão arterial segundo indivíduos em situação de rua frequentadores de uma Casa de Convivência no Município de São Paulo. São Paulo, 2011.



Na associação entre a prevalência de hipertensão arterial e o estado nutricional, nota-se associação significativa de indivíduos classificados com sobrepeso possuírem algum grau de hipertensão em relação aos eutróficos (figura 2).



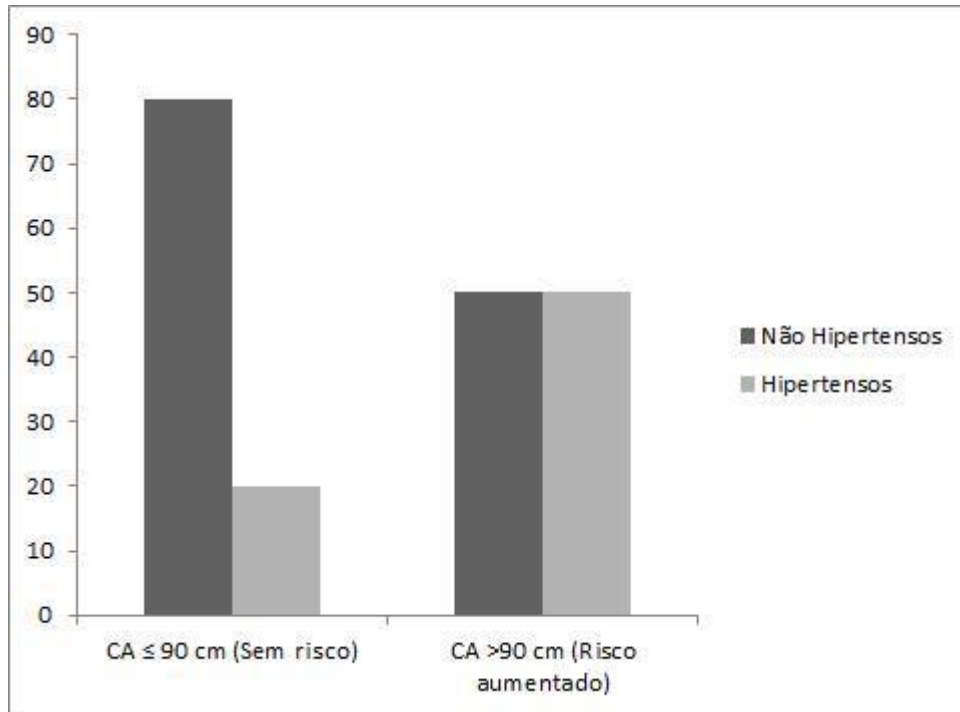
Figura 2. Prevalência (%) de hipertensão de acordo com o estado nutricional de indivíduos em situação de rua frequentadores de um Centro de Convivência no Município de São Paulo. São Paulo, 2011.



$p = 0,004$

Em relação à circunferência abdominal e presença de pressão arterial elevada, dos indivíduos sem risco de desenvolver doenças metabólicas, com a cintura  $\leq 90$  cm, 20,0% possuem hipertensão arterial, enquanto que aqueles classificados com risco (circunferência superior a 90 cm) 50% possuem algum grau de HAS (figura 3).

Figura 3. Prevalência (%) de hipertensão de acordo com a classificação da circunferência abdominal de indivíduos em situação de rua frequentadores de um Centro de Convivência no Município de São Paulo. São Paulo, 2011.



## Discussão

Avaliando-se o estado nutricional dos participantes da presente pesquisa, houve maior proporção de indivíduos eutróficos, comparando com a classificação relativa ao excesso de peso e não foi verificada a ocorrência de baixo peso. Resultado semelhante foi observado no estudo com 200 moradores de rua frequentadores de albergues realizado por Santos et al., 2010, no qual há maior presença de eutróficos e cerca de 30% indivíduos com excesso de peso.

Dados mais antigos mostram que a ocorrência de baixo peso entre a população em situação de rua era mais frequente. Em um estudo sobre o estado nutricional de americanos adultos em situação de rua realizado na década de 80, revelou-se que 44% dos indivíduos eram diagnosticados com excesso de peso, porém 8% dessa população se encontrava com baixo peso (Luder et al., 1969), fator que vem se modificando nas últimas duas décadas.

A Pesquisa de Orçamento Familiares (POF 2008-2009), que fornece informações sobre a população brasileira, mostra que o baixo peso entre a população regrediu significativamente, atingindo apenas 1,8% dos homens, mostrando um controle nos índices de desnutrição dos brasileiros. Por sua vez, o excesso de peso teve um crescimento acentuado em todos os estratos de renda da população masculina, atingindo cerca da metade dos indivíduos (IBGE, 2010).

Apesar da pobreza ser frequentemente associada à desnutrição, subnutrição e deficiências de nutrientes, com o crescimento da globalização nas últimas décadas, a transição nutricional afeta inclusive a população de maior vulnerabilidade social e se associa a uma mudança na composição corporal, tornando o excesso de peso uma condição que atinge diretamente esses indivíduos (Smith e Richards, 2008).

Além do excesso de peso, que está relacionado ao desenvolvimento de diversos agravos a saúde, o acúmulo de gordura abdominal é considerado um fator de risco elevado para doenças endócrinas, metabólicas e cardiovasculares (Veloso e Silva, 2010). No presente estudo, 25,0% dos participantes apresentaram a circunferência abdominal aumentada, sendo classificados como indivíduos em risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e diabetes.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Veloso & Silva, 2010, ao analisar uma população do estado do Maranhão, local com um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano do Brasil, onde 28,7% dos indivíduos do sexo masculino possuíam valores aumentados de CA. Esse mesmo estudo ainda revela a estrita relação com o excesso de peso e o aumento da gordura abdominal, já que em participantes com peso adequado apenas 1,3% possuíam a circunferência aumentada, enquanto que entre os indivíduos com excesso de peso 27,5% eram classificados com risco para doenças metabólicas por obesidade abdominal.

No presente estudo 27,5% dos indivíduos possuem algum grau de hipertensão arterial, acometendo principalmente aqueles com excesso de peso ( $p=0,004$ ). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Feijão et al. (2005) que, ao analisar uma população urbana de baixa renda, observaram a prevalência de hipertensão arterial em 22,6% dos participantes.

O estudo de Fasce et al., 2010 fez a associação entre circunferência abdominal, nível socioeconômico e pressão arterial em três comunidades chilenas, e verificou maior número de indivíduos do sexo masculino com circunferência abdominal aumentada nos estratos mais baixo de renda familiar (28,9%). O mesmo estudo identificou associação positiva entre obesidade abdominal e hipertensão arterial, onde os participantes com CA aumentada tinham maior prevalência de hipertensão, comparados com os que se encontravam dentro do limite estabelecido ( $p= 0,00001$ ).

Com relação a gordura abdominal, apenas 20% dos indivíduos do presente estudo com medida de CA de acordo com a recomendação são classificados com algum grau de hipertensão arterial, já os que possuem valores aumentados de CA, 50% possuem HAS. Apesar dos valores não se mostrarem significativos na associação, fato que pode ter ocorrido pelo número baixo de indivíduos com HAS para a comparação, o valor faz a relação entre o acúmulo de gordura abdominal e a prevalência de HAS.

Santos et al., 2010, em pesquisa com moradores de rua, identificaram menor prevalência de níveis pressóricos aumentados (8,0%), porém a hipertensão arterial foi a principal doença que atingia essa população. Segundo a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, 2008, o problema de saúde que mais acomete essa população é a hipertensão, seguido de problemas psiquiátricos e HIV (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008).

As possíveis causas para a alta prevalência de HAS entre essa população é o uso abusivo e constante de álcool e drogas (Plavnik, 2002), onde 74,4% fazem uso de um ou de ambos, sendo as drogas mais consumidas: bebida alcoólica (65,0%), crack (27,3%), maconha (21,0%) e cocaína (11,8%) (FIPE, 2010 – Schor & Vieira, 2012). Além dos hábitos alimentares inadequados, onde mesmo quando realizados em instituições assistencialistas, muitas vezes não atendem as necessidades instituídas a população para uma vida saudável (Santos et al., 2010).

Não foram encontrados trabalhos semelhantes que realizam associação entre o excesso de peso e a ocorrência de HAS entre população em situação de rua. Porém, é evidente que o sobrepeso e a obesidade são importantes fatores que acarretam o aumento da pressão arterial. Wenzel et al., (2009), em estudo com jovens militares do sexo masculino, detectaram que a prevalência de hipertensos em

indivíduos obesos era o dobro comparado com sobrepeso e o triplo quando comparado a indivíduos eutróficos.

A explicação de como uma população de baixa renda pode apresentar sobrepeso pode se tornar complexa devido a dados insuficientes dos fatores determinantes para a causa. Anjos et al., (1992) cita em seu estudo que a alimentação deficiente qualitativa e quantitativamente pode ser um dos fatores primários, levando em consideração que para essa população a ingestão protéica é baixa e que há uma alta ingestão de alimentos ricos em carboidratos e gordura que favorece o excesso de peso.

A alimentação inadequada se dá pela incapacidade de comprar e armazenar alimentos, assim como a falta de um espaço adequado para a elaboração das refeições. Tais condições fazem com que essas pessoas se alimentem do que está disponível, independente de ser adequado nutricionalmente e/ou aspectos higiênicos favoráveis (Wiecha et al., 1991).

Outra causa seria o sedentarismo presente nessa população. Pessoas que vivem nas ruas podem ter oportunidades limitadas e falta de motivação para praticarem atividade física com intuito de promoção da própria saúde, favorecendo o aparecimento de doenças metabólicas e cardiovasculares (Luder et al., 1969).

Problemas sociais e econômicos que afetam a oferta, o acesso e o consumo de alimentos em quantidade e qualidade suficiente resultam em situação de insegurança alimentar. Assim, quando o direito humano à alimentação é violado, uma série de fatores combinados se relaciona com o aumento da vulnerabilidade social, diminuindo o nível de bem-estar e favorecendo o desenvolvimento de doenças e agravos endêmicos de pessoas, famílias ou comunidades, conforme a exposição a determinados tipos de riscos (Pereira et al., 2006).

Apesar de não terem sido encontrados estudos que afirmam a insegurança alimentar entre a população de rua, dados de Pereira et al. (2006), que estudaram 83 famílias em área de alta vulnerabilidade social do Município de São Paulo, mostraram alta prevalência de insegurança alimentar (88,0%), sendo que 15,7% dessas famílias se encontravam em situação de alto risco e fome. O estudo relacionou a situação de Insegurança Alimentar com a baixa renda familiar (menos que 0,5 salários mínimos), baixa escolaridade, altas taxas de desemprego e más condições de habitação.

A etiologia do excesso de peso envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, com isso, a saúde do indivíduo, o ambiente que vive, estilo de vida e fatores emocionais devem ser considerados. Assim como o entendimento de que diferentes grupos apresentam inserções sociais próprias e concepções diversas sobre este tema, que variam conforme a história de cada um (Ministério da Saúde, 2006).

Dados que forneçam informações sobre esses determinantes em população de rua são escassos no Brasil, fazendo-se necessários estudos mais aprofundados que correlacionem aspectos socioeconômicos e culturais, como renda, escolaridade, hábito de ingerir álcool ou fumo com o estado nutricional.

A inserção mais efetiva de indivíduos que vivem em extrema vulnerabilidade social no SISVAN deve ser considerada, já que a partir do diagnóstico se torna possível realizar o planejamento de ações de prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável, levando em consideração as necessidades específicas que essa população requer (Coutinho et al., 2009).

De modo complementar, faz-se importante a consideração do território na atenção nutricional, dado que a população em situação de rua tende a não utilizar de modo equitativo, quanto comparado a outros grupos populacionais, as unidades de saúde. A parceria com equipamentos sociais de assistência para ações em saúde se faz relevante, pois abrange um número considerável de indivíduos em vulnerabilidade e, considerando o amplo conceito de saúde, esses espaços além de proporcionarem condições para alimentação e higiene oferecem serviços que resgatam o indivíduo como cidadão, como regulamentação da documentação, apoio psicológico e grupos de tratamento de alcoolismo e outras drogas, se tornando um instrumento importante para a coleta de dados e atendimento em saúde (Canônico et al., 2007).

O PAR, por prestar um serviço que atende indivíduos em situação de rua, pode representar um importante meio para a avaliação periódica do estado nutricional e inserção dos dados no sistema. Levando em consideração que o estado nutricional é determinado por diversos fatores, o levantamento de dados socioeconômicos e culturais é necessário para uma maior compreensão das particularidades que possam interferir nos hábitos alimentares dessa população, possibilitando assim o planejamento de estratégias de promoção a saúde.

## Considerações finais

Diante a escassez de estudos que forneçam dados sobre o estado nutricional dessa população no Brasil, o presente trabalho mostra que o estado nutricional dos participantes reflete a tendência da transição nutricional, caracterizada por um número cada vez maior de indivíduos com excesso de peso e doenças associadas como a hipertensão arterial.

O aumento de peso se mostrou um importante determinante para a elevação de pressão arterial, assim, uma intervenção voltada para o controle do peso corporal deve ser considerada a esses indivíduos como forma de prevenção primária ao aparecimento da doença.

Pessoas em situação de rua necessitam de acesso melhorado à alimentação e aos serviços de saúde, incluindo os da área da nutrição. Compreender esta população e suas peculiaridades se torna essencial para a construção de um atendimento integral, políticas públicas de assistência e elaboração de programas e intervenções a fim de garantir melhoras nas condições de saúde.

## Referências Bibliográficas

ANJOS, Luiz A; SILVA, Denise O; SERRÃO, Simone A; SILVA, Cláudia V C. *Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Jan- mar 1992, vol. 1, nº 8, p. 50-56.

BURLANDY, Luciene. *Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional*. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, vol. 6, nº 12, p.1441-51.

CAMILO, Stela N B; CAMILO, Gustavo B; TOLEDO, Gabriela C; JÚNIOR, Renato D C; TOLEDO, Carolina C. *Vigilância nutricional no brasil: criação e implementação do SISVAN*. Rev APS, Abr- jun 2011, vol.2, nº14, p.224-228.

CANÔNICO, Rhavana P; TANAKA, Ana Cristina A; MAZZA, Márcia P R; SOUZA, Maria de Fátima; BERNAT, Maria C; JUNQUEIRA, Luciana X. *Atendimento à população de rua em um centro de saúde escola na cidade de São Paulo*. Rev. Esc. Enfermagem USP, Jun 2007, vol. 41, p.799-803.

COUTINHO, Janine G; CARDOSO, Antônio J C; TORAL, Natacha; SILVA, Ana Carolina F; UBARANA, Juliana A; AQUINO, Kelve K N C; NILSON, Eduardo A F; FAGUNDES, Antônio; VASCONCELLOS, Ana B. *A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: históricos e desafios atuais*. Rev. Bras. Epidemiologia, 2009, vol.4, nº 14, p. 688-699.

FASCE, Eduardo H; FASCE, Fabrizio V; ZÁRATE, Hernán M; CAMPOS, Ivone C; FLORES, Maritza O; IBÁÑES, Pilar G . *Relación entre perímetro abdominal, nivel socioeconómico y presión arterial*. Revista Chilena de Cardiología, Concepción, 2010, vol.29, nº1.

FEIJÃO, Adelina M M; GADELHA, Francisco V; BAZERRA, Alberto A; OLIVEIRA, Antonio M; SILVA, Maria S S; LIMA, José W O. *Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Jan 2005, vol.84, nº.1.

GHIRARDI, Maria Isabel G; LOPES, Samira R; BARROS, Denise D; GALVANI, Debora. *Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores*. Comunic, Saúde, Educ, Set-dez 2005. vol. 9, nº 18, p. 601-10.

GOWER, Richard; PEARCE, Caroline; RAWORTH, Kate. *Deixados para trás pelo G20? Desigualdade e degradação ambiental ameaçam excluir os pobres dos benefícios do crescimento econômico*. Oxfam Internacional, Janeiro de 2012, pp.15-20. [on line] Disponível em: <<http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp157-left-behind-by-the-g20-190112-pt.pdf>>; [Consultado em 2012 - 07 - 14].

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Mapa de Pobreza e Desigualdade, 2003*. [on line] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> [Consultado em 17 - 02 - 2012].

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores Sociais Municipais, 2010*. [on line] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> [Consultado em 07 - 07 - 2012].

International Diabetes Federation. *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*, 2005.

JUNIOR, Nivaldo C; JESUS, Christiane H; CREVELIM, Maria Angélica. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida a população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde Soc. São Paulo, 2010, vol.19, nº 3, p.709-716.

JUNIOR, Nivaldo C; NOGUEIRA, Edna A; LANFERINI, Gisele M; ALI, Débora A; MARTINELLO, Marilda. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde e Sociedade, 1998, vol.2, nº 7, p. 47-62.

JUNIOR, Nivaldo C e SILVEIRA, Cássio. *Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Nov-dez 2003, vol. 6, nº 19, p.1827-35.

LANPOP- Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações: Manual de Técnicas Antropométricas. 1ª ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 2006. [on line] Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/56>> [Consultado em 11- 01- 2012].



LODI, MARTA R.M. *A gente na rua um olhar diferenciado na população de rua na cidade de São Paulo*; Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, 2009. [on line] Disponível em:

<[http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/GENTE\\_NA\\_RUA\\_UM\\_OLHAR.pdf](http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/GENTE_NA_RUA_UM_OLHAR.pdf)>

[Consultado em 03 - 08 - 2012].

LUDER, Elisabeth; BOEY, Elizabeth; BUCHALTER, Bonnie; WEBER, Carol M. *Assessment of the nutritional status of urban homeless adults*. Public Health Reports, New York, Sept- Oct, 1969, vol. 104, nº 5.

Ministério da Saúde. *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica (12). Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006. [on line] Disponível em: <[http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_obesidade.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_obesidade.pdf)> [Consultado em 20- 10- 2012].

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Meta Instituto de Pesquisa de Opinião; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Pesquisa Nacional sobre população em situação de rua*. Abril 2008.

PEREIRA, Daniela A; VIEIRA, Viviane L; FIORE, Elaine G; MANCUSO, Ana Maria C. Insegurança alimentar em região de alta vulnerabilidade social da cidade de São Paulo. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, 2006, vol.13, nº 2, p.34-42.

PLAVNIK, Frida L. *Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar*. Rev Bras. Hipertensão, Abr-jun 2002, vol.9, nº 2.

ROSA, Anderson S; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina P. *O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença*. Rev. Bras Enferm, Maio- jun 2006, vol. 3, nº 59, p. 331-6.

SANTOS, Maria S N; PITA, Claudio O M; SOARES, Shyrle M T; LEE, Vivian; COELHO, Hellen D; ZACCARELLI, Eliana W. *Perfil nutricional de moradores de rua e caracterização da alimentação distribuída em albergues do município de São Paulo*. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, 2010, vol. 2, nº 17, p. 1-13.

SCHOR, Silvia M e VIEIRA, Maria Antonieta C. *Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da cidade de São Paulo*. FIPE- Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, São Paulo 2010, pp.2-9. [on line] Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/3\\_1275334714.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/3_1275334714.pdf)> [Consultado em 11 - 06 - 2012].

SMITH, Chery and RICHARDS, Rickelle. *Dietary intake, overweight status, and perceptions of food Insecurity among homeless minnesotan youth*. American Journal of Human Biology, Minnesota, 2008, vol.20, p. 550-63.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. *VI Diretriz Brasileiras de Hipertensão*. Arq Bras Cardiol, 2010; 95(1 supl.1), p.1-51.

VELOSO, Helma J F e SILVA, Antônio A M. *Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses*. Rev. Bras Epidemiol, São Luiz do Maranhão, 2010, vol.3, nº13, p. 400-412.

WENZEL, Daniela, SOUZA, José Maria P e SOUZA, Sônia B. *Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados*. Rev Saúde Pública, São Paulo, 2009, vol.5, nº 43, p.789-95.

WHO- World Health Organization. *Obesity, preventing and management the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva; 1997.

WIECHA, Jean M S, DWYER, Johanna T D S C and STROHECKER, Martha D. *Nutrition and health services needs among the homeless*. Public Health Reports, July-August 1991, vol.106, nº 4.

## LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD CARDIOVASCULAR

**MSc. Beatriz Cabalé Vilariño<sup>8</sup>**

Universidad de La Habana. email:beatriz@rect.uh.cu

**Dr. Amaury Flores Sánchez<sup>9</sup>**

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

**Lic. Josefina Vilariño Delgado<sup>10</sup>**

Facultad de Filosofía, Historia y Sociología, Universidad de La Habana

**Lic. Ailyn Delgado Pérez<sup>11</sup>**

Facultad de Biología, Universidad de La Habana

**Giselle Calero Pérez<sup>12</sup>**

Estudiante 5<sup>to</sup>. año Sociología, Universidad de La Habana

### Resumen

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en Cuba con un gran impacto a nivel individual, familiar y social. Objetivo: Determinar el nivel de información acerca de las enfermedades en la comunidad universitaria y su percepción de riesgo. Métodos: Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a 100 estudiantes y 100 trabajadores para obtener la información pertinente. Resultados: Los resultados preliminares evidenciaron que aunque gran parte de los encuestados reconocen a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de muerte en Cuba, muy pocos identifican cuáles son sus factores de riesgo y qué medidas adoptar para la disminución de su incidencia. Conclusiones: Como dato significativo y de extraordinaria importancia, señalamos la satisfacción de los estudiantes porque se aborde este nuevo tema, problemática que valoran como necesaria para la comunidad universitaria, y su disposición a participar en el proyecto. En este trabajo describimos las actividades ya realizadas.

**Palabras claves:** estudiantes, promoción de salud, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular.

## THE UNIVERSITY COMMUNITY IN THE PROMOTION OF CARDIOVASCULAR HEALTH

### Abstract

Cardiovascular disease is the principal cause of mortality in Cuba and its impact for individual, family and whole society is very high. Objective: A survey at the University of

---

<sup>8</sup> Dirección de Extensión Universitaria, , 14 No. 309 e/ 19y 21. 8306135.

<sup>9</sup> Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Soledad No. 205 8787616.

<sup>10</sup> Facultad de Filosofía, Historia y Sociología, Universidad de La Habana. 14 No. 309 e/ 19 y 21. 8306135

<sup>11</sup> Facultad de Biología, Universidad de La Habana.6415885

<sup>12</sup> Estudiante 5<sup>to</sup>. año Sociología, Universidad de La Habana.6418317

Havana to knowing the level of information of students and workers about cardiovascular diseases was done. Methods: A questionnaire of opened and closed questions was applied to 100 students and 100 workers to getting the required information. Results: Cardiovascular disease was recognized as the first Cuban cause of death by approximately 50% of the interviewed people, but their risk factors and measures to diminish the high incidence were unknown. Conclusions: Students and workers were satisfied with the study of this new topic, which was considered by them as necessary for the University Community. Because of that they were disposed to participate in this project. Some activities are described in this article.

**Keywords:** students, health promotion, risk factors, cardiovascular disease.

## **A COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR**

### **Resumo**

A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade em Cuba e o seu impacto para a sociedade individual, familiar e comunitária é muito alta. Objetivo: Efetuou-se uma pesquisa na Universidade de Havana para conhecer o nível de informação dos estudantes e trabalhadores sobre doenças cardiovasculares. Métodos: Um questionário de perguntas abertas e fechadas foi aplicado a 100 alunos e 100 trabalhadores para obter a informação necessária. Resultados: A doença cardiovascular foi reconhecida como a primeira causa de morte por cubanos em cerca de 50% das pessoas entrevistadas, mas os seus fatores de risco e medidas para diminuir a alta incidência eram desconhecidos. Conclusões: Os estudantes e trabalhadores estavam satisfeitos com o estudo deste tema novo, o que foi considerado por eles como necessário para a comunidade universitária. Por este motivo eles estiveram dispostos a participar neste projecto. Algumas atividades encontram-se descritas neste artigo.

**Palavras-chave:** alunos, promoção da saúde, fatores de risco de doenças cardiovasculares.

### **Introducción**

En función de las políticas sociales, la prevención se asume como una acción previa, que incluye todo un conjunto de medidas y acciones para enfrentar una situación de enfermedad, orientadas a disminuir y erradicar las condiciones, causas y

consecuencias de la misma. Como tal, posee un carácter integral, sistémico, proactivo y sin dudas, predominantemente educativo.

Una de las funciones de la Dirección de Extensión Universitaria de la Universidad de La Habana, es la de promoción y prevención de salud, no solo de los miembros de la familia universitaria, sino además , en cumplimiento de su labor extramuros, la de toda la población.

Sabemos que una parte importante de los problemas de salud que padece la sociedad actual son imputables al modo de vivir de las personas. Diversas enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, el sida, las enfermedades de transmisión sexual o el estrés, tienen una relación directa con los hábitos alimentarios, el tabaquismo, el alcoholismo y otros tipos de drogadicción, la falta de actividad física, la carencia de habilidades personales para enfrentar situaciones vitales conflictivas o de presión social, etc.

Muchas de estas conductas se adquieren en la infancia o en la adolescencia implantándose de tal forma, que cambiarlas posteriormente, resulta difícil. De ahí la importancia de ofrecer desde el primer momento, la oportunidad de capacitar y educar a las personas favoreciendo y desarrollando actitudes y conductas saludables, y dificultando las que son nocivas.

La adquisición de pautas de hábitos saludables ayuda al individuo a optar por estilos de vida en los que su salud sea un elemento valorado y, por tanto, a evitar factores de riesgo que afecten de manera negativa la calidad de vida (García: 1998). Para la promoción de salud deben tenerse en cuenta las características propias de la población a las que se dirige (edad, cultura, aspectos socioeconómicos) lo que resulta mucho más importante en la adolescencia, pues es cuando supuestamente, está culminando el proceso de crecimiento y desarrollo tanto físico, emocional como intelectual, iniciado desde el momento de la concepción (Ruíz-Lázaro *et al.*: 2000).

Se parte del principio de que la promoción de la salud tiene como principal objetivo el cambio en sus prácticas, las cuales pasan primero por un cambio en la actitud y una mejoría en los conocimientos, todo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debe iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta (Bartutis: 2007).

La educación para la salud ha evolucionado, desde un concepto para evitar la enfermedad, a un enfoque más activo y global que actúa sobre la totalidad de la vida del ciudadano en sus diversos ámbitos: familia, escuela, trabajo, comunidad, etc.

El enfoque positivo de la educación para la salud, trata de educar al individuo para que en todas sus actividades adopte un enfoque saludable. Se trata de formar una actitud que refleje su compromiso personal y que se materialice en lo que se denomina “estilo de vida saludable”. Este estilo de vida surge de la voluntad libre de la persona y no de una obligación legal o reglamentaria, informa la totalidad de los actos individuales y sociales puesto que se inspira en un compromiso y decisión personal, y no en una obligación externa. Como que la conducta se basa en una actitud personal, y no en la coerción externa, tiene mayores garantías de permanencia.

Este nuevo enfoque se refleja en la terminología; si antes se hablaba de educación sanitaria, con lo que se reducía el campo a la intervención de los educadores y sanitarios, actualmente se habla de Educación para la Salud, en la que todos los grupos sociales están implicados. El enfoque preventivo de la Educación para la Salud es evidente y no se restringe a los profesionales; cualquier persona informada puede ejercer una influencia positiva en la evitación de las causas de la dependencia a través de la prevención (Mayoral; Serrano; Fé: 2010).

Considerando que las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en Cuba, y el impacto de estas a nivel individual, familiar y social (Cabalé *et al.*: 2010), resulta necesario introducir un tema tan sensible como lo es este, más si se tienen en cuenta los resultados de múltiples investigaciones que reflejan que el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco, factores de riesgo importantes, son bastante precoces entre los jóvenes (Okamura: 2010; Sánchez *et al.*: 2008; Oquendo *et al.*: 2010; Ferrer *et al.*: 2010).

Por este motivo, y teniendo en cuenta que hasta el momento no existe en la Universidad de La Habana, proyectos de promoción y prevención de salud cardiovascular, consideramos la conveniencia de realizar este trabajo, en el cual nos propusimos como objetivo, determinar el nivel de conocimiento que poseía la comunidad universitaria acerca de este tema.

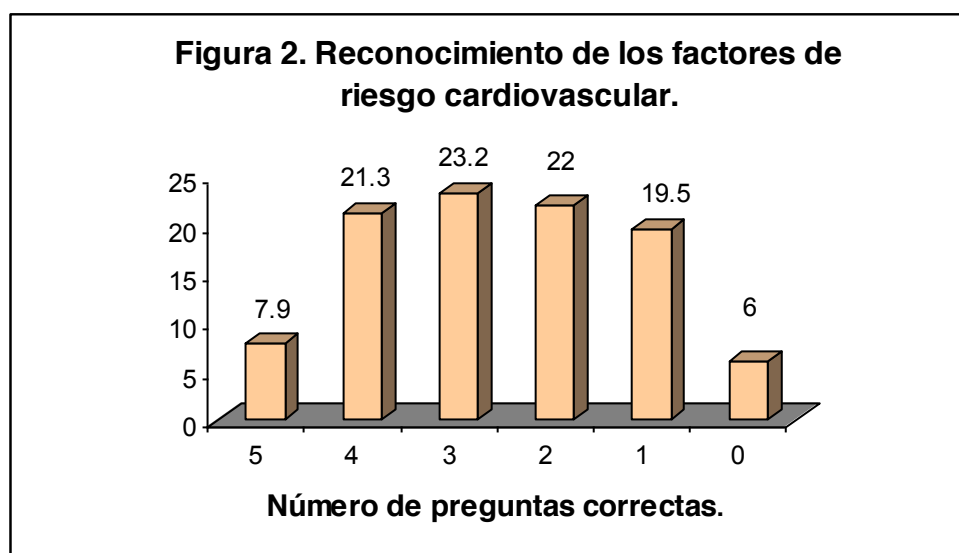
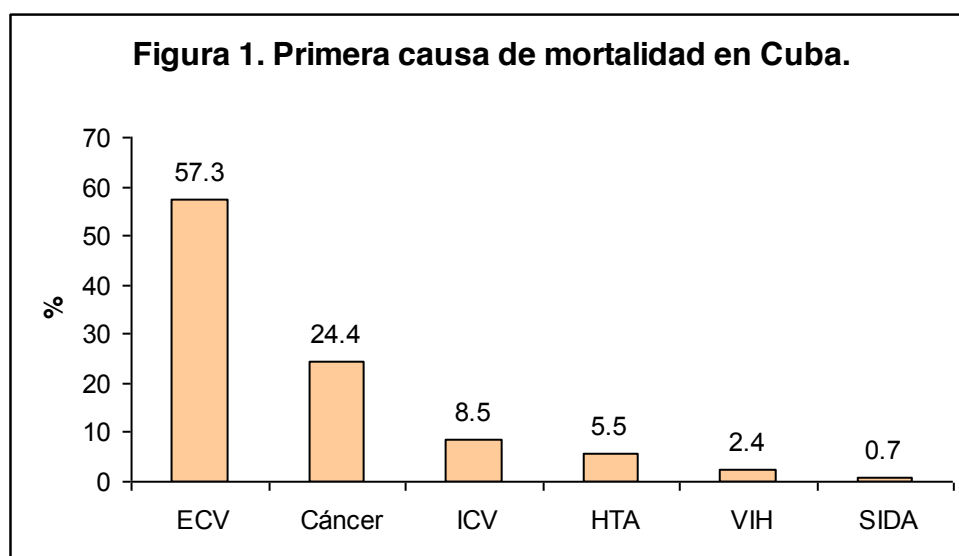
### *Material y métodos*

Se aplicó una encuesta (ANEXO) a 100 estudiantes de las facultades de Biología, Filosofía, Historia y Sociología, Economía, Contabilidad y Finanzas y Derecho, y a 100 trabajadores, entre profesores, administrativos y técnicos, de 31 años de edad como promedio, para conocer el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad cardiovascular.

Los resultados de las encuestas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes a través de tablas y gráficos.

## Resultados

Aunque más de la mitad de los encuestados, el 57% (Figura 1) reconoce a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de mortalidad en Cuba, solo el 7.9% identifica cuáles son los factores de riesgo para sufrir alguna de sus manifestaciones (Figura 2).



Dentro de los factores de riesgo más identificados se encuentran la hipertensión arterial y el tabaquismo.

Por otra parte, están conscientes de la importancia de los cambios en los estilos de vida para alcanzar una salud satisfactoria, haciendo más hincapié en la necesidad de practicar ejercicios físicos (81%), consumir una dieta balanceada (35.4%) y eliminar el consumo de tabaco (20.7%), entre otros (Tabla 1).

Tabla 1. Cambios en el estilo de vida para evitar manifestaciones de la enfermedad cardiovascular

Cambios en el estilo de vida	%
Práctica diaria de ejercicios	81.1
Dieta balanceada	35.4
Evitar el estrés	28
Consumir alimentos naturales	26,2
Evitar el hábito de fumar.	20.7

Como dato significativo y de extraordinaria importancia, señalamos la satisfacción de los estudiantes porque se aborde este nuevo tema, problemática que valoran como necesaria para la comunidad universitaria, y su disposición a participar en cualquier proyecto a partir de este trabajo.

### **Discusión**

A partir de esta investigación, comenzaron a desarrollarse en la Universidad de La Habana, una serie de actividades orientadas a elevar el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad, entre las que se encuentra, la celebración del Día Mundial del Corazón, con una conferencia y actividad de promoción y prevención de salud con la participación de especialistas del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, a la que asistieron 54 trabajadores de la Dirección de Extensión universitaria.

Por otra parte, y a solicitud de un grupo de estudiantes encuestados de la carrera de Sociología, su trabajo de campo del Taller Sociológico I, que tiene como objetivo poner en práctica el método de Observación, se realizó con pacientes cardiopatas para estudiar la dinámica y características de este subgrupo de la población.



A través del trabajo de la Dirección de Extensión Universitaria con la Cátedra del Adulto Mayor, se incluyeron por primera vez, conferencias sobre salud cardiovascular en el Módulo de Educación y Promoción de Salud, con el objetivo de elevar la percepción de riesgo en los participantes, y con ello, cambios en sus estilos de vida y en consecuencia, una menor incidencia futura de la enfermedad cardíaca, así como aportar nuevos elementos acerca de esta enfermedad a los adultos mayores, de tal manera que se convirtieran en promotores de salud dentro de su ámbito familiar y comunitario.

Por primera vez, en el Curso Electivo sobre Salud, se incluyó el tema de Promoción de Salud Cardiovascular, al que asistieron 18 alumnos de la especialidad de Geografía.

Como parte de la evaluación de este curso, los alumnos desarrollaron actividades de promoción de salud en la que realizaron entrevistas previas acerca de este tema, actuaron como conferencistas ante sus propios compañeros y mostraron videos promocionales.

### **Conclusiones**

El trabajo realizado hasta estos momentos, ha sido exitoso: la comunidad universitaria no solo es más consciente de la necesidad de realizar proyectos encaminados a elevar el nivel de conocimiento de la enfermedad cardiovascular, sino además, muchos de sus miembros son activos participantes de las tareas derivadas de los resultados iniciales.

### **Referencias bibliográficas**

BARTUTIS, M. 2007. "Estrategia educativa para el el fortalecimiento de valores humanos desde la relación Universidad Familia". *Rev Hum Med*. Vol. 7, no. 2.

Disponible en:

<http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2007/n20/body/hmc090207.htm>

CABALÉ, MB; FLORES, A; VILARIÑO, JE; GUTIÉRREZ, E. 2010. "Enfermedad cardiovascular aterosclerótica: algunos de sus factores de riesgo tradicionales". *Portales médicos*. Vol. 5, no. 6, p. 17.

FERRER, M; FERNÁNDEZ-BRITTO, JE; PIÑEIRO, R; CARBALLO, R; SEVILLA D. 2010. "Obesidad e hipertensión arterial: señales ateroscleróticas tempranas en los escolares". *Rev Cubana Pediatr*. Vol. 82, no. 4, p. 20-30.

GARCÍA, I. 1998. "Promoción de la salud en el medio escolar". *Rev Esp Salud Pública*. Vol. 72, p. 285-787.

MAYORAL, M; SERRANO, L; de la FÉ, U. 2010. "Una aproximación al análisis de la cultura de la Salud". *Rev Hum Med*. Vol. 10, no. 1. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202010000100003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1727-8120.

OKAMURA, T. 2010. "Dyslipidemia and cardiovascular disease: a series of epidemiologic studies in Japanese populations". *J Epidemiol*. Vol. 20, no. 4, p. 259-265.

OQUENDO, Y; PIÑEIRO, R; DUARTE, MC; GUILLÉN, A. 2010. "Síndrome metabólico en niños y adolescentes hipertensos obesos". *Rev Cubana Pediatr*. Vol. 82, no. 4, p. 31-40.

RUÍZ-LÁZARO, PJ; PUEBLA, R; CANO, J; RUÍZ-LÁZARO, PM. 2000. "Proyecto de educación para la salud: promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescente". *Aten Primaria*. Vol. 26, p. 51-57.

SÁNCHEZ, IA; ROA, V; GÓMEZ, C; RODRÍGUEZ-OROZCO, AR. 2008. "Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia". *Rev Cubana Pediatr*. Vol. 80, no. 4. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312008000400005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000400005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3119.

## Anexo

La Dirección de Extensión Universitaria (DEU) está realizando un estudio acerca de las enfermedades más comunes en nuestra población. Su opinión nos resultaría muy valiosa, por lo que le solicitamos que responda sinceramente y de forma individual las preguntas que se relacionan a continuación. Muchas gracias.

Nivel de escolaridad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

1. Señale cuál de las siguientes enfermedades representa la primera causa de muerte en Cuba:

\_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Pulmonía y Tuberculosis

\_\_\_\_\_ SIDA \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus

\_\_\_\_\_ Enfermedad Cardiovascular \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial

\_\_\_\_\_ Infarto Cerebrovascular \_\_\_\_\_ Hepatitis A

\_\_\_\_\_ Insuficiencia renal \_\_\_\_\_ Hepatitis C

2. Relacione las siguientes columnas:

**A B**

Tabaquismo Infarto cerebral

Ingerir poca agua

Sedentarismo Enfermedad coronaria

Colesterol alto

Falta de aseo Tuberculosis

Hipertensión arterial

Edad

3. ¿Qué cambios Usted haría en su estilo de vida para alcanzar la vejez con una mejor calidad de vida?

## **OS MEDIA COMO FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE:**

### **Riscos e oportunidades**

**Inês Mendes Moreira Aroso**

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

LABCOM

inaroso@utad.pt

#### **Resumo**

Em primeiro lugar, explicar-se-ão as razões pelas quais a medicina constitui um assunto com elevado interesse jornalístico. Deste modo, perceber-se-á que a cobertura mediática das questões médicas constitui causa e consequência da medicalização da sociedade. Seguir-se-á uma caracterização do tratamento jornalístico da medicina, bem como uma análise das funções do jornalismo nesta área e as principais críticas às quais está sujeito. Além disso, serão estudadas algumas consequências concretas desta mediatização, nomeadamente o facto de os media se assumirem como uma das mais importantes fontes de informação sobre saúde para o público em geral, com consequentes riscos e benefícios. Por fim, ver-se-á de que forma os media têm contribuído para a evolução da relação entre médico e doente.

**Palavras-chave:** Jornalismo; Media; Medicina; Informação sobre saúde; Comunicação Médica.

## **LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO FUENTE DE**

### **INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD:**

#### **Riesgos y oportunidades**

#### **Resumen**

En primer lugar, se explicarán las razones por las que la medicina es un tema de alto interés periodístico. Así, se dará cuenta de que la cobertura mediática de los asuntos médicos es una causa y una consecuencia de la medicalización de la sociedad. A continuación habrá una caracterización del tratamiento periodístico de la medicina, así como un análisis de las funciones del periodismo en esta materia y las principales críticas a las que está sujeta. Por otra parte, estudiaremos algunas de las consecuencias de esa mediación, incluyendo el hecho de que los medios están tomando una de las más importantes fuentes de información sobre la salud para el público en general, con los consiguientes riesgos y beneficios. Por último, vamos a ver cómo los medios de comunicación han contribuido a la evolución de la relación entre médico y paciente.

**Palabras claves:** Periodismo; Medios de comunicación; Medicina; Información sobre Salud; Comunicación Médica.

## THE MEDIA AS A SOURCE OF INFORMATION ABOUT HEALTH: Risks and opportunities

### Abstract

Firstly, we will explain the reasons why medicine is an issue with high newsworthy. Thus, we will realize that the media coverage of medical issues is a cause and a consequence of the medicalization of society. Following, we will make a characterization of the journalistic treatment of medicine as well as an analysis of the functions of journalism in this area and the main criticisms to which it is subject. Moreover we will study some consequences of that mediation, including the fact that the media is taking one of the most important sources of health information for the general public, with consequent risks and benefits. Finally, we will see how the media have contributed to the evolution of the relationship between doctor and patient.

**Keywords:** Journalism; Media; Medicine; Health Information; Medical Communication.

### A mediatização da medicina

Vários estudos têm demonstrado que a medicina é a área da ciência que mais interesse desperta na sociedade, não sendo de estranhar, por isso, que seja também a área mais noticiada. “Os mundos da medicina e dos media existem numa simbiose única. Artigos de jornais e revistas reportam simultaneamente descobertas médicas e dão conselhos de saúde, misturando informação científica com conselhos reconfortantes” (Friedman: 2004, 1).

Este interesse jornalístico na medicina nem sempre teve tamanha preponderância, estando intimamente ligado a condicionalismos culturais, sociais e económicos. Existe algum consenso na aceitação da premissa que as evoluções técnicas, científicas e ideológicas na área das ciências médicas conduziram à “medicalização da vida”, expressão utilizada por Ivan Illich (*Cit. in Moynihan e Cassels: 2005, XVIII*). O quadro atual é este:

uma patologização da cultura onde tudo é passível de ser medicalizado. Há uma expansão do campo da patologia para as mais diversas experiências que acaba por objetificar a vida. Neste contexto, as definições de saúde e doença são tomadas numa perspectiva dicotómica e estática que define a patologia pela simples variação quantitativa dos estados normais e caracteriza a saúde pela ausência de doença. (Resende: 2008, 124)

Note-se que esta medicalização social também é fruto da atenção mediática, ou seja, “o mundo da medicina envolve-se e difunde-se nos media que nos rodeiam” (Friedman: 2004, 7). Reportando, em concreto, a realidade dos Estados Unidos, Lester Friedman acrescenta: “devido em larga medida à sua ubiquidade nos media, os assuntos médicos ocupam um papel central na consciência nacional” (Friedman: 2004, 7).

Esta fixação social na medicina leva à sua presença em livros populares, conteúdos televisivos e filmes (Cf. Friedman: 2004). Assim, a medicina assume um papel de destaque, tanto ao nível dos produtos jornalísticos, como em campanhas divulgação e até na ficção televisiva ou no cinema. No caso do jornalismo, é assinalável a presença das notícias sobre saúde nos mais diversos suportes e formatos. Por exemplo, na imprensa proliferam em: revistas especializadas em saúde para o público em geral, revistas de informação geral e política, revistas para pais e educadores, revistas masculinas, revistas femininas, jornais de referência e também jornais sensacionalistas. Na televisão, surgem reportagens, notícias, entrevistas, debates, espaços de consultório e programas específicos sobre saúde. Também na rádio, os temas médicos são alvo de tratamento noticioso, bem como de programas interativos, sendo este último caso um dos múltiplos formatos que a internet oferece.

#### *A medicina nas notícias*

Atualmente, os temas ligados à saúde, medicina, ciências biomédicas e medicamentos dominam a cobertura jornalística da ciência. Isto porque, segundo alguns estudos, o interesse nas notícias médicas é, no mínimo, tão grande como nas notícias de desporto. A razão parece evidente: as histórias médicas lidam com a vida humana. “Desde o surgimento da imprensa, saúde e doença ocupam espaço nas páginas dos mais importantes periódicos mundiais” (Azevedo: 2009, 3), mas convém esclarecer que nem sempre a medicina foi o tema de ciência predominante nas notícias. Na realidade, nas décadas de 50 e 60 do século XX, “as ditas ciências físicas foram durante muito tempo as que mais ganharam destaque na imprensa britânica e só a partir de meados da década de 70 perderam a liderança para a imprensa popular de ciências biomédicas” (Gregory e Miller: 2000, 39). Mais tarde, “a especialização gradual da informação sobre medicina e saúde nos media teve início nas décadas de 70 e 80, em paralelo com a subida do nível educacional que induziu uma maior procura dessa informação por parte do público-alvo” (Dias: 2005, 30).

Mais recentemente, Emma Weitekamp realizou um estudo através do qual concluiu: “a saúde e a medicina dominam a cobertura noticiosa relacionada com ciência e saúde” (Weitekamp: 2003, 326). Indo ao encontro desta ideia, Miranda, Vercellesi e Bruno constataam: “o interesse do público leigo em assuntos científicos – particularmente no que diz respeito à saúde, medicina e medicamentos – está a crescer, de forma gradual, um pouco por todo o mundo” (Miranda, Vercellesi e Bruno: 2004, 267). “Na Europa, nos assuntos de ciência nos media, a medicina surge como tema principal, alcançando 60% de interesse por parte do público” (Miranda, Vercellesi e Bruno: 2004, 267), afirma, baseando-se no Eurobarómetro de 2001. Por sua vez, Marianne Pellechia, numa análise de conteúdo da cobertura noticiosa da ciência de três jornais diários – *New York Times*, *Washington Post* e *Chicago Tribune* – durante três décadas (60 a 90 do século XX), constatou que mais de 70% das notícias de ciência diziam respeito à medicina e saúde, seguindo-se as ciências naturais e físicas e, por último, a tecnologia. “A importância dada à medicina ou à saúde não deveria surpreender, considerando que as questões biomédicas têm sido dominantes na cobertura jornalística da ciência” (Pellechia: 1997, 57), realçou. “Há uma tendência dos principais jornais de considerarem notícia científica apenas informação de medicina”, sublinha Atilio Vanin (*Cit. in* Medina: 1991, 124), referindo-se à realidade brasileira.

Outros estudos demonstram que o interesse nas notícias de medicina pode ser maior em determinadas situações específicas: “desde os ataques terroristas de 11 de Setembro de 2001 ao *World Trade Center* e ao Pentágono, bem como o medo do *antrax* nos Estados Unidos da América, as notícias de saúde tornaram-se uma obsessão nacional para jornalistas e espectadores” (Tanner: 2004, 350). Todavia, “a popularidade das notícias de saúde surge, certamente, antes do susto do *antrax* nos Estados Unidos” (Tanner: 2004, 350). De facto, “a divulgação das notícias de saúde era uma indústria em ascensão na década de 90, com tendência para continuar no novo milénio” (Tanner: 2004, 351). Por seu turno, João Carlos Correia considera que os aspetos que conduziram ao aumento de interesse por parte do jornalismo em relação às questões da saúde e da doença são os seguintes:

as possibilidades tecnológicas de alteração das regularidades biológicas associadas ao envelhecimento dos órgãos e das células, o debate sobre os limites éticos da intervenção médica, aliados à situação verificada pelas vagas de epidemias que marcaram o final do século passado e o princípio do novo, a inflação de esperança



desencadeada em torno do imaginário coletivo pelas descobertas científicas, acompanhadas pela fobia e pelo pavor suscitadas por novas situações de risco. (Correia: 2006, 1)

Deste modo,

foram surgindo secções específicas dedicadas à ciência e à medicina nos principais jornais, que tiveram a dupla vantagem de, por um lado, fazer emergir e incentivar a formação de jornalistas especializados e, por outro, de encorajar os cientistas e os clínicos à disseminação da informação relativa aos avanços das ciências da saúde e da medicina. (Dias: 2005, 30)

Na década de 80 do século XX, cresceu o interesse em temas de saúde por parte do público do Reino Unido, como o refletiam a inclusão de secções de saúde e médicas na maioria dos jornais (*Cf.* Entwistle e Beualieu: 1992, 367). Neste âmbito, segundo um estudo de Hansen e Dickinson realizado em 1990, “questões médicas e de saúde são os temas mais noticiados pela televisão, rádio e jornais” (Entwistle e Beualieu: 1992, 370). “A medicina e a saúde ocupam, geralmente, um lugar de destaque em termos de cobertura noticiosa em todos os media” (Göpfert: 1996, 364).

João Carlos Correia observa uma alteração dos critérios de noticiabilidade devido ao interesse na medicina:

raros são os jornais e telejornais que não incluem nas suas notícias, a referência à descoberta de novos vírus, novas doenças, novas possibilidades de intervenção médica, novos problemas crónicos, novas possibilidades para o corpo acompanhados por uma panóplia de soluções para estes mesmos problemas. (Correia: 2006, 1)

Indo ao encontro desta ideia, Francisco Ramírez e Javier del Moral observam:

os temas de saúde ocupam cada vez mais destaque nos meios de comunicação social, não só nas secções de meios generalistas, como também em publicações de jornais e revistas especializadas em saúde, assim como na realização de programas radiofónicos e televisivos especializados nestes temas. Na maioria dos jornais, os

temas de saúde publicam-se dentro da secção genérica de Sociedade, embora alguns jornais já dediquem uma secção específica para a informação médica ou de saúde. (Ramírez e Moral: 1999, 261).

O interesse social e, conseqüentemente, jornalístico na área da medicina tem várias explicações. Por exemplo:

esteve ao lado do homem por mais tempo. O médico, o artista prático da ciência, viveu na sociedade e se associou essencialmente a ela por muito mais tempo. A medicina está mais completamente incorporada no nosso pensamento. Também seu lado prático é mais fácil de ser compreendido. Além disso, o médico, em metade da sua atividade profissional, representa uma comunicação com o homem comum (*Cit. in Krieghbaum: 1970, 85*).

Por outro lado, a medicina é um universal cultural, ou seja, “todas as sociedades humanas que alguma vez existiram tiveram certamente procedimentos estandardizados para lidar com a doença” (Leach: 1992, 23). Numa alusão à pirâmide das necessidades de Abraham Maslow, as informações sobre medicina correspondem a necessidades de: sobrevivência (saúde curativa ou preventiva), culturais (melhor alimentação, qualidade da forma física e atividade sexual) e de conhecimento (curiosidade natural do homem em relação ao próprio corpo) (*Cf. Burkett: 1990*). Simplificando, o tema da saúde é importante para a sociedade porque todos são protagonistas, sendo certo que engloba problemas que afetam a própria pessoa ou alguém próximo nalgum momento da vida (*Cf. Ramírez e Moral: 1999*). Coincidindo com esta visão, num estudo realizado por Anders Hansen com jornalistas de ciência britânicos, verificou-se que um critério de valor-notícia acentuado é o “ponto de vista humano/ relevância para a vida diária, o que ajuda a explicar a predominância esmagadora da cobertura da ciência e saúde pela imprensa” (Hansen: 1994, 130).

### *Funções do jornalismo*

As funções do jornalismo na área da saúde são alvo de considerações que, devido à pertinência do tema, vão ainda mais longe do que as que são suscitadas noutros assuntos. Francisco Ramírez e Javier del Moral preconizam:

o jornalista especializado em informação médica tem que desenvolver, além do seu trabalho informativo, uma tarefa pedagógica e didática proporcionando a necessária formação relativa à prevenção e tratamento de doenças, assim como a conservação da saúde. Para tal, o jornalista na área da saúde deve ser um mediador entre os profissionais de medicina e os cidadãos, pondo ao alcance destes os conhecimentos necessários para uma atitude correta, perante os problemas de saúde. (Ramírez e Moral: 1999, 267)

“Informar com rigor, clareza e exatidão sobre os avanços científicos no diagnóstico e na terapia; difundir as características das distintas doenças e seus sintomas iniciais; atender ao direito dos pacientes a estarem plenamente informados” – estes são alguns dos objetivos do jornalismo médico, para Calvo Hernando (*Cit. in* Ramírez e Moral: 1999, 267). Indo mais além, José Niza defende que “os media deveriam ter um papel ativo e não apenas serem considerados como espectadores ou críticos de um processo social de melhoria da saúde” (Niza: 1989, 11), e explica:

não se pode esperar que a intervenção dos media possa por si só suscitar uma alteração de comportamento mas pode, seguramente, mostrar e explicar quais os fatores de risco para a saúde e abrir, assim, ao público, perspectivas que lhe permitirão fazer uma escolha consciente orientada para uma vida mais saudável. (Niza: 1989, 12)

O facto de o jornalismo na área médica constituir uma das principais fontes de informação sobre saúde para o público em geral é uma função de grande relevo que, por isso, será alvo de atenção específica, mais adiante. Os benefícios e os riscos deste papel dos media – ser fonte de informação sobre saúde – serão desenvolvidos nesse momento.

### *Críticas ao jornalismo e aos media*

Entre as principais críticas que são feitas ao jornalismo na área médica estão: a abordagem sensacionalista de alguns temas, a criação de falsas expectativas de cura ou alarmes sociais injustificados e o facto de ser, muitas vezes, um suporte para publicidade encoberta, nomeadamente a medicamentos (*Cf.* Ramírez e Moral: 1999). Em relação a este último aspeto, é notório que os órgãos de comunicação podem obter lucros com a informação em saúde. Verifica-se que alguns meios jornalísticos

“passam a ser apenas meros canais de divulgação, reprodutores das necessidades das indústrias de bens de consumo tecnológicos ou de medicamentos e cosméticos” (Júnior: 2005, 31). Em suma, tal como acontece noutras áreas do jornalismo, “a informação que é disseminada através da imprensa não científica está sujeita a pressões editoriais e comerciais e a conflitos de interesse. As narrativas publicadas refletem, frequentemente, o filtro ideológico e sociocultural do seu *staff* editorial” (Dias: 2005, 37).

Em relação à falta de rigor no tratamento de alguns temas, o tempo é um dos motivos apresentados: “a imprensa tem prazos que são estranhos aos cientistas, pressiona normalmente os jornalistas para a superficialidade do tratamento das notícias” (Dias: 2005, 33). Consequentemente, “cientistas e clínicos queixam-se geralmente da imprensa, referindo que os jornalistas são descuidados nas notícias que produzem, sujeitos a pressões competitivas e normalmente ignorantes no que respeita ao processo científico” (Dias: 2005, 39). Resumindo:

apesar da quantidade de material relativamente a questões científicas e clínicas que os jornalistas normalmente recebem e do inquestionável interesse que o público manifesta por notícias de saúde, os jornalistas só muito raramente conseguem fornecer informação médica de valor real para o público. (Dias: 2005, 39)

Na mira das críticas também está a exploração do culto do corpo perfeito e eternamente jovem, ou seja, “a preocupação com o bem estar, com a mente sã, com o corpo são, o qual é insistentemente identificado como o corpo suficientemente apto para responder com qualidade às necessidades de uma longa vida” (Correia: 2006, 5). João Carlos Correia assinala:

o corpo, a juventude, a beleza e a saúde readquiriram uma importância nos critérios de noticiabilidade superior à que vulgarmente tiveram, nas décadas anteriores, na imprensa europeia de referência, centrada, até há pouco, nos debates sobre a esfera pública e motivada pela generalização da ideia, hoje aparentemente diminuída, de responsabilidade social. (Correia: 2006, 1)

O culto da beleza e da juventude atravessa o discurso dos media:

por práticas enunciativas que promovem uma cultura baseada num culto estereotipado da beleza e da juventude, associado à moda e ao consumo. O ambiente cultural da sociedade de risco, em articulação com o aumento da esperança de vida, favorece a construção do corpo saudável, jovem, magro, sexualmente ativo e fisicamente atraente, suficientemente apto para responder com qualidade às necessidades de uma longa vida. (Correia: 2006, 5)

Enfim, como se observa pela quantidade e características dos produtos jornalísticos nesta área, mantém-se ativa a exploração do filão da “utopia da saúde perfeita” (Sfez: 1997, 4).

Em relação à saúde das mulheres, as críticas têm se direcionado mais particularmente para um possível efeito negativo dos media na relação destas com o corpo. Surgem, assim, investigações que relacionam os conteúdos dos media com o surgimento, nas mulheres, de patologias depressivas, obsessivas e compulsivas, levando a distúrbios alimentares como a bulimia, a anorexia e a obesidade. Isto porque “os textos que aparecem na imprensa finalizam por extrapolar aquilo que as mulheres têm em mente como ideal de corpo feminino” (Azevedo: 2009, 18). A tal ponto que, “alguns investigadores afirmam sem hesitações que as mulheres vendem o seu corpo à indústria alimentar e dietética por influência das revistas que leem e dos programas que veem, a maior parte dos quais as tornam ansiosas sobre o seu peso” (Correia: 2006, 5).

O papel desempenhado pela indústria farmacêutica nesta medicalização da vida é determinante, sendo alvo de duras críticas. Assim, já há alguns anos surgiu o conceito de “*disease-mongering*”, que poderá ser traduzido como “venda de doença”, e que consiste na ideia que “os médicos e as empresas farmacêuticas alargam desnecessariamente as fronteiras da doença, de modo a terem mais doentes e a venderem mais medicamentos” (*Cit. in* Moynihan e Cassels: 2005, XVIII). Ray Moynihan e Alan Cassels defendem:

as estratégias de marketing das principais empresas farmacêuticas mundiais dirigem-se agora agressivamente para as pessoas saudáveis e que estão bem. Os altos e baixos do quotidiano tornaram-se problemas mentais e queixas comuns transformaram-se

em doenças assustadoras e cada vez mais pessoas comuns são transformadas em pacientes. (Moynihan e Cassels: 2005, IX)

Portanto, “as grandes empresas farmacêuticas já não se contentam em vender medicamentos para os doentes” (Moynihan e Cassels: 2005, X), pelo que “a máquina promocional da indústria farmacêutica está a transformar muitas situações da vida normal em doenças médicas, de modo a expandir os mercados dos medicamentos” (Moynihan e Cassels: 2005, XVII). Embora haja muitas estratégias promocionais diferentes para vender a doença, o fator comum a todas elas é o “marketing do medo” (seja ele da morte, da decadência, da doença) (Moynihan e Cassels: 2005, XV). Finalmente, sublinhe-se que os media também entram neste jogo, já que, “com uma pequena ajuda dos media sedentos de títulos apelativos, a mais recente doença é rotineiramente retratada como alastrada, severa e, acima de tudo, tratável com medicamentos” (Moynihan e Cassels: 2005, X).

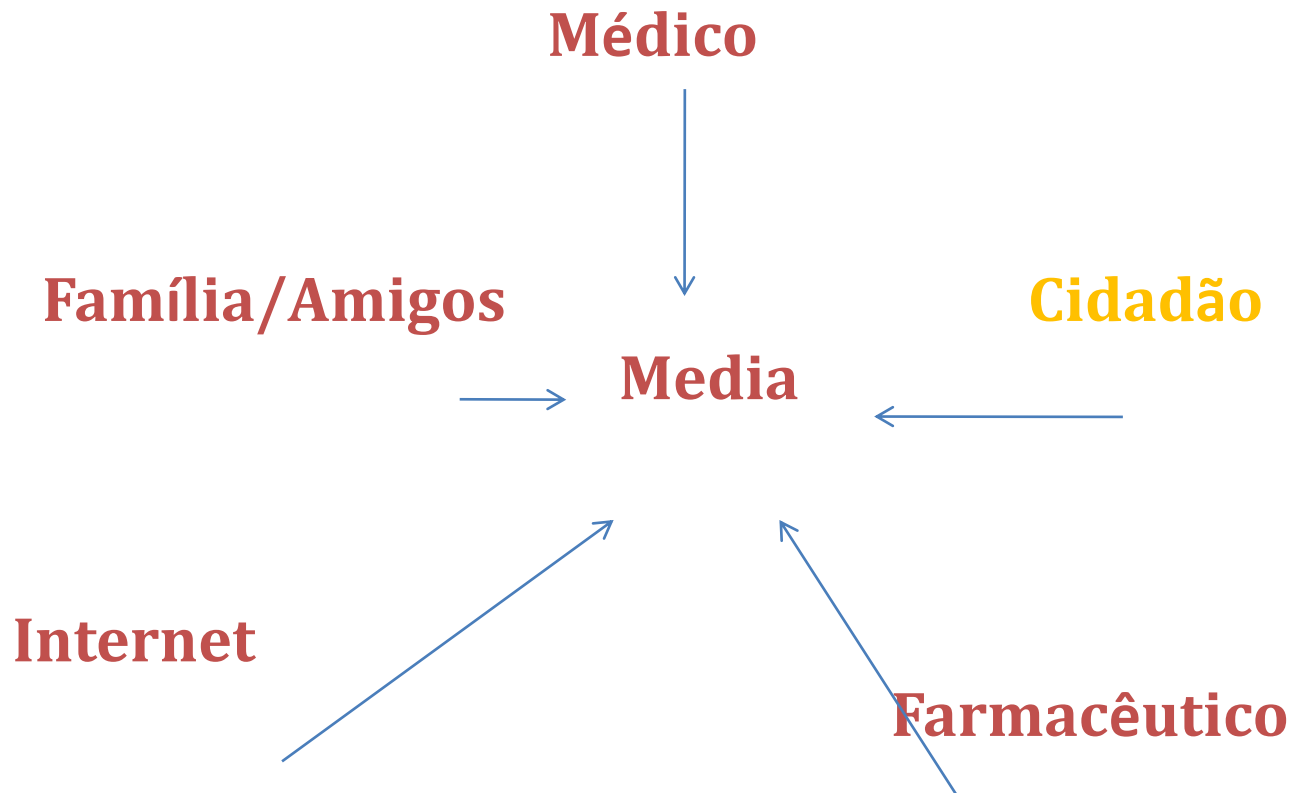
### **Os media como fonte de informação sobre saúde**

São vários os meios que veiculam informação sobre saúde ao cidadão comum, podendo este assumir uma postura ativa ou passiva perante os mesmos. Rita Espanha caracteriza esta situação:

a saúde individual e a sua gestão quotidiana nunca envolveram tanta informação como atualmente. Grandes quantidades de informação sobre saúde e medicina são disponibilizadas a partir de diversas fontes – sejam essas fontes profissionais de saúde, especialistas de vários tipos, instituições públicas e privadas ou grupos de doentes e/ou consumidores – através de uma multiplicidade de canais informativos, tanto a partir dos media, como de base local ou interpessoal, em interação com médicos e outros profissionais de saúde, familiares, amigos, colegas de trabalho, etc. Este fluxo constante de informação incentiva o indivíduo a ser responsável pela sua saúde, e dos seus familiares, quotidianamente. (Espanha: 2009, 2)

Perante isto, apresenta-se a Figura 1, que procura retratar e sintetizar as ideias referidas.

Figura 1. Fontes de informação sobre saúde para o cidadão



Neste cenário, Richard Thomas recorda:

tradicionalmente, as pessoas tinham acesso a duas principais fontes de informação em saúde: as formais e as informais. A principal fonte de informação sobre saúde, em termos históricos, eram os amigos, familiares, vizinhos e colegas de trabalho, isto é, indivíduos aos quais se podia aceder informalmente e obter informação baseada nas suas próprias experiências e conhecimentos. A fonte formal que poderia ser menos comum, mas com mais autoridade, era o médico e outros profissionais de saúde. Em virtude da sua posição no sistema e o seu presumível conhecimento, os médicos, em particular, foram uma das principais fontes de informação sobre saúde. (Thomas: 2006, 36)

Contudo, estas principais fontes

foram suplantadas pela informação obtida através dos media. Isto tem incluído as notícias obtidas na imprensa (por exemplo, revistas e jornais), as notícias obtidas pelos media eletrónicos (por exemplo, rádio e televisão, além de vários livros de autoajuda na área da saúde. (Thomas: 2006, 37)

De facto, entre as várias fontes de informação existentes, múltiplas pesquisas têm mostrado que os media são uma importante fonte de informação sobre saúde para o público em geral (Cf. Glik: 2004). Naturalmente, “as notícias/ informação sobre saúde transmitidas pelos media afetam o que o público em geral pensa sobre saúde em sentido lato e os serviços de saúde em particular (Brodie *et al.*, 2001; Turow, 2002)” (Espanha: 2009, 48).

Resumindo a evolução deste fenómeno:

uma crescente percentagem da população recebe a informação dos jornais, revistas, rádio e televisão. Em todos estes meios, o tema da saúde aumentou drasticamente nos últimos anos, sendo mesmo considerado um dos assuntos favoritos. A marcar a sociedade moderna está também o aparecimento da internet como um dos principais meios nesta matéria. (Thomas: 2006, 87)

#### *Media como promotores de saúde*

A ideia que os media podem e/ ou devem ser utilizados como agentes promotores de saúde tem sido aprofundada por investigadores, tanto da área da medicina como do jornalismo. Na verdade, diversas entidades de saúde passaram a utilizar os media com objetivos de prevenção e promoção da saúde pública. Uma das premissas nas quais assenta este desígnio é relativa à tendência da medicina das últimas décadas em considerar que, mais do que ter uma função curativa, “o serviço de saúde deve ser preventivo” (Guerra: 1961, 91). Existe até um conceito associado a esta ideia, o “apoio dos media”, ou seja, uma utilização inovadora dos meios de comunicação numa estratégia para promover a saúde pública (Cf. Wallack *et al.*: 1993, 2). Mais concretamente: “é o uso apropriado dos media, de forma agressiva e eficaz para apoiar o desenvolvimento de políticas de saúde pública” (Wallack *et al.*: 1993, 25). É importante entender que “o objetivo deste apoio não é a cobertura mediática,



mas sim a mudança de política. O apoio dos media é uma ferramenta maravilhosa, mas ainda assim, apenas uma ferramenta” (Wallack *et al.*: 1993, 51).

Deste modo, a comunicação em saúde através dos media é aceite como uma ferramenta válida para a promoção da saúde pública. De acordo com Rita Espanha, os media podem desempenhar papéis específicos neste campo, tais como:

melhorar o conhecimento e a consciência das questões de saúde (problemas ou soluções); influenciar as perceções, crenças, atitudes e normas sociais; incentivar para a ação; demonstrar ou ilustrar capacidades e possibilidades; mostrar os benefícios da mudança de comportamentos; incrementar a procura de serviços de saúde; reforçar conhecimentos, atitudes e comportamentos; refutar mitos e preconceitos; facilitar o relacionamento entre instituições; proteger ou salientar uma questão de saúde ou um grupo populacional. (Espanha: 2009, 40)

Referindo-se, em particular, às problemáticas ligadas às doenças oncológicas, Maria do Rosário Dias declara: “os meios de comunicação social desempenham um papel decisivo na divulgação pedagógica da informação que circunda a doença oncológica, constituindo-se como verdadeiros agentes de promoção de saúde” (Dias: 2005, 19).

#### *Riscos associados à mediatização da saúde*

Uma das críticas que é feita relativamente ao tratamento jornalístico das questões ligadas à medicina é a falta de rigor científico do mesmo. “A apresentação de descobertas científicas ou procedimentos em termos de cuidados de saúde ao público, pelos media, é ‘atravessada’ por todos os ruídos presentes na ‘tradução’ dos cientistas para os jornalistas”, acusa Schwitzer (*Cit. in Espanha: 2009, 51*). O mesmo autor reprova também que, nas notícias sobre novos tratamentos, testes e produtos e procedimentos médicos,

a abordagem mais frequentemente realizada pelos jornalistas não considera nem discute aspetos muito relevantes tais como: custos, qualidade da evidência, existência ou não de opções alternativas, verdadeira magnitude das vantagens e desvantagens da notícia apresentada. (*Cit. in Espanha: 2009, 51*)

Outro comentário depreciativo frequente é respeitante ao sensacionalismo dos media nesta temática. Aliás, o sensacionalismo nas notícias de medicina, já há mais de três décadas era realçado por Hillier Kriegbaum, aludindo a “um grande número de informações dadas pelos jornais, especialmente quanto a novos medicamentos, propagando com grande estardalhaço as descobertas médicas como ‘curas’ de algumas doenças bem comuns” (Kriegbaum: 1970, 182). “O sensacionalismo nas histórias sobre a ciência médica é um produto da colaboração cúmplice entre jornalistas e cientistas, uma vez que os jornalistas consideram ser mais fácil conquistar a atenção para as suas histórias, e os cientistas veem aqui o valor prático da atenção dos media para uma carreira científica de sucesso”, acusa Schwitzer (*Cit. in Espanha*: 2009, 52). Há um exemplo caricato: “nada se iguala à aspirina, café e vinho tinto no que se refere à quantidade de pesquisas médicas com destaque nos media. Ora enfocando os aspetos positivos, ora negativos, essa é a tríade mais comentada na área da saúde” (Falcão: 2006, 91).

Por vezes, cabe ao jornalismo na área da medicina fazer comunicação de risco, isto é “noticiar perigos – potenciais, eminentes ou existentes – que podem colocar em risco a saúde de alguns dos leitores ou espectadores” (Willis e Okunade: 1997, 1). A comunicação de risco pode envolver questões ligadas à saúde, ciência, crimes ou ambiente, mas na área da medicina, o número de casos parece ser infinito (*Cf. Willis e Okunade: 1997*). O problema é que os jornalistas tanto podem ignorar ou minimizar riscos reais para a saúde como, num outro extremo, causar desnecessariamente o pânico no público, alertando-o para um perigo que é diminuto ou até inexistente (*Cf. Willis e Okunade: 1997*). É melhor informar o público, apesar do possível pânico que vá causar, ou mantê-lo às escuras sobre o que pode ser uma ameaça real? Este é o dilema ético com que o jornalista se depara nos casos de potenciais riscos para a saúde (*Cf. Willis e Okunade: 1997*). Para Willis e Okunade, a solução passará por não cair num extremo nem noutro, ou seja, encontrar uma situação intermédia, de modo a fazer uma notícia balanceada entre manter o público às escuras ou causar-lhe pânico (*Cf. Willis e Okunade: 1997*).

Alguns autores têm investigado os possíveis efeitos nefastos dos media em matéria de saúde pública. Em 1965, Mário Cardia já afirmava que: “muitos dos artigos e notícias que a imprensa leiga publica podem considerar-se mal feitos, nefastos, mesmo, mas outros são indubitavelmente úteis e contribuem para a tão necessária educação sanitária das populações” (Cardia: 1965, 28). Com uma visão mais radical,

Francisco Mercado Martínez chama a atenção para a existência de estudos que “contradizem os efeitos positivos da imprensa em matéria de saúde, doença e atenção médica” (Martínez: 2000, 40).

“Os media foram, por diversas vezes, os responsáveis pela divulgação de erros que prejudicaram as campanhas de saúde pública” (Correia: 2006, 4). João Carlos Correia concretiza:

a trágica campanha desenvolvida pelo *Sun* e por uma parte significativa dos tabloides britânicos durante finais dos anos 80 e princípios dos anos 90 – insistindo em que os heterossexuais jamais contrairiam SIDA, responsabilizando o governo por gastos excessivos na campanha contra a SIDA, apelando explicitamente (em Editoriais) à população para que esquecessem os alertas televisivos e os documentários maçadores e esquecesse a ideia que as pessoas normais e heterossexuais pudessem contrair SIDA, a forma como a opinião das associações médicas (*British Medical Association* e *Educational Health Authority*) foi trágica e deliberadamente esquecida, a indicação da SIDA como “Cancro dos Homossexuais” (vislumbrada no *Diário de Notícias*) ou pela divulgação do ícone de um fantasma associada à imagem do pavor e da morte, (efetuada pelo *Correio da Manhã*) (Traquina, 2001: 153-193; Traquina, 2004: 81: 107) – são apenas alguns dos modos como se constrói um cerco à estranheza marcado pela intolerância e pelo recurso a tabus. (Correia: 2006, 4)

Um outro problema é relativo ao facto de as pessoas presumirem que deterem informação sobre saúde, veiculada pelos media, as torna especialistas nessa matéria. Esta ideia encontra eco nas palavras de Philippe Breton, quando este diz que “uma das perturbações provocadas hoje pelos media é o facto de o homem moderno<sup>13</sup> julgar ter acesso ao sentido dos acontecimentos simplesmente porque está informado” (Breton: 1994, 31). “Os próprios media, ao difundirem certas informações, aumentaram, apesar de tudo, a nossa ignorância do mundo real, pois a ignorância não tem melhor aliado do que a ilusão do saber” (Breton: 1994, 132), conclui. “A imagem dos cuidados de saúde disseminada pelos media pode criar desinformação e,

---

<sup>13</sup> Semelhante ao “homem-massa” que, apesar de dotado de ter apenas conhecimentos parciais sobre as coisas, tem ideias e opinião sobre tudo e todos, referido por José Ortega e Gasset na obra *La Rebelión de las Masas* (1937).

consequentemente, induzir a práticas desnecessárias, excessivas ou perigosas por parte dos cidadãos” (Espanha: 2009, 51). Rita Espanha dá o exemplo do exagero do culto do corpo jovem e perfeito, a negação do envelhecimento e da morte (Cf. Espanha: 2009, 51).

Além dos problemas já referidos, podem apontar-se outros perigos no tratamento jornalístico da medicina, tais como: a criação de expectativas ilusórias de cura de determinadas doenças nalguns pacientes e seus familiares; a estigmatização de algumas doenças; o tratamento da doença como um espetáculo, particularmente no caso de pessoas famosas; ser um alvo fácil de empresas com objetivos de marketing, sejam elas empresas farmacêuticas, instituições de saúde ou outras.

#### *Todos por um objetivo*

De modo a minimizar os riscos e potenciar os benefícios da utilização dos media como fonte de informação sobre saúde, urge um trabalho de equipa ou uma união de esforços. Por um lado, é primordial a especialização e formação dos jornalistas em medicina, para que estes possam dar informação mais correta, rigorosa e útil e se tornem menos sujeitos a possíveis tentativas de manipulação. Há normas éticas que devem orientar o trabalho do jornalista na área da medicina: ter compaixão pelas pessoas envolvidas, evitar criar falsas esperanças e ser rigoroso ao noticiar, o que exige conhecimentos sobre ciência e medicina, incluindo as respetivas metodologias, preconiza Victor Cohn (Cit. in Willis e Okunade: 1997). Quanto aos media, estes devem assumir um papel de filtro da informação sobre saúde, transmitindo apenas a informação com qualidade e interesse e assumindo um papel de intermediários na relação entre médicos e a sociedade.

Por outro lado, os médicos devem estar preparados e disponíveis para lidarem com os media. Sobre o importante papel dos médicos no futuro da comunicação de saúde, Richard Thomas atesta:

consoante os pacientes e utentes têm mais conhecimentos sobre informação, serviços e tecnologias de saúde, os profissionais de saúde vão precisar de cumprir o desafio de se tornarem melhores comunicadores e utilizadores mais efetivos das tecnologias da informação. Os profissionais de saúde precisam de um nível alto de aptidões interpessoais para interagirem com populações de diversos contextos culturais, linguísticos, educacionais e socioeconómicos.

Além disso, também precisam de formação e experiência mais diretas em todas as formas de tecnologias informáticas e de telecomunicações. Além de usarem as tecnologias para procurarem informação, os pacientes e os consumidores querem utilizá-las para discutir preocupações relacionadas com a saúde, e os profissionais de saúde têm que estar prontos para responder. (Thomas: 2006, 185)

Finalmente, mas não menos importante, a sociedade deve desenvolver uma consciência crítica em relação à informação que recebe através dos media. Há necessidade de um esforço conjunto:

a comunidade científica e os *mass media* deverão, pois, envidar esforços no sentido de uma colaboração conjunta e pró-ativa, para que o público leitor possa aceder a informação regular, precisa e atualizada sobre questões relacionadas com a saúde. Mas o público, se pretender ser consumidor crítico da informação que é disponibilizada, também tem trabalho a fazer: tem que compreender as mensagens comunicadas pelos media. (Dias: 2005, 42)

### **A evolução da relação médico-doente**

Como se viu, o cidadão comum está cada vez mais dotado de informação sobre saúde, que recebe, de forma passiva ou ativa, através dos vários meios de comunicação social e da internet. Nesta altura, cabe refletir sobre o impacto desta maior informação por parte do cidadão na relação entre este e o médico.

Como se verá, a tradicional relação de ascendência do médico sobre o paciente, fundada na autoridade inquestionável dos médicos, é agora mais equilibrada, pelo facto de o cidadão deter mais conhecimentos, o que lhe permite dialogar com o médico em maior pé de igualdade. No entanto, tal como será visto, nem sempre a relação médico-doente sai beneficiada desta maior informação por parte do cidadão. Por outro lado, os media que, idealmente, fazem parte desta cadeia informativa como intermediários ou facilitadores da relação médico-doente, nem sempre cumprem este papel.

### *Comunicação em saúde*

Para perceber a relação médico-doente, é essencial enquadrá-la na área mais abrangente da comunicação em saúde. Fazendo uma breve revisão da literatura

produzida sobre comunicação em saúde, encontram-se várias reflexões e investigações sobre a importância da comunicação na prática médica. Por exemplo, José Luís Pio Abreu e Carlos Ribeiro afirmam: “a medicina clínica é uma prática que decorre no âmbito da comunicação interpessoal. Ela assenta na semiologia médica, historicamente anterior à semiologia geral, e valoriza a relação médico-doente em detrimento da impessoalidade técnica” (Abreu e Ribeiro: 1998, 7). “Por isso nos parece adequado repensar a atividade médica à luz das teorias atuais da comunicação” (Abreu e Ribeiro: 1998, 7), deduzem os mesmos autores. Já para Pedro Silva,

a prática médica tem a sua base na comunicação. A recolha da história, a transmissão de informação sobre a prescrição ou o aconselhamento sobre estilos de vida e prevenção da doença, a referenciação, o trabalho em equipa, todas estas situações que são comuns no quotidiano do(a) médico(a). (Silva: 2010, 505)

De acordo com Richard Thomas, “a comunicação em saúde engloba o estudo e uso de estratégias de comunicação para informar e influenciar conhecimentos, atitudes e práticas individuais e comunitárias relativas à saúde” (Thomas: 2006, 2).

Este campo representa a ligação entre os domínios da comunicação e da saúde e é cada vez mais reconhecido como um elemento necessário para melhorar a saúde pública e individual. A comunicação em saúde pode contribuir para todos os aspetos de prevenção da doença e promoção da saúde. (Thomas: 2006, 2)

No entanto, a pesquisa tem ignorado várias áreas da comunicação em saúde, o que pode ter consequências negativas na qualidade dos serviços de saúde (Cf. Thomas: 2006). De facto,

as grandes desigualdades entre a qualidade desejada e a atingida nos cuidados de saúde pode ser causada por uma comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde e os doentes e seus familiares, entre os próprios profissionais de saúde e entre as administrações das unidades de saúde e os médicos. (Thomas: 2006, 4)

A comunicação em saúde assume primordial importância no que respeita à ligação entre o médico e o paciente. Na verdade, a eficácia comunicativa do médico é apontada como sendo um fator decisivo para a confiança do paciente no clínico e consequente adesão às terapêuticas recomendadas. Os estudos que têm sido feitos em vários países revelam que ao avaliar a satisfação dos doentes face aos cuidados de saúde, destaca-se o apreço destes pela atitude dos médicos (interesse, amabilidade, entre outros), mais do que sabedoria, presença, eficiência, fama, conhecimentos ou habilidade (Cf. Gutiérrez-Fuentes: 2008). Isto leva a depreender que o paciente vai à consulta não só à procura de uma cura para a sua doença, mas também, e de modo fundamental, alívio, consolo, compreensão e apoio (Cf. Gutiérrez-Fuentes: 2008). Sendo assim, um ato clínico transcende a aplicação de informação científica, tendo uma importante dimensão interpessoal, pelo que será fundamental um esforço de comunicação que facilite a confiança do doente e a sua adesão aos conselhos e prescrições do clínico (Cf. Gutiérrez-Fuentes: 2008). Aliás, “o estudo da adesão às terapêuticas veio sublinhar a importância da comunicação na relação médico(a)-doente” (Silva: 2010, 509).

Reportando-se à realidade portuguesa, João Rodrigues expõe algumas barreiras à comunicação entre o médico e o paciente: quando o médico dá a perceber ao doente que tem pouco tempo, está sempre a ser interrompido por telefone ou colegas ou quando não é empático; quando os utentes exigem do médico a prova de que não estão doentes através de exames e análises; a estrutura e as regras de funcionamento dos centros de saúde, nomeadamente os entraves burocráticos e administrativos e as longas demoras para a marcação de consultas e também na sala de espera (Cf. Rodrigues: 2000). Também nos Estados Unidos, muitos pacientes reportam que não estão satisfeitos com a qualidade das suas interações com os profissionais de saúde e são evidentes falhas significativas na comunicação entre doentes e profissionais de saúde (Thomas: 2006).

Cientes da importância da comunicação na prática clínica, várias correntes de pensamento na área do ensino médico têm defendido a inclusão de disciplinas dedicadas à comunicação médica na formação pré e pós-graduada em medicina, isto é, “a prática de competências de comunicação clínica é hoje internacionalmente aceite como componente essencial da aprendizagem da medicina” (Carvalho *et al.*: 2010, 527). Tradicionalmente, o ensino de tais competências nos currículos realizava-se de modo informal, sem focar especificamente técnicas de comunicação, mas o crescente

interesse pela comunicação no contexto da relação clínica conduziu à necessidade de tornar este tipo de aptidões parte do ensino. Embora seja considerada hoje aspeto fundamental da educação médica, a comunicação é, no entanto, uma área frequentemente difícil de integrar nos programas médicos (Cf. Carvalho *et al.*: 2010, 529). Desta feita, “a necessidade de formação em comunicação adequada à prática profissional dos médicos é inquestionável” (Silva: 2010, 512).

#### *Mudanças na relação médico-doente*

A relação entre médico e doente “é complexa e por vezes difícil, podendo ser até conflituosa” (Silva: 2010, 512). Esta interação, tradicionalmente pautada pela ascendência do médico sobre o paciente (Figura 2), tem sido substituída por uma relação mais equilibrada (Figura 3) dado que o cidadão comum está mais, mas nem sempre melhor, informado, através dos meios de comunicação social e da internet.

*Figura 2 - Relação médico-doente com ascendência do médico*

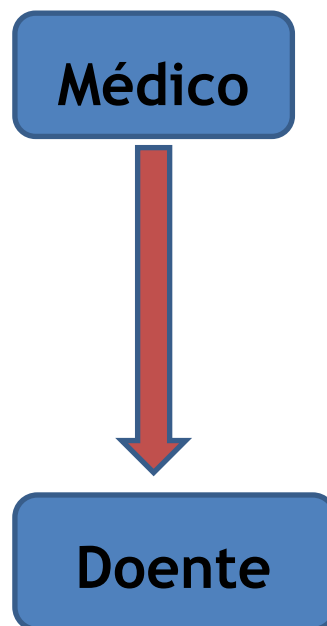




Figura 3 - Relação médico-doente equilibrada



No que concerne ao modelo tradicional de relação médico-doente, em que o médico assume um papel preponderante, há vários investigadores que o criticam. Neste âmbito, Catarina Resende alude à “hierarquia na relação médico-paciente” (Resende: 2008, 125), que consiste numa relação de poder com uma posição onipotente do médico que sente o direito e o dever de impor a sua verdade, invadindo a autonomia do paciente, que deve submeter-se à tutela do médico de forma incondicional. De igual modo, Katz refere que esta é “uma conversa sem sentido, uma pobre relação médico-paciente e um tratamento não eficaz” (Katz: 1989, 23). Além disso,

o que havia na medicina antiga persiste na contemporânea: a exigência na confiança cega, unilateral e silenciosa por parte do doente, por mais que atualmente se procure reverter tal quadro com a Bioética através do princípio de autonomia – direito do paciente ser informado e, juntamente com o médico, tomar suas decisões. (Katz: 1989, 25)

Quanto às alterações na relação médico-doente produzidas pelo maior conhecimento sobre saúde por parte do cidadão comum, são vários os investigadores que a assinalam. “Conhecimento é poder e o poder provoca mudanças nas relações. Os doentes veem disponibilizada cada vez mais informação, especialmente no domínio que até há pouco tempo se encontrava exclusivamente nas mãos dos profissionais de saúde, com reflexos inevitáveis ao nível da relação médico-doente” (Dias: 2005, 27), admite Maria do Rosário Dias. Por seu turno, Rita Espanha elucida: “em conjugação com outros meios, mais interativos e abrangentes, como é, objetivamente, o caso da internet, os conteúdos televisivos podem contribuir para o

reforço do processo de autonomia individual na área da saúde” (Espanha: 2009, 73). “O uso da internet por um público geral no âmbito da saúde é normalmente inscrito no seio da noção de ‘paciente informado’, que se desenvolveria através da aquisição de informação e o associado declínio da relação assimétrica entre o médico e o paciente” (Espanha: 2009, 76), conclui.

Em relação à internet como fonte de informação sobre saúde, esta oferece a especificidade de propor uma variedade enorme de fontes e tipos de informação relacionada com a saúde, desde *sites* comerciais que vendem produtos de *fitness* até revistas científicas e médicas, revistas pelos pares, com artigos baseados em pesquisas científicas e notícias da área da medicina (Cf. Espanha: 2009, 104). Esta comunicação não está isenta de riscos, pois o cidadão não detém, normalmente, os conhecimentos necessários para assegurar a credibilidade, veracidade, rigor, segurança e aplicabilidade das informações veiculadas na internet. Seja como for, é possível ter a certeza que “da internet aos telemóveis, passando pelos media tradicionais, nomeadamente a televisão, o mediador tecnológico está cada vez mais presente no seio da transmissão da informação e da comunicação na área da saúde” (Espanha: 2009, 111). Mais: “esta possibilidade de mediação tecnológica trouxe consigo uma reconfiguração da própria relação médico-paciente, levando a um novo modelo de interação entre estes sujeitos” (Espanha: 2009, 111), constata Rita Espanha. A questão que coloca é a seguinte: “Estaremos perante modelos substitutos ou apenas complementares?” (Espanha: 2009, 111). Tudo indica que serão complementares, mas com necessidade de adaptação de ambas as partes: médicos e pacientes.

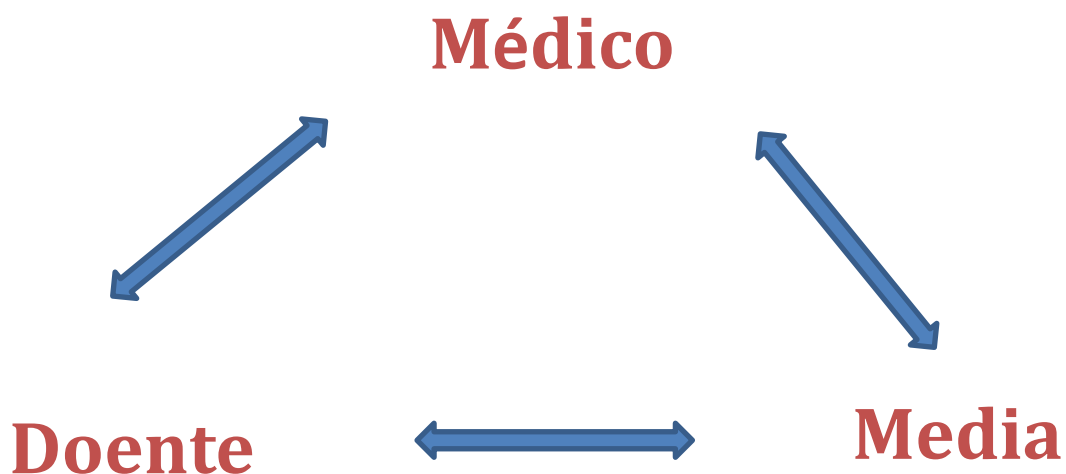
Os media tradicionais e a internet intervêm na relação médico-doente, mas não podem nem devem ocupar o lugar do médico, pelos vários riscos inerentes já referidos. Na verdade, as investigações neste campo têm apontado para “a primazia das figuras tradicionais do médico e do farmacêutico enquanto fontes de informação” (Espanha: 2009, 111). Um estudo realizado por Rita Espanha apura:

os médicos são, assim, um elemento fundamental na própria ligação que os cidadãos desenvolvem com a informação disponível on-line, configurando-se como um ator dinâmico na relação paciente-médico, mas também na construção da autonomia por via da recolha e utilização da informação sobre saúde disponível nos diversos meios a que os indivíduos têm acesso. (Espanha: 2009, 115)

“A maior evolução no papel da informação no sistema de saúde e, em particular, na relação médico-paciente, prende-se com o enorme fluxo de informação médica ou de saúde com presença na internet, das mais diversas esferas e proveniências, produzida por especialistas, instituições, grupos de consumidores, etc.” (Espanha: 2009, 117), deduz a investigadora.

Em suma, a relação médico-doente já não se baseia apenas na interação entre o paciente e o profissional de saúde (Cf. Espanha: 2009). Tanto o médico como o paciente têm múltiplos contactos com os media, tecnologias e internet, relacionados com questões de saúde, e isto altera inexoravelmente a relação entre ambos. Assim, preconiza-se uma dialética entre médicos, pacientes e media (Figura 4) que possa contribuir para o melhor exercício da medicina, melhores cuidados de saúde e melhor jornalismo na área da saúde. Deste modo, médicos, pacientes e media têm que ser atores empenhados em mais e melhor comunicação de saúde.

Figura 4. Relação equilibrada e profícua entre médico, doente e media



### Conclusões

Ao examinar a problemática da mediatização da medicina, comprova-se que a quantidade nem sempre vem acompanhada de qualidade, isto é: apesar da grande atenção mediática que merecem os temas relacionados com saúde e medicina, há graves lacunas no tratamento jornalístico dos mesmos. Neste sentido, apesar de serem evidentes os benefícios de mais e melhor informação sobre saúde através dos meios de comunicação social, esta mediatização não é isenta de riscos e potenciais

efeitos negativos. Além disso, a importância da mediação da informação médica é tal que modifica a relação entre o médico e o paciente. É primordial que o jornalismo sirva para facilitar esta comunicação e nunca para complicar ou, em caso algum, substituir o médico. Devido à importância dos media como fonte de informação sobre saúde para a população em geral, tem que haver um trabalho conjunto de médicos, jornalistas e cidadãos. Cabe ao jornalismo desempenhar um papel determinante neste âmbito: transmitir informação na área médica que permite ao cidadão tomar decisões conscientes e válidas em relação à saúde.

### **Bibliografia**

ABREU, José Luís Pio e RIBEIRO, Carlos. 1998. *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Virtualidade.

AZEVEDO, Ana Paula Florêncio Margarido de. 2009. *O jornalismo na saúde: uma visão transcontinental*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.

BRETON, Philippe. 1994. *A Utopia da Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.

CARDIA, Mário. 1965. *Valor da imprensa médica na medicina contemporânea*. Porto: Edições Soprime.

CARVALHO, Irene, RIBEIRO-SILVA, Raquel, PAIS, Vanessa G., FIGUEIREDO-BRAGA, Margarida, CASTRO-VALE, Ivone, TELES, Ana, ALMEIDA, Susana S. e MOTA-CARDOSO, Rui. 2010. "O ensino da comunicação na relação médico-doente: uma proposta em prática". *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 23, no 3, p. 527-532.

CORREIA, João Carlos. (2006). *A representação jornalística da doença: mecanismo de controlo social e espaço de mediação entre a ciência e a vida quotidiana* [on-line]. Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação – BOCC. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/correia-joao-representacao-jornalistica-da-doenca.pdf> [consultado em 10/08/2010].

DIAS, Maria do Rosário. 2005. *Serão os mass media estratégias de saúde?* Lisboa: Climepsi Editores.

ENTWISTLE, Vikki e BEAULIEU, Micheline Hancock. 1992. "Health and medical coverage in the UK national press". *Public Understanding of Science*. Vol. 1, p. 367-382.

ESPANHA, Rita. 2009. *Saúde e comunicação numa sociedade em rede: o Caso Português*. Lisboa: Monitor.

FALCÃO, Verónica. 2006. "Dupla hélice: aos jornalistas, auxílio; aos cientistas, preparo para lidar com a imprensa". Em: VILAS BOAS, Sergio (ed.). *Formação & informação científica: jornalismo para iniciados e leigos*. São Paulo: Summus. p. 89-104.

FRIEDMAN, Lester (ed.). 2004. *Cultural sutures: medicine and media*. Durham and London: Duke University Press.

GLIK, Deborah. 2004. *Health Communication in Popular Media Formats* [on-line]. American Public Health Association 131st Annual Meeting. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/466709?src=sideseach> [consultado em 19/11/2004].

GÖPFERT, Winfried. 1996. "Scheduled science: TV coverage of science, technology, medicine and social science and programming policies in Britain and Germany". *Public Understanding of Science*. Vol. 5, p. 361–374.

GREGORY, Jane e MILLER, Steve. 2000. *Science in public: communication, culture and credibility*. New York: Perseus Publishing.

GUERRA, Miller. 1961. *Medicina e sociedade*. Lisboa: Livraria Morais Editora.

GUTIÉRREZ-FUENTES, José António 2008. "La medicina, una ciencia y un arte humanos". *Educación Médica*. No. 11, p. 11-15.

HANSEN, Anders. 1994. "Journalistic practices and science reporting in the British press". *Public Understanding of Science*. Vol. 3, p. 111-134.

JÚNIOR, José Soares de Veras. 2005. *Da informação ao conhecimento: o jornalismo científico na contemporaneidade*. Rio Grande do Norte: Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Rio Grande do Norte.

KATZ, J. 1989. *El médico y el paciente: su mundo silencioso*. México: Fondo de Cultura Económica.

KRIEGHBAUM, Hillier. 1970. *A Ciência e os meios de comunicação de massa*. Rio de Janeiro: Edições Correio da Manhã.

LEACH, Edmund. 1992. "Universais culturais e singularidade das culturas". En: AAVV. *A Ciência como cultura*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: 15-26.

MARTÍNEZ, Francisco Mercado. 2000. "Las enfermedades crónicas en la prensa mexicana. Estudio a partir de un boletín de información periodística". *Comunicación y Sociedad*. No 37, p. 37-51.

MEDINA, Cremilda (ed.). 1991. *A crise dos paradigmas*. São Paulo: USP/ ECA.

MIRANDA, Giovanna, VERCELLESI, Luisa e BRUNO, Flavia. 2004. "Information sources in biomedical science and medical journalism: methodological approaches and assessment". *Pharmacological Research*. Vol. 50, p. 267-272.

MOYNIHAN, Ray e CASSELS, Alan. 2005. *Selling sickness: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books.

NIZA, José. 1989. *Os jornalistas e a droga*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga e Direcção Geral da Comunicação Social.

PELLECHIA, Marianne. 1997. "Trends in science coverage: a content analysis of three US newspapers". *Public Understanding of Science*. Vol. 6, p. 49-68.

RAMÍREZ, Francisco Esteve e MORAL, Javier Fernández del. 1999. *Áreas de Especialización Periodística*. Madrid: Fragua.

RESENDE, Catarina Mendes. 2008. *Saúde e corpo em movimento*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RODRIGUES, João. 2000. "Obstáculos à relação médico-paciente". En: AAVV. *Manual de medicina geral e familiar*. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral.

SFEZ, Lucien. 1997. *A saúde perfeita: críticas de uma utopia*. Lisboa: Instituto Piaget.

SILVA, Pedro Ribeiro da. 2010. "A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 2008, no 24, p. 505-512.

TANNER, Andrea. 2004. "Agenda building, source selection, and health news at local television stations: a nationwide survey of local television health reporters". *Science Communication*. Vol. 25, no 4, p. 350-363.

THOMAS, Richard. 2006. *Health communication*. New York: Springer.

WALLACK, Lawrence *et al.*. 1993. *Media advocacy and public health: power for prevention*. Newbury Park: Sage.

WEITKAMP, Emma. 2003. "British newspapers privilege health and medicine topics over science news". *Public Relations Review*. Vol. 29, p. 321-333.

WILLIS, James e OKUNADE, Albert Adelowo. 1997. *Reporting on risks: the practice and ethics of health and safety communication*. Westport, Connecticut, London: Praeger.

## **PERTINÊNCIA DA CRIAÇÃO DE UM MODELO GERAL DE ACEITAÇÃO DE TECNOLOGIA APLICADO A TERAPIAS**

**Carla Freire**

Docente doutorada, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais (IPLeiria)

[carla.freire@ipleiria.pt](mailto:carla.freire@ipleiria.pt)

**Catarina Reis**

Docente doutorada, Escola Superior de Tecnologia e Gestão (IPLeiria)

[catarina.isabel.reis@ipleiria.pt](mailto:catarina.isabel.reis@ipleiria.pt)

**Josep Monguet**

Docente doutorado, Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)

[jm.monguet@upc.edu](mailto:jm.monguet@upc.edu)

**Joaquin Fernandez**

Docente doutorado, Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)

[jfernandez@ege.upc.edu](mailto:jfernandez@ege.upc.edu)

### **Resumo**

**Introdução:** Conhecer os principais fatores que afetam a aceitação e utilização da tecnologia nos diferentes utilizadores e em diferentes contextos de saúde pode contribuir para o sucesso na implementação de novas ferramentas tecnológicas que permitam ajudar ao desempenho das diferentes tarefas. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo obter a opinião de peritos na área de aceitação da tecnologia em contextos de saúde, relativa à pertinência de criação de um modelo geral de eTerapia que possa ser aplicado a diferentes utilizadores e com diferentes tarefas. **Método:** Inquérito por questionário a autores de literatura científica na área de aceitação da tecnologia em contextos de saúde. **Resultados:** Os resultados permitem verificar que seria importante a criação de um modelo de aceitação de tecnologia aplicado a terapias, que pudesse ser aplicado a diferentes tipos de utilizadores e que considerasse a diversidade de tarefas.

**Palavras chave:** Aceitação de tecnologia, Saúde, Inquérito por questionário, eTerapia

## **CREATION RELEVANCE OF A GENERAL TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL APPLIED TO THERAPIES**

### **Abstract**

**Introduction:** To know the main factors that affect the acceptance and use of technology in different users and different health contexts can contribute to the successful implementation of new technological tools that help enable the performance of different tasks. **Goal:** This study aim to obtain the experts' opinion, in the area of technology acceptance in health settings, on the relevance of creating a general model of eTherapy that can be applied to different users and different tasks. **Method:** Survey applied to scientific literature experts in the area of technology acceptance in health contexts. **Results:** The results allowed verifying that it is important to create a



technology acceptance model applied to therapies that could be applied to different types of users and considered the variety of tasks.

**Keywords:** Technology acceptance, health, Survey, eTherapy

## **RELEVANCIA DE LA CREACIÓN DE UN MODELO GENERAL PARA LA ACEPTACIÓN DE UNA TECNOLOGÍA APLICADA TERAPIAS**

### **Resumen**

**Introducción:** Conocer los principales factores que afectan a la aceptación y el uso de la tecnología en los diferentes usuarios y en diferentes contextos de salud puede contribuir a la aplicación efectiva de las nuevas herramientas tecnológicas que ayudan a la prestación de diferentes tareas. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo tener la opinión de expertos en el área de la aceptación de la tecnología en la área de la salud sobre la conveniencia de crear un modelo general de eTerapia que se pueda aplicar a los diferentes usuarios y varias tareas. **Método:** Cuestionario a los autores de la literatura científica en el área de la aceptación de la tecnología en el contexto de la salud. **Resultados:** Los resultados verifican que es importante crear un modelo de aceptación de la tecnología aplicada a las terapias que se pueda aplicar a los diferentes tipos de usuarios así como considerar a la variedad de tareas.

**Palabras clave:** Aceptación de la tecnología, Salud, Cuestionario, eTerapia

### **Introdução**

A mesma tecnologia pode ter efeitos diferentes consoante o contexto onde é aplicada (Ammenwerth; Iller; Mahler: 2006; Goodhue: 1995; Goodhue; Klein; March: 2000), o que pode culminar numa implementação sem sucesso e consequentemente numa perda de dinheiro e de confiança nas tecnologias, por parte dos utilizadores (Ammenwerth; Iller; Mahler: 2006). Implementar corretamente um sistema informático apropriado é essencial para assegurar o sucesso de um projeto (Morton; Wiedenbeck: 2009). De acordo com Aggelidis e Chatzoglou (2009), pouca investigação tem sido feita na área tecnologia aplicada aos cuidados na saúde. Neste sentido, como introduzir eficazmente soluções TIC no setor da saúde, de forma a melhorar a gestão de informação e a prestação de serviços, é um desafio remanescente focado por Yu, Li e Gagnon (2009).

Ao desenhar uma aplicação, deve-se ter em conta as reações dos utilizadores, quando confrontados com a tecnologia, o que pode ser complexo e multifacetado

(Davis; Bagozzi; Warshaw: 1989). No entanto, a implementação de novos sistemas computacionais muitas vezes é obstruída pela relutância dos utilizadores em adotar novas tecnologias (Ernstmann *et al.*: 2009; Morton; Wiedenbeck: 2009). De acordo com Tsiknakis e Kouroubali (2009), quando há resistência à mudança, normalmente é atribuída ao sistema, mas na verdade, esta resistência, na maioria das vezes, é devida à limitada aceitação de novas tarefas por parte do utilizador, o que reflete um baixo nível de ajuste entre o utilizador e tarefa. A falta de presença física, em casos de aplicações à distância, pode ser encarada como outro fator de resistência, os pacientes sentem a necessidade de contacto físico com o profissional de saúde (Rahimpour *et al.*: 2008). É importante entender por que é que as pessoas resistem à tecnologia e desenvolver métodos de avaliação relativos a sistemas informáticos, que permitam prever como os utilizadores vão reagir e melhorar o seu grau de aceitação da tecnologia (Davis; Bagozzi; Warshaw: 1989). As TIC devem ser aceites e utilizadas a fim de melhorar a produtividade (Venkatesh *et al.*: 2003). Neste sentido, é importante identificar as perceções dos utilizadores (Lishan *et al.*: 2009) e desenvolver novos métodos de implementação de tecnologia (Aggelidis; Chatzoglou: 2009) para que seja possível reunir princípios básicos de apoio ao desenho de futuras aplicações que possam motivar a aceitação e utilização de tecnologia (Aggelidis; Chatzoglou: 2009; Lishan *et al.*: 2009). Para que a implementação de um sistema tenha sucesso, as capacidades deste devem ir ao encontro dos requisitos de trabalho do utilizador (Tao: 2008), assim como também o desenho, formação e sessões de informação devem assegurar que a tecnologia é capaz de melhorar resultados, não sendo difícil de utilizar (Holden; Karsh: 2010). Neste sentido, é extremamente importante e urgente conhecer e compreender fatores que afetam o utilizador (Tung; Chang; Chou: 2008; Wu; Wang; Lin: 2007; Yu; Li; Gagnon: 2009), tendo em conta que, cada vez mais, aplicações de Telemedicina e de eSaúde se têm tornado acessíveis e comuns em ambientes de cuidados de saúde (Lishan *et al.*: 2009).

Vários investigadores têm proposto modelos e examinado fatores que definem a intenção de um indivíduo em utilizar sistemas de informação (Aggelidis; Chatzoglou: 2009). No entanto, apesar da extensa utilização de medidas, pouca atenção tem sido dada à qualidade dessas mesmas medidas e à forma como se associam ao comportamento de utilização (Davis: 1989). A literatura científica apresenta alguma diversidade de estudos relativos à aceitação da tecnologia em contextos de saúde, tais como: aplicação e fiabilidade de modelos de aceitação da tecnologia (Aggelidis;

Chatzoglou: 2009), conhecimento das necessidades do utilizador (Lishan *et al.*: 2009), deteção de barreiras à implementação das TIC (Ernstmann *et al.*: 2009), desenvolvimento de guias de orientação para serviços de informação sobre saúde (Topacan; Basoglu; Daim: 2008), entre outros. No entanto, apesar de diferentes objetivos específicos, a maioria destes trabalhos apresenta como grande objetivo comum, procurar saber quais os fatores que afetam a intenção de utilização das TIC num contexto de saúde e como o fazem (Aggelidis; Chatzoglou: 2009; Ammenwerth; Iller; Mahler: 2006; Ernstmann *et al.*: 2009; Kijisanayotin; Pannarunothai; Speedie: 2009; Kim; Chang: 2007; Lai *et al.*: 2008; Lishan *et al.*: 2009; Song; Zahedi: 2007; Topacan; Basoglu; Daim: 2008; Tsiknakis; Kouroubali: 2009).

Conhecer os principais fatores que afetam a aceitação e utilização da tecnologia nos diferentes utilizadores e em diferentes contextos de saúde pode contribuir para o sucesso na implementação de novas ferramentas tecnológicas que permitam ajudar ao desempenho das diferentes tarefas.

Pretende-se com este estudo obter a opinião de peritos na área de aceitação da tecnologia em contextos de saúde, no que se refere à pertinência de criação de um modelo geral de eTerapia que possa ser aplicado a diferentes utilizadores e com diferentes tarefas.

## **Método**

Para conhecer a literatura científica com mais destaque na área da aceitação de tecnologia num contexto de saúde, foi realizada uma pesquisa sem limite de datas, com as palavras chave “*Technology Acceptance Model*” e “*Health*” nas bases de dados B-On, EBSCO, PubMed e ISI Web of Knowledge. Desta pesquisa resultaram cento e dezanove referências, que após a remoção de publicações repetidas, cujo título e/ou resumo não se enquadrava no tema, editoriais e teses passaram a trinta e cinco referências. Destas, apenas foi possível aceder a vinte e três artigos, os quais foram lidos e a partir das fontes bibliográficas foi possível adicionar mais doze artigos pertinentes perfazendo um total de trinta e cinco artigos lidos e utilizados como base de trabalho desta micro-investigação.

## ***Sujeito de estudo***

O sujeito de estudo pertence a uma comunidade altamente qualificada, com trabalhos divulgados em publicações científicas. Esta comunidade é também

multidisciplinar, sendo constituída por indivíduos que se encontram a desenvolver as suas atividades profissionais em universidades, fundações de investigação científica e hospitais, mas também em departamentos ligados a: informática e sistemas de informação; saúde (psiquiatria, psicologia, enfermagem, medicina social e preventiva, saúde pública e comunitária); gestão de saúde; administração de negócios; engenharia de produção e gestão; desenho e ambiente.

Esta comunidade encontra-se distribuída geograficamente entre Turquia, Grécia, Países Baixos, Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América, Áustria, Formosa (Taiwan), Austrália, Singapura e Suíça.

De forma a procurar saber quais as opiniões dos peritos, sobre aceitação da tecnologia na saúde, após a leitura dos artigos, procedeu-se à recolha dos contactos dos autores através dos próprios artigos ou utilizando o motor de pesquisa *Google*. Desta forma foi possível reunir setenta e sete (77) contactos de *eMail*, dos quais quatro estavam inválidos, o que fez um total de setenta e três (73) contactos de peritos na literatura sobre aceitação da tecnologia em contexto de saúde.

#### *Inquérito por questionário*

O presente estudo teve por base um inquérito por questionário, tendo em conta que este permite questionar um determinado grupo de pessoas com características comuns, relativamente a assuntos específicos (Fortin, 2009; Freimut *et al.*: 2002) com o intuito de analisar atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos (Fortin, 2009).

Este estudo enquadra-se num meio científico, tendo sido realizado em Abril de 2010 a peritos da área da aceitação da tecnologia em contextos de saúde.

Uma leitura atenta dos artigos permitiu reunir as principais teorias sobre aceitação da tecnologia na saúde, desde os principais fatores constituintes dos vários modelos ou extensões de modelos apresentados aos resultados dos vários estudos e sugestões para investigações futuras. A partir de uma análise detalhada desta informação, foi possível formular quatro grandes proposições, relativas à criação de um modelo de aceitação de tecnologia aplicado às terapias, cuja finalidade era questionar quais as opiniões de peritos na elaboração deste tipo de estudos. Tendo em conta a natureza internacional do sujeito, os itens foram escritos em inglês, tendo sido reformulados, por uma tradutora e professora de português/inglês, inglês/português na fase de pré-envio aos peritos.

- 1. It's possible to create a general Technology Acceptance Model, applied to eTherapy, with common core constructs but whose items, may adapt to different tasks and users specificities.*
- 2. User involvement in the system development process is critical for the success in technology acceptance.*
- 3. Technology acceptance studies should be addressed mainly to health professionals, because they are the firsts who can resist to technology therefore restraining it to patients.*
- 4. Even when a specific system has a great percentage of Behavioral Intention, It's urgent post-implementation studies, to find out if people actually use that specific system.*

#### *Teste piloto*

Para testar as proposições, estas foram enviadas a quatro Doutores em Engenharia Multimédia, pela Universidade Politécnica da Catalunha, com o intuito de verificar a clareza e compreensão do conteúdo, verificar possíveis erros e pedir opiniões e/ou sugestões.

A proposição 2 suscitou algumas dúvidas, tendo em conta que a participação do utilizador no processo de desenho tem sido debatida na literatura, sendo amplamente aceite. Apesar do objetivo principal desta questão estar relacionada o envolvimento do utilizador, não só no desenho mas no próprio desenvolvimento do sistema, o que pode ser visto como algo crítico, com pontos positivos e pontos negativos, optou-se por retirar este tópico do estudo por forma a não causar confusão.

Após a eliminação da proposição 2 e a correção das restantes proposições, foi realizado um teste piloto com a comunidade de estudantes de doutoramento em Engenharia Multimédia da Universidade da Catalunha. Neste sentido, as questões foram enviadas para o endereço de *eMail* da comunidade com a indicação de que deveriam responder a cada item, de acordo com a sua posição de concordância numa escala de Likert sendo 1 (Completamente em desacordo) a 5 (Completamente de acordo). Foi também solicitado a verificação da clareza e compreensão do conteúdo, verificação de possíveis erros e pedido de opiniões e/ou sugestões.

Das respostas obtidas resultou nova correção das proposições e alteração da forma de resposta, para além de pedir a posição do participante relativa a um item

numa escala de 5 níveis, entre o “Totalmente em desacordo” e o Totalmente em acordo”, também seria pedido a justificação dessa mesma escolha.

Após o teste piloto das proposições e respetiva correção, estas foram enviadas a uma tradutora e professora de português/inglês, inglês/português de forma a corrigir possíveis erros ortográficos e sintáticos, ficando como proposições finais as seguintes:

1. *It's urgent to create a general Technology Acceptance Model applied to Therapy, with common core constructs but whose items may adapt to different tasks and users' features. (e.g. Physicians, patients, families, patients' activities, data management).*
2. *Technology acceptance studies should be addressed, mainly, to health professionals, because they are the first who can resist to technology and therefore depriving patients of it.*
3. *Even when a specific system has a great percentage of Behavioral Intention, in technology acceptance research, post-implementation studies in this area are urgent, to find out if people actually use that specific system.*

### *Estudo*

De forma a realizar o estudo, foi enviado um *eMail* aos autores dos artigos a solicitar a sua participação no estudo. Este *eMail* pretendia ser o mais pessoal possível, de forma a apelar o perito a responder, pelo que o envio das mensagens foi feito individualmente, com o nome de cada autor e respetivo(s) título(s) da(s) publicação(ões) previamente analisadas na fase de revisão de literatura. Para facilitar uma rápida resposta, sem necessidade de recorrer a anexos ou *webSites* externos, foi pedido ao perito para manifestar a sua opinião, relativamente às proposições apresentadas, respondendo a cada uma delas diretamente no *eMail* com a sua posição numa escala de 1 (*Strongly Disagree*) a 5 (*Strongly Agree*) e, se possível, justificando a sua opinião. Todos os autores foram informados da data até à qual deveriam dar as suas opiniões, fase esta com uma duração de duas semanas.

Partindo do princípio que após uma semana sem resposta existe uma grande probabilidade de esquecimento, na segunda semana procedeu-se ao envio de um *eMail* de recordação aos peritos que ainda não tinham respondido. Este tinha o principal objetivo de lembrar o perito a responder às proposições, dando a sua opinião até ao final dessa mesma semana.

## Resultados

Dos setenta e três (73) autores contactados responderam trinta e nove (39), sendo que cinco (5) informaram que não participariam no estudo: três (3) por terem diferentes linhas de investigação; um (1) por não se considerar perito em eTerapia, não entendendo as questões; e um (1) por estar comprometido com as mesmas linhas de investigação.

Dos questionários respondidos, dois (2) foram considerados inválidos por não responderem diretamente às questões com a respetiva posição de uma escala de (1 - Totalmente em desacordo) a (5 - Totalmente em acordo). Neste sentido, o número total de participantes considerado neste estudo é de trinta e dois (32).

Os resultados apresentados são de natureza quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa pode ser observada pelos gráficos apresentados. A análise qualitativa é baseada nas respostas dadas pelos autores o que permite destacar as principais ideias presentes nas justificações e pode ser encontrada após a análise dos gráficos de cada um dos itens.

*It's urgent to create a general Technology Acceptance Model applied to Therapy, with common core constructs but whose items may adapt to different tasks and users' features. (e.g. Physicians, patients, families, patients' activities, data management).*

O Gráfico 1 permite observar que a maioria dos participantes (72%) concorda com a urgência na criação de um modelo geral de aceitação de tecnologia, aplicado a terapias, mas que se possa adaptar as especificidades dos vários utilizadores assim como das tarefas. Neste grau de concordância encontram-se 37,5% de respostas de totalmente de acordo e 34,4% de acordo.

Apesar da maioria se encontrar de acordo com o enunciado, existe 6,3% de respostas em total desacordo e 6,3% em desacordo o que perfaz 12,6% de opiniões contrárias ao enunciado.

Das respostas obtidas podemos verificar que 15,6% dos autores preferem manter uma resposta neutra relativamente a esta questão.

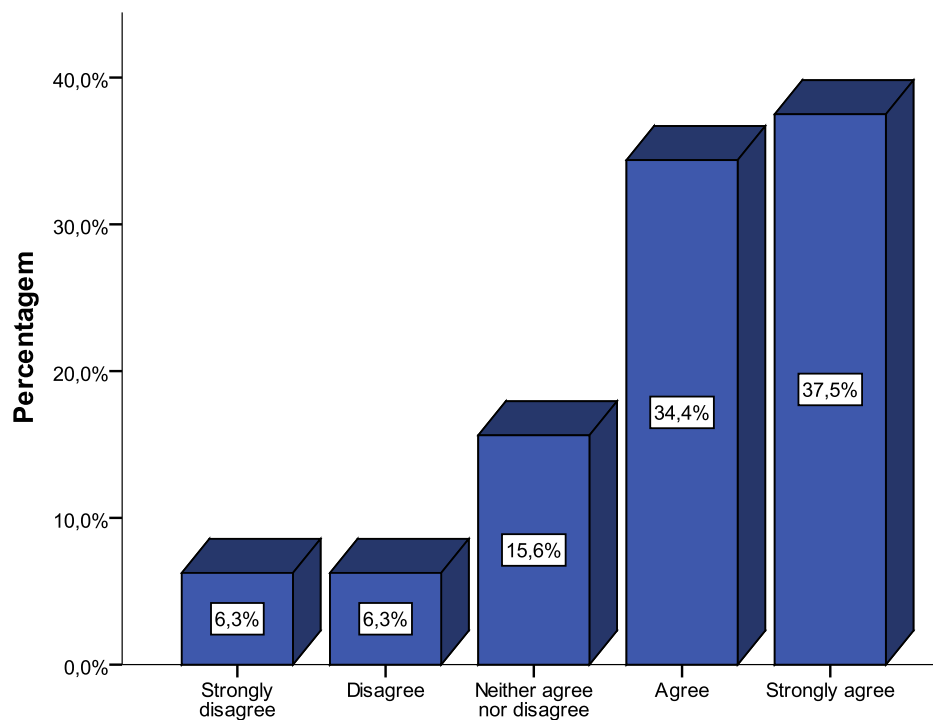


Gráfico 1 - Percentagem de respostas obtidas relativamente à necessidade de criação de um modelo geral de aceitação da tecnologia aplicado a terapias

De acordo com os resultados, a maioria dos participantes concorda com a urgência na criação de um modelo de aceitação de tecnologia integrador aplicado à Terapia. Se for possível conhecer atempadamente mais sobre as atitudes e intenções comportamentais de cada tipo de utilizador, a possibilidade de sucesso na implementação de uma ferramenta pode ser superior, uma vez que existe a possibilidade de ultrapassar obstáculos não considerados previamente.

If people can learn more about users' intention or attitude before an application implemented, I believe the possibility of success would be higher. And some obstacles could also be overcome or improved in advanced. (participante 15, Taiwan)

A literatura apresenta alguns modelos de aceitação da tecnologia, no entanto, a grande questão é se estes se podem adaptar ao cenário da Terapia.



There are already a number of acceptance models in the literature, the question is whether they are applicable to your setting. (participante 16, USA)

De acordo com os resultados, o material em bruto que existe já permite desenvolver este tipo de modelo.

This raw materials/theories and models to assist to develop a model which you are going to propose are already there. (participante 11, Australia)

Uma proposta para atingir os melhores resultados refere-se à utilização de uma teoria geral como ponto de partida, adaptando-a às diferentes tarefas e utilizadores, adicionando novos fatores, tais como ambientes de tratamento, diferentes economias, especialidades distintas e diversas populações de pacientes.

To achieve the best results I would encourage something in between: starting with a general theory and adapting it to the "different tasks and users' features," as you say (one might also add "different care environments, different economies, and different specialties and patient populations"). (participante 14, USA)

Verifica-se uma necessidade urgente relativa ao estudo comportamental, aquando da utilização de serviços eletrónicos na saúde que considere a natureza dinâmica e multifacetada dos comportamentos interpessoais.

We urgently need theoretical developments for studying behaviours related to health care services among different groups of users. It is also imperative to develop analytical approaches for considering the dynamic and multifaceted nature of interpersonal behaviours. (participante 32, Canada)

Nota-se importante a criação de um modelo sustentável que possa facilmente ser adaptado, quer a grande alcance, quer a situações particulares.

The question is whether or not to create a general TAM for Therapy, but rather to create a sustainable TAM for Therapy. By the term sustainable, it refers to the model being able to last through different technological generations, or at least for a while, [...] so I would aim for a model where it can be easily modified to embrace a bigger scope or in the direct opposite, narrow down to specific situations. (participante 33, Singapura)

De acordo com alguns peritos, pressupõe-se que o modelo possa ser um pouco diferente do TAM original.

I agree that a predictive model is needed, but I suspect from my own studies that the model will not look much like TAM. (participante 31, USA)

Para que seja possível chegar ao modelo, em primeiro lugar é essencial identificar os principais fatores e só então esboçar um modelo que posteriormente deve ser testado.

I think the identification of the “common core constructs” is important and urgent. I’m not sure that we are at the point of developing a general model. First the concepts, then a tentative model, then model testing. (participante 34, USA)

Ainda que a maioria dos participantes concorde com a urgência na criação de um modelo de aceitação de tecnologia integrador aplicado à eTerapia, alguns participantes não partilham da mesma opinião.

I do not immediately see the need to have an own model for Therapy. Why not use the available general models? (participante 5, Áustria)

There are existing theories that help us explain adoption and innovation. (participante 21, USA)

*Technology acceptance studies should be addressed, mainly, to health professionals, because they are the first who can resist to technology and therefore depriving patients of it.*

Os resultados apresentados no Gráfico 2 permitem verificar que 56,3% dos autores não concorda com este enunciado, sendo que 25% refere estar totalmente em desacordo e 34,3% em desacordo.

A posição neutra é selecionada por 12,5% de participantes que não se manifesta de acordo nem em desacordo.

O grau de concordância conta com 31,3%, sendo 21,9% respostas de acordo e 9,4% de totalmente em acordo.

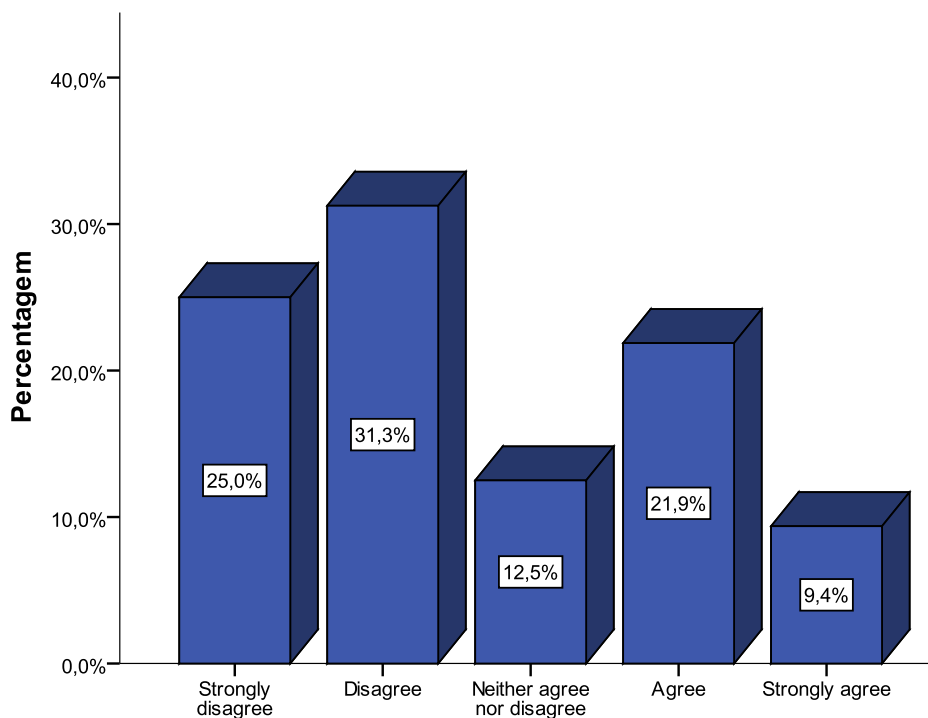


Gráfico 2 - Percentagem de respostas obtidas relativamente ao público-alvo do estudo de aceitação de tecnologia num contexto de terapia

Das opiniões em concordância com a centralização dos estudos essencialmente nos profissionais da saúde, é possível destacar algumas justificações dadas pelos participantes neste estudo, tais como: a grande autonomia que os profissionais da saúde têm.

Health professionals always have the highest autonomy in an institute.  
(participante 15, Tawain)

Em alguns casos, pode existir receio, por parte dos profissionais, de serem substituídos, tornando-os desta forma em alvos preferenciais para o estudo, por serem eles quem realmente criam a aceitação da tecnologia.

There is still a general technology reject among clinicians who sometimes feel that technology might replace them. [...] They need to be addressed as they are the ones (with the nursing personnel of course) who can really create an acceptance for technology.  
(participante 29, Suíça)

É necessário ter em conta que se existir outro tipo de utilizadores, estes também podem vir a aceitar ou não a tecnologia, como tal, estudar as barreiras dos profissionais da saúde é um dos fatores determinantes para a utilização da tecnologia, mas não é o único.

Adoption by health professionals is a condition that is necessary but not sufficient to ensure successful technology diffusion. (participante 31, USA)

Por um lado, existe a grande influência das organizações e políticas que podem encorajar a adoção da tecnologia, pois sendo a organização que implementa a tecnologia, esta não será adotada sem o seu apoio, sendo muitas vezes a administração de hospitais e corpos públicos a causa de lacunas e poucos estudos.

The first level of such studies has to be the organization (hospital, clinic, etc) that will actually implement the technology. Even if health professionals are receptive to a technology, it will not be adopted without support of the organization. (participante 16, USA)

In my experience and knowledge, administration of hospitals (or public bodies) are also often cause of failures and little studies. (participante 28, Suíça)

Por outro lado, se a tecnologia envolver mais utilizadores, estes também devem ser implicados, não devendo ser ignorados, pois o que motiva a aceitação ou rejeição de uma tecnologia pode ser diferente consoante o tipo de utilizador.

What moves health professionals to accept or resist use of technology probably is different from what moves patients and their families. Why should health professionals be the gate-keepers of technology use by patients and families? Shouldn't we empower the patients and their families? (participante 34, USA)

We must look at what type of technology is in question at the first place. Real users should always be involved in the TA studies too. Whilst health care providers/ professionals may have an upper hand in influencing the end consumers in their purchase and adoption patterns, we can add the professional" group as influencers in our theoretical model, can't we? Qualitatively, both groups should be surveyed to ensure the design which comes next with regard to the technology has considered acceptability levels from a wide spectrum. How about considering care givers too? (participante 33, Singapura)

Se os profissionais da saúde souberem quais as atitudes de outros utilizadores perante a tecnologia, pode ser mais fácil convencê-los a utilizá-la.

Acceptance studies should always be addressed to all groups who will use the technology. It is only possible to convince users (for example health professionals) to use a certain technology if one knows how other users (f.ex. Patients) accept and what their attitude is towards the technology. (participante 26, Alemanha)

O que pode contribuir para a avidez de conhecimento, possibilitando a adoção de tecnologias que permitam melhorar as suas práticas.

My experience has been that health professionals are eager to find out about, and adopt technologies that will improve their practice.  
(participante 24, USA)

De acordo com alguns autores, apesar dos profissionais da saúde serem figuras centrais nos sistemas de saúde, são os pacientes que conduzirão a tecnologia no futuro, pelo que deveriam ser considerados no processo de implementação de uma tecnologia, pois, cada vez mais, os pacientes influenciam as decisões dos profissionais da saúde, devido à democratização do conhecimento médico através da Internet.

Disagree even though currently, doctors are still central to the health care system, patients are really the ones who will have to drive the technology in the future. It is the patients that technology eventually affects so I believe they should start being very strongly involved in the process of implementation and acceptance of technology.  
(participante 1, Grécia)

Patients are increasingly influencing health care professionals' decisions, especially with the democratization of medical knowledge through the Internet. Both patients and health care professionals should be considered in such studies. (participante 32, Canadá)

*Even when a specific system has a great percentage of Behavioral Intention, in technology acceptance research, post-implementation studies in this area are urgent, to find out if people actually use that specific system.*

A análise dos dados apresentados no Gráfico 3 revela que a grande maioria dos peritos (90,6%) concorda com a urgência em estudos pós-implementação de forma a comparar a intenção comportamental com a real utilização de um sistema, sendo que 62,5% estão totalmente de acordo e 28,1% de acordo.

Do total de participantes, 3,1% dos participantes considerou estar totalmente em desacordo com o item e 3,1% em desacordo, o que equivale a 6,2% dos participantes. Ao passo que a posição neutra contou com 3,1%.

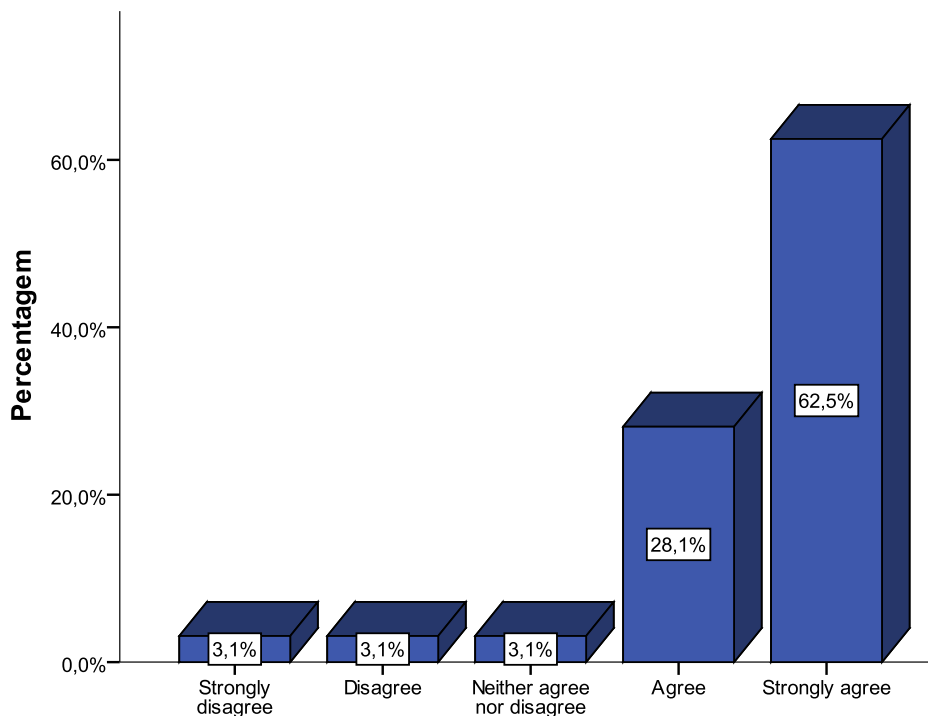


Gráfico 3 - Percentagem de respostas obtidas relativamente ao desenvolvimento de estudos pré e pós implementação de uma ferramenta de eTerapia

Os dados obtidos nesta micro-investigação apontam para a urgência na realização de estudos pós-implementação da tecnologia. Apesar de um participante considerar que nada é urgente neste campo.

Nothing is “urgent” in this field. (participante 3, Canadá)

Os resultados permitem destacar a necessidade de estudos longitudinais relativos à utilização de um sistema. A intenção é uma medida de percepção de curto prazo, que varia com base em muitos fatores internos e externos, desta forma não indica a utilização do sistema a longo prazo, o que pressupõe a importância de existir investigação relativa aos efeitos de implementação e aceitação a médio e longo prazo.

The intention is a measure indicating users' perception in a fairly short time. It is changing based on many internal and external factors. Therefore, intention doesn't equal to actual use. [...] if users indicate their intention to use a system after a short-time interaction, but later

they refuse to use the same system, finding the reasons for failure actual use would be very interesting, important and meaningful. (participante 30, USA)

In principle research of systems should focus on middle and long-term effects of implementation and acceptance. However it all depends on the aim of the technology implementation and the task it is intended for. If the task (and use of the technology) is only intended for short term use in an acute phase, acceptance research is not necessary on the long run. If it is intended for long-term use post-implementation studies and possible variation of acceptance of the system are necessary. (participante 26, Alemanha)

Qualquer modelo deveria incluir uma medida de utilização de forma a validar esse mesmo modelo, uma vez que a intenção comportamental é um indicador pobre para a real utilização, pois não revela muito se as pessoas, de facto, utilizam ou não a tecnologia.

Behavioral intention is a theoretical construct and does not say much about whether people are really using it. Every model should thus include a measurement of "usage", this can then be related to behavioral intention in order to validate the model. (participante 5, Austria)

It is indeed necessary to work on studies that regularly assess technology and its influence to validate its use and usefulness. (participante 29, Suíça)

Longitudinal designs are particularly needed to verify the predictive value of the TAM. (participante 32, Canadá)

Alguns estudos revelam altos índices de intenção comportamental mas baixos níveis ou mesmo inexistência de utilização o que poderá dever-se ao resultado de um mau ajuste entre a tarefa a desempenhar e a tecnologia.

There are many reported studies (and unreported experiences of those of us involved in healthcare IT technology development)



indicating that there are many cases in which the behavioral intention to use is high, but actual use is low or even non-existent. This could be a result of a very low fit between task and technology, i.e. the technology fails to satisfactorily support the task as perceived by users. (participante 10, Grécia)

Desta forma, os estudos deveriam focar-se nos resultados das recolhas dos vários investigadores.

Post-implementation studies are urgent! Ideally, they should work towards key issues about what comes forth next from what researchers gathered about perceived ease of use, perceived benefits and perceived barriers. (participante 33, Singapura)

É relevante saber não só se se utiliza um sistema, mas como se utiliza. Uma tecnologia pode ser utilizada com um fim diferente daquele para o qual foi pensada inicialmente.

Wherever we implement technology it is imperative to find out if the prospective users actually use the technology and also to find out how they use it (as designed, in unexpected ways, rarely, frequently, alone, only with assistance, etc, etc). (participante 34, USA)

Not only do we need to see if implementation has actually taken place but at how it has taken place. Reinvention by adopters is related to implementation but it may not be the same as how the application was originally intended to be used. (participante 21)

[...] not only if they use that system but how they use it and for how long [...]. The lack of measures of actual use behavior is mainly a matter of convenience and that's not justification enough to avoid post-implementation measures. (participante 14, USA)

É essencial medir a utilização, de forma a identificar alterações e questões de implementação que permitam melhorar o sistema.

It is imperative to that follow up be done to measure usage, and follow up on needed changes to improve it. (participante 23, USA)

There may be implementation issues that need to be identified. So there is value in identifying those issues that limit and enhance the value of the system. (participante 24, USA)

Algumas soluções ou mesmo inovações podem ser encontradas a partir de estudos pós-implementação.

Some better solutions/findings or even innovations might be found from the post studies. (participante 15, Tawain)

No entanto, estes estudos nem sempre são fáceis de conduzir, por vezes devido à existência de relativamente poucos casos.

Not easy, but results would be very useful. (participante 27, Turquia)

It is very hard to conduct since there is very few cases available. (participante 20, Singapura)

O que contribui para muitas teorias disponíveis, mas poucos estudos em larga escala.

A lot of theories are available, and little large scale studies. (participante 28, Suíça)

Um estudo Delphi poderia uma abordagem interessante de forma a verificar se estes fatores emergem.

What could be a good idea is to look at what factors make the end users really use the technology. Is it really the ease of use, PEOU, etc. or is it something else that we did not assess yet? Therefore, running a Delphi study to let such factors emerge could be an

interesting approach if you have the time and interest to look at it.  
(participante 22, Canadá)

## **Discussão**

Os resultados obtidos neste estudo permitem-nos verificar a urgência na criação de um modelo integrador de aceitação de tecnologia aplicado a terapias.

A simplificação dos estudos de aceitação de tecnologia, através de modelos validados, possibilita atuar num mínimo espaço de tempo, de forma a minimizar possíveis choques tecnológicos, contribuindo desta forma para a implementação da tecnologia num ambiente de terapia.

Uma ferramenta de eTerapia pode ser utilizada por diversas pessoas com diferentes objetivos. No entanto, verifica-se que geralmente o utilizador mais estudado é o profissional da saúde, tendo em conta que muitas das vezes é este quem solicita a tecnologia ou que está mais acessível, podendo servir de ponte entre a tecnologia e o paciente. De facto, pela revisão de literatura e pela experiência em campo é possível notar uma grande influência que os profissionais da saúde têm nas decisões relativas à introdução de tecnologia nas suas instituições, assim como também se sente um pouco a dificuldade destes profissionais em aceitarem a tecnologia. Deste modo, é importante destacar a importância que o profissional da saúde tem na tomada de decisões, tornando-o um elo importante para o estudo da aceitação da tecnologia num ambiente clínico. No entanto, o local onde a tecnologia é implementada e o respetivo público-alvo podem influenciar a aceitação da tecnologia, assim como também outros fatores externos. Ou seja, a adoção por parte dos profissionais da saúde é importante, mas não é suficiente para assegurar a difusão da tecnologia. O leque diversificado de informação médica que as TIC disponibilizam a qualquer hora e em qualquer local, a todo o tipo de utilizadores, permite a democratização do conhecimento, que anteriormente pertencia a um reduzido grupo. O termo *“empowerment”* descreve bem o fenómeno que se está a passar atualmente, em que o paciente tem cada vez mais voz ativa no que se refere à sua saúde e aos seus tratamentos, ganhando desta forma mais poder relativamente às opções que pode tomar a nível de saúde. Neste sentido e com a grande variedade de pessoas envolvidas nos processos de terapia, com diferentes tarefas e diversas ferramentas, torna-se importante simplificar o estudo de como a tecnologia pode vir a afetar os vários intervenientes. Bem avaliados todos os fatores que afetam o indivíduo, seja ele quem for (e.g. profissional da saúde, paciente, familiar, cuidador informal), permite a modelação desses mesmos fatores que

posteriormente poderão ser utilizados para a introdução de novas ferramentas de apoio às terapias.

Importa ainda salientar que a intenção comportamental, por si só, não indica o nível de utilização, mas apenas expectativas que por sua vez podem ajudar a prever o grau de utilização. No entanto, existem muito fatores que influenciam não só a intenção comportamental, mas a própria utilização de determinada tecnologia em contextos específicos. Por vezes as pessoas apresentam grandes expectativas face à tecnologia, mas após terem oportunidade de experimentar uma determinada ferramenta ou sistema, nem sempre acabam por utilizá-los. Assim, existe uma lacuna entre as expectativas e a real utilização da tecnologia. A literatura científica apresenta um número considerável de estudos cujo principal objetivo se prende com a análise da intenção comportamental, de forma a tentar prever a aceitação da tecnologia num ambiente de saúde. Contudo, o número de estudos comportamentais pós-implementação da tecnologia nesta área é ainda reduzido, tornando-se difícil saber o que causa o fosso entre as expectativas e a real utilização de um sistema. Neste sentido, nota-se essencial o desenvolvimento de estudos de pós-implementação que permitam descobrir se as expectativas correspondem a uma real utilização e caso não correspondam, quais são os motivos. O conhecimento destes motivos pode permitir contornar obstáculos e implementar eficazmente novas tecnologias no contexto da saúde.

## **Conclusão**

O presente estudo contou com as opiniões de diversos peritos da literatura científica no domínio da aceitação da tecnologia em contextos de saúde, o que contribuiu muito positivamente não só para dar resposta a questões pertinentes relativas à modelação da aceitação da tecnologia em ambientes de terapia, como também para o engrandecimento deste trabalho. Vários autores, para além de darem as suas respostas numa escala de concordância de 1 a 5, justificaram as suas posições e deram várias sugestões, o que enriqueceu bastante o presente estudo, contribuindo para uma melhor compreensão de diferentes visões.

Com este trabalho verificou-se a necessidade de criar um modelo integrador que contemple os diferentes tipos de utilizadores, assim como as diversas tarefas a serem executadas. Notou-se também extremamente importante a criação de estudos de pós-implementação da tecnologia, de forma a verificar se as expectativas correspondem a

uma real utilização e caso não correspondam, procurar saber quais as causas, de forma a facilitar o contorno de dificuldades e uma melhor implementação da tecnologia no setor da saúde.

As justificações e opiniões dos diferentes peritos da literatura científica, permitiram a elaboração de propostas para novas linhas de investigação, tais como: a pesquisa de diferentes fatores que possam vir a afetar a aceitação da tecnologia, não só baseados no utilizador, ferramenta ou tarefas, mas também diferentes ambientes de tratamento e diferentes economias; a criação de um modelo integrador que possa facilmente ser adaptado quer a grande alcance quer em situações específicas; a pesquisa de quais as causas para o fosso entre as expectativas e a utilização; ou a elaboração de um estudo Delphi, de forma a verificar se os fatores que mais influenciam a aceitação da tecnologia surgem.

Este estudo teve como limitações a falta de participação de todos os autores contactados inicialmente, assim como também a falta de um espaço virtual de debate entre os participantes, o que poderia enriquecer bastante o estudo e aumentar o conhecimento nesta área.

## Referências

AGGELIDIS, VP; CHATZOGLOU, PD. (2009). Using a modified technology acceptance model in hospitals [on line]. *International Journal of Medical Informatics*.

Fevereiro 2009. Vol. 78, no. 2, p. 115–126. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T7S-4T4HJMY-1/2/cbb9a403d838032c3807b01f97f83d79> [acceso 15 marzo 2010].

AMMENWERTH, E; ILLER, C; MAHLER, C. (2006). IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study [on line]. *BMC Medical Informatics and Decision Making*.

Janeiro 2006. Vol. 6, no. 3. Disponível em:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/6/3> [acceso 15 marzo 2010].

DAVIS, F. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology [on line]. *MIS Quarterly*. Setembro 1989. Vol. 13, no. 3, p.

319–340. Disponível em:

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/249008?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=47698902588037> [acceso 07 abril 2009].

DAVIS, F; BAGOZZI, RP; WARSHAW, PR. (1989). User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models [on line]. *Management Science*. Agosto 1989. Vol. 35, no. 8, p. 982–1003. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bah&AN=6698817&site=ehost-live&scope=site> [07 abril 2009].

ERNSTMANN, N; OMMEN, O; NEUMANN, M; HAMMER, A; VOLTZ, R; PFAFF, H. (2009). Primary care physician's attitude towards the GERMAN e-Health card project- determinants and implications [on line]. *Journal of Medical Systems*. Junho 2009. Vol. 33, no. 3, p. 181–188. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/9101q1h206447154/> [22 febrero 2011].

FORTIN, M-F. 2009. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

FREIMUT, B; PUNTER, T; BIFFL, S; CIOLKOWSKI, M. (2002). State-of-the-Art in Empirical Studies [on line]. Relatório:Visek/007/E: *ViSEK - Virtuelles Software Engineering Kompetenzzentrum*. Disponível em: [http://www.wagse-old.informatik.uni-kl.de/pubs/repository/freimut2002/ViSEK\\_Report\\_007E\\_v1\\_0.pdf](http://www.wagse-old.informatik.uni-kl.de/pubs/repository/freimut2002/ViSEK_Report_007E_v1_0.pdf) [acceso 13 septiembre 2008].

GOODHUE, DL. (1995). Understanding user evaluations of information systems [on line]. *Manage. Sci.* Dezembro 1995. Vol. 41, no. 12, p.1827–1844. Disponível em: [http://iris.nyit.edu/~kkhoo/Spring2008/Topics/TTF/UnderstandingEval\\_ManageScience.pdf](http://iris.nyit.edu/~kkhoo/Spring2008/Topics/TTF/UnderstandingEval_ManageScience.pdf) [acceso 13 abril 2009].

GOODHUE, DL; KLEIN, BD; MARCH, ST. (2009). User evaluations of IS as surrogates for objective performance [on line]. *Information & Management*. Dezembro 2000. Vol. 38, no. 2, p. 87–101. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VD0-419JHXK-3/2/9d09ee16ec8da115fbafa371b8a7fda8> [acceso 15 marzo 2010].

HOLDEN, RJ; KARSH, B-T. (2010). The technology acceptance model: Its past and its future in health care [on line]. *Journal of Biomedical Informatics*. Fevereiro 2010. Vol. 43, no. 1, p. 159-172. Disponível em:

[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=GatewayURL&\\_method=citationSearch&\\_urlVersion=4&\\_origin=EXLIBMETA&\\_version=1&\\_uoikey=B6WHD-4WS9BRJ-2&md5=f997364a19d096ae60c597102b77db3c](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=GatewayURL&_method=citationSearch&_urlVersion=4&_origin=EXLIBMETA&_version=1&_uoikey=B6WHD-4WS9BRJ-2&md5=f997364a19d096ae60c597102b77db3c) [acceso 22 febrero 2011].

KIJSANAYOTIN, B; PANNARUNOTHAI, S; SPEEDIE, SM. (2009). Factors influencing health information technology adoption in Thailand's community health centers: Applying the UTAUT model [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Junho 2009. Vol. 78, no. 6, p. 404–416. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505608002104> [acceso 22 febrero 2011].

KIM, DH; CHANG, HJ. (2007). Key functional characteristics in designing and operating health information websites for user satisfaction: An application of the extended technology acceptance model [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Novembro-Dezembro 2007. Vol. 76, no.11-12, p. 790–800. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505606002061> [acceso 15 marzo 2010].

LAI, TY; LARSON, EL; ROCKOR, ML; BAKKEN, S. (2008). User acceptance of HIV TIDES: tailored Interventions for management of Depressive Symptoms in persons living with HIV/AIDS [on line]. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Março – Abril 2008. Vol. 15, no. 2, p. 217–226. Disponível em:

<http://jamia.bmj.com/content/15/2/217.long> [acceso 15 marzo 2010].

LISHAN, X; CHIUAN, YC; CHOLANI, M; CHUAN, CH. (2009). The perception and intention to adopt female-focused healthcare applications (FHA): a comparison between healthcare workers and non-healthcare workers [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Abril 2009. Vol. 78, no. 4, p. 248–258. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505608001329> [acceso 22 febrero 2011].

MORTON, ME; WIEDENBECK, S. (2009). A framework for predicting EHR adoption attitudes: a physician survey [on line]. *Perspectives in Health Information Management*. Setembro 2009, Vol. 6. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804456/> [acceso 22 febrero 2011].

RAHIMPOUR, M; LOVELL, NH; CELLER, BG; MCCORMICK, J. (2008). Patients' perceptions of a home telecare system [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. (Julho 2008). Vol. 77, no. 7, p. 486–498. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505607001761> [acceso: 22/02/2011].

SONG, J; ZAHEDI, FM. (2007). Trust in health intermediaries [on line]. *Decision Support Systems*. Março 2007. Vol. 43, no. 2, p. 390–407. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167923606001606> [acceso 13 abril 2009].

TAO, D. (2008). Understanding intention to use electronic information resources: a theoretical extension of the technology acceptance model (TAM) [on line]. *AMIA: Annual Symposium Proceedings*. 2008, p. 717–721. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18999300&site=ehost-live&scope=site> [acceso 22 febrero 2011].

TOPACAN, U; BASOGLU, AN; DAIM, TU. (2008). Exploring the success factors of health information service adoption [on line]. *Portland International Conference on Management of Engineering & Technology*. Julho 2008, p. 2453–2461.

TSIKNAKIS, M; KOUROUBALI, A. (2009). Organizational factors affecting successful adoption of innovative eHealth services: a case study employing the FITT framework [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Janeiro 2009. Vol. 78, no. 1, p. 39–52. Disponível em: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(08\)00119-6/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(08)00119-6/abstract) [acceso 22 febrero 2011].

TUNG, FC; CHANG, SC; CHOU, CM. (2008). An extension of trust and TAM model with IDT in the adoption of the electronic logistics information system in HIS non the



medical industry [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Maio 2008. Vol. 77, no. 5, p. 324–335. Disponível em: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(07\)00121-9/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(07)00121-9/abstract) [acceso 22 febrero 2011].

VENKATESH, V; MORRIS, M; DAVIS, G; DAVIS, F. (2003). User acceptance of information technology: toward a unified view [on line]. *MIS Quarterly*. Setembro/2003. Vol. 27, no. 3, p. 425–478. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=10758835&site=ehost-live&scope=site> [acceso 13 abril 2009].

WU, JH; WANG, SC; LIN, LM. (2007). Mobile computing acceptance factors in the healthcare industry: A structural equation model [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Janeiro 2007. Vol. 76, no. 1, p. 66–77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16901749> [acceso 13 abril 2009].

YU, P; LI, HC; GAGNON, MP. 2009. Health IT acceptance factors in long-term care facilities: a cross-sectional survey [on line]. *International Journal of Medical Informatics*. Abril 2009. Vol. 78, no. 4, p. 219–229. Disponível em: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(08\)00126-3/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(08)00126-3/abstract) [acceso 22 febrero 2011].

## ESCENARIOS DE EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE BRASIL Y COLOMBIA

**Alexandra Pava Cárdenas**

Nutricionista Dietista

Becaria del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico CNPq PEC- PG  
Universidad de San Pablo, Facultad de Salud Pública. [apavac@usp.br](mailto:apavac@usp.br)

**Kellem Regina Rosendo Vincha**

Nutricionista

Universidad de San Pablo, Facultad de Salud Pública. [kellemvincha@yahoo.com.br](mailto:kellemvincha@yahoo.com.br)

**Viviane Laudelino Vieira**

Doctora en ciencias en Salud Pública

Universidad de San Pablo, Facultad de Salud Pública. [vivianeveira@usp.br](mailto:vivianeveira@usp.br)

**Ana Maria Cervato-Mancuso**

Profesora Doctora en ciencias en Salud Pública

Universidad de San Pablo, Facultad de Salud Pública  
[cervato@usp.br](mailto:cervato@usp.br)

### Resumen

La educación alimentaria y nutricional tiene reconocida importancia en la promoción de la alimentación saludable. El presente trabajo hace una reflexión sobre su configuración dentro de los escenarios de las políticas públicas de Brasil y Colombia. Fueron seleccionadas tres temáticas normativas por país: política de alimentación, atención primaria y promoción de la salud, considerando el propósito, foco, actores y articulación de cada una. El estudio encontró que existe un escenario potencial para el desarrollo de acciones de alimentación y nutrición, siendo que son países en situaciones diferentes, pero con una característica común: la desigualdad social. De esta manera, las acciones deben considerar respuestas políticas específicas para atender las micro realidades presentes en las dinámicas sociales heterogéneas, por lo que se necesita de un esfuerzo político para disminuir dichas variaciones.

**Palabras clave:** políticas públicas; educación alimentaria y nutricional; Brasil; Colombia.

## NUTRITION EDUCATION SCENERIES ON PUBLIC POLICIES OF BRAZIL AND COLOMBIA

### Abstract

The nutrition education has recognized importance in promoting healthy eating. This study makes a reflection about its configuration on public policies sceneries of Brazil and Colombia. It was selected three normative themes by country: food policy, primary care and health promotion considering the purpose, focus, and articulation of actors. The study found that there is a potential scenario to develop actions for food and nutrition, being countries in different situations, but with one common

characteristic: social inequality. Thus, the actions should also consider specific policy responses to address the micro realities present in heterogeneous social dynamics, therefore it is necessary a policy effort to reduce these changes.

**Key words:** public policy; nutrition education; Brazil; Colombia

## **CENÁRIOS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL E DA COLÔMBIA**

### **Resumo**

A educação alimentar e nutricional tem reconhecida importância na promoção da alimentação saudável. O presente trabalho traz uma reflexão em relação a sua configuração dentro dos cenários das políticas públicas do Brasil e da Colômbia. Foram selecionadas três temáticas normativas por país: política de alimentação, atenção primária e promoção da saúde, incluindo o propósito, foco, atores e articulação de cada um. O estudo encontrou que existe um cenário potencial para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição, sendo que são países com situações diferentes, mas com uma característica comum entre eles: a desigualdade social. Assim, as ações devem considerar respostas políticas específicas para atender as micro realidades presentes nas dinâmicas sociais heterogêneas, pelo qual se precisa de um esforço político para diminuir essas variações.

**Palavras-chave:** políticas públicas; educação alimentar e nutricional; Brasil; Colômbia

### **Introducción**

La promoción de la salud (PS) ha pasado históricamente por diferentes estadios de apreciación, inicialmente focalizada en el abordaje de la enfermedad adquiere progresivamente el estatus de política pública, para convertirse en un aspecto central de los organismos internacionales. No obstante, en la actualidad son pocos los países que tienen una política nacional unitaria de PS, considerando que es incipiente su influencia real sobre los sistemas de salud con enfoque curativo. La mayoría lo que tiene son diversas políticas específicas en algunos de los campos de la promoción, especialmente con relación a tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física y alimentación (Robledo-Martínez; Agudelo-Calderon: 2011).

La noción de política pública ha cambiado notablemente en los últimos años, inclusive su comprensión y aplicación en los temas como Atención Primaria en Salud (APS). Al igual que las concepciones sobre el Estado, el derecho y lo público, las políticas públicas son construcciones sociales muy heterogéneas que resultan de relaciones de poder y de procesos complejos que acontecen en contextos históricos

particulares, y donde los intereses y los conflictos desempeñan un papel determinante (Gómez: 2010).

Es así como en la promoción de alimentación saludable se sabe que la alimentación y nutrición son requisito básico para la promoción y protección de la salud, lo cual permite afirmación plena del potencial de crecimiento y desarrollo humano, con calidad de vida y ciudadanía, además de contribuir para el enfrentamiento de la situación epidemiológica de los países (Jaime *et al.*: 2011).

Una de las estrategias en el campo de la educación en salud ha sido implementar prácticas educacionales sobre alimentación y nutrición como acción prioritaria (Santos: 2005). Sin embargo, a pesar de ser reconocida su importancia, su configuración dentro de las políticas públicas para el sector de salud es variable, considerando que las acciones educativas deben ir más allá del plano asistencial. Si las políticas públicas brindan soluciones específicas de cómo manejar asuntos públicos (Molina; Cabrera: 2008), entonces dentro de los sistemas de salud las acciones de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) tendrían que evidenciarse y ser explícitas para cobrar efecto.

Para entender el escenario de la EAN dentro de las políticas públicas es necesario considerar previamente los actores involucrados, el contexto histórico, los aspectos formales y los resultados de la decisión (Gómez: 2010). Con esto es posible analizar su propósito, foco, actores y articulación de cada una con la temática de interés.

Por lo anterior, el presente trabajo busca hacer una reflexión sobre el panorama de la EAN dentro del marco de las políticas públicas en salud para los contextos de Brasil y Colombia, siendo que su contraste puede favorecer la comprensión de acciones para enfrentar los desafíos en la condición de países en desarrollo.

## **Dos contextos en Latinoamérica: Brasil y Colombia**

Latinoamérica tuvo marcados antecedentes de Europa y Estados Unidos, los cuales generaron líneas de pensamiento comunes, aunque posteriormente desarrollaron dinámicas propias en la construcción de respuestas a sus necesidades (Quevedo; Agudelo; Alberto: 2004).

Brasil es un país de dimensiones continentales, ocupa el quinto lugar a nivel mundial en extensión y población, y el primero de América del Sur con 191 millones de habitantes organizado en 26 estados (UNSD: 2010; IBGE: 2011). Es considerado

actualmente la economía líder de la región y una de las cinco economías emergentes del mundo, es decir, una potencia económica que está incluida en los G20 (UNSD: 2010).

Colombia por su parte, se encuentra en el extremo noroccidental, esta en el puesto 25 a nivel mundial en área territorial y 29 en población. En América del sur es el cuarto más extenso y el segundo más poblado, con cerca de 46 millones de habitantes distribuidos en 32 departamentos (UNSD: 2010, DANE: 2011). Colombia es la tercera economía de Sudamérica, teniendo en cuenta que viene mostrando un crecimiento, que si bien no ha sido el esperado, tiene avances (ENDS: 2011).

Los indicadores sociodemográficos de los dos países (Cuadro 1) están en concordancia con su situación económica promedio. Brasil muestra condiciones más favorables en cuanto a Producto Interno Bruto (PIB), Índice de Desarrollo Humano (IDH), niveles de desempleo, inversión en salud e investigación. En el caso de Colombia, los indicadores son mayores en densidad poblacional, alfabetización, pero también en inequidad social.

Brasil es un país fundamentalmente urbano, debido al proceso de modernización del campo y éxodo rural (Balsan: 2006), cuyo índice de pobreza urbana no tuvo el mismo descenso a nivel rural durante el período 1990-2003. Para el caso colombiano, un agravante del fenómeno de urbanización ha sido generado por el conflicto armado interno que afecta al país desde hace cuatro décadas, lo que no garantiza condiciones de vida seguras y adecuadas en la zona rural (OPS: 2007).

Cuadro 1. Información sociodemográfica de Brasil y Colombia del 2010.

Indicadores	Brasil	Colombia
Área km <sup>2</sup> (posición mundial) <sup>a</sup>	8.514'876.599 (5°)	1'138.910 (25°)
Población <sup>b, c</sup>	190'732.694	45'508.205
Densidad hab/km <sup>2</sup> <sup>b, c</sup>	22	39
% Urbano <sup>d</sup>	87,0	75,6
IDH (ubicación mundial) <sup>e</sup>	0,718(85°)	0,710(88°)
PIB per cápita (US\$) <sup>f</sup>	10,994	6,233
Gasto total en salud (% PIB) <sup>g</sup>	9,0	7,6
Gasto en investigación y desarrollo (% PIB) 2009 <sup>h</sup>	1,08	0,15
Coefficiente de ingreso Gini <sup>e</sup>	53,9	58,5

% población por debajo de la línea internacional de pobreza de US\$1,25/ día <sup>e</sup>	5	16
% de alfabetización total adultos 2008 <sup>h</sup>	90,0	93,0
% de desempleo total 2009 <sup>h</sup>	8,3	12,0
Número de beneficiarios del programa transferencia monetaria 2009 <sup>i,j</sup>	12'370.915	2'555.491
Inversión mensual en el programa de transferencia monetaria (US\$) 2009 <sup>i,j</sup>	569'274.772	125'878.201

Fuente: <sup>(a)</sup>UNSD (2010); <sup>(b)</sup>IBGE (2011); <sup>(c)</sup>DANE (2011); <sup>(d)</sup>OMS (2010a, 2010b); <sup>(e)</sup>UNDP (2011); <sup>(f)</sup>OMS (2012); <sup>(g)</sup>OMS (2010c, 2010d); <sup>(h)</sup>BANCO MUNDIAL (2011); <sup>(i)</sup>IPEDATA (2011); <sup>(j)</sup>ACCION SOCIAL (2010).

De acuerdo al IDH, Brasil en las dos últimas décadas pasó de 0,64 a 0,77, generando un aumento de 18,8% mientras que en Colombia, entre 1991 a 2003 pasó de 0,728 y 0,781 con un incremento algo más de 7%. Los cambios en el IDH se describen de acuerdo esperanza de vida, nivel de instrucción e ingresos. En el caso colombiano se reconoce un continuo enlentecimiento de este indicador que comparado con Brasil significa recibir cerca de 50% menos ingresos (ENDS: 2011).

En términos de salud, investigación y desarrollo, la inversión según el porcentaje del PIB evidencia que Brasil realiza mayores inversiones, entre tanto, los dos países poseen grandes desigualdades entre regiones y grupos étnicos.

En Brasil, el PIB per cápita de la región Nororiental en 2003 fue de R\$4.305,86, mientras que el de la región Suroriente llegó a R\$11.257,54. La región Nororiental y Norte, caracterizadas por la alta densidad de población afrodescendiente e indígena, presentaron la mayor proporción de pobres en 2004 (55,47% y 43,30%), en oposición a las regiones Sur y Suroriental que contaron con una menor proporción (17,84% y 20,43%). Colombia por su parte mostró francos índices de crecimiento del PIB en los últimos años, pasó de -4,3% en 1999 a 5,1% en 2005, sin embargo el progreso ha sido desigual entre departamentos específicamente Chocó ubicado en la región del pacífico, con predominio de población afrodescendiente, es el más pobre y Bogotá en la región central, como ciudad capital multicultural, es la más desarrollada (OPS: 2007).

Así mismo, el coeficiente Gini reafirma la desigualdad en ambos países. En Brasil la preocupación por el rápido empeoramiento de las condiciones sociales en las grandes ciudades se traduce con la expresión “metropolización de la pobreza”,

fenómeno que tiene lugar desde mediados de la última década. Se calcula que serían necesarios quince años más para que la desigualdad sea similar al nivel de los países desarrollados. En Colombia, la desigualdad es evidente entre la zona rural y urbana: esta última se acerca a los índices de países clasificados como de alto desarrollo, mientras que la zona rural está en los niveles medios (OPS: 2007).

En educación, Brasil y Colombia están próximos a alcanzar la universalización de los niveles más básicos, el desafío actual es la calidad más que la universalidad. En Brasil las tasas altas de matrícula encubren la inasistencia escolar debido a la distancia, trabajo infantil y explotación sexual, además la repetición y la evasión son comunes. En Colombia las probabilidades de acceso y permanencia en el sistema son aún pequeñas para los estratos menos favorecidos, las regiones más apartadas y las zonas rurales. La calidad de la educación básica es deficiente, en especial en las zonas rurales y un poco más de la tercera parte de los maestros no posee título profesional (OPS: 2007).

En América del Sur y el Caribe, históricamente la desigualdad ha estado vinculada a una desproporcionada distribución de la tierra y la educación, ingresos más altos para los trabajadores calificados, altas tasas de fecundidad en los hogares más pobres y gasto público regresivo. No obstante, desde fines de la década de 1990, las políticas progresivas parecen haber generado un incremento en los salarios de las personas de menor educación, así como de las transferencias, mediante políticas sociales focalizadas (PNUD: 2010).

En este sentido, se han desarrollado programas de transferencia monetaria condicionados a requisitos de salud y educación de los niños y niñas de familias pobres (PNUD: 2010). En Brasil el índice de pobreza disminuyó de 68% en 1970 para 31% en 2008, dicha mejoría puede ser atribuida a una combinación de políticas sociales, como el sistema de seguridad social, el programa de transferencia condicionada de ingresos llamado “Bolsa Familia”, constituido por ley en el 2004 y que en el 2010 distribuyó más de US\$ 11 mil millones entre 10,5 millones de familias, y los aumentos en el salario mínimo (Paim *et al.*: 2011; IPEADATA: 2011).

Para Colombia el programa de distribución de ingresos se llama “Familias en Acción”, inició en el año 2000 y para el 2005 se incorporó al Sistema de Protección Social. Tiene como iniciativa entregar subsidios de nutrición, salud o educación a niños y niñas de familias en el nivel de SISBEN (Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales); familias en condición de

desplazamiento y familias indígenas (DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN: 2008). Durante 2010 fueron más de US\$ 1,4 mil millones, para beneficiar así a un máximo de casi 5 millones de menores de edad (COLOMBIA: 2011).

Es así como el perfil socioeconómico descrito por país brinda una primera indicación de diferenciación entre los dos contextos, siendo la desigualdad su característica común, lo que los mantiene categorizados como países en desarrollo. El análisis realizado es equivalente a la situación nacional promedio, sin embargo, es sabido que existen micro realidades que difieren notablemente la disponibilidad de recursos económicos y acceso a los servicios, educación y salud y que, por ende, cada contexto tiene una situación distinta que atender en términos de salud y nutrición (di Cesare: 2011).

En lo referente a la situación de salud y nutrición, América del Sur y el Caribe tienen una convivencia simultánea con las enfermedades de tipo infeccioso y las enfermedades crónicas, que son el precio de los rápidos procesos de urbanización y transición demográfica, junto con implicaciones en las acciones de políticas públicas en salud. Por un lado, no es posible dejar de invertir en la mejoría de la salud de la infancia, sin considerar el creciente aumento de adultos mayores en cada país, lo que exige acciones de diversa índole en términos de prevención, tratamiento y cuidado. Así, los programas de salud necesitan encontrar un equilibrio costo efectividad en el manejo del perfil de salud de la población (di Cesare: 2011).

Los estados de desnutrición infantil evaluados a través de bajo peso al nacer, emaciación moderada y grave, tienen un comportamiento similar en ambos países, no así en el retraso en talla, donde las cifras son superiores para el caso de Colombia, lo que refleja una exposición crónica a ambientes menos favorables para el mantenimiento de un adecuado estado nutricional.

La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias y enfermedades crónicas son las que más contribuyen en términos de mortalidad (Cuadro 2). En el caso de Brasil son mayores las cifras en diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares, y no así para neoplasias malignas y enfermedades isquémicas del corazón en las cuales Colombia presenta una mayor prevalencia. En este aspecto es necesario considerar que la mortalidad no es igual en todas las regiones, así como tampoco el nivel de asistencia de los servicios de salud (ENSIN :2011).



Cuadro 2. Situación de salud y nutrición que influyen las políticas relacionadas con alimentación y nutrición en Brasil y Colombia

Indicador	Brasil	Colombia
% Bajo peso al nacer 2008-2010 <sup>a</sup>	8,4	8,7
% de <5 años con emaciación moderada y grave (2006 -2010) <sup>a</sup>	2	1
% de <5 años con retraso en talla (2004 - 2010) <sup>a</sup>	7	13
Tasa de mortalidad específica por neoplasias malignas (100 mil hab) <sup>b</sup>	110,7	120,7
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (100 mil hab) <sup>b</sup>	34,3	24,2
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (100 mil hab) <sup>b</sup>	62,0	101,7
Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (100 mil hab) <sup>b</sup>	61,3	51,2
% Sobrepeso en adultos <sup>c,d</sup>	49,0	34,6
% Obesidad en adultos <sup>c,d</sup>	14,8	16,5
Calorías (kcal/persona/día) 2005-2007 <sup>e</sup>	3099	2685
Proteína (gr/persona/día) 2005-2007 <sup>e</sup>	84	65
Grasa (g /persona/día) 2005-2007 <sup>e</sup>	105	72
% Población considerada en seguridad alimentaria <sup>e,f</sup>	69,8	57,3
%Población considerada en inseguridad alimentaria grave <sup>e,f</sup>	5,0	3,0

Fuente: <sup>(a)</sup>UNICEF (2010); <sup>(b)</sup>OPS (2012 - datos ajustados); <sup>(c)</sup>IBGE (2010a); <sup>(d)</sup>ENSIN (2011); <sup>(e)</sup>FAO (2010); <sup>(f)</sup>IBGE (2010b).

La situación de sobrepeso y obesidad difiere en términos de intensidad entre los países, esa así como Brasil muestra mayor prevalencia de sobrepeso y Colombia de obesidad. En contraste, Colombia tiene menor disponibilidad de calorías y grasa, siendo esta última 1,5 veces menor, lo que no necesariamente significa una

distribución homogénea entre los habitantes, ni tampoco garantiza calidad en su alimentación.

La estimación de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en ambos países presentó cifras considerables de Inseguridad Alimentaria (IA). En Brasil la IA en los domicilios urbanos fue de 29,4% y los rurales de 35,1%. Así, el 18,7% de la población estuvo en IA leve, 6,5% moderada y 5% grave con prevalencias diferentes entre las cinco grandes regiones, es decir, el panorama de desigualdad regional permaneció en las regiones Norte y Nororiental con 9,2% y 9,3% de IA grave, en cambio en las regiones Suroriente y Sur la prevalencia fue por debajo de 3,0% (IBGE: 2010b). En Colombia, en magnitudes mayores, la IA urbana fue de 38,4% y la rural de 57,5%. El 27,8% de la población estuvo en IA leve, 11,9% moderada y 3% grave también con diferencias entre las cuatro grandes regiones, conservando el mismo patrón de desigualdad mencionando en lo referente a PIB, es decir, para la región pacífica se estimó 4,8% de IA grave y en la región central 3% (ENSIN: 2011).

Los indicadores son una herramienta indispensable para orientar y justificar la toma de decisiones de los gobiernos, permitiendo la realización del monitoreo y la evaluación de las políticas, programas y proyectos dentro. No obstante, se requiere hacer una distinción entre las diferentes realidades presentadas, como ya ha sido mencionado, teniendo en cuenta que dichos indicadores son datos generales promedio, por lo que la formulación de acciones debe conseguir adecuarse a contextos particulares, es decir, para minimizar la desigualdad, las políticas públicas necesitan interactuar con las micro realidades de forma dinámica y así modificar realmente las condiciones de las familias en situaciones de desventaja social.

### **Promoción de la salud y sistemas de salud**

Lo que se plantea actualmente en los sistemas de salud de cada país es consecuencia de influencias internacionales, tendencias latinoamericanas y movimientos sociales. A partir del origen de los acontecimientos que dieron inicio a la APS, lo propuesto en Alma Ata y su íntima relación con la PS, surgen tanto enfoques, como intereses económicos y también políticos (Apráez: 2010).

Es así como en 1920, el sistema de salud fue dividido en niveles de atención después del informe de Dawson, realizado por Gran Bretaña. Se distinguieron tres niveles principales: centro de salud primario, centro de salud secundario y hospital escuela. El primero debería estar de forma regionalizada para resolver la mayor parte

de los problemas de salud de la población. Dicho informe buscó por un lado, contraponerse al modelo flexneriano americano de perspectiva curativa, fundado en el reduccionismo biológico y en la atención individual, y por otro, constituirse en una referencia para la organización del modelo inglés que comenzaba a preocupar a las autoridades del país debido a su elevado costo, a la creciente complejidad de la atención y a la baja resolutivez (Starfield: 2002; Morosini; Corbo: 2007).

En la década de 1960, la APS fue presentada como un modelo adoptado por diversos países para proporcionar un mayor y efectivo acceso al sistema de salud y también para intentar revertir el enfoque curativo, individual y hospitalario, lo que resultaba en elevados costos y baja resolutivez. Su fortalecimiento internacional relacionó las ideas formuladas por la medicina preventiva, cuya propuesta de atención era más próxima del ambiente sociocultural de los individuos y familias, lo que respaldaría su intervención para la prevención y control de la enfermedad (Leavell; Clark: 1976; Morosini; Corbo: 2007). Dicha concepción fue fundamental para formar dos características del sistema de salud: que atención primaria debe ser, preferencialmente, el primer contacto de la población con el sistema que determina el redireccionamiento para los otros niveles de atención y debe ser realizada próxima del cotidiano de los individuos y de las familias (Apráez: 2010).

Posteriormente, en la década de 1970 los programas de medicina comunitaria pasaron a ocupar el espacio de acción gubernamental en varios países, inclusive en América Latina, principalmente en Colombia y Brasil, bajo el patrocinio de fundaciones norteamericanas, con la expectativa de que su efecto demostración podría influenciar positivamente el diseño de los sistemas de salud del continente. Fue así como la APS ganó mayor destaque en la agenda de las políticas de salud, siendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de las principales agencias difusoras de esta propuesta. Como resultado de las varias experiencias que se llevaron a cabo, la OMS decidió organizar la Conferencia Internacional de Alma Ata que se realizó en 1978, siendo el marco de debate sobre los rumbos de las políticas de salud en el mundo, lo que se resultó en un avance de la expansión de los cuidados primarios en salud (Morosini; Corbo: 2007).

Alma Ata comenzó rechazando la desigualdad entre los países pobres y ricos, y afirmando que el desarrollo económico es un eje esencial para conseguir la salud para todos. Esta visión integral de la salud permite entender por qué los diferentes componentes de la atención primaria aluden a la integralidad, articulación,

potencialización de todos los recursos disponibles, intersectorialidad y esfuerzo mancomunado para superar las desigualdades sociales y proteger a los más pobres. Explicar la pobreza y el subdesarrollo es un asunto difícil, entrando en juego varios intereses económicos y políticos que se imponen a los análisis. El contenido de la declaración de Alma Ata fue el producto de una negociación entre dos bloques opuestos y por eso no es extraño que al regresar a sus países, los líderes y gobernantes la aplicaran a su manera y desde sus propias ideologías (Gómez: 2010).

El documento describe aun las siguientes áreas mínimas necesarias para el desarrollo en los diversos países: educación en salud, prevención y PS, incluyendo la nutrición, saneamiento ambiental, programas materno infantil, entre otros (Morosini; Corbo: 2007).

Un año después de la declaración, cuando Estados Unidos recuperó su influencia sobre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se propuso un enfoque que se denominó la Atención Primaria Selectiva, la cual incluía puntos que se resumían en la sigla GOBI, siglas en inglés *Grow monitoring, Oral rehydration, Breast feeding and Immunization*. Curiosamente no incluía la principal causa de morbilidad infantil, la enfermedad respiratoria aguda. Y posteriormente dadas las intensas críticas se adicionan las tres F, es decir GOBI-FFF siglas en inglés de *Food supplementation, Female literacy and Family planning* (Apréaz: 2010).

La APS tiene consigo secuelas del debate de los años setenta, decurrente del carácter racionalizador defendido por algunos actores que preconizaban la reducción del financiamiento y los gastos en salud, en detrimento de las reales necesidades de salud de las poblaciones de los países periféricos. La APS por haber sido implementada en un contexto en el cual la expansión de la cobertura vino acompañada de las propuestas de contención del financiamiento, tuvo sus presupuestos estructurantes de un nuevo modelo universal, equitativo, inclusivo e integral oscurecido por el ideal neoliberal racionalizador que considera sobre todo focalización, bajo costo, paquete básico, y exclusión (Gil; Rodríguez, 2006).

En América latina, los indicadores de morbimortalidad eran críticos y cerca del 45% de la población no tenía acceso alguno a servicios de salud. Con el propósito de responder a la crisis social y sanitaria, la reunión de Ministros de Salud de las Américas, realizada en Santiago de Chile en 1972 e inspirada en enfoques desarrollistas de corte keynesiano, consideró que el problema central de la región era el acceso a la atención médica y se propuso como meta para el decenio extender

coberturas con servicios estatales a las poblaciones más desprotegidas. Más que atacar las causas sociales y económicas de la problemática sanitaria, este análisis proponía soluciones reorganizando los servicios de atención médica. Fieles a los principios de los estados intervencionistas y a pesar de su déficit creciente, los gobiernos de América Latina asumieron, desde el sector público, la responsabilidad de aumentar las coberturas. En los años siguientes prácticamente todos los planes de salud de la época hicieron énfasis en ampliación de coberturas, con servicios financiados por el Estado. No se necesitaba un análisis muy profundo para prever que una política dirigida a aumentar coberturas sin contar con recursos suficientes y que al mismo tiempo dejaba ilesos los patrones de concentración de la riqueza, estaba condenada al fracaso (Gómez: 2010).

Previo a lo sucedido en Alma Ata, en 1974, en el informe Lalonde también surgió el movimiento internacional de PS con sus componentes de políticas públicas saludables, estilos de vida, ambiente, participación y reorganización de los servicios de salud, así como también estrategias específicas de comunidades sanas con un enfoque holístico de la salud que sale de los centros de atención (Apráez: 2010).

La PS desde entonces ha tenido varias conferencias internacionales comenzando con Ottawa en 1986, Adelaida en 1988, Santa fe de Bogotá en 1992, del Caribe en 1994, Yakarta en 1997, entre otras (Apráez: 2010).

No puede hablarse de APS sin considerar la PS, bien sea en términos históricos como controversiales. Desde 1986 se han dado importantes avances conceptuales que deben ser incorporados en las discusiones de APS como es el caso de la participación comunitaria, intersectorialidad, determinantes, equidad y la posibilidad de los individuos y comunidades de decidir sobre su propia salud, porque a pesar de que fue mencionado en la declaración de Alma Ata, la PS ha tenido más progreso en los países desarrollados y se ha desligado de la APS (Apráez: 2010).

La PS ha sido otorgada principalmente y no exclusivamente a la APS. Para algunos autores la APS tiene un enfoque más clínico y de salud familiar, como en los países desarrollados, y con enfoques más sociales en los países en desarrollo, lo que es explicable por las diferencias en el acceso a los determinantes fundamentales de la salud (Apráez: 2010). Es importante no medicalizar la PS que es el riesgo cuando se piensa en APS, dado que su mayor aplicación ha sido desde la óptica de APS selectiva (Aguilera: 2006).

El nuevo milenio inició con un discurso enfatizando sobre la importancia de la APS en la organización de los sistemas públicos, después de un período de reformas neoliberales. Pero, no hay un entendimiento uniforme al respecto de esa política y su implementación acompaña la diversidad de sistemas de protección social y de servicios de salud que actualmente existen en la región. América Latina tiene una larga tradición de acciones organizadas en programas verticales focalizados en problemas de salud específicos (Conill; Fausto; Giovanella: 2010).

Las características del sistema de salud y su articulación con la APS presentan variaciones entre los países, considerando que los sistemas de salud buscan una respuesta social organizada para atender las problemáticas identificadas, incluyendo la totalidad de acciones de la sociedad y del Estado. Estas pueden ser analizadas por el alcance, en términos de cobertura, universalización y amplitud, y por la organización, en cuanto a recaudo, cesión, provisión, seguridad social, acceso, entre otros (Aguilera: 2006).

Gran parte de los sistemas de salud se caracterizan por falta de cobertura, fragmentación y financiamiento. En el polo opuesto de esta situación, la APS surge como puerta de entrada y eje estructural de los sistemas públicos de salud, predominando una concepción integrada pero que focaliza en grupos prioritarios. Los sistemas con características universales establecidos en Costa Rica y Brasil, son los que direccionan esta mayor tendencia. Colombia junto con Chile, Argentina y México ofrecen paquetes básicos de cobertura (Aguilera: 2006).

En lo que se refiere a Brasil, el sistema de salud es denominado Sistema Único de Salud (SUS), creado por la constitución federal de 1988 como resultado del movimiento de la reforma sanitaria, que coloca la salud como un derecho de todos los ciudadanos y un deber del Estado (Ronzani; Stralen: 2003).

El SUS está formado por una red compleja de prestadores y compradores de servicios que compiten entre sí, generando una combinación público privada financiada, sobre todo, por recursos privados. El sistema de salud tiene tres subsectores: el subsector público, en el cual los servicios son financiados y provisionados por el Estado en los niveles federal, estadual y municipal; el subsector privado (con fines lucrativos o no), en el cual los servicios son financiados de diversas maneras con recursos públicos o privados; y, por último, el subsector de salud suplementaria, con diferentes tipos de planes privados de salud y de pólizas de seguro, además de subsidios fiscales. Los componentes público y privado del sistema

son distintos, pero están interconectados y las personas pueden utilizar los servicios de todos los tres subsectores, dependiendo de la facilidad de acceso o de su capacidad de pago (Paim *et al.*: 2011).

Actualmente, en términos de organización de la atención, el foco del SUS es regirse a través de las directrices de la APS, que es vista como la transformación del sistema como un todo, promueve la salud de la población por medio de acciones básicas con una nueva forma de vínculo entre los miembros de un equipo, permitiendo mayor diversidad de las acciones y busca permanente del consenso (Geus *et al.*: 2011).

Dentro de la APS brasileña se encuentra la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), creada en 1994 con el objetivo de estimular a los municipios de asumir alternativas de organización de la atención en el ámbito local. Como fruto de esta estrategia surgió el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) en el 2008, constituido por un equipo que posee profesionales de diferentes áreas del conocimiento, actuando en conjunto con los profesionales de los equipos de la ESF, compartiendo, orientando y apoyando las prácticas en salud en los territorios locales (BRASIL: 2008a).

En abril de 2011, el Ministerio de Salud contabilizó la implantación de 31.900 equipos de ESF en 5.279 municipios, lo que representa una cobertura poblacional de 52,8% (Jaime *et al.*: 2011). Sobre esa perspectiva, el papel del profesional de salud es aliarse con la familia en el cumplimiento de su misión, fortaleciéndola y proporcionando el apoyo necesario al desempeño de sus responsabilidades, jamás intentando sustituirlas (Geus *et al.*: 2011).

La actuación de los equipos NASF ocurre directamente en el territorio local, principalmente a través de las Unidades Básicas de Salud de la Familia, en las residencias y en los espacios comunitarios. En el caso de la definición de los profesionales que componen cada tipo de NASF es de responsabilidad del gestor municipal, siguiendo, entretanto, criterios de prioridad identificados a partir de las necesidades locales y de la disponibilidad de profesionales de cada una de las diferentes ocupaciones (BRASIL: 2009).

Dentro de los desafíos identificados del SUS está la garantía de la cobertura universal y equitativa, dado que a medida que participa el sector privado en el mercado aumentan las interacciones público privadas que generan contradicciones e injusta competencia, llevando la ideología y objetivos opuestos en la prestación de

servicios de calidad. Además por cuenta de las transformaciones en las características demográficas y epidemiológicas de la población, obliga a la transición de un modelo centrado en las enfermedades agudas hacia un modelo de atención basado en la promoción intersectorial de salud y en la integración de los servicios de salud (Paim *et al.*: 2011).

En el caso colombiano, el sistema de salud es el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSS), creado con la ley 100 de 1993 que instauró un sistema de atención sanitaria basado en los principios del modelo neoliberal, es decir, en las leyes del mercado, donde se privilegió las privatizaciones y la descentralización (Gómez: 2008).

La estructura del SGSSS está dividida en tres frentes: el Estado coordina, direcciona y controla el funcionamiento del sistema a través del Ministerio de Salud; las aseguradoras (entidades públicas o privadas) garantizan el acceso de la población a los servicios de salud; y las instituciones de atención (hospitales, clínicas, laboratorio, entre otros) que ejecutan estos servicios. Dentro del sistema, los usuarios se dividen en régimen contributivo, subsidiado o vinculado (Gómez: 2008).

Pertenece al régimen contributivo la población que tiene empleo y paga el impuesto de la salud. El régimen subsidiado se direcciona para las personas sin empleo, consideradas pobres o vulnerables, teniendo en cuenta criterios de priorización. El régimen vinculado incluye personas que están esperando a ser incluidas en el régimen subsidiado, pero que por sus condiciones necesitan recibir atención en la red pública de salud (Gómez: 2008).

Llama la atención que la OMS publicó un informe donde por primera vez se comparaban los sistemas de salud de los 191 países miembros de la organización y proclamó que Colombia tenía el mejor sistema de salud de América Latina (OMS: 2000). Esta evaluación estuvo basada en la adopción del "pluralismo estructurado", sin embargo, nada podría estar más lejos de la realidad; lo que por medio de las prestaciones privadas dentro del mercado reglamentado que subsidiaba cuidar de los pobres (Hernández; Torres: 2010).

Luego de la implementación de la reforma establecida en la Ley 100 se dejaría olvidada la APS. Aquellos servicios que no ofrecían rentabilidad como las acciones colectivas, las actividades intersectoriales y comunitarias se dejaron progresivamente de lado hasta que desaparecieron casi por completo dado que las instituciones no estaban dispuestas a pagar. A partir de entonces, la APS y la PS se convirtieron en



Colombia en políticas de segunda categoría cada vez más débiles, lo que podrían explicar el deterioro de los indicadores de salud pública del país, como el aumento en la mortalidad evitable, materna y perinatal, las defunciones por cáncer de cérvix y por desnutrición, y el recrudecimiento de la tuberculosis, la malaria y las demás enfermedades de transmisión vectorial (Gómez: 2010).

Dentro de la APS formulada inicialmente, aparece el Plan de Atención Básica, que posteriormente se llamaría el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual está encargado de la PS: debe ser desarrollado por el Estado, administrado por el ente territorial y ejecutado a través de las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales son parte de la red hospitalaria de las Secretarías de Salud (COLOMBIA: 2008b).

Veinticinco años después de Alma Ata, el ensanchamiento de las brechas en salud dio lugar a un resurgimiento del interés en la APS. La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) crearon un grupo para revigorizar la estrategia y en 2005 se realizó en Bogotá el Encuentro Nacional Renovación la APS. Tras diez años de silencio en este campo, el evento puso en evidencia que la APS representa todavía una fuente de inspiración y esperanza para mejorar la salud de los pueblos (Gómez: 2010).

De los cambios y reformas que se sucedieron en Colombia y materializadas en la ley 100 de 1993, años después, se reconoce que no se logró ni el acceso universal, ni equitativo, ni eficiente a los servicios de salud como se pretendió en su momento (Apráez: 2010).

El proceso de reforma de cobertura universal a partir de 2007 representa una profunda transformación institucional que rompe con el modelo tradicional que segmentaba las poblaciones según su estatus laboral o su empleador. Aunque aún es pronto para evaluar el efecto de las innovaciones introducidas, en términos de cobertura se puede adelantar que las metas planteadas parecen adaptarse mejor a las posibilidades reales de afiliación universal (Guerrero *et al.*: 2010).

En 2010 el total de beneficiarios de algún tipo de aseguramiento en salud representaba 95,7% de la población. Aún existe una porción de la población de ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar regularmente 12,5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En todo caso, esta población todavía se ve

obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos completos de propios recursos (Guerrero *et al.*: 2010).

Dado lo anterior y en virtud a las barreras en el acceso a los servicios y a la baja equidad del sistema, en el caso colombiano se creó la Ley 1.438 con el objetivo de fortalecer el SGSSS por medio de la ampliación de acciones de PS, la cual rige los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad y atención familiar y hace énfasis general a las acciones de promoción, cultura de autocuidado, denominación de orientación y de formación continua. Es de destacar que la ley de APS plantea la creación de un Equipo Básico de Salud que tiene como funciones realizar el diagnóstico, identificar riesgo individual, familiar y comunitario, informar sobre el portafolio de servicios, promover la afiliación al sistema, incluir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria (COLOMBIA: 2011). Esta propuesta es similar a lo que actualmente viene trabajando Brasil con la ESF.

Colombia lo que ha tenido son experiencias aisladas en diferentes lugares, considerando las dificultades del apoyo por parte del sector financiero. Sin embargo, aún en este contexto desfavorable, varias experiencias realizadas en Bogotá y en otras regiones del país mostraron las bondades de la APS para mejorar la salud (Gómez: 2010).

Sin duda la APS y PS han marcado y determinado la salud pública contemporánea, y fue precisamente en las dos últimas décadas su evolución. La APS representa el mayor esfuerzo gubernamental internacional de los países para alcanzarla. Los planteamientos y la necesidad de asumirlas siguen estando vigentes por más treinta años, comparable pero no superada con los compromisos gubernamentales de alcanzar las metas y los objetivos del Milenio en septiembre de 2000, y aunque actualmente el contexto político es distinto, persisten grandes tensiones a nivel mundial y, sobre todo, persisten inaceptables condiciones de vida para la mayoría de los seres humanos expresados en enfermedad, sufrimiento y muerte evitables que justifican su análisis en profundidad en el mundo y para la realidad latinoamericana en particular (Aprévez: 2010).

A pesar de las dificultades encontradas en los sistemas de salud, tanto en Brasil como en Colombia es posible verificar avances, dada la existencia de un espacio

potencial para el desarrollo de acciones de alimentación y nutrición por parte de un equipo de salud junto a la comunidad. En este sentido, la APS es reconocida como una estrategia fundamental para el enfrentamiento de los problemas en el proceso de salud-enfermedad-cuidado, siendo la educación en salud un potencializador de este hecho, aunque estos elementos sean aun desafíos para los propios sistemas de salud, así como para los profesionales y su respectiva ejecución.

### **Políticas públicas en salud y educación alimentaria y nutricional**

Una política implica una postura, que articulada contribuye a constituir o entender un contexto. Son múltiples los asuntos de interés colectivo que poseen diferentes interpretaciones y que requieren de una serie de decisiones sobre la selección de metas y medios en un contexto específico. Las políticas no resultan de una sola decisión, sino que implican una red de decisiones, las cuales pueden ser explícitas o implícitas, incorporadas en normas o en un conjunto de estas. Una decisión implica considerar los medios y recursos para darle solidez, viabilidad y factibilidad a la política (Molina; Cabrera: 2008).

El concepto de alimentación es un proceso complejo que involucra sujetos, colectividades, alimentos y todas las relaciones incluidas en la producción, comercialización y consumo. Al considerar la promoción de cambios en la alimentación dentro de la perspectiva de la promoción de la alimentación saludable es necesario ampliar la comprensión sobre la base de acciones necesarias para abarcar toda su complejidad (Castro; Castro; Gugelmin: 2011).

Es importante destacar que en el último año Brasil incorporó dentro de los derechos constitucionales el derecho a la alimentación como una enmienda al artículo 6 de la constitución, lo cual representa un enfoque que prioriza la alimentación para todos los brasileños (BRASIL: 2010). En Colombia, la constitución política establece el derecho a la alimentación equilibrada como fundamental específicamente para los niños en el artículo 44 y, en cuanto a la oferta y la producción agrícola, la constitución establece en los artículos 64, 65 y 66, los deberes del Estado en esta materia (COLOMBIA: 1991).

En el contexto contemporáneo se hace necesario redefinir la base de las acciones de las políticas de alimentación, si antes el enfoque era la producción, el consumo o el comercio de los alimentos, actualmente la respuesta debe ser a una triple carga de problemas: el proceso salud-enfermedad-cuidado de la población, el

agotamiento ambiental y las inequidades sociales. Es decir, se reorientan las políticas en la interface salud-ambiente-sociedad (Castro; Castro; Gugelmin: 2011).

La EAN idealmente es una herramienta que da autonomía al educando, para que el pueda asumir con plena consciencia la responsabilidad por sus actos relacionados con la alimentación, es un término que está en concordancia con la estrategia educativa de auto cuidado (Cervato *et al.*: 2005). Sin embargo, por sí misma no consigue cumplir con el mejoramiento del bienestar para toda la población debido a que requiere de otras estrategias que no son de naturaleza educacional, es así como necesita de facilitadores ambientales y de la interacción entre ellos. La EAN está dirigida para mejorar la motivación, conocimientos, herramientas y soporte, no obstante la EAN incluye también actividades dirigidas a la toma de decisiones y a las políticas para dar soporte a los comportamientos saludables (Contento: 2007).

Las experiencias exitosas de políticas y programas tienen en común que articulan acciones sinérgicas y complementarias considerando tres vertientes: incentivo, apoyo y protección. Un ejemplo en Brasil es la promoción de la lactancia materna que inició en la década de los años ochenta con acciones que articulan: el incentivo con la realización de campañas de marketing social y campañas educativas o apoyo como la creación de la red de banco de leche humana; implementación de la iniciativa hospital amigo de la infancia y fortalecimiento de organizaciones no gubernamentales que apoyan las madres que están amamantando; y la protección con la regulación de la promoción comercial de productos que están a la venta con sustitutos o complementos.

Con base en esas referencias, la promoción de alimentación saludable va más allá de la idea de exclusivamente promover salud y prevenir enfermedades del individuo, pasando a incorporar nociones de: garantía del derecho a la alimentación adecuada, rescate y valoración de la cultura y de la subjetividad en la relación con la comida, fortalecimiento de la ciudadanía, sustentabilidad ambiental, justicia social, entre otras (Castro; Castro; Gugelmin: 2011).

En términos de normatividad, tanto en Brasil como Colombia la EAN es direccionada por acciones dentro de la APS y PS, incluida la política de alimentación (Cuadro 3). Para este estudio se hizo un recorte de las políticas públicas en el sector salud, entendiendo que el abordaje de la alimentación saludable también involucra los sectores de agricultura, ganadería, producción de alimentos, industria, educación, derecho, habitación, entre otros.

Así, la dimensión de revisión de la normatividad en ambos países se realizó considerando el contenido de la política, particularmente la formulación propiamente dicha. En cada una se consideraron elementos de: propósito, foco, actores y articulación con la EAN, lo que corresponde a una parte de lo sugerido para el marco de análisis de políticas públicas en salud (Molina; Cabrera: 2008).

Existe una diferencia cronológica entre la formulación y el alcance de la reglamentación, es decir, Brasil tiene posicionados los temas de APS y PS en el contexto de política nacional, mientras que en el caso de Colombia, estas son consideradas, pero no se detalla la forma de ejecución de las mismas, teniendo en cuenta además su reciente formulación. Esto también ha sido observado en otros contextos de comparación con Brasil, donde se ha visto que en los últimos años este ha avanzado rápidamente en la concretización de políticas públicas en salud (Vieira *et al.*: 2012).

Cuadro 3. Normatividad vigente del sector salud que relacionadas con atención primaria en salud, promoción de la salud y promoción de la alimentación saludable en Brasil y Colombia.

Brasil	Colombia
Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2003 <sup>a</sup>	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES social 31 de marzo de 2008 <sup>d</sup>
Política Nacional de Atención Básica (PNAB). Portería MS 648 de 28 de marzo de 2006 <sup>b</sup>	Fortalecimiento del SGSS con la estrategia Atención Primaria en Salud. Ley 1438 de 19 de enero de 2011 <sup>e</sup>
Política Nacional de Promoción de la Salud Portería n° 687 MS/GM de 30 de marzo de 2006 <sup>c</sup>	Plan decenal de salud pública 2012-2021 pacto social y pacto ciudadano mayo de 2012 <sup>f</sup>

Fuente: <sup>(a)</sup>BRASIL (2003); <sup>(b)</sup>BRASIL (2006a); <sup>(c)</sup>BRASIL (2006b); <sup>(d)</sup>COLOMBIA (2008a); <sup>(e)</sup>COLOMBIA (2011); <sup>(f)</sup>COLOMBIA (2012).

En Brasil (Cuadro 4) la política nacional de alimentación y nutrición integra la política de SAN con el sector salud, reconociendo así, que la alimentación es un tema intersectorial de actividades coordinadas y que necesita adaptarse a nuevas situaciones. En lo que se refiere a su articulación con EAN menciona la importancia de adaptar las intervenciones considerando las condiciones geográficas, económicas y culturales, lo que se relaciona también con la desigualdad social. Dentro de sus directrices propiamente, aparece la promoción de las prácticas alimentaria, estilos de vida saludables y prevención, sin detallar específicamente la EAN, pero que está dentro de sus intereses.

En lo que se refiere a la política nacional de atención básica, término utilizado para hacer referencia a APS, se reitera el interés del SUS en trabajar con la ESF como recurso indispensable dentro de su actuación. Enfoca en la educación continuada de los profesionales, la valorización de los diversos saberes y prácticas, grupos y familias en riesgo.

Cuadro 4. Características de las políticas de Brasil con relación a educación alimentaria y nutricional.

	<b>Política nacional de alimentación y nutrición</b>	<b>Política nacional de atención básica</b>	<b>Política nacional de promoción de la salud</b>
Propósito	Integrar la Política Nacional de Salud en el contexto de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Revitalizar la atención básica	Promover calidad de vida y disminuir vulnerabilidad y riesgos de salud
Foco	Redimensionar las prácticas, mediante la formulación o readecuación de los planes, programas, proyectos o actividades	Redefinir principios, responsabilidades, infraestructura y recursos profesionales para la organización de la AB a partir de la ESF con los preceptos del SUS	Ampliar y calificar las acciones de PS en los servicios y en la gestión del SUS
Actores	Ministerios de: Salud, Desarrollo, Industria y Comercio, ciencia y Tecnología, educación, trabajo y empleo, relaciones exteriores, extraordinario de	Equipo multiprofesional, interdisciplinario, población, secretarías municipales y estatales, distrito federal, ministerio de	Ministerio de salud, gestor federal, gestor municipal

	política fundaría, presupuesto y gestión, agricultura y abastecimiento	la salud y gobierno	
Articulación con EAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consensos sobre contenidos, métodos y técnicas, considerando los espacios geográficos, económicos y culturales.</li> <li>-Educación continuada</li> <li>-Directrices de promoción de las prácticas alimentarias y estilos de vida saludables y prevención y control de disturbios nutricionales</li> <li>-Promoción de campañas de comunicación social sistemáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo de actividades educativas que interfieran en el proceso salud-enfermedad y ampliar el control social.</li> <li>-Educación permanente de los profesionales</li> <li>-Valorización de los diversos saberes y prácticas</li> <li>-Articulación con el ministerio de educación</li> <li>-Educación de grupos específicos y a familias en riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autonomía y corresponsabilidad en el cuidado integral a la salud</li> <li>-Educación popular</li> <li>-Estimular alternativas innovadoras y socialmente inclusivas/contributivas de educación</li> <li>-Educación permanente</li> <li>-Diseminar la cultura de la alimentación saludable de acuerdo a la Guía alimentaria</li> <li>-Desarrollo de campañas en los medios masivos de comunicación</li> <li>-Promoción en el ambiente escolar</li> </ul>

En cuanto a la política nacional de PS, esta coloca las acciones de EAN en el nivel de servicios y en la gestión del SUS, involucra su articulación con la guía alimentaria y propone la elaboración de campañas masivas. Es de resaltar que además manifiesta su orientación teórica con educación popular, cuyo mentor es el brasilero Paulo Freire (Freire: 1994).

Por otro lado, Colombia (Cuadro 5) en su política de nutrición, la política nacional de SAN cambió el enfoque alimentario de la antigua política nacional de alimentación 1996-2005, con lo que mantiene una posición de garantía de derechos reafirmando los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996 para dar cumplimiento a los objetivos del milenio (DEFENSORIA DEL PUEBLO: 2011). En cuanto a la articulación con la EAN, se destaca que menciona los determinantes de consumo de alimentos, delimita temas de la EAN, incluye medios de comunicación masivos e integra la SAN con la EAN.

En la ley que normatiza el fortalecimiento del SGSSS por medio de la APS, se pretende articular las diferentes políticas relacionadas con salud y la educación

direccionando acciones de promoción para promover la salud y prevención de la enfermedad, cultura de auto cuidado, y orientación individual, familiar y comunitaria.

Cuadro 5. Características de las políticas de Colombia con relación a educación alimentaria y nutricional.

	<b>Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional</b>	<b>Ley sobre Atención Primaria en Salud</b>	<b>Plan decenal de salud pública</b>
Propósito	Garantizar los derechos fundamentales, económicos y sociales	Bienestar del usuario como articulador de las políticas	Confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población
Foco	Ratifica los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	Fortalecimiento SGSSS	Reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano
Actores	Ministerios de: salud, agricultura y desarrollo rural, educación nacional Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo rural	Servicios de salud, acción intersectorial/transectorial y participación social comunitaria, equipos multidisciplinarios, ministerio de salud, entidades territoriales, entidades promotoras de salud, equipos básicos de salud. Atención preferente para infancia y adolescente	Ministerio de salud
Articulación con EAN	- EAN uno de los determinantes del consumo -Estrategia de información, comunicación y educación en prácticas de producción, alimentación, nutrición,	-Énfasis en acciones de promoción para promover la salud y prevención de la enfermedad -Cultura de auto cuidado -Orientación individual, familiar y	-Alimentación saludable como componente del eje de SAN -Trabajo sobre la conducta en el eje de vida saludable y condiciones crónicas



	salud, higiene, manipulación y preparación -Red de comunicaciones para la divulgación masiva - Fomento de programas en SAN incluyendo EAN	comunitaria -Formación continua	
--	---	------------------------------------	--

Con respecto del plan decenal de salud pública, este surge a partir de la ley que normatiza APS y que se fundamenta en la ratificación del derecho a la salud, articula la promoción de la alimentación saludable como eje de SAN y trabaja sobre la conducta tanto en el eje de vida saludable como en el de condiciones crónicas.

Aunque la política de Colombia no menciona explícitamente un trabajo directo y coordinado con los aspectos relacionados con EAN, si menciona la educación como derecho y la articulación de estas actividades en términos de promoción, prevención, orientación y comunicación.

### Consideraciones finales

En este trabajo se logró identificar que existe un espacio potencial para la realización de acciones encaminadas a la EAN dentro del escenario de las políticas públicas. Si bien es cierto, en un nivel diferente de formulación, pero cada vez con mayor reconocimiento por parte de los gobiernos, así conocer cómo se llevan a cabo dichas acciones a partir de la formulación política, sería un aspecto complementario fundamental para continuar entendiendo el encadenamiento que necesita la PS y la EAN dentro de la APS.

En la formulación de políticas públicas, el uso e interpretación de indicadores hace parte de una descripción general, sin embargo debe considerarse que estos diagnósticos incluyen micro realidades diferentes al promedio de los países, por lo que se necesita de un esfuerzo político específico para equiparar las desigualdades sociales, es decir que las acciones universales no se ajustan a los contextos reales, para dinámicas sociales heterogéneas se requiere de políticas específicas que atiendan dichas variaciones.

Es así como Brasil y Colombia tienen características y experiencias históricas particulares que también se reflejan en sus estrategias de abordaje social. Las políticas van sufriendo una transformación de acuerdo al formato en el que actúan,

una vez que los programas de gobierno y las autoridades determinan el alcance de las acciones a ser ejecutadas.

De acuerdo a las directrices de la PS se debe empoderar a la población a partir de su propio contexto y esto se logra una vez se que se tengan escenarios políticos viables para dicho desempeño. Son en estos escenarios donde las acciones de EAN pueden vincularse a la cotidianidad del trabajo de los profesionales de salud de forma metódica como se lleva a cabo cualquier otra intervención en salud, empleando una serie de tecnologías de elevada complejidad y baja densidad. El grado de visibilidad de la educación dentro de las políticas es necesario, no como única alternativa, pero si vigorizando el apoyo a esta herramienta. En ese sentido, en ambos países se viene trabajando en la formulación de acciones direccionadas al campo de la EAN, Brasil en el marco referencia para las políticas públicas y Colombia en el Plan Nacional.

El desafío se encuentra en avanzar en la consolidación de un modelo intersectorial que permita llevar a cabo acciones de promoción de la alimentación saludable y de EAN más allá del espacio físico, con el fin de que la comunidad desarrolle realmente autonomía en la toma de decisiones que considere más convenientes.

### **Agradecimientos**

Agradecemos la financiación del proyecto al Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y a la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de San Pablo (FAPESP).

### **Bibliografía**

ACCIÓN SOCIAL. 2010. Informe de estado y avance segundo semestre de 2010. Bogotá. Disponible en: [http://www.accionsocial.gov.co/documentos/5132\\_Informe\\_de\\_Gesti%C3%B3n\\_BIRF\\_7619\\_1er\\_semestre\\_2010.pdf](http://www.accionsocial.gov.co/documentos/5132_Informe_de_Gesti%C3%B3n_BIRF_7619_1er_semestre_2010.pdf) [consultado en: 5 de jul. 2011].

AGUILERA, N. 2006. *El paradigma emergente en los sistemas de salud: hacia la cobertura universal en los países del continente*. 1ª edición. México: Instituto de Investigaciones jurídicas de la Universidad Autónoma de México.

APRÁEZ, G, 2010. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 183 p.

BANCO MUNDIAL. 2011. Gasto en investigación y desarrollo (% del PIB). Disponible en:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/GB.XPD.RSDV.GD.ZS/countries?display=defaul> [consultado en: 17 de jun. 2012].

BALSAN, R. 2006. "Impactos decorrentes da modernização da agricultura brasileira". *Revista de geografia agrária*. Ago. 2006. Vol. 1, no. 2, p. 123-151.

BRASIL. 2010. Emenda constitucional. Altera o artigo 6º da Constituição Federal, alterando e incluindo a alimentação como direito social. Feb. 2010. Vol. 32, no. 64.p. 408.

\_\_\_\_\_. 2009. Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF. Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília DF: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. 2008. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília DF: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. 2006a. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério de saúde. 60 p.

\_\_\_\_\_. 2006b. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério de saúde. 60 p.

\_\_\_\_\_. 2003. *Política nacional de alimentação e nutrição*. Brasília: Ministério de saúde. 48 p.

CASTRO, IR; CASTRO, LM; GUGELMIN, S. 2011. "Ações educativas, programas e políticas envolvidos nas mudanças alimentares". En: DIEZ-GARCIA, RW; CERVATO-

MANCUSO, AM. *Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Editora da série. p. 8-34.

CERVATO, AM; DERNTL, AM; LATORRE, MRO; MARUCCI, MFN. 2005. "Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade". *Revista de Nutrição*. Jan./Fev. 2005. Vol.18, no. 11, p. 41-52.

COLOMBIA. 2012. *Plan decenal de salud pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 5 p.

\_\_\_\_\_. 2011. Ley n.º 1438, de 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf> [consultado en: 17 de jun. 2011].

\_\_\_\_\_. 2008a. *Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional*. Bogotá: Ministerio de la Protección social. 48 p.

\_\_\_\_\_. 2008b. Resolución 425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Diario Oficial No. 46.902 de 14 de febrero de 2008. Disponible en: [http://www.cntv.org.co/cntv\\_bop/basedoc/resolucion/minproteccion/resolucion\\_minproteccion\\_0425\\_2008.html](http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/resolucion/minproteccion/resolucion_minproteccion_0425_2008.html) [consultado en: 17 de jun. 2011].

\_\_\_\_\_. 1991. *Constitución política de Colombia*.

CONILL, EM; FAUSTO, MCR; GIOVANELLA, L. 2010. "Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Nov. 2010. Supl. 1, s15-s27.

CONTENTO, I. 2007. *Nutrition education: linking research, theory, and practice*. Sudbury: Mass. Jones and Bartlett.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL ESTADÍSTICO (DANE). 2011. Proyecciones de la población: Colombia. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72) [consultado en: 1 de jul. 2011].

DEFENSORIA DEL PUEBLO. 2011. *Las políticas públicas alimentarias en Colombia. Un análisis desde los derechos humanos*. 1ª edición. Bogotá: Defensoría del pueblo. 40 p.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. 2008. *Evaluación de políticas públicas: programa familias en acción. Impactos en capital humano y evaluación beneficio costo del programa*. Bogotá: Presidencia de la república. 67p.

DI CESARE, M. 2011. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/44309/lcw395.pdf> [consultado en: 1 mar. 2012].

ENDS. 2011. *Encuesta nacional de demografía y salud 2010*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 1ª edición. 794 p.

ENSIN. 2011. *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010*. 1ª edición. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 513 p.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). 2010. Consumption: dietary energy protein and fat consumption. Statistics. Disponible en: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-publications/ess-yearbook/ess-yearbook2010/yearbook2010-consumption/en> [consultado en: 5 de jul. 2011].

FREIRE, P. 1994. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 245 p.

GIL, C; RODRIGUES, R. 2006. "Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro". *Cadernos de Saúde Pública*. Jun. 2006. Vol. 22, no. 6. p. 1171-1181.

GUERRERO R; GALLEGO, AI; BECERRIL-MONTEKIO, LE; JOHANNA VÁSQUEZ, M. 2011. "Sistema de salud de Colombia". *Salud pública de México*. 2011. Vol. 53, supl. 2, p. s144-s155.

GEUS, L; MACIEL, CS; BURDA, ICA; DAROS, SJ; BATISTEL, S; MARTINS, TCA; FERREIRA, VA; DITTERICH, RG. 2011. "A importância na inserção do nutricionista na estratégia saúde da família". *Ciência & Saúde Coletiva*. Mar. 2011. Vol 26, s. 1, p. 797-804.

GÓMEZ, RD. 2010. "Atención primaria de salud y políticas públicas". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Sep/Dic. 2010. Vol. 28, no. 3. p. 283-293.

\_\_\_\_\_. 2008. *La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria: Colombia 1985-2001*. 1ª edición. Medellín: Universidad de Antioquia.

HERNÁNDEZ, M; TORRES, M. 2010. "Colombia's new health reform: helping keep the financial sector healthy". *Social Medicine*. Dic. 2010. Vol. 5, no. 4, p.177-180.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTADÍSTICA (IBGE). 2011. Censo demográfico 2010. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> [consultado en: 1 de jul. 2011].

\_\_\_\_\_. 2010a. *Pesquisa Nacional por domicílios: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescente e adulto no Brasil 2004/ 2009*. Rio de Janeiro: Ministério de desenvolvimento social e combate a fome.

\_\_\_\_\_. 2010b. *Pesquisa Nacional por domicílios: segurança alimentar 2004/2009*. Rio de Janeiro: Ministério de saúde. 130 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEADATA). 2011 Disponible en: <http://www.ipeadata.gov.br> [consultado en: 1 de jul. 2011].

INTERNATIONAL HUMAN DEVELOPMENT INDICATORS (UNDP). 2011. United Nation Development Program: country profile. Disponible en: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/AFG.html> [Consultado en: 18 ago. 2011].

JAIME, PC; FELDENHEIMER, AC; LIMA, AMC; BORTOLINI, GA. 2011. “Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro”. *Revista de Nutrição*. Nov/Dez. 2011. Vol. 24, no. 6, p. 809-824.

LEAVELL, S; CLARK, EG. 1976. *Medicina preventiva*. 1ª edição. São Paulo: McGrawHill.

MOLINA, G; CABRERA, G. 2008. *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. 1ª edición. Medellín: Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez.

MOROSINI, MVGC; CORBO AD. 2007. *Modelos de atenção e a saúde da família*. 1ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 240 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2012. *Global health atlas*. Switzerland.

\_\_\_\_\_. 2010a. *Brazil health profile*.

\_\_\_\_\_. 2010b. *Colombia Health profile*.

\_\_\_\_\_. 2010c. *Table of key indicators and sources*. Brazil.

\_\_\_\_\_. 2010d. *Table of key indicators and sources*. Colombia.

\_\_\_\_\_. 2000. *Health systems: improving performance*. Ginebra: World Health Organization. p152.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 2012. *Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2012*.

\_\_\_\_\_. 2007. *Salud de las Américas*. Brasil y Colombia: Organización Panamericana de la Salud.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. 2011. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet online*. Mai 2011. p. 90-102. Disponible en: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf> [consultado en: 1 jul. 2011].

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). 2010. *Informe sobre desarrollo humano 2010: La verdadera riqueza de las naciones: caminos de desarrollo humano*. Nueva York: Ediciones Mundi. 253 p.

QUEVEDO, E; AGUDELO, C; ALBERTO, C. 2004. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo el tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. 1ª edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 420p.

ROBLEDO-MARTÍNEZ, R; AGUDELO-CALDERON, A. 2011. "Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud". *Revista de salud pública*. Dic.2011. Vol.13, no. 6, p. 1031-1050.

RONZANI, TM; STRALEN, CJV. 2003. "Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do Sistema de Saúde Brasileiro". *Revista APS*. Jul./Dez. 2011. Vol.6, no. 2, p. 99-107.



SANTOS, L. 2005. “Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis”. *Revista de Nutrição*. Set./Out. 2005. Vol.18, no.5, p. 681-692.

STARFIELD, B. 2002. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FOUNDATION (UNICEF). 2010. Statistics by country: Brazil and Colombia. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia\\_statistics.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html) [consultado en: 1 jul. 2011].

UNITED NATIONS STATISTIC DIVISION (UNSD). 2010. Disponible en: [http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010\\_PHC/default.htm](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/default.htm) [consultado en: 1 jul. 2011].

VIEIRA, V. L; GREGÓRIO, M. J; CERVATO-MANCUSO, A. M; GRAÇA, A. P. S. R. 2012. “Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal”. Artigo a ser publicado na *revista Saúde e Sociedade*. 2012. São Paulo.

## **EDUCAÇÃO E SAÚDE ESCOLAR: PRÁTICAS E CONTEXTOS**

**Rita Ramos de Sousa**

Doutoranda em Ciências da Educação,

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

[ritasousa12@hotmail.com](mailto:ritasousa12@hotmail.com)

### **Resumo**

Sendo educação e saúde dois conceitos indissociáveis, urge refletir sobre a importância do papel da educação no campo da saúde, a partir de um estudo que aborda a relação entre os centros de saúde e as instituições educativas, pretendendo-se avaliar, neste âmbito, as concepções de Educação para a Saúde que fundamentam as intervenções das equipas de saúde escolar, e, simultaneamente perceber qual o papel e funções que um profissional de educação assume numa equipa de saúde escolar. Tendo em conta o tipo de trabalho desenvolvido pelos responsáveis e as equipas de saúde escolar, no distrito do Porto, avalia-se os discursos de profissionais de saúde e de educação que se inserem neste contexto.

**Palavras-Chave:** Educação para a Saúde (EpS), Saúde Escolar, Práticas, Contextos.

## **Educación y Salud Escolar: Prácticas y Contextos**

### **Resumen**

Educación y salud son dos conceptos inseparables, de ahí la importancia del papel de la educación en el campo de la salud. En este artículo se analiza la relación entre los centros de salud e las instituciones educativas. La intención fue evaluar los constructos de EpS en los equipos de salud escolares existentes, y saber que papel y funciones ejerce un profesional de educación en un equipo de salud escolar. La metodología utilizada fue la análisis de los discursos de los profesionales de salud y educación responsables por los equipos de salud escolar del distrito de Oporto.

**Palabras-Clave:** Educación para la Salud (EpS), Salud escolar, Prácticas, Contextos.

## **Education and Scholar health: Practices and Contexts**

### **Abstract**

Being education and health two concepts that are inseparable, it is urgent to reflect on the important role of education in the health field, from a study focusing on the relationship between health centers and educational institutions, aiming to evaluate the conceptions of Health Education that support school health teams interventions, and

simultaneously understand the role and functions that an education professional takes in a team of school health. Regarding the work that had been done by the responsible and professionals of the school health team on the Oporto district, we need to evaluate the discourses of health and education that fit in this context.

**Key-Words:** Health Education, School Health, Practices, Contexts

O campo da Educação para a Saúde é, hoje, um campo conceptualmente estabelecido e constitui, igualmente, uma preocupação social. A saúde, hoje em dia, é vista como um fator primordial no desenvolvimento do ser humano, e como tal tem repercussões no campo da educação e da formação.

Assim sendo, a Educação para a Saúde surge como uma via alternativa para promover a adoção/modificação de comportamentos e atitudes saudáveis e “pelo impacto positivo que pode ter na saúde das pessoas, deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, conforme está reconhecido na carta de Ottawa (WHO, 1986). Deve começar na família, continuar em todas as fases do sistema de ensino (desde o básico até ao universitário), prolongar-se no local de trabalho, na comunidade, nos media, etc...” (Precioso, 2004:s/pág). Todavia, a adoção de comportamentos relacionados com a saúde é um processo complexo, ainda que seja um objetivo cada vez mais assumido pelos profissionais da área, que procuram consciencializar especialmente as crianças e os adolescentes, por se encontrarem em idades de maior maturação biológica e recetividade de informação, acerca do direito à saúde, recorrendo a estratégias de promoção e prevenção que pretendem atuar sobre a saúde a nível individual e coletivo. Neste âmbito, as áreas da educação e da saúde andam de mãos dadas, em busca de um aumento da qualidade de vida, de condições de saúde, de saneamento, de cuidados com o corpo, com o meio ambiente, entre outros. A educação tem um papel fundamental nesta abordagem ao articular conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais com o desejo e a responsabilidade de cada um e de todos, de tornar a sociedade, em geral, mais saudável. Nessa perspetiva, o processo educativo poderá favorecer o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no que à sua saúde diz respeito, ao mesmo tempo que atende a objetivos sociais.

Identificar no meio escolar problemas de saúde de determinada população e atuar sobre as suas causas numa tentativa de resolução dos mesmos faz parte do processo

de Educação para a Saúde, contudo uma ação deste género não pode surgir isolada do contexto em que ocorre, é necessário partir dos alunos, das suas necessidades e muitas vezes perceber, nas entrelinhas, aquilo que eles pretendem dizer para se desenvolver uma intervenção adequada. É neste registo que se insere o Programa Nacional de Saúde Escolar que segue uma lógica de saúde comunitária, que visa o desenvolvimento da promoção da saúde a nível individual e coletivo, a criação de ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, em vez de uma lógica de ensino de saúde centrado na transmissão de informações sobre como as pessoas adoecem, os ciclos das doenças, os seus sintomas e as suas formas de profilaxia. Neste sentido, a saúde comunitária assume um papel fundamental ao encarar a prática da Educação para a Saúde no meio educativo como algo que deva abranger toda a comunidade, pois tal como defende Rogado e Teixeira (1997:174) “é vantajoso que os membros da comunidade saibam qual a importância do projecto [educativo a desenvolver] e o que poderão vir a beneficiar com a sua execução, devem igualmente estar elucidados sobre as actividades a serem concretizadas e da forma de poderem participar”. Para além disso, ao desenvolver-se um projeto tem de se fazer um estudo aprofundado das características da comunidade em que se insere, como o seu meio ambiente, o estilo de vida que se vive, as condições sanitárias, pois todos estes determinantes de saúde, em conjunto com o nível social, económico e cultural da mesma, são o ponto de partida para se desenvolver um projeto no âmbito da Educação para a Saúde, pois são eles que propiciam ou “limitam o acesso a determinados bens essenciais e à manutenção de um tipo de vida quotidiana minimamente aceitável nas sociedades actuais” (Costa, 1996:31).

É neste contexto que os Centros de Saúde, atualmente designados Unidades de Saúde Familiar (USF) assumem um papel educativo e social ao desenvolverem ações de promoção de saúde no âmbito da saúde escolar. Segundo o Decreto-lei nº 157/99 de 10 de Maio, Capítulo I, Artigo 2º – que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde –, “os Centros de Saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida”, bem como “a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados” a toda a comunidade. Todavia, esta promoção da saúde não é realizada só através da prestação de cuidados, mas também a partir de ações de Educação para a

Saúde, dirigidas a indivíduos, grupos, famílias e a toda a comunidade (Lei nº 48/90, Lei de Bases de Saúde). Assim, os Centros de Saúde incentivam a participação e a colaboração dos cidadãos em atividades – na área da educação e da ação social –, que promovam a melhoria da saúde e que tenham consequências no desenvolvimento da comunidade tornando-a mais saudável, ativa e responsável.

### *Saúde Escolar: um direito de todos, um dever do Estado*

“No nosso país desde há vários anos que os Centros de Saúde, através das suas equipas de Saúde Escolar, têm procurado trabalhar com as escolas no sentido de criarem condições para um adequado desenvolvimento bio-psico-social de cada aluno” (Navarro, 1993 cit. por Antunes e Mendes, 2004).

Foi nesse sentido que desde 1901 e ao longo dos séculos XX e XXI, a saúde escolar em Portugal foi-se construindo, desenvolvendo e aperfeiçoando nos seus objetivos, metodologias e estratégias, modificando-se e adequando-se às necessidades das escolas, da comunidade educativa e da comunidade envolvente, e às preocupações de saúde emergentes na sociedade (Plano Nacional de Saúde Escolar, 2004). E se durante várias décadas foram os Ministérios da Educação e da Saúde os responsáveis pela saúde escolar, desde 2002 que o Ministério da Saúde assumiu a sua tutela, e os Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar a sua implementação em todo o território nacional através de novas formas de gestão e estratégias inovadoras. Estes organizam equipas multiprofissionais de saúde escolar, entre os quais se encontram médicos, enfermeiros, higienista oral, nutricionista, psicólogo, psicopedagogo, como forma de dar resposta às necessidades sentidas pelas instituições educativas e comunidade envolvente afetas à área de localização, que planificam, operacionalizam e avaliam os projetos ou as ações formativas. No entanto, o Ministério da Educação não deixou de assumir o seu papel na saúde escolar, continuando a ser parte integrante na produção e conceptualização do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), articulado com a Direção Geral de Saúde (DGS), com vista à capacitação das escolas para questões relacionadas com a promoção, proteção e manutenção da saúde e prevenção do risco de doença.

No que diz respeito aos objetivos gerais da saúde escolar, estes têm vindo a alterar-se com o tempo, tornando-se mais “afinados” e adequados à realidade da época, e embora, em primeiro lugar, se pretenda promover os cuidados de saúde primários

através da proteção da saúde e da prevenção da doença na comunidade educativa, recentemente, tem-se valorizado o ambiente e os estilos de vida como condições essenciais para o bem-estar físico, mental e social do ser humano. “Viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano fundamental, sendo por isso necessário informar e educar para a construção de um futuro sustentável para todos” (PNSE, 2004:5). Neste sentido, o Programa Nacional de Saúde Escolar 2004-2010 (2004:7) procura dar resposta aos novos desafios que emergem da realidade, e portanto apresenta como finalidades gerais, para além da primeira acima mencionada “apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais, promover um ambiente escolar seguro e saudável, reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis, e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde”, que servem de apoio e suporte para se pensar nas lógicas educativa, social e comunitária que os projetos e as ações formativas neste âmbito podem assumir. Estas áreas de intervenção são agora reconhecidas como prioritárias na promoção, proteção e manutenção da saúde, segundo uma perspectiva de equidade.

A Escola assume, assim, o papel indiscutível de grande promotora da saúde, “ao constituir-se como um espaço seguro e saudável” (PNSE, 2004:5), onde crianças e jovens despendem a maior parte do seu tempo. É um contexto privilegiado pois alberga uma grande faixa etária diversificada a nível económico, social e cultural, sendo por isso ideal para desenvolver ações que promovam uma vida ativa saudável a médio e longo prazo (Lei nº 46/86 - Lei de Bases do Sistema Educativo). Assim sendo, segundo esta linha de ideias, também as ações de Educação para a Saúde podem ser vistas cada vez mais como um modo de combater a exclusão e diminuir a discriminação social, pois a saúde é vista como um direito de todos e um dever do Estado, e nesse sentido todas as Escolas devem integrar no seu currículo ações de Educação para a Saúde, sejam os jardins-de-infância ou as Escolas de ensino básico e secundário, pois esta temática para além de ser transversal a todas as áreas curriculares, como a alimentação, a educação sexual e reprodutiva, o ambiente saudável, a higiene pessoal, deve ser desenvolvida ao longo da vida.

O programa de saúde escolar ainda não alcança todas as Escolas como seria de desejar, devido a uma diversidade de constrangimentos como a localização geográfica (como exemplo as Escolas do interior do país), escassez de recursos e de material,

questões de financiamentos e, por vezes, porque nem todas as Unidades de Saúde Familiar possuem nos seus serviços uma equipa de saúde escolar. Assim sendo, a saúde escolar, enquanto colaboradora das instituições educativas, assume-se como um investimento em educação, saúde e democracia, de forma a se construir “uma atitude de cidadania assente em princípios de individualidade e de convivência com a diferença e o respeito pelo outro, numa sociedade mais saudável, mais solidária, mais participativa e também mais feliz” (Matos, *et. al*, 2005:381).

## **Metodologia**

### **Objetivos da Investigação**

O principal objetivo deste trabalho consiste em explorar, aprofundar e refletir sobre a área da Educação para a Saúde, avaliando em que medida a educação contribui com os seus saberes no campo da saúde, bem como o papel que a saúde pode assumir na área das Ciências da Educação. Para tal pretende-se compreender à luz dos modelos de Educação para a Saúde qual o conceito de Educação para a Saúde que uma equipa de saúde escolar recorre nas suas práticas quotidianas com as instituições educativas.

Assim sendo, pretende-se:

- a) Compreender qual o panorama atual da Educação para a Saúde em Portugal e a sua evolução;
- b) Avaliar a necessidade, o impacto e os efeitos de ações de Educação para a Saúde no meio escolar, vistas como uma exigência da sociedade,
- c) Contribuir para que os profissionais de saúde e de educação possam refletir sobre o exercício de modos de ação e de investigação a desenvolver no campo da Educação para a Saúde,
- d) Perceber como as ações nesta área têm efeitos nos comportamentos e atitudes do público-alvo (crianças, jovens e adultos) e em que medida o exercício de avaliação em educação contribui para perspetivar os resultados alcançados pelos profissionais,
- e) Proporcionar conhecimentos e técnicas que permitam perspetivar modos de ação e de investigação na área da Educação para a Saúde,

## Método

De forma a alcançar os objetivos deste trabalho, optou-se pela utilização de um método qualitativo, que se orienta por uma perspectiva hermenêutica e interpretativa, tendo em conta que o fenómeno de estudo é complexo e de natureza social não quantificável. Foi segundo esta linha de ideias que se partiu para o trabalho empírico, recorrendo-se ao questionário de auto-preenchimento e à entrevista semi-estruturada como técnicas de exploração e de recolha de informação, confrontando-as com os resultados de uma revisão bibliográfica da legislação e dos protocolos na área em questão.

Foram definidos como amostra deste estudo todos os Centros de Saúde do distrito do Porto<sup>14</sup>, de forma a compreender o panorama geral da saúde escolar neste contexto. A opção pela aplicação dos questionários pareceu a mais adequada devido à dispersão geográfica dos Centros de Saúde, e ao número de contactos a fazer. Neste sentido, a aplicação de questionários constituía a via mais económica e rápida de obter as informações pretendidas.

## Amostra

**Quadro I** – Apresentação da amostra do estudo alvo de entrevista semi-estruturada (2008).

Nome	Área geográfica	Área de Intervenção	Função desempenhada na instituição	Tempo de realização das entrevistas
Sujeito A	Porto	Saúde	Médica	De Janeiro a Setembro de 2008
Sujeito B	Porto	Saúde	Médica	
Sujeito C	Baião	Saúde	Enfermeira	
Sujeito D	Trofa	Saúde	Enfermeira	
Sujeito E	Vila do Conde	Saúde	Enfermeira	
Sujeito F	Porto	Educação	Educadora de Infância	
Sujeito G	Porto	Educação	Educadora de Infância	

<sup>14</sup> Levantamento realizado em 2007 antes da reestruturação para ACES.



Face à amostra pode-se assim distinguir dois grupos distintos face aos principais objetivos. A escolha desta população obedeceu a um conjunto de critérios essenciais para uma compreensão mais alargada do impacto que o projeto teve na comunidade. Assim sendo, pensámos que este grupo de profissionais de saúde e educação constituíam o grupo mais adequado para entrevistar, pois permitiriam que se evidenciassem diferentes pontos de vista, capazes de respeitar as especificidades da amostra em presença. As entrevistas foram gravadas, após pedido de autorização, para manter a fiabilidade dos dados e foi garantida confidencialidade das informações prestadas, tendo os entrevistados livre acesso à entrevista depois de transcrita. Uma entrevistada recusou a gravação da entrevista, optando por fazê-la por escrito, mas mostrando sempre disponibilidade e interesse por participar no estudo.

## **Apresentação e Discussão dos Resultados**

### *O universo da saúde escolar no distrito do Porto*

É de realçar que, tal como já foi acima referido, este estudo assenta no trabalho desenvolvido pela saúde escolar em 2006/2007 antes da transformação organizacional da administração pública, da administração de saúde e dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários que decorreu durante o ano de 2008 (Decreto-Lei 28/2008: Criação dos ACES). Assim sendo, de acordo com os dados fornecidos pelo Departamento de Saúde Pública da ARS Norte do distrito do Porto relativamente ao ano 2006/2007 a percentagem de centros de saúde com programa de saúde escolar é de 91,7%. Assim se verifica que, efetivamente, a saúde escolar tem uma posição marcante na comunidade pois exerce uma enorme pressão sobre as instituições educativas no que se refere à promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, para que as crianças e os jovens desde cedo desenvolvam uma vida saudável, aumentando o seu bem-estar e a sua qualidade de vida a curto, médio e longo prazo. Deste modo, o trabalho desenvolvido pela saúde escolar no Distrito do Porto abrange 72,3% dos jardins-de-infância; 80,7% das escolas de 1º ciclo do ensino básico; 90% de escolas do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico; 83,5% das escolas de 2º e 3º ciclo do ensino básico; 71,4% das escolas de 2º, 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário; 78,9% das escolas de 3º ciclo e ensino secundário; 71,4% das escolas secundárias; 35,7% das escolas profissionais e 82,8% de outras tipologias referentes a instituições educativas. Neste sentido, a saúde escolar procura alargar o

seu programa a toda a comunidade educativa e envolver alunos, educadoras, professores, auxiliares de ação educativa, encarregados de educação nos projetos de Educação para a Saúde, no entanto, aqueles que mais beneficiam do trabalho desenvolvido são os alunos do 1º ciclo do ensino básico (81,9%), seguindo-se as crianças dos jardins-de-infância (70,1%), os jovens do 3º ciclo (66,6%), do secundário (54,3%) e por fim os do 2º ciclo do ensino básico (51,9%).

#### *Caraterização das equipas de saúde escolar objeto de estudo*

Trata-se de um estudo através do qual se tentou perceber qual ou quais as conceções de Educação para a Saúde que as equipas de saúde escolar do distrito do Porto perfilham, bem como saber qual o papel que, para os inquiridos, um profissional de educação poderá assumir numa equipa de saúde escolar. Embora no início das entrevistas as pessoas se identifiquem, por questões de confidencialidade serão referidas por letras. Partindo da sua capacidade de reflexão acerca do assunto abordado no presente estudo, espera-se que os seus discursos contribuam para um esclarecimento e aprofundamento de como a saúde escolar se organiza, qual o trabalho que desenvolve e quais as áreas de intervenção privilegiadas e respetivos públicos-alvo.

**Quadro II – Caracterização dos sujeitos entrevistados**

<b>Caracterização da amostra do estudo</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Há quanto tempo desempenha esta função (anos)</b>
Sujeito A	Feminino	47	Médica	-
Sujeito B	Feminino	54	Médica de Saúde Pública	22
Sujeito C	Feminino	31	Enfermeira	17
Sujeito D	Feminino	52	Enfermeira	10 (na saúde escolar)
Sujeito E	Feminino	51	Enfermeira especialista em Saúde Comunitária	8 (na saúde escolar)
Sujeito F	Feminino	47	Educadora de Infância	25
Sujeito G	Feminino	29	Educadora de Infância	5

Ao abordar-se os resultados obtidos através da análise de conteúdo verificou-se que existem duas grandes áreas que sobressaem nos discursos e se cruzam em todos os entrevistados: o trabalho desenvolvido pela área da saúde escolar e a reflexão sobre os projetos de Educação para a Saúde. No âmbito da saúde escolar foram vários os temas focados pelas entrevistadas, nomeadamente a formação da equipa de saúde escolar, as áreas de intervenção privilegiadas e a articulação com as escolas de forma a satisfazer os interesses e as suas necessidades.

Relativamente aos elementos da equipa de saúde escolar, existe unanimidade no que se refere às carências que dizem respeito ao número de elementos que a constituem ou à disponibilidade dos mesmos, nomeadamente quando alguns desses membros têm que assumir outras funções profissionais. Por outro lado, algumas das entrevistadas não deixam de referir a necessidade das equipas integrarem outros tipos de profissionais, nomeadamente psicólogos, assistentes sociais ou, entre outros, técnicos de higiene oral.

O que é interessante nos discursos captados é poder constatar-se que se começa a consolidar uma conceção de equipa de saúde escolar como um coletivo interdisciplinar, o que exprime a transição de uma perspetiva fechada, de natureza clínica, para uma perspetiva que se pode designar por ecológica, no sentido em que se amplia a compreensão dos desafios que dizem respeito ao universo da saúde escolar, respondendo-se aos desafios do Plano Nacional de Saúde Escolar 2004-2010 (2004:63) quando neste documento se afirma que “para se desenvolverem com eficiência e de uma forma participada e informada as intervenções necessárias para melhorar o estado de saúde dos portugueses, é necessário promover mudança de cultura, de hábitos de trabalho e de formas de responsabilização”.

#### *Equipas de saúde: Práticas e Contextos*

Ainda que as entrevistadas reconheçam as limitações de natureza logística das equipas de saúde escolar que coordenam, tal reconhecimento pode ser lido como a expressão da afirmação da importância dos projetos de saúde escolar quer na área da saúde, quer na área da educação.

“Precisávamos, se calhar de mais enfermeiros para desenvolvermos ainda mais, não é? Mais horas. Porque é assim: as horas que eu tenho, se calhar, não são as

suficientes. Tenho consciência. Mas o trabalho do centro de saúde também exige muito pessoal tenho uma extensão em que tive de enviar enfermeiros da sede para a extensão. Portanto, se calhar, precisava era de mais horas para a saúde escolar, não é? Mas... Vamos fazendo. Vamos adequando.” – **Sujeito D**

“Já temos colaboração, por exemplo de enfermeiros de especialização de saúde infantil, e outros profissionais inclusivamente do centro hospitalar já pedimos colaboração de pediatras que vão dar continuidade a projectos que temos nessas escolas, e com outros enfermeiros mesmo que tenham conhecimentos, por exemplo na área do suporte básico de vida que já tivemos escolas que pediram a colaboração do centro de saúde nesse sentido.” – **Sujeito E**

Uma leitura mais atenta de outras afirmações das entrevistadas permite corroborar a consolidação da Educação para a Saúde como um campo de intervenção interdisciplinar em expansão. Ainda que se possa considerar que os projetos, neste âmbito, se dirigem, sobretudo, para o domínio de faixas etárias específicas, nomeadamente as crianças entre os cinco e seis anos e os adolescentes de 13 anos, há que reconhecer que tal propósito não invalida a valorização de outros sujeitos-alvo como a comunidade educativa, educadores, professores, auxiliares, pais e encarregados de educação.

“Vai desde os infantários até ao 12.º que temos cá. E professores. Toda a comunidade escolar, normalmente, é abrangida. [...] Nós não temos escola profissional. ATL não costumo ir. Agora, infantários privados sim. Todos os infantários estão abrangidos. [...] Os alunos. Principalmente os alunos. E em seguida se calhar professores e auxiliares. Os pais são assim sessões mais esporádicas. Pais e muitas vezes alargado à comunidade em geral. Quando são acções ao fim-de-semana é para a comunidade em geral. Normalmente pedem para abrir à comunidade, que se fazem muitas acções ao fim de semana.” – **Sujeito C**

Perante esta diversidade de sujeitos-alvo pergunta-se quais os conteúdos dos projetos de intervenção que se desenvolvem no âmbito da Educação para a Saúde. Como se constata pelos discursos das entrevistadas, e para além dos exames globais e do PNV que todos eles cumprem indo de encontro aos objetivos do PNSE, as equipas privilegiam os projetos específicos de promoção de saúde, relacionados com a faixa etária da população.

“Várias actividades desde os exames de saúde globais que são efectuados, como os diferentes rastreios de visão, audição, o rastreio da cavidade oral, o encaminhamento das crianças para os programas existentes de saúde oral, desde a detecção de alguns problemas a nível da saúde psicológica das crianças com a respectiva orientação para os médicos de família, portanto há digamos um tomar conta da maior parte dos problemas que podem afectar as crianças na sua fase

escolar e que obviamente estão a condicionar quer o seu rendimento escolar, quer o seu pleno desenvolvimento como cidadão do futuro.” – **Sujeito A**

“Vacinação, sempre. Saúde oral. Segurança, higiene e saúde nas escolas, mais ou menos. Educação rodoviária, educação alimentar, educação ambiental, educação sexual, DST, contracepção e exames globais dos 6 aos 13 anos.” – **Sujeito B**

“Sim. Eu faço por obedecer ao que está estabelecido no Programa de Saúde Escolar. Os exames globais de saúde, o plano nacional de vacinação, a educação sexual, neste momento, obrigatória e nos infantários faço mais a prevenção de acidentes que também está protocolado.” – **Sujeito C**

“Porque antigamente nós dávamos o flúor a todas as crianças. Pedíamos autorização aos pais. Muitas vezes as crianças faziam em casa. Deixaram de fazer, faziam na escola. Agora como sabe, com o novo programa temos de fazer uma avaliação do risco, não é? Fazemos. Não damos por nenhuma criança... dos jardins principalmente, porque das escola, das EB1, está descrito que se pode fazer os bochechos, não é? É para se fazer a todas as crianças.” – **Sujeito D**

Como se constata pela leitura dos discursos das entrevistadas, os projetos de Educação para a Saúde estão longe de ficar confinados a intervenções especializadas de natureza médica, alargando-se a temáticas que, hoje, constituem temáticas que se privilegiam no campo da educação escolar, como é o caso, dos programas de educação sexual, de alimentação saudável ou o combate aos hábitos tabágicos.

É neste domínio que as opiniões divergem entre os profissionais de saúde e os profissionais da educação, especificamente quanto à sistematização e continuidade das intervenções, visto que os primeiros consideram que desenvolvem atividades contínuas e os professores afirmam, pelo contrário, que as intervenções de saúde escolar ocorrem ao longo do ano letivo, mas são de carácter pontual.

“Contínuas e programadas. [...] Não. Uma acção tem continuidade. Normalmente o que é que nós fazemos? Normalmente nós preparamos uma turma. Vamos lá e estamos a falar com uma turma. Essa turma é trabalhada. E essa turma, depois, na colaboração connosco, vai trabalhar outras turmas. Para não sermos só nós que estamos ali. Envolvermos a comunidade escolar. Os miúdos gostam de transmitir aquilo que aprenderam. Claro que estamos sempre nós por trás para verificar se as coisas estão de acordo ou não. E acho que tem dado. Para já tem sido positivo.” – **Sujeito C**

“Pontuais, depois poderá ter uma ou outra mais contínua mas à partida são pontuais. [...] É quando nós solicitamos, a saúde escolar quando vem do centro de saúde é quando nós solicitamos. E às vezes eles propõem, sabem que nós temos um projecto e vêm. [...] É a meio do ano lectivo. E não faz várias deslocações, é uma deslocação e chega.” – **Sujeito F**

“As que são feitas ou as que são programadas pela instituição são contínuas, as que são em colaboração com o centro de saúde neste momento são pontuais. [...] Por norma vem no início e no final do ano lectivo. Depois depende do número de actividades que se vai desenvolver. É jogar com o calendário, uma vez que eles também têm muitas escolas, o centro de saúde tem muitas escolas e muitos jardins para controlar.” – **Sujeito G**

O sujeito C aponta para uma via de intervenção que parece prefigurar um certo tipo de parceria entre os Centros de Saúde e escolas. Parceria esta que importa discutir quanto aos seus termos e aos sentidos das mesma. É certo que independentemente da realidade concreta que se vive no quotidiano, há, pelo menos, uma consciência inequívoca da necessidade de as iniciativas na área de Educação para a Saúde se desenvolverem de forma sistemática, tal como transparece do discurso de um dos profissionais de saúde que foi entrevistado.

“Nós não queremos pontuais porque isso não resulta. Tem que ser sistemático. Porque isso já foi feito há muitos anos atrás. Agora, não. Não quer dizer que uma, para no futuro a instituição desenvolver um projecto em parceria com o centro de saúde... não quer dizer que não façamos. Mas só se for uma actividade, realmente, que seja uma necessidade premente naquele momento, porque senão, não.” – **Sujeito E**

Como se pode constatar, não se está perante uma problemática isenta de tensões e de contradições, como transparece, aliás, do discurso de uma das educadoras de infância que foi entrevistada, a qual considera que:

“Isso só se entrar em contacto com elas, se não entrar em contacto acho que não, porque já trazem aquilo programado. Por exemplo aqui há dois/três anos fizeram para os adultos, fizeram uma acção de formação sobre produtos alimentares... sobre essa área, mas isso foi para os adultos. No resto acho que eles podem mudar mas aí temos de ser nós a contactar com eles.” – **Sujeito F**

Segundo este conjunto de informações, através das quais se exprime o ponto de vista de uma das educadoras, não se pode falar em parceria entre o seu jardim-de-infância e o respetivo centro de saúde, já que, na sua opinião, toda a intervenção da equipa de saúde escolar já estaria programada e só ocorreria mediante uma solicitação explícita das instituições escolares. Trata-se de uma perspectiva que, contudo, não é confirmada pelas entrevistadas relacionadas com as instituições de saúde, quando estas não recusam a existência de programas na área da Educação para a Saúde, mas mostram que tal opção não invalida o contacto prévio com as escolas e até a influência destas na configuração desses programas.

“O trabalho é sempre feito em colaboração com as escolas. [...] Para além disso é muito importante a sua actividade como educação para a saúde em que para além das actividades que possam ser definidas como prioritárias temos sempre em conta qual é o plano das escolas e quais são os objectivos específicos dos programas anuais das escolas e dessa comunhão nasce digamos o plano de formação aos diferentes anos escolares. Outras actividades a funcionar assim de momento existem não no âmbito da saúde escolar mas já no âmbito da saúde pública em si, quando existem alguns casos de surtos de doenças que surgem, mas isto já não é no âmbito da saúde escolar, é mais no âmbito da saúde pública.”

– **Sujeito A**

“Sim. Porque são as instituições que conhecem o terreno, não é? Eles é que lá andam, eles é que estão lá todos os dias. Portanto, tudo o que fazemos nas escolas tem de ir de encontro às necessidades deles. Senão não resulta. Se formos lá com alguma coisa que não lhes diga nada, não resulta, nem sequer temos colaboração.” [...] Sim, sim. Há escolas que devido ao meio em que estão inseridas têm um certo tipo de necessidades. Diferem muito aqui na zona. [...] Sim, sim. Se as escolas querem que a gente intervenha a nível das necessidades que sentem, não é? Elas é que conhecem o terreno, não é? Sim. E pedem opinião também, não é?” – **Sujeito E**

Em termos da análise possível dos discursos das entrevistadas não se pode chegar a conclusões perentórias sobre as estratégias de implementação dos projetos de Educação para a Saúde, a não ser que parece que não é de projetos que se trata, mas de programas. A segunda observação que parece ser possível fazer diz respeito ao facto da relação entre as escolas e os Centros de Saúde, na perspetiva das entrevistadas, parecer desenvolver-se, nalguns casos, como uma relação de subserviência ou, como noutros casos, como uma relação de carácter instrumental. Trata-se de uma problemática a indagar que, no entanto, merece ser entendida como uma problemática que exprime a novidade que o campo da Educação para a Saúde constitui e a necessidade de entender esse campo como um campo cuja margem de progressão e desenvolvimento se encontra ainda por delimitar.

#### *A pertinência de profissionais de educação na equipa de saúde escolar*

Após a análise dos dados recolhidos, considera-se que um técnico superior de educação trará benefícios para a área da saúde, pois embora o seu perfil seja muito difuso, condição esta que pode ser entendida tanto como uma vantagem, como com uma desvantagem, pode, mesmo assim, contribuir com um novo olhar sobre o campo da saúde, visto que ao termos competências para trabalhar numa pluralidade de domínios, como o da educação (no seu sentido mais amplo e abrangente), da saúde, da formação, da investigação, da intervenção, entre outros, instituições de saúde

como os centros de saúde só terão a beneficiar com esta perspectiva de formador, coordenador, consultor, investigador, mediador e avaliador que lhe podemos proporcionar.

Deste modo, a importância que um profissional de educação assume num contexto de mudanças das práticas de saúde deve-se ao papel social que representa junto das comunidades, ao perfil pedagógico que possui e que constitui uma base sólida de intervenção capaz de permitir a sua integração em equipas multiprofissionais. É fundamental a permanência na equipa de um elemento com formação pedagógica, que possa ser responsabilizado pela implementação de ações de promoção e proteção da saúde com indivíduos ou grupos sociais, por meio de processos educativos na área saúde, que privilegiem o desenvolvimento de atitudes de cidadania, a partir do campo da Educação para a Saúde.

Neste sentido, é importante a existência de um profissional de educação na equipa que trabalhe tendo como ponto de partida os saberes, experiências e vivências dos alunos e que avalie os projetos desenvolvidos nesta área, para que estes não surjam nem como iniciativas isoladas, nem como iniciativas esporádicas. Deste modo, tanto a área da educação, como a saúde escolar teriam a beneficiar com esta integração, mesmo porque, como se afirma no PNSE (2004:6) “a realidade da saúde escolar tem-se modificado. Hoje, ao mesmo tempo que recriamos as áreas existentes, assistimos à emergência de novos desafios, pelo que urge adequar o Programa a essa realidade, sem receio de perdermos a nossa identidade”. Como forma de dar resposta a esses novos desafios que a sociedade lança, as equipas de saúde escolar, deveriam integrar o maior número de profissionais das mais diversas áreas (medicina, enfermagem, higiene oral, nutrição, psicologia, pedagogia...) que desempenhem um papel de mediadores considerados como um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos do modo de vida da comunidade, entre as necessidades de saúde e os outros tipos de necessidades das pessoas.

### **Conclusão**

Numa análise final, verificou-se um desfazamento entre a teoria e a prática pois os objetivos teóricos definidos não conseguem ser alcançados na prática, por falta de recursos humanos e pelas comunidades serem distintas umas das outras e necessitarem de intervenções específicas. Nesse sentido torna-se fundamental



combater as lacunas existentes e encontrar o caminho para se enriquecer as equipas com os recursos humanos necessários e os conhecimentos técnicos para se alcançar resultados positivos.

### **Referências Bibliográficas**

- ANTUNES, Elsa Mourato e MENDES, Carla Silva (2004). “Promover a Saúde em Saúde Escolar”. In RIBEIRO, José Pais e LEAL, Isabel (2004). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Carlouste Gulbenkian.
- COSTA, Felicíssima (1996). *As práticas da educação para a saúde em contexto escolar – a alimentação – (um caso de estudo)*. Dissertação de Tese de Mestrado em Ciências da Educação, na área da Formação e Desenvolvimento para a Saúde. Porto: FPCEUP.
- MATOS, *et. al*, (2004). “Promoção e educação para a saúde”. In MATOS, Margarida Gaspar de (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Edições.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR 2004-2100 (2004). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS – Divisão de Saúde Escolar, Vol. I – Prioridades; Vol. II – Orientações Estratégicas.
- PRECIOSO, José (2004). “Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho”. In *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. Vol. 3, nº 2.
- ROGADO, Teresa e TEIXEIRA, José A, Carvalho (1997). “Intervenção Psicológica na Educação para a Saúde no Sistema de Saúde Primários”. In RIBEIRO, José Pais (1997). *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

### **Diplomas legislativos**

Decreto-Lei 157/99 (Estabelece o regime de funcionamento dos centros de saúde);

Decreto-Lei 28/2008 (Criação dos ACES);

Lei nº 46/86 (Lei de Bases do Sistema Educativo);

Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde).

**Prácticas de investigación / Práticas de Investigação / Research Practices**

## **ATENDIMENTO A AGRESSORES COMO FORMA DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

**Artenira da Silva e Silva Sauaia<sup>15</sup>**

Universidade Federal do Maranhão/Observatório Ibero Americano de Saúde e Cidadania.

[artenirassilva@hotmail.com](mailto:artenirassilva@hotmail.com)

**José Manuel Peixoto Caldas<sup>16</sup>**

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

[jcaldas@fpce.up.pt](mailto:jcaldas@fpce.up.pt)

**Lígia Moreira Almeida<sup>17</sup>**

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Instituto de Saúde Pública). [ligia\\_almeida@fpce.up.pt](mailto:ligia_almeida@fpce.up.pt)

**Sandra Maria Ferreira Portilho<sup>18</sup>**

Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos – SEMCAS.

[sandraportilho@gmail.com](mailto:sandraportilho@gmail.com)

**Lucian da Silva Viana<sup>19</sup>**

Universidade Federal do Maranhão – UFMA. E-mail: [lucianviana@yahoo.com.br](mailto:lucianviana@yahoo.com.br)

### **Resumo**

Objetiva-se propor um atendimento psicossocial para agressores domésticos de crianças na primeira infância. Para isso, realizou-se uma pesquisa descritiva intervencionista, de abordagem quantiquantitativa. A intervenção terapêutica foi realizada em 98 agressores, em aproximadamente 15 sessões entre outubro de 2007 a junho de 2008. A partir dos encontros individuais e em grupo, os indivíduos conseguiram dar voz às suas frustrações mais dolorosas, explicitando-as, bem como aos paradigmas por eles incorporados via experiências de relações interpessoais

---

<sup>15</sup> Psicóloga, Docente e Pesquisadora. Doutora em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Coordenadora de Pesquisa do Observatório Ibero Americano de Saúde e Cidadania. E-mail: [artenirassilva@hotmail.com](mailto:artenirassilva@hotmail.com)

<sup>16</sup> PhD, Médico e Sociólogo, diretor do Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship, diretor do Iberoamerican Journal of health and Citizenship, membro do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais, membro da COLAM – OUI e da Latin American Studies Association, investigador do Conselho Europeu CEISAL de Investigações Sociais da América Latina. E-mail: [jcaldas@fpce.up.pt](mailto:jcaldas@fpce.up.pt)

<sup>17</sup> Licenciada e Mestre em Psicologia da Saúde (formação pré-Bolonha) pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, e Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Instituto de Saúde Pública). E-mail: [ligia\\_almeida@fpce.up.pt](mailto:ligia_almeida@fpce.up.pt)

<sup>18</sup> Assistente Social, especialista em Violência Doméstica. Coordenadora de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos – SEMCAS. E-mail: [sandraportilho@gmail.com](mailto:sandraportilho@gmail.com)

<sup>19</sup> Discente do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. E-mail: [lucianviana@yahoo.com.br](mailto:lucianviana@yahoo.com.br)

pretéritas relacionadas à suas famílias originais e constituídas, definindo simbolismos ligados ao conceito de família e relacionamento familiar que se mostraram negativos no que se refere a prevenir a violação de direitos de crianças na primeira infância. O estudo revelou que tratar o agressor é uma alternativa viável e muito eficiente no que tange a proteger a vítima, efetivamente integralizando o atendimento à mesma.

**Palavras-chave:** Violência doméstica, Infância, Acompanhamento Psicossocial, Agressores domésticos, Violação de direitos.

## **ATTENDING THE PERPATRATOR AS A WAY TO FACE DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN IN EARLY CHILDHOOD**

### **Abstract**

The objective of this study is to provide a psychosocial approach concerning domestic violence perpetrators who violate children in early childhood. This objective was achieved through a descriptive, intervencionist and quali-quantitative study. A therapeutic intervention was undergone with 98 violators within 15 sessions in average between October 2007 and June 2008. Attending individual and group sessions the perpetrators could open up and talk about their most painful frustrations, resignifying previous experiences related to their interpersonal experiences, mainly the ones considering their original and present families. This has been perceived as being as a fundamental approach to help them develop new family concepts which can allow an efficient prevention of rights violation of young children. This present study has revealed that treating the aggressor is an efficient alternative way to actually protect the victim, completing the professional intervention concerning a young child whose rights has been violated.

**Keywords:** Domestic violence, Childhood, Psychosocial treatment, Domestic perpetrators, Rights Violation.

## **SERVICIO PARA DELINCUENTES COMO UNA FORMA DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN PRIMERA INFANCIA**

### **Resumen**

El objetivo es proponer una atención psicossocial a los maltratadores domésticos de niños en la primera infancia. Para eso, realizó una búsqueda descriptiva intervencionista, de abordaje cualitativa y cuantitativa. La intervención terapéutica fue realizada en 98 maltratadores, a cerca de 15 sesiones entre octubre de 2007 hasta junio de 2008. A partir de los reuniones individuales y de grupo, los individuos conseguirán dar voz a sus frustraciones de mayor dolor, explicitando-las y los paradigmas por ellos incorporados a través de las experiencias de las relaciones

interpersonales pretéritas relacionadas con sus familias originales y constituidas, definiendo simbolismo conectados a la noción de la familia y sus relacionamiento en la familia que fueron negativos en lo que dice a respecto de prevención a la violación de los derechos de las crianzas en su infancia. El estudio encontró que el tratamiento del delincuente es una alternativa viable u muy eficiente en lo que dice a respecto de proteger la víctima, efectivamente integralizando el mismo cuidado.

**Palabras clave:** Violencia doméstica, Seguimiento psicosocial infantil, Los delincuentes nacionales, Violación de los derechos.

## Introdução

Apesar de ser um fenômeno que ocorre desde a antiguidade, a violência doméstica, em especial a que é direcionada contra crianças e adolescentes, passou a ser mais amplamente discutida sob a perspectiva da assistência apenas a partir da década de 1980, época em que começaram a surgir os primeiros programas para atendimentos relacionados ao tema (Brito *et al.*: 2005).

Esse tipo de violência é regida pelo artigo quinto do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que menciona: “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei, qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

A violência contra criança e adolescente é dividida em: Violência Física realizada de forma direta (socos, pontapés, palmadas, etc.); Abandono Material (recusa de pensão alimentícia ou provimento de suas necessidades materiais básicas), Afetivo (rejeição ou abandono) , Intelectual (não proporcionar educação), Abuso Sexual (agressão sexual, exposição do corpo, estupro, etc), Exploração Comercial (trabalho escravo, exploração sexual, etc), Trabalho Infantil e Maus-tratos Psicológicos (insultos, agressão verbal e intimidação). Essas formas de violência podem produzir sérios traumas na vida do infante (Scherer; Scherer: 2000).

De acordo com dados do serviço Disque Direitos Humanos (Disque 100), o Maranhão foi o quinto estado brasileiro com maior número de denúncias envolvendo crianças e adolescentes no ano de 2011. No total, foram 4.686 casos de violência, que representam 5,7% do total de denúncias em todo o país (O IMPARCIAL: 2012). Em São Luís, capital do estado, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) notificou 331 casos de violência contra a criança e adolescente no ano de 2010. Entre esses, a forma de violência mais comum foi o abuso sexual (41%), seguido por violência física (26%) e psicológica (22%). A faixa etária mais prevalente

foi a de crianças de 7 a 14 anos (53%), sendo a primeira infância (0 a 6 anos) responsável por 18% dos casos. Os encaminhamentos das vítimas para os CREAS partiram principalmente dos Conselhos Tutelares e outros (74%). A maioria das meninas (83%) e meninos (77%) agredidos eram de raça parda e negra.

Em relação aos agressores, os dados de 2010 do CREAS, indicam que 27% das agressões são cometidas pelo pai da criança, a mãe e o padrasto são responsáveis igualmente por 12% dessas; o restante dos familiares – irmãs (os), tias (os), Avós (ôs), madrasta, etc. – respondem por 24% dos casos, e pessoas fora do ambiente familiar são os responsáveis pelos demais 25% das violências cometidas contra crianças e adolescentes. Em relação a renda familiar, 74% das vítimas cohabitavam em famílias cuja renda média era de 0 a 1 salário mínimo. Entre os 79% que informaram a escolaridade, 60% não tinha o ensino médio completo. Todos esses dados foram fornecidos pela coordenação das unidades do CREAS da Secretaria Municipal da Criança e da Assistência Social (SEMCAS) de São Luís.

A primeira infância é o período no qual o ser humano adquire um sentimento de segurança ou insegurança em relação ao mundo, bem como sedimenta ou não sua autoestima, o que terá uma influência marcante no futuro desenvolvimento pessoal, relacional, social e profissional do ser humano em questão (Brito *et al.*: 2005).

Nessa fase, a criança apresenta alguns fatores agravantes no que se refere às consequências danosas de ter sofrido violência em seu ambiente doméstico, a saber: dependência emocional acentuada ou maior fragilidade em relação aos outros membros da família, inclusive em relação a seu agressor, de quem espera cuidado e afeto; tende a culpar-se pela violência que sofre; encontra-se em situação de absoluta impotência para interromper a violência agravada pela repetição indefinida e multifacetada.

O fato de ser agredida por quem deveria protegê-la, sendo o agressor também cuidador (termo utilizado para caracterizar os responsáveis pela criança), contribui para que se esteja diante de uma ambiguidade da relação que é emocionalmente desestruturante para o infante (Suaia: 2010). A criança tem de lidar com um conflito enorme, que é o de amar o agressor e odiar a agressão (Boarati; Sei; Arruda: 2009), chegando, por isso, a mentir para proteger o agressor, o que acaba por conferir segurança para que o violentador possa perpetuar o ciclo de agressões sem uma preocupação maior em ser denunciado e/ou judicialmente punido.

Entende-se que, atender ao agressor da criança é a via mais ágil para tentar inibir a prática da violência, além de constituir prática fundamental de integralização de atendimento à vítima de violência doméstica na primeira infância. Isso porque o atendimento exclusivo à vítima não garante a interrupção da violência cometida pelo agressor, apesar de capacitar emocionalmente o violentado a resignificar a violência sofrida, amenizando as sequelas deixadas no corpo e, principalmente, na “alma” do agredido (Bee: 1986).

Os serviços de atendimento a crianças vítimas de violência intrafamiliar, por vezes, incluem o atendimento psicossocial à família, mas focando a vítima. Objetiva-se então, propor um atendimento psicossocial para agressores domésticos de crianças na primeira infância, podendo assim, cuidar das possíveis dores internas e das dificuldades relacionais desses sujeitos, além de possibilitar que cada agressor possa rever-se do ponto de vista da segurança e auto-estima, em última análise favorecendo a resignificação da violência perpetrada.

Além disso, objetiva-se despertá-los para uma forma diferente de lidar com seus conflitos, dores ou temores internos, elaborando e resignificando suas frustrações ao invés de projetá-las nas crianças que os cercam, quer por serem alvos indefesos e fáceis de depósito do estresse do adulto, quer porque os adultos sintam que a criança “pertence” a quem dela “cuida” (Sauaia: 2010). Propõe-se, assim, mais uma alternativa que se mostrou eficiente no que tange a aumentar as chances de interromper ou cessar o ciclo grotesco da violência intrafamiliar contra a criança, infelizmente ainda epidêmico no mundo.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva intervencionista de abordagem quantitativa. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas e observações de campo, a partir de 1100 visitas domiciliares a famílias atendidas na Estratégia de Saúde da Família, em nove zonas distritais do município de São Luís do Maranhão: Centro, Coroadinho, Itaqui-Bacanga, Anil, Turu, Bequimão, Cidade Operária, São Francisco e Zona Rural.

A partir dos resultados, levantaram-se pressupostos tocantes à violência doméstica contra a criança na primeira infância, que orientaram a criação de um roteiro de atendimento aos agressores com temas pré-definidos que devem nortear os atendimentos psicossociais individuais ou em grupo desses agressores aqui referidos.

A intervenção terapêutica foi realizada em 98 agressores, dentre os quais 87 permitiram a utilização dos dados para fins de construção trabalhos acadêmicos. Os sujeitos de pesquisa foram atendidos entre outubro de 2007 a junho de 2008.

O local de atendimento foi denominado Centro de Resgate das Relações Familiares, não-localizado nos bairros da pesquisa. Foi realizado um plano de atendimento de sondagem, assim, o que favoreceu escolher um local para implementar a sala de atendimento que fosse geograficamente distante de escolas, delegacias, conselhos tutelares ou qualquer outra instituição capaz de criar resistências por parte dos agressores.

A divulgação do centro foi realizada nas principais igrejas e escolas das referidas zonas distritais, por meio da distribuição de cartões de visita e de uma apostila, que continha informações sensibilizadoras sobre a questão da violência doméstica. O cartão de visita continha apenas um telefone para o qual se poderia ligar a cobrar para agendar um atendimento. Após o contato, os usuários iniciavam um processo de intervenção psicossocial voluntariamente.

Ao traçar o perfil pioneiro de agressores diretos e indiretos (aqueles que sabem da existência da violência, mas nada fazem para interrompê-la e proteger a vítima), o estudo ousou aproximar-se dos violentadores para, de perto, tentar sensibilizá-los, ajudando-os a desenvolver a percepção de responsabilização frente à violência causada, no sentido de que deixassem de projetar sua culpa na vítima por qualquer via possível, bem como que percebêssem mais claramente a gravidade da violência cometida.

A proposta em questão deve ocorrer em contexto de compreensão e acolhimento que favoreçam ao agressor resignificar seus conflitos internos. Compreender e acolher o mundo interno de cada agressor, possibilitando-lhe a experimentação de uma relação terapêutica respeitosa com psicólogos, assistentes sociais e educadores jurídicos, pode ser definido como estratégia de intervenção psicossocial, visando contribuir para a redução da epidemia de violência intrafamiliar contra crianças, especialmente contra aquelas que ainda não possuem 6 anos completos.

Os atendimentos foram, prioritariamente, individuais, com duração de uma hora semanal, realizados pela equipe previamente descrita. Ocorreram, entretanto, atendimentos em grupo, com aproximadamente 15 participantes em cada sessão com

duração média de duas horas cada, tendo como facilitadora das discussões e intervenções a coordenadora da pesquisa.

Seguiu-se principalmente Intervenção psicossocial educativa/informativa para os atendimentos em grupo e o procedimento em Psicoterapia Psicodinâmica Breve para os atendimentos individuais. O número médio de intervenções foi de 15 sessões, num período de aproximadamente quatro meses, com duas sessões de *follow-up*: uma 15 dias após o término do atendimento e outra um mês após o processo de intervenção realizado.

Os casos que foram identificados como apresentando psicopatologia que requeresse o uso de medicação psicotrópica e/ou qualquer outro tipo de intervenção medicamentosa foram diretamente encaminhados aos ambulatórios do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUPD) da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, ao CAPS III, ou ao Hospital Nina Rodrigues para o acompanhamento médico.

Vale ressaltar que o estudo parte de um projeto de pesquisa intitulado: “Análise descritiva da violência doméstica na primeira infância em Escolas e Unidades de Saúde da cidade de São Luis – Protocolo de atendimento ao agressor”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, sob o parecer nº 433/07, em 20 de setembro de 2007. Assim, a metodologia considerou as observâncias éticas contempladas na Resolução 196/96 (BRASIL: 1996), que regulamenta a pesquisa em seres humanos em vigor no país. Ressaltou-se também, a garantia de sigilo da identidade na pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto recebeu financiamento do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF.

## **Resultados**

Inicialmente houve uma sensibilização comunitária em prol da proteção da infância. Essa abordagem foi realizada por igrejas e escolas dos bairros, através de disseminação ideológica contra a violência doméstica e de apoio e incentivo à procura de tratamento. A proposta alcançou seus objetivos. Tanto agressores diretos (que causam a agressão) quanto indiretos (que presenciam a agressão e se omitem) procuraram ajuda espontaneamente. Em alguns casos, o agressor indireto foi sensibilizado primeiramente e participou do processo de conscientização do agressor direto.



Assim, o seguimento psicossocial do agressor foi identificado como a fase de acolhimento da abordagem proposta, uma vez que eles, livres de julgamento, puderam desenvolver confiança no processo terapêutico e assim ressignificar emoções atreladas à prática da violência. Para esse manejo, a equipe de técnicos especializando em saúde mental recebeu preparação/capacitação adequada.

A maioria dos agressores não mantinha contato com suas famílias de origem ou relatava ter sofrido violência intrafamiliar ou social na sua vida pregressa. Os agressores expressaram sentimento de inutilidade e insatisfação no emprego. Um total de 76% mudaria de emprego, caso tivesse a oportunidade e 35% encontravam-se desempregados. A renda familiar dos agressores atendidos era, em média, um salário mínimo e meio, e o número de pessoas por casa era de quatro, sendo que 88% deles viviam de aluguel.

Quanto ao sentimento de posse em relação aos infantes, os agressores de fato consideravam a criança um bem ou propriedade e a família como um espaço privado, na qual ninguém pode ou deve interferir, o que é muito preocupante e grave, uma vez que não se percebe a criança como cidadão, detentor de direitos.

A relação com o trabalho e o nível de frustração que apresentavam no tocante ao trabalho e ambiente laboral era muito negativa, o que constitui um dado alarmante frente à crise econômica mundial, que parece poder contribuir para o aumento da violência contra crianças na primeira infância no mundo todo. Seguem algumas falas iniciais dos agressores, coletadas nas três primeiras sessões:

Não dá pra ralar o dia todo, aguentando humilhação, e chegar em casa com menino aperrando. Não sou de ferro. (G.R.N., 33 anos)

Já criei oito filhos e agora ficar correndo atrás de neto não dá. Ajudo minha filha e fico com ele, mas quando ele está muito atentado eu amarro ele na cama e bato com uma toalha molhada nos pés, para minha filha não ter mais aborrecimento e ver alguma "rouxura" nele. (R.G.S., 69 anos)

É meu filho, então eu decido como educar. (G.S., 34 anos)

Se ela é minha filha e um dia ela vai dar para alguém por que eu não posso usufruir dela também? (S.M., 47 anos)

A família é minha, eu faço o que eu quiser. Que porra é essa que não se pode mais educar filho? (D.S., 21 anos)

Ela gosta quando passo a mão nela. Não sei porque esse estardalhaço todo. (S.M., 24 anos, a respeito de sua relação com a filha de 7 anos)

Confesso que chego cansada e não consigo ouvir o choro de bebê, me descontrolo e bato mesmo. (A.G.B., 23 anos)

Sei que meu marido abusa da minha filha. Tento evitar, já denunciei uma vez, não deu em nada, e ele voltou. Gosto dele e o dinheiro que ele bota em casa faz falta. (R.S.S., 45 anos)

Sei que perco a paciência com ele, mas é muito danado e eu tenho que trabalhar o dia inteiro, deixo ele com a vizinha e seja o que Deus quiser. (S.M., 28 anos)

Já criei 10. Agora tenho que ajudar a criar o neto. Se ficarem quietos tudo bem, mas senão, amarro eles e se reclamarem bato no pé deles ou na cabeça, assim ninguém vê marca nenhuma. (A.B.M., 69 anos)

Há também alguns relatos de crianças vítimas de violência e adolescentes que são simultaneamente agressores e vítimas, demonstrando em suas falas, como a violência se perpetua nos lares de forma incidiosa no dia-a-dia, fechando um gravíssimo e grotesco ciclo vicioso:

A gente não pode deixar de ajudar mamãe. Ela trabalha muito e se deita com homens de noite. Eu e minha irmã ganhamos 50 reais por mês para chupar o pau de uma galera que contrata a gente aqui na vila, mas mamãe não sabe. (E.S., 6 anos)

Não adianta denunciar meu pai porque vou negar e já fugi três vezes de inventarem de me tirar de casa. Minha mãe largou ele, tenho ódio dela, e tem dois anos que não sei nem do paradeiro ela. Tenho uma irmã de sete e outra de quatro que se ele tocar nelas eu mato eles. Comigo tudo bem, já aceitei meu sacrifício, mas elas não. (A.F.S., 15 anos, grávida pela terceira vez do pai biológico e comete violência física contra os dois filhos que tem com o pai)

A partir dos encontros individuais e em grupo, os indivíduos conseguiram dar voz às suas frustrações mais dolorosas e expressá-las de modo verbal, bem como aos paradigmas relacionados à família e ao seu conteúdo simbólico. Essa é a fase da ressignificação, objetivo máximo do processo. Criado o vínculo de confiança adequado, os possíveis facilitadores da violência puderam ser identificados e seu

conteúdo ressignificado pelo agressor e, em alguns casos, por toda a família nos encontros conjuntos.

Pioneiramente, o presente estudo definiu os traços comuns aos agressores desse tipo de violência, para, de posse desse conhecimento, propor um tratamento que permeasse as seguintes etapas: sensibilização/responsabilização face a violência cometida, acolhimento e resposta positiva do agressor em relação à vítima e o empoderamento do agressor em relação a manejar não violentamente situações de crise ou conflito.

Enfatiza-se que o atendimento ao agressor deve ser implantado em locais que não identifiquem o paciente atendido exclusivamente como um agressor e, assim, poder ser alvo de hostilidade social na comunidade na qual o local de atendimento está inserido, o que dificulta ou impossibilita a adesão à abordagem proposta.

Nas duas sessões de verificação foi obtido 91% de retornos positivos em relação à agressão cometida, assumida ou denunciada. Todos aceitaram continuar a terapia por mais seis meses nos consultórios particulares da equipe. 30% dos atendimentos foram concluídos, possibilitando que os dois últimos ocorressem em conjunto com a vítima.

Os dois atendimentos mensais de verificação, com 90% dos agressores, foram realizados em dois momentos, individualmente e em conjunto com um membro familiar, em 10% dos casos, com a própria vítima. É importante destacar que os 10% que não retornaram espontaneamente para os atendimentos de verificação estavam dentro dos 20% já denunciados na Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, antes do início do atendimento psicológico.

Por fim, ressalta-se também que no dia 9 de julho de 2012 a Secretaria da Criança e do Adolescente de São Luís do Maranhão inaugurou o primeiro Centro De Resgate Das Relações Familiares brasileiro no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) Centro, São Luís, a fim de dar prosseguimento ao amadurecimento dessa estratégia de integralização ao atendimento de vítimas de violência doméstica na primeira infância. A equipe de atendimento conta com duas psicólogas, duas assistentes sociais, a coordenadora dos CREAS, a superintendente da Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social (SEMCAS), uma consultora e supervisora técnica e um educador direito, tendo a equipe passado por uma capacitação inicial de 40 horas presenciais com módulos de educação continuada, com 40 horas aula cada, previstos para serem ministrados a cada dois meses por

docentes UFMA e UP (Universidade do Porto - Portugal) que já estejam desenvolvendo esse tipo de trabalho por um prazo de um ano.

Os encontros da equipe técnica para discussão de casos, estudo de casos e estudo sistematizado ocorrerão semanalmente nos primeiros três meses de realização do serviço para definição de ajustes dos procedimentos adotados bem como para identificar parceiros do trabalho que precisem ser sensibilizados para a efetiva realização de um trabalho em rede. Inicialmente a Secretaria da Criança e do Adolescente assinou um acordo de cooperação com a Terceira vara de família da capital e pactuou atividades em parceria com o Conselho Tutelar da Cidade Operária.

### **Discussão**

O trabalho foi bem-sucedido quanto à divulgação e percebeu-se que a demanda espontânea pelo serviço oferecido foi intensa, o que torna viável atender o agressor como uma estratégia importante no combate à violência intrafamiliar contra a criança, não apenas enquanto demanda espontânea, mas principalmente por recomendação judicial a exemplo do que já acontece em diversos países no que tange a violência doméstica.

Os primeiros temas trabalhados em terapia, de acordo com o roteiro temático, ressaltaram as relações afetivas do agressor e seus papéis sociais, objetivando a continuidade do processo de sensibilização iniciado na primeira etapa de contato com a comunidade, bem como favoreceram o enfrentamento do agressor de suas próprias dores. Considerou-se a compreensão e o acolhimento ao violentador uma ferramenta fundamental para a obtenção de bons resultados terapêuticos, o que, em hipótese alguma significa perder de vista o objetivo favorecer que o agressor perceba a gravidade do ato de violência cometido sob a perspectiva de si e da vítima nem que se deixe de focar na conscientização da responsabilização efetiva do mesmo.

Quanto à vontade, 90% dos pacientes gostariam de poder ter dado continuidade ao atendimento psicológico iniciado. As discussões sobre as relações de trabalho, sobre o significado de família e as necessidades de afeto e cuidado mostraram-se eficazes para trazer à tona o sentimento de culpa do agressor, relacionando a violência cometida aos outros aspectos da vida dele, indicando um caminho de prevenção a ser trabalhado nas comunidades por agentes de saúde, conselheiros tutelares e escolas.

O processo terapêutico em questão revela-se duplamente útil, pois, ao mesmo tempo em que intervém de maneira ampla, individual e singular, resignificando as dores emocionais de agressores e agredidos, atua minimizando as chances de reprodução comportamental violenta, favorecendo o rompimento efetivo desse ciclo vicioso e epidêmico que vem crescendo mundialmente. Este contribui substancialmente, portanto, de forma imediata e profilática a danos inimagináveis no que tange ao comportamento e ao psiquismo de futuras vítimas e das vítimas atuais.

Programas locais devem atuar sinergicamente em rede com campanhas de alcance nacional promovendo a construção coletivas do que seja o exercício da paternidade e maternidade responsáveis preconizadas pelo ECA, contribuindo assim para que as famílias voltem a desempenhar seu papel de educadoras e protetoras da criança, a fim de fixar a noção de que o ambiente familiar não pode continuar sendo tratado como privado, impenetrável ou inviolável, tendo em vista que a omissão da denúncia já configura uma agressão indireta contra qualquer criança.

A eficiência dessa experiência com agressores justifica sua experimentação no combate ao ciclo violento que se perpetua no mundo, bem como justifica o desenvolvimento de outras experiências que reforcem toda possibilidade de qualquer tipo de resgate, restauração ou resignificação de laços familiares como sendo um componente fundamental da proteção integral aos direitos das vítimas infantis de violência doméstica, uma vez que os laços, em geral de parentesco, da vítima com seu agressor não desaparecerão apesar da responsabilização judicial do agressor, do afastamento do mesmo do núcleo familiar ou até da perda do poder familiar do agressor.

O estudo é justificado também pela ausência de registros anteriores na literatura a respeito de processos semelhantes, quer na literatura nacional ou internacional, uma vez que os estudos publicados em relação a atendimentos de agressores domésticos focam prioritariamente no agressor de mulheres, logo enfatizando a violência de gênero como a mais estudada, apesar da incidência mundial alarmante da violência intra-familiar contra crianças na primeira infância e do fato da mesma ser uma das mais prevalentes, além de sua incidência estar em crescimento.

## **Conclusões**

O silêncio que ainda ronda a violência doméstica impede o manejo das suas consequências psicossociais para vítimas e agressores, imprimindo-lhe mais força e

poder de construções inconscientes, podendo ser expressas futuramente em atitudes violentas gradativamente mais repetitivas e intensas (Moreno: 1999).

Esse modelo de abordagem da violência doméstica contra a criança mostrou-se eficaz como uma medida importante, no que se refere a contribuir em favor da interrupção do ciclo de violência focado neste estudo e da real possibilidade de oferecer um atendimento integral à proteção dos direitos da criança vítima de violência intra-familiar. Tratando exclusivamente a criança, é possível amenizar parcialmente as consequências da violência para a vítima, mas não interrompe de fato o ciclo violento, pois este se origina e se perpetua nos comportamentos e sentimentos do outro sujeito envolvido no ato.

A prevenção nesse campo de saber pode favorecer a convivência cidadã, tornando as pessoas mais resilientes às frustrações da vida e diminuindo as chances delas fazerem uso da violência como mecanismo de interação interpessoal para lidar com seus conflitos internos. O combate a esse tipo de crime deve ser articulado às políticas públicas implementadas nos campos da educação, saúde e segurança, privilegiando as medidas profiláticas em saúde mental e de apoio à família sempre que possível.

Com este estudo, foi possível constatar que o procedimento proposto foi bem aceito pela população-alvo e se mostrou como uma possibilidade real de contribuir para a redução da violência contra a criança. Além do atendimento à vítima, aos familiares e aos violentadores, destaca-se a necessidade de capacitarem-se os educadores da Educação Infantil, bem como as Equipes de Saúde da Família e os membros de conselhos tutelares quanto a essa temática, a fim de que se possa formar redes de multiplicadores sobre o tema. Idem no que se refere à sensibilização e capacitação imediata dos operadores jurídicos frente à complexidade do objeto de estudo do trabalho aqui apresentado

O investimento na proteção integral à primeira infância importa como meio de diminuir a perpetuação da miséria e da violência social das gerações presentes e futuras, tendo em vista que as agressões sofridas na infância são introjetadas mais facilmente pela vítima, e sua simbologia adquire forma de verdade para o indivíduo, que perpetuará seu conteúdo de diversas maneiras (Winnicott: 1999).

### **Referências Bibliográficas**

BEE, H. 1986. *A criança em desenvolvimento*. 3. ed. São Paulo: Harbra.

BOARATI, MC, SEI, MB, ARRUDA, SLS. 2009. "Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças". *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, Vol. 19, no. 3, p. 426-434.

BRASIL. 1996. "Conselho Nacional de Saúde: Resolução No 196/96. Decreto no. 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos". *Bioética*, Vol. 4, no. 2, p. 15-25.

BRITO, AMM, ZANETTA, DMT, MENDONÇA, RCV, BARISON, SZP y ANDRADE, VAG. 2005. "Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção". *Cienc Saúde Coletiva*, Vol. 10, no. 1, p. 143-149.

MORENO, M. 1999. *Falemos de sentimento: a afetividade como tema transversal*. São Paulo: Moderna.

O IMPARCIAL. (2012). *Em 2011, Maranhão foi o quinto estado em denúncias envolvendo crianças e adolescentes, com 4.686 ocorrências* [on-line]. O Imparcial. Disponível em: [http://www.oimparcial.com.br/app/noticia/urbano/2012/05/20/interna\\_urbano,115837/em-2011-maranhao-foi-o-quinto-estado-em-denuncias-envolvendo-criancas-e-adolescentes-com-4-686-ocorrencias.shtml](http://www.oimparcial.com.br/app/noticia/urbano/2012/05/20/interna_urbano,115837/em-2011-maranhao-foi-o-quinto-estado-em-denuncias-envolvendo-criancas-e-adolescentes-com-4-686-ocorrencias.shtml) [consultado em 29/07/2012].

SAUAIA, ASS. 2010. *Violência doméstica contra a criança: uma epidemia ainda silenciosa*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão.

SCHERER, EA y SCHERER, ZA. 2000. "A criança maltratada". *Rev Latino-Am Enfermagem*, Vol. 8, no. 4, p. 22-29.

WINNICOTT, DW. 1999. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

## **PREVENINDO A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DE NOVAS METODOLOGIAS PEDAGÓGICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**DM Salcedo-Barrientos<sup>20</sup>**

Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). dorabarrientos@usp.br

**EG Siqueira<sup>21</sup>**

Especialista em Educação em Saúde e Enfermagem em Saúde Coletiva com ênfase em PSF-UNASP

**PO Miura<sup>22</sup>**

Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP)

**AMS Reis<sup>23</sup>**

Ex-monitora do Programa de Estímulo ao Ensino de Graduação (PEEG). Pró-Reitoria de Graduação. USP.

**LM Castro<sup>24</sup>**

Ex- monitora de Programa de Estímulo ao Ensino de Graduação (PEEG). Pró-reitoria de Graduação- USP

### **Resumo**

O presente estudo visa apresentar uma experiência pedagógica, com o intuito de oferecer instrumentos para futuros projetos de Intervenção na Saúde Coletiva aplicado à Saúde da Mulher. Estudo exploratório, descritivo, ancorado na Teoria da Determinação Social e Materialismo Histórico Dialético, com abordagem quanti-qualitativa. Realizado nas instalações de uma UBS localizada na zona leste de São Paulo junto a 15 alunos do 6º semestre da disciplina de “Assistência a pré-natal, parto e pós-parto” e “Assistência ao recém-nascido e lactente” de uma universidade pública na cidade de São Paulo- 2011. Os encontros possibilitaram o resgate da criatividade, espontaneidade e o desenvolvimento de habilidades e competências voltadas para as necessidades das pacientes e de grupos junto aos adolescentes. O ensino através da pedagogia do Drama resgatou e melhorou a qualidade do ensino-aprendizagem, considerando o aluno um verdadeiro ator social, produtor e disseminador do próprio conhecimento, capaz de produzir e multiplicar o saber dialeticamente dentro e fora da sala de aula.

---

20Enfermeira. Psicodramatista – Sócio Educacional. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). E-mail: dorabarrientos@usp.br. Líder do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (Cnpq/Brasil) <http://www.mulheresaude.com.br/>. São Paulo. Brasil.

21Enfermeira. Especialista em Educação em Saúde e Enfermagem em Saúde Coletiva com ênfase em PSF-UNASP. Enfermeira coordenadora do CAPS-Boituva/SP. Brasil. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal”. São Paulo – Brasil.

22 Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal”. São Paulo – Brasil.

23 Obstetiz da EACH-USP. Ex-monitora do Programa de Estímulo ao Ensino de Graduação (PEEG). Pró-reitoria de Graduação- USP.

24 Obstetiz da EACH-USP. Ex-monitora do PEEG. Pró-reitoria de Graduação- USP.



**Palavras-Chave:** gravidez na adolescência; violência doméstica; gênero; necessidades de saúde; promoção da saúde; ensino-aprendizagem.

## **PREVINIENDO LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A TRAVÉS DE LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS METODOLOGIAS PEDAGÓGICAS: UN RELATO DE EXPERIENCIA**

### **Resumen**

Estudio que tiene como objetivo presentar una experiencia pedagógica, con la intención de ofrecer instrumentos para futuros proyectos de Intervención en la Salud Colectiva aplicado a la Salud de la Mujer. Estudio exploratorio, descriptivo, ancorado en la Teoría de la Determinación social y Materialismo Histórico Dialéctico, con abordaje cuanti-cualitativo. Realizado en las instalaciones de una UBS localizada en la zona leste de Sao Paulo con 15 alumnos del 6° semestre de la disciplina de "Atención al pre-natal, parto y post-parto" y "Atención al recién nacido y lactante" de una universidad pública en la ciudad de Sao Paulo - 2011. Los encuentros posibilitaron el rescate de la creatividad, espontaneidad y el desarrollo de habilidades y competencias volcadas para las necesidades de las pacientes y grupos de adolescentes. La enseñanza a través de la Pedagogía del Drama, valorizó y mejoró la calidad de la enseñanza-aprendizaje, considerando al alumno un verdadero actor social, productor y diseminador del propio conocimiento, capaz de producir y multiplicar el saber dialecticamente dentro y fuera de la sala de clase.

**Palabras-Clave:** Embarazo en la adolescencia; violencia doméstica; género; necesidades de salud; promoción de la salud; enseñanza-aprendizaje.

## **PREVENTING DOMESTIC VIOLENCE THROUGH THE CONSTRUCTION OF NEW EDUCATIONAL METHODOLOGIES: AN EXPERIENCE REPORT**

### **Abstract**

**Objective:** This study presents an educational experience, with the aim of providing tools for future intervention projects in Health. This is an exploratory, descriptive, anchored in social Determination Theory and Dialectical and Historical Materialism, with quantitative and qualitative approach. It was conducted on the premises of a UBS located on the east side of São Paulo along with 15 students of the 6th semester of the discipline of "Assistance to pre-natal, delivery and post-delivery" and "assistance to newborns and infants" of a public university in the city of São Paulo-2011. The meetings enabled the rescue of spontaneity and creativity and the development of skills and competencies focused on the needs of patients and groups with teens. The teaching through Drama pedagogy redeemed and improved the quality of teaching and learning, with the student considered as a real social actor, producer and disseminator of knowledge itself, able to produce and dialectically multiply knowledge within and outside the classroom.

**Keywords:** teen pregnancy; domestic violence; gender; health needs; health promotion; teaching and learning.

### **Introdução**

O presente estudo se insere como parte das ações de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção” (Salcedo-Barrientos: 2012).

No Brasil, as mulheres ainda representam a maioria da população brasileira (50,77%) e, portanto, as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL: 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi criado em 1984 e encontra-se em vias de aperfeiçoamento no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém, já provocou grandes mobilizações dos profissionais de saúde para compreender a mulher como uma pessoa que necessita de sua atenção e não mais como um mero objeto.

Essa alteração decorreu de uma perspectiva de gênero, categoria analítica que permite identificar as diversas relações de poder mulher-mulher/ homem-mulher/ homem-homem, e inclusive da perspectiva de respeitar o corpo não somente como um ser biológico senão, como centro do poder carregado de sentimentos, emoções e percepções da sua realidade, no qual as crenças e valores pessoais se tornam o foco da sua atenção.

A violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo é um fenômeno complexo que vem sendo encarado como problema de saúde pública, não somente devido às suas complicações, mas também pelo fato do serviço de saúde ser um dos locais mais procurados por mulheres nessa situação (Schraiber *et al.*: 2002).

Porém, determinantes como a invisibilidade da violência, insensibilidade; a falta de capacitação dos profissionais de saúde; a tendência à medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, tornam o problema ainda mais complexo e de difícil intervenção (Marinheiro; Vieira; Souza: 2006).

### *Competências do profissional obstetrix no Brasil*

O Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, criado em 2005, pretende fortalecer um modelo de

atenção que não seja centrado no modelo biomédico, ainda presente na formação geral de Enfermagem, ou apenas na assistência ao parto (Narchi; Silva; Gualda: 2012).

O curso visa preparar profissionais qualificados para atuar e coordenar a assistência à saúde da mulher nas diferentes fases que vai desde o processo reprodutivo; atuação em equipe multiprofissional; desenvolvimento de processo interativo com os diversos níveis de atuação em saúde; contribuição para a construção do conhecimento na área e fundamentar a sua prática naquele já existente; análise crítica da realidade de assistência à saúde da mulher e propor ações criativas para a solução dos problemas encontrados levando em conta o perfil epidemiológico, os fatores sociopolíticos e culturais; a tecnologia e os equipamentos disponíveis e necessários à prática profissional (Narchi; Silva; Gualda: 2012).

Com relação à formação do profissional da área de saúde coletiva no Brasil, percebe-se que o mesmo não tem acompanhado o processo de reflexão acerca dos fenômenos da saúde e da doença. E acredita-se que, a atuação eficaz e eficiente em Saúde Coletiva só ocorrerá diante da compreensão da complexidade da Determinação Social do processo saúde-doença (Moraes: 2003) (Chaves: 2010).

Dentro desta perspectiva, a formação do Obstetriz no âmbito da Saúde Coletiva se torna prioritário, por fazer parte desta equipe multidisciplinar que enfrentarão novos desafios a partir desta ótica de compreender o fenômeno da violência conjugal que ocorre com casais de todas as classes sociais, raças, idades, etnias e orientação sexual embora os determinantes sejam os mais variados possíveis e cuja raiz ainda esteja focalizado no poder patriarcal que promove a desigualdade e a dominação do homem nas relações de gênero (Minayo, 2005).

Portanto, deve-se promover discussões mais aprofundadas para a implementação de processos pedagógicos transformadores, tais como o ensino baseado em competências, visando assim à produção de sujeitos críticos que atendam às necessidades de implantação efetiva do Sistema Único de Saúde – SUS (Egry; Silva: 2003).

Desta forma, o presente estudo tem como finalidade apresentar a aplicabilidade de uma metodologia inovadora no processo ensino-aprendizagem na saúde coletiva, embasada na Pedagogia do Drama e na Teoria da Determinação Social com o intuito de oferecer instrumentos para futuros projetos de Intervenção na Saúde da Mulher.

## **Objetivos**

1. Identificar as expectativas e potencialidades dos alunos antes do início do estágio;
2. Desenvolver as competências e habilidades das futuras obstetrizas, focalizando as necessidades de saúde da mulher;
3. Avaliar o processo ensino-aprendizagem decorrente da metodologia proposta no decorrer da disciplina.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo embasado na Teoria da Determinação Social, sustentado pelo referencial do Materialismo Histórico Dialético (MHD) e na Pedagogia do Drama, de caráter descritivo exploratório, utilizando uma abordagem quantitativa e qualitativa.

A Teoria da Determinação Social, que ancora a Saúde Coletiva, privilegia os processos construtores e destrutivos da saúde (processos de fortalecimento e de desgaste). Portanto, os determinantes da saúde e da doença são partes dos processos de integração do homem no trabalho (formas de trabalhar) e na vida (formas de viver) (Fonseca; Bertolozzi; Egry: 1997; Breilh: 1995).

Esta teoria proporciona uma concepção mais realista sobre o processo saúde-doença, permitindo identificar problemas de saúde, planejar futuras intervenções, levando em consideração o homem/cliente construído socialmente e responsável pelo seu próprio autocuidado (Laurell: 1983).

O Psicodrama Pedagógico por sua vez é uma metodologia que surgiu em 1969, a partir das reflexões da pedagoga e psicodramatista, Maria Alicia Romaña. Ela utilizou o psicodrama na educação como ferramenta didática em sala de aula questionando amplamente a formação tradicional e implementando ações pedagógicas extremamente inovadoras utilizando como foco a criatividade e a espontaneidade como principais elementos pedagógicos (Romaña: 1996).

Outro elemento importante é o movimento e a espontaneidade (capacidade de libertar os comportamentos de estereótipos e convenções sociais), eles estão na base da proposta da pedagogia do drama. As intervenções e as performances próprias desta pedagogia solicitam a descrição, a comparação, a intuição, a recontextualização, a reversão, o discernimento, a escolha e o compromisso (Romaña: 2004).

Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona leste de São Paulo, a qual funciona com o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As oficinas foram realizadas nos meses de agosto a novembro de 2011. Participaram do estudo 15 alunos do 6º semestre da disciplina de “Assistência a pré-natal, parto e pós-parto” e “Assistência ao recém-nascido e lactente” de um curso na área da saúde em uma universidade pública na cidade de São Paulo.

Estes estudantes foram convidados a participar das oficinas pedagógicas pela pesquisadora/ docente e coordenadora deste trabalho. Previamente foram esclarecidos os objetivos destas, a fim de obter aceitação e participação ativa dos estudantes. As oficinas, de caráter pedagógico, foram organizadas levando em consideração os aspectos éticos, no que refere à garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e à intimidade e sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar, pois conforme Resolução n.º 196/96, a participação é voluntária.

Foram propostas como Categorias Analíticas:

1. Identidade Profissional;
2. Potencialidades pessoais e profissionais,
3. Ensino-aprendizagem na Obstetrícia.

## **Resultados e discussão**

Neste estudo, o perfil de produção e reprodução social das discentes de ensino superior em obstetrícia permitiu evidenciar que, quanto a idade, a maioria encontrava-se entre 20 e 23 anos; ao estado civil (100%) delas identificou-se como solteiras; (90%) procedentes de São Paulo; (80%) desempregada, dependentes financeiramente dos pais.

A seguir serão expostas as oficinas pedagógicas executadas.

### *1ª Oficina pedagógica: resgate da identidade profissional e as potencialidades (pessoais e profissionais)*

Esta oficina foi desenvolvida utilizando a técnica do desenho das mãos, onde cada aluno deveria de uma forma criativa desenhar as suas duas mãos, e na sequência foi solicitado para que atribuíssem um título ao próprio desenho e que

relatassem as potencialidades e as expectativas pessoais e profissionais que estavam trazendo para esta nova experiência no estágio.

Desta forma, neste primeiro encontro os alunos conseguiram identificar suas habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo da vida incluindo os adquiridos no âmbito acadêmico. Após esse processo, cada membro do grupo compartilharam as suas percepções (Figura 1).

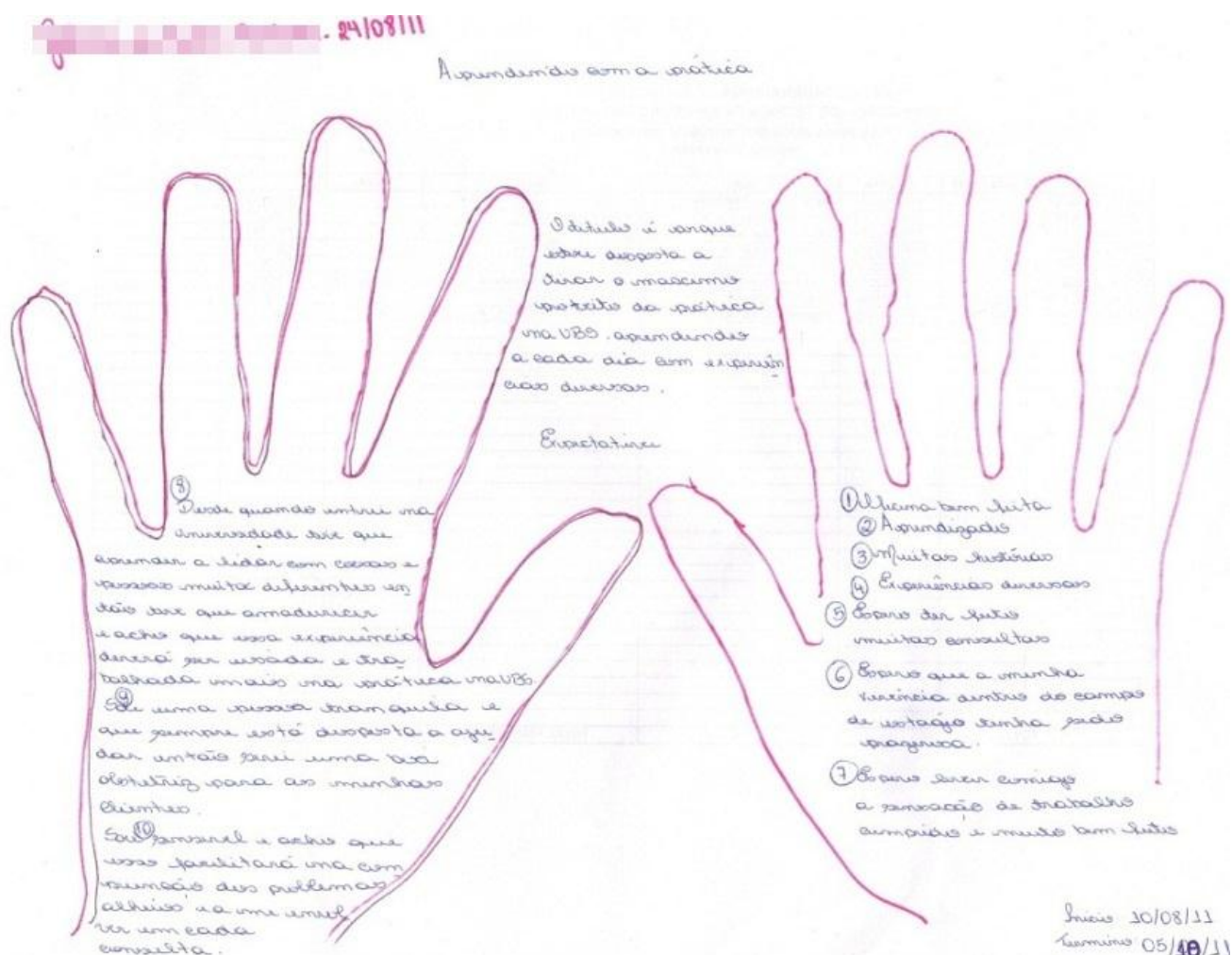


Figura 1 - Desenho das mãos. Levantamento das Potencialidades e Expectativas

Esta oficina foi permeada pelas recomendações de Rojas Bermudez (1980) onde foram utilizadas as mãos como “Objeto Intermediário”, que do ponto de vista prático, é qualquer objeto que funcione como facilitador do contato entre duas ou mais pessoas,

resultando num maior envolvimento dos participantes nas atividades propostas, uma vez que favorece o aquecimento.

As mãos foram escolhidas como objeto intermediário por representarem uma ferramenta profissional fundamental para o cumprimento das finalidades específicas do trabalho em saúde, centralizadas na satisfação das necessidades dos clientes sujeitos da nossa atenção.

Desta forma, segundo Beck (1999) todas as facetas do ato de tocar têm íntima relação com o exercício profissional, pois apalpando executamos o exame físico; comover, sensibilizar, ir ao encontro nos remete a humanização das práticas e técnicas que nos faz profissionais humanos e não máquinas de realizar procedimentos; o toque nos aproxima do cliente e dos nossos objetivos profissionais.

Dentre as expectativas para o estágio, vale destacar o desejo de cuidar da saúde da mulher integralmente (13%) e de conhecer as realidades e as reais necessidades das gestantes (11%). Isso vem ao encontro com o pressuposto de que a prática em saúde coletiva é uma interferência consciente da realidade objetiva que é anteriormente planejada com uma visão crítica-reflexiva em que se identificam as necessidades em saúde, suas determinações e as possibilidades de ações (Egry: 1996).

A autora afirma ainda que é fundamental a busca da compreensão dos fenômenos com reflexão crítica para identificação das contradições que o conformam. A reflexão sobre esta realidade permitirá encontrar, pela historicidade do fenômeno, os pontos de vulnerabilidade que possibilitarão a construção de uma proposta de intervenção.

Quanto às expectativas dos discentes, estes esperavam adquirir experiências diversas (10%); esperavam desenvolver mais segurança e maturidade profissional (10%), esperavam também compreender e aceitar as diferenças e individualidades entre as gestantes (8%) e gostariam de desenvolver habilidade de trabalhar em equipe (8%). Os alunos ansiavam adquirir mais conhecimento (8%) e conseguir colocar em prática o conhecimento adquirido em sala de aula (6%). Esperavam também desenvolver habilidades e competências nas consultas obstétricas (6%), alcançar os objetivos propostos (4%), desenvolver amor pela profissão (4%), realizar oficinas e grupos de qualidade (4%), lidar com situações diversificadas e de violência contra a gestante (4%), aprimorar a práxis e empregar o MHD no cotidiano da obstetrícia (2%) e aprimorar a união entre o grupo de estágio (2%).

Com relação às potencialidades trazidas pelos alunos, destacam-se o respeito e a capacidade de saber lidar com o diferente (16%). Traziam um olhar mais abrangente, empatia (14%), segurança no atendimento e amadurecimento (9%), amor à profissão e o gosto por ajudar o próximo (9%). Traziam também características como capacidade de saber ouvir (9%), paciência (7%), compromisso com o melhor atendimento, dedicação, humanização (4%), facilidade no relacionamento (4%) e assiduidade, disciplina e responsabilidade (4%). Traziam ainda conhecimento teórico (5%) e pensamento crítico (4%).

Durante o período de estágio, os alunos tiveram a oportunidade de desenvolver diversas atividades na UBS, dentre elas, participação em reuniões periódicas nas equipes de saúde, revisão de prontuários, realização de visitas domiciliares a puérperas e recém nascidos menores de 6 meses, de oficinas de adolescentes em uma escola, estudo de caso, realização de consultas de pré-natal e visitas domiciliares a mulheres em diferentes estágios da gestação e no pós-parto, realização de exames de colpocitologia oncótica, teste HCG para gravidez e cultura de estreptococos B em gestantes.

### *2ª Oficina pedagógica: “refletindo sobre a prática profissional da/o obstetrix”*

Esta oficina consistiu em uma atividade de lembranças e ações baseadas em histórias vivenciadas no campo de estágio pelos alunos. Os mesmos foram convidados a contar alguma situação em particular que mais chamou a atenção e/ou marcou a sua experiência como discente durante as consultas obstétricas e/ou nas visitas domiciliares (VD), em seguida deram um título à história; relataram os sentimentos envolvidos, comentaram também sobre as ações realizadas e sugeriram as próximas ações. Para finalizar, os alunos descreveram e avaliaram o aprendizado com essa vivência, os quais serão descritos a seguir:

#### *Gestantes com dificuldades socioeconômicas*

Ao observar os relatos, pode-se perceber que as gestantes que se encontravam em vulnerabilidade social, com poucos recursos financeiros e/ou cujos familiares ou parceiros tinham envolvimento com drogas ilícitas, chamaram a atenção dos alunos.

(...) pude perceber o quanto é precária as condições de A. e de sua família. Ela mora em uma casa de dois cômodos, muito pequeno e o local é muito desorganizado e sujo. Ela não tem nenhuma ajuda com



as crianças, C. de 1 mês e S. de 1 ano. O pai é pouco presente, passa o dia fora trabalhando. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) disse que ele é envolvido com drogas e que é super autoritário. Percebi certo distanciamento entre ela e o marido, mas ela não se mostrou incomodada com isso.

(...) R. mora numa casa de um cômodo, muito úmida e sem recursos. Mora com a irmã e é babá no período da manhã, tem uma renda mensal muito baixa e não vive em boas condições.

(...) Mas o que mais me marcou foi quando ela começou a falar da filha mais velha, de 15 anos, disse que estava preocupada com as companhias, que tinha largado a escola. Depois a ACS nos acompanhou, disse que a menina estava usando drogas, nesse momento senti algo inexplicável, afinal a mãe parecia se preocupar muito com ela.

#### *Gravidez na adolescência: indesejada e/ou não planejada*

Os alunos tiveram a oportunidade de entrar em contato com adolescentes gestantes e mulheres cuja a gravidez não foi planejada e, na maioria dos casos, também indesejada, isso pôde ser observado por meio dos sentimentos de *indiferença das adolescentes diante da gravidez*.

(...) O que mais me chamou atenção nesse caso foi o fato dela não se mostrar feliz com a gravidez e parecer não se preocupar muito com a situação. Na VD ela se mostrou ainda mais tímida e pouco envolvida com a gravidez.

(...) B. 12 anos, primigesta, 23 semanas. Reside em uma casa de fundos, três cômodos mal arejados, com companheiro de 18 anos. Gestante demonstra pouco interesse na gestação, submissa ao companheiro que trabalha durante a noite (deu-se a entender que trabalha com o tráfico de drogas). Não faz questão de continuar os estudos, não aparenta ter projetos futuros e aceita a situação atual. Ao ouvir os batimentos cardíacos do feto, não demonstrou qualquer sentimento. Não se preocupa com alimentação, qualidade de vida (cigarros).

(...) e novamente repetiu B. 12 anos “Não queria esta criança, mas fazer o que aconteceu, ela (criança) não tem culpa, agora já foi, nem meu marido está feliz, ele também não queria, mas eu disse... Ela (criança) não tem culpa de nada... já aconteceu”.

(...) L. era pouco comunicativa, morava com a irmã (que sofria de depressão) e iria ser mãe solteira. Após ganhar a criança eu fui fazer uma VD, no 6º dia pós-operatório de cesárea devido ao RN ter nascido com mais de 4kg. Notei que L. estava chorando quando cheguei, procurei conversar com ela, absorvia pouco, ela queixou do excesso de visitas, da preocupação com o RN com a alimentação, choro, eliminações.

(...) ela entrou em desespero, pois a família não queria que ela engravidasse por temer pela sua saúde. Teve medo de ser abandonada pelo marido, e também de que a gestação se complicasse, que o bebê nascesse com algum problema e até por medo de que algo lhe acontecesse e ela deixasse sua filha.

### *Insegurança e ansiedade durante a gravidez*

Lidar com a insegurança da gestante também foi marcante para os alunos nos relatos a seguir:

(...) D. teve sua data da última menstruação (DUM) imprecisa, sua idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP) calculadas erradas e quando foi passar na consulta com a médica foi informada erroneamente que estava no 2º trimestre, quando na verdade estava no 1º trimestre. Esses mal entendidos fizeram com que a D. fosse encaminhada para alto-risco indevidamente, ela me procurou na UBS pedindo ajuda, pois estava aflita e calculando sua IG através do ultrassom identifiquei os erros, passei os dados para equipe e consegui deixar a D. mais tranquila naquele dia. A confiança que ela depositou em mim e o fato de poder ajudá-la marcou minha experiência no estágio.

(...) G. com recém-nascido de 14 dias (mais ou menos), mora com sua mãe e seu marido. Me pareceu um tanto insegura quanto a alimentação do seu bebê. Recebia muitas orientações de sua mãe, de coisas que esta fez com seus filhos quando nasceram.

### *Gravidez e migração: conflito com a cultura*

Os alunos relataram ter entrado em contato com uma paciente latino americana (boliviana), que mal falava o português. Chamou a atenção dos alunos a cultura diferente, com relação ao trato do marido para com a mulher. Outro caso que chamou a atenção deles, foi a realidade de mulheres que se casaram jovens e logo engravidaram.

(...) no atendimento com a gestante boliviana, ela não falava muito e toda vez que respondia olhava para o marido a procura de aprovação, falava baixo e olhava para as mãos normalmente. Foi difícil a comunicação já que nenhum dos dois tinha um português razoável e tivemos que pedir ajuda para a professora, mais ainda assim ela não falou muito e a maioria das perguntas foram direcionadas ao marido. Me marcou essa consulta, porque foi um contato com uma cultura diferente e um jeito de se portar completamente diferente também (comparada com a cultura brasileira).

(...) ela tinha 20 anos, era casada, e o susto foi pela idade e por ela ter mais dois filhos e se encontrar na terceira gestação, 40 semanas e 5/7, não era muito comunicativa, se encontrava em sobrepeso e longe da família. Eu me questionei e questionei a ela se ela quis mesmo essa vida, se foi uma opção dela nessa realidade, ou se foi mesmo falta de opção. Apesar de conhecer a história, conversar com ela, não consegui me posicionar no lugar dela, pois é uma perspectiva de vida que nunca sonhei para mim.

Quando questionadas se estas situações poderiam ser situações estavam ligadas com a violência intrafamiliar, foi evidente as reações questionadoras de alguns alunos reconhecerem como uma situação relacionada com este fenômeno e outras não. Por este motivo a seguir foram introduzidos novos conhecimentos a partir dos

próprios relatos e mais uma vez foram compartilhados os novos sentimentos envolvidos.

#### *Conflito de sentimientos diante a captação da realidade*

Diante das diversas situações enfrentadas pelos alunos durante o estágio, nota-se que diante situações de pobreza e vulnerabilidade social, surgiram sentimentos de frustração, angústia, surpresa, determinação, preocupação; consideraram a experiência como uma lição de vida e sentimento de incapacidade.

(...) diversos sentimentos afloraram (frustração, preocupação dentre outras) por não poder mudar a realidade.

Quando em contato com situações de gravidez indesejada, surgem sentimentos relacionados ao dever de ajudar, de cuidar, bem como sentimentos de desespero, incapacidade, impotência e de surpresa.

Quando em contato com outras realidades e com outras culturas, os alunos referiram sentir angústia, impotência, curiosidade e revolta.

(...) Conversando com uma das enfermeiras, ela comentou sobre a cultura boliviana onde os maridos maltratam as mulheres o qual provocou sentimentos negativos (angustia, impotência dentre outros).

Diante esta realidade, as principais atitudes tomadas pelos alunos foram orientações relacionadas às novidades da gestação, quanto à amamentação, cuidados com o coto umbilical e quanto ao planejamento familiar. Eles também se empenharam em mostrar os pontos positivos de se ter um bebê, apesar do mesmo não ter sido planejado (Gráfico N° 1).

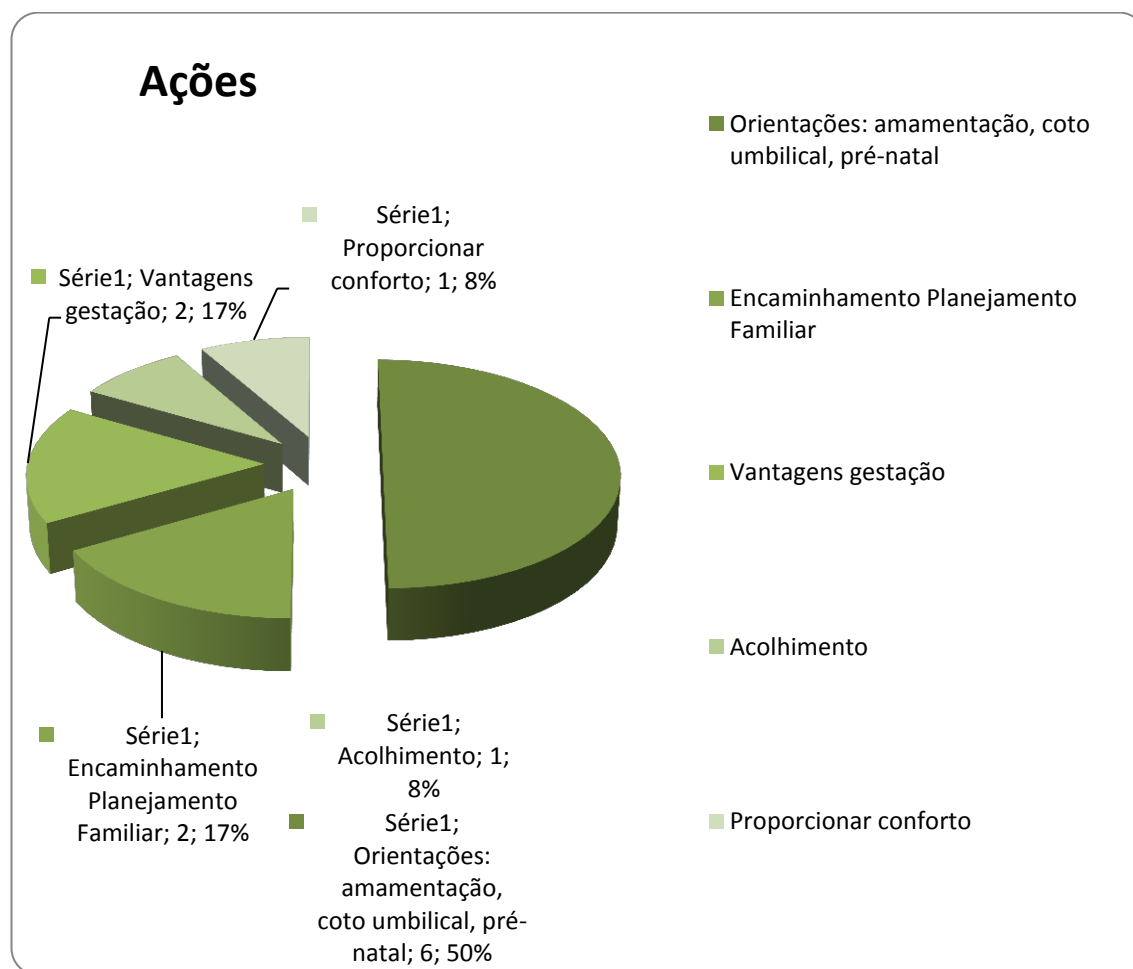


Gráfico Nº 1 - Principais ações tomadas pelos alunos.

Os alunos propuseram futuras intervenções voltadas para as reais necessidades das pacientes, levando em consideração seu contexto sociocultural. Destacaram a importância de aprimorar o vínculo profissional/paciente e enriquecer as orientações, dentre outras, relacionada ao planejamento familiar, amamentação.

Com relação ao aproveitamento do estágio e das oficinas, os alunos disseram ter aprendido a lidar com o outro, com situação como gravidez indesejada e violência intrafamiliar. Relataram ter aprendido a dar mais atenção aos detalhes e agir de acordo com as necessidades apresentadas. Destacaram a importância da formação do vínculo profissional-paciente e a partir disso passaram a se posicionar de maneira mais empática nas consultas.

### *3º Oficina pedagógica: Avaliando o processo ensino-aprendizagem*

No último dia, na finalização dos trabalhos, a atividade da oficina pedagógica foi retomada para o seu desfecho, e os alunos responderam, de modo qualitativo, sobre o que conseguiram aproveitar durante o período do estágio e nas oficinas pedagógicas.

Eles relataram ter adquirido experiência de vida diante do contato com as diferentes realidades da comunidade. Eles consideraram o espaço da UBS como um local incentivador e provedor de aprendizado, pois permitiu a proximidade com os funcionários e com os usuários, e conseqüentemente, a identificação das necessidades de saúde dos mesmos, proporcionando um atendimento diferenciado e humanizado. Os alunos evidenciaram a importância das visitas domiciliares e a aplicação prática da teoria da Determinação Social e dos conhecimentos acadêmicos.

### **Considerações finais**

No primeiro encontro, foi possível resgatar as potencialidades profissionais e levantar as expectativas para o estágio através do desenho das mãos, escolhidas como “Objeto Intermediário” por representar uma ferramenta profissional fundamental para os cumprimentos das finalidades específicas, centralizadas na satisfação das necessidades dos pacientes.

Os alunos tiveram a oportunidade de entrar em contato com as reais necessidades de saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos, atendendo a recomendação do Ministério da Saúde, que propõe que os processos de formação do profissional de saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e tenham como objetivos, a transformação das práticas profissionais, da própria organização do trabalho, com vistas às necessidades de saúde das pessoas, à gestão setorial e à promoção da saúde (BRASIL: 2003).

Faustino (2004) chama a atenção para a necessidade de uma formação profissional cada vez mais voltada para a realidade atual e, pra tanto, sugere a introdução de novas abordagens metodológicas, como: “inserir o aluno na realidade o mais cedo possível; trabalhar a partir de situações-problema reais, problematizadas e analisadas à luz de referenciais teóricos atualizados; praticar uma avaliação formadora em situações de trabalho; conseguir uma menor compartimentalização das disciplinas”(Faustino:2004).

A competência do profissional para a intervenção em saúde coletiva é um processo que se inicia na formação e que deverá ir além do saber-fazer; deve

incorporar a competência ético-moral para desenvolver, no futuro profissional, atitudes que o habilite e o comprometa com a transformação social (Faustino: 2004)(Chaves: 2010).

O cenário escolhido para este estudo juntamente com a pedagogia do drama ofereceu a esses alunos a oportunidade de entrar em contato com um cenário de saúde que possibilitou, entre outros, o resgate da criatividade e espontaneidade introduzindo a temática da violência doméstica que como foi possível perceber nos depoimentos não são reconhecidos objetivamente e que foram amplamente discutidos com intuito de responder as necessidades de saúde da população alvo.

Vale destacar que além da criatividade e espontaneidade, ao desenvolverem as oficinas pedagógicas, os alunos fortaleceram as competências saber-conhecer, saber-ser, saber-conviver e saber-fazer e, é na relação dinâmica desses saberes que se proporciona uma formação profissional que permitirá o desenvolvimento de competências em uma prática comprometida com a realidade. E, nesse sentido, reconhecer e enfrentar as necessidades em saúde (Chaves: 2010).

As oficinas revelaram as habilidades e competências adquiridas na assistência prestada às gestantes, puérperas, recém-nascidos e familiares, uma vez que desempenharam de forma satisfatória suas ações, dentro das suas possibilidades, considerando o curto espaço de tempo que tiveram. Destacaram-se na forma como se colocaram na descrição do aprendizado, uma vez que se atentaram às questões sociais, desenvolvendo um olhar mais abrangente, integral e humanizado reconhecendo a importância de ações focalizando a prevenção da violência intrafamiliar no período gravídico-puerperal pelo impacto social nas próximas gerações. Portanto, recomenda-se a introdução desta temática no conteúdo curricular utilizando novas ferramentas pedagógicas inovadoras e que deverá ser fortalecido ao longo da formação profissional.

### **Referências Bibliográficas**

BECK, CLC. 1999. "Sofrimento e esperança: vivências com familiares de pacientes internados em UTI". En: GONZALES, RMB; BECK, CLC, DENARDIN; ML. *Cenários de cuidado: aplicação das teorias de enfermagem*. Santa Maria: Pallotti. p. 61-157.

BRASIL. 2004. *Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília. Distrito Federal. Brasil.

\_\_\_\_\_. 2003. *Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Seminário sobre: incentivos às mudanças na graduação das carreiras da Saúde*. Brasília. Distrito Federal. Brasil.

BREILH, J. 1995. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para um taller de metodologia (Epidemiología del trabajo)*. 2 ed. Quito: Ceas. 365 p.

CHAVES, MMN, 2010. *Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias*, São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.

EGRY, EY; SILVA, CC. 2003. "Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem". *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 37, p. 11-16.

EGRY, EY. 1996. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.

FAUSTINO, RLH, 2004. *Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva*, São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

FONSECA, RMGS; BERTOLOZZI, MR; EGRY, EY. 1997. "A epidemiologia social e a assistência à saúde da população". En: Associação Brasileira de Enfermagem (org.). *A classificação das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o uso da epidemiologia social*. Brasília: ABEn - Série Enfermagem em Saúde Coletiva.

LAURELL, AC. 1983. "A saúde como processo social". En: Nunes, ED (org.). *Medicina social: Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.

MARINHEIRO, ALV; VIEIRA, EM; SOUZA, L. 2006. "A prevalência de violência contra a mulher usuária do serviço de saúde". *Revista de Saúde Pública*. Vol. 40,p. 1-7.

MINAYO, M.C.S. 2005. *Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida. Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 69-78.

MORAES, MJB, 2003. *O ensino de enfermagem em saúde coletiva: Redescobrimos caminhos para novas práticas*, São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

NARCHI, NZ; SILVA, LCFP; GUALDA, DMR. 2012. "Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetras no Brasil". *Saude soc.*. Vol. 21, p. 510-519.

ROJAS BERMUDEZ, JG. 1980. *Introdução ao psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou.

ROMAÑA, MA. 2004. *Pedagogia do drama: 8 perguntas & 3 relatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

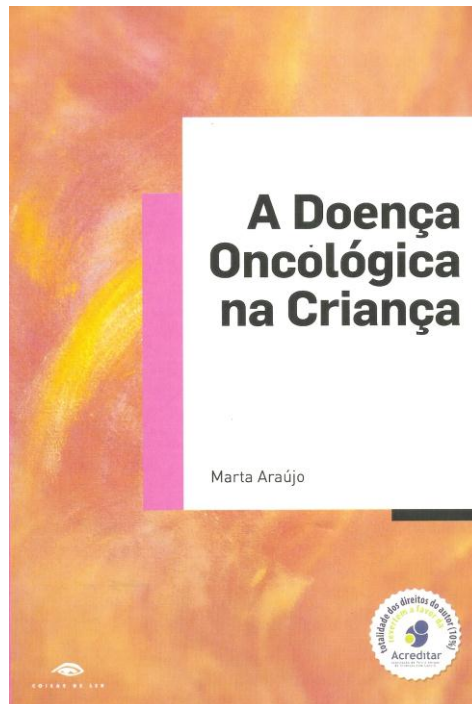


\_\_\_\_\_. 1996. *Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama*. Campinas, SP: Papirus.

SALCEDO-BARRIENTOS, DM. 2012. *Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma unidade básica na zona leste de São Paulo: bases para intervenção*. Relatório Parcial. São Paulo: Universidade de São Paulo.

SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AFPL; FRANÇA-JUNIOR, I; PINHO, A. 2002. "Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde". *Rev Saúde Pública*. Vol. 36, p. 470-477.

**Reseñas de Libros / Recensões de Livros / Book Reviews**



**Araújo, M., A Doença Oncológica na Criança, Lisboa, Coisas de Ler, 2011, 201 págs.**

**Health Promotion in Paediatric Oncology:  
strategies to an integral and integrated health**

**Lígia Moreira Almeida**

MA, Health Psychology; Doctoral student in Public Health, Institute of Public Health, Medical School of Porto (ISPUP/FMUP); Centre for Research and Intervention in Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Porto (CIIE/FPCEUP), Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship

The book on which this reflective analysis leans retrieves the theme of oncological illness in children as an ongoing process of converting an initially fatal diagnosis into a chronic disease, with various consequences at various levels.

Disease is part of life, but some of them may result in more or less prolonged changes in people daily routine, and this becomes especially relevant (and less well accepted) when the patient is a child. Considering specifically the neoplastic disease, medical and psychosocial contingencies associated, particularly when requiring moderate or elongated hospitalization, can cause difficulties which are not absorbed, managed or understood by children in different developmental stages as during adulthood. "*The emergence of the disease, the experience of pain and the treatments often involve a high degree of potentially disruptive stress regarding the welfare and development of children.*" The challenges posed by a prolonged treatment (where relapses and hospitalizations are frequent), if not therapeutically minimized to promote the resumption of control functions and routines (that give meaning and coherence to the child's daily activities) can result in severe developmental losses, damaging the experience of a normative childhood.

Clinically, cancer is a rare disease in the paediatric population. However, it is the leading cause of death by disease in developed countries between birth and 14 years of age, and the second leading cause of infant death after accidents. The incidence rate of childhood cancer has increased over the years (13.6/100000), but developments in medicine made the mortality rate to progress in reverse (2.6/100000). The most frequent neoplasms in childhood are identified in hematopoietic system (leukaemia, 39%), central nervous system (15%), lymph nodes (10%), peripheral nervous system (7%), bone (6%), kidneys (6%) and muscle (5%). Thus, liquid tumours (leukaemia and lymphomas) account for over 40% of all new cancer cases in children, constituting the main focus of the work under review.

According to the author, in children, cancer presents significant differences with regard to those verified in adults: shorter latency, faster growth and increased aggressiveness of malignant neoplasma, manifesting more favourable clinical responses to different types of treatment (including chemotherapy). Considering the good prognosis trend that leads to chronic disease, it becomes urgent to consider that cancer treatment can not only focus on physical care, namely in paediatrics.

Regarding family adaptation to cancer it appears that this is a continuous dynamic process, through various stages (varying from moments of greater balance and acceptance of the disease to phases dominated by anger, anxiety and depression), according to the diagnosis, severity of disease and the progress of treatments. Such

chronic illness affects children both in a direct and indirect manner. Direct implications of cancer places them towards adverse situations (associated with examinations, treatments, hospitalizations, changes in physical appearance, painful procedures and isolation from family, peer group and routines), limiting the normative experiences and situations that favour the regular development (e.g. recreational and educational activities). Indirect implications emerge as this type of illness creates cognitive and emotional changes in family dynamics (e.g. in parents), to which children are not indifferent, and that will interfere with their own personal appraisal and development.

The process of psychosocial adaptation of children to malignant disease is extremely complex. The eco-systemic perspective conceives the individual as a subject in constant motion and development in a range of contexts and structures, in permanent interaction with the nuclear and extended family, society and institutions (e.g. school, hospital) that surround it. The impact of cancer in children tends to be associated, as previously mentioned, with the developmental stage at which children lie at diagnosis. The way a child interprets, understands and constructs meanings about his disease and its treatment is directly dependent on his age and level of development. Cognitive and emotional skills and developmental tasks associated with age are factors of great importance in the process of adaptation to the disease, as well as in the approach to treatment. For this reason, the author expresses a consistent preference for Developmental Perspective as robust theoretical conceptualization framework to explore the differential impact of cancer, considering the different stages and developmental tasks proposed by classic authors as Piaget and Erikson, concluding that the development process presents obvious risks to occur atypically in every stage if certain factors were not considered.

Children with cancer are more likely to experience developmental regressions and behavioural, cognitive and emotional losses (even if temporarily), as well as changes in interpersonal meaningful relationships, and in the self-perception. As the author points out, all aspects related to cancer and respective treatment has implications in terms of separation, loss, control and competence. Changes and restrictions of mobility and daily activities that children will have to undergo in the pursuit of healing affect their sense of control and competence by increasing dependence on referral adults, reducing control over themselves, lowering social participation (school and recreational activities) and changing their physical appearance (body image is an asset of extreme relevance particularly in adolescence). For all this, paediatric oncology puts children at

increased risk of having psychosocial adaptation problems (e.g. more susceptibility to depression, anxiety, isolation and family dysfunction), where urgent action is needed to minimize an already painful reality. It should be added that although the biomedical prognosis is worse in younger children (especially during the first year), both in healing and in the impact of sequels associated with treatments, psychosocial losses and personal impact of the disease and treatments tend to become more pronounced as the child's age increases.

Among clinical (e.g. type and severity of the disease) and demographic parameters (e.g. gender, age and socioeconomic status of the child), this work emphasized the role of interaction in adaptation mechanisms of the child with his main caregiver - tententiously the mother. "*(...) the child's adjustment to chronic illness affects maternal adaptation, and vice versa.*" For families, especially for mothers, the most critical and challenging phase is the post-diagnosis: a quarter of mothers of children with cancer have mild to moderate depressive symptoms during the first 3 months after diagnose. Mothers, as main caregivers, register personal loss records: in addition to the necessary restructuring of their family schedules and professional appointments (they often abandon their careers), the decline in marital quality and time afforded to other children (if any) reduces significantly. Hence arises a series of personal consequences, where guilt and sense of personal failure stems (regarding the sick child, the healthy children and the marital relationship they feel to have left). One of the most serious clinical consequences for which the author warns lies in the possibility of emotional contagion: maternal anxiety may be communicated to children by verbal and nonverbal postures, tension or ambivalence. In prosecution of a therapeutic approach, the important role of the mother near the child cannot be underestimated either in a positive or a negative way, being a factor that must be integrated into the therapeutic strategy. "*(...) the balanced development of the child with cancer depends largely on parental behaviour, i.e., coping strategies and responses that parents give to particular and specific needs of their children.*"

Regarding the clinical facts, the book presents itself brilliantly structured, linking objective public health data and concerns with unquestionable added value of maternal and child experiences concerning oncologic diseases, lauded by the empirical study. The study was conducted in Portugal, and the data collected at Hospital of São João, and Portuguese Institute of Oncology, in each Paediatric Department; both health facilities are located in Porto (second larger city in the country). This study provides

important conceptual framework that enables the extraction of validated strategies aiming health promotion in children with cancer and their mothers, in order to improve the therapeutic results and to promote an integral comprehensive healthcare.

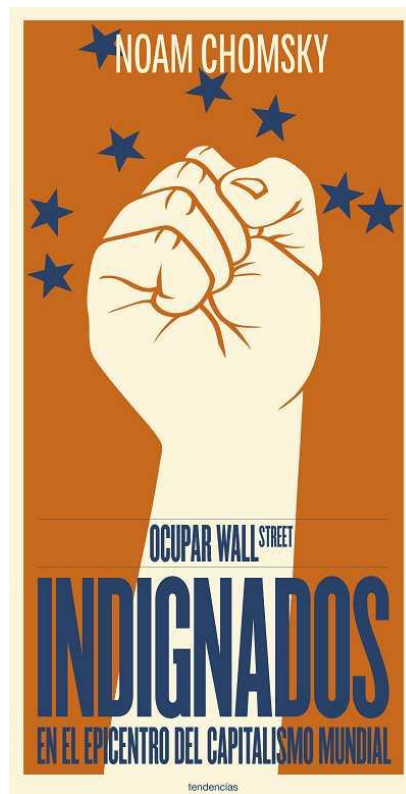
The results indicate that the more advanced the stage of treatment and the better the clinical situation is, more optimistic are the children and better is their response and their adherence to treatment. Although healing and remission of the disease are the core aspects of the therapeutic approach, the developmental and emotional impact of cancer on patients alert to the need of considering holistic and interdisciplinary strategies (reflected in multidisciplinary teams). The effectiveness of clinical strategies comprising a psychosocial approach, the ecological context, the socio-familial support, the psychological adjustment and personal coping strategies as powerful allies to treatment is proven to reduce suffering (e.g. depression and anxiety) in children. Those strategies often result in better adjustment and resilient adaptation to disease (higher pro-activity, autonomy and perceived competence), and lower resistance to treatment (greater adherence to therapy, despite the side effects - always painful and often incomprehensible in certain age groups).

In order to reallocate some of the control to children, and improve parental communication strategies with them, we seem to confirm the importance of conveying adequate information to children on the procedures that will be placed, how they will take place and what are the possible consequences associated, so children are not surprised by the potentially negative and painful side effects. Meanwhile, it is known that all the surroundings encircling the child with cancer mobilize family and friends to effectively cushion his psychosocial suffering. However, excessively protective and controller attitudes can further undermine children. Thus, in order to give parents enhancing and resilience skills, favouring emotional venting and the sharing of experiences among equals, a highly effective strategy relates to the frequency of support groups for parents with oncologic children. However, this strategy needs to be externally encouraged, since the centring of family in the ill child does not promote a communication effort or external interest to their family demanding dynamics.

Still with regard to intervention with family, the present work provides the prospect of useful objective strategies. The empirical study confirms that the maintenance of the same types of activities that mothers developed with the children before the diagnosis of cancer is associated with higher levels of perceived social acceptance in children,

contributing to their well-being (anxiety and depression reduction in children). It seems important to not only promote the quality of parental communication between parents, but especially their communication with their children: a bilateral open communication about fears and uncertainties fosters closeness, naturalness and satisfaction in the relationship (reflecting on the improvement of maternal and child adaptation to the disease). Simultaneously, the greater the satisfaction of the mothers with actual family, better the overall self-esteem of their children. Thus, it becomes extremely important that therapeutic approaches to children can also involve support to mothers through providing facilitators to emotional expression, promoting alternative strategies for interacting with their children (that usually leaves them insecure, in these cases, not knowing the best way of acting and communications with their children).

The study also shows that levels of anxiety and depression in mothers do not directly affect the welfare of the child, yet stressing the importance of the experiences and interactions they have with their children regarding to their disease adjustment. These results show high agreement with other studies on the importance of promoting the presence of mothers near their children in these stages of bio-emotional adjustment. As mothers spend less time with their children and the more negative feelings they experience when interacting with them, higher the levels of anxiety and depression in children. The bidirectional nature of this relationship and arising interactions can constitute a highly relevant therapeutic force. Clinic interventions adopting the perspective of health promotion should take this relational dyad to maximize the well-being and adaptation of mothers, enabling them to better respond and manage the individual needs and anxieties of their children. After all, health promotion in public health should target the best quality of life to all citizens contacting with the health services, empowering individual strategies and stimulating self-competence when people most need them.



**Chomsky, N., Ocupar Wall Street – Indignados en el epicentro del Capitalismo Mundial, Barcelona, Tendencias, 2012, 144 págs.**

**José Peixoto Caldas**

Director del Observatorio Iberoamericano de Salud y Ciudadanía, Senior Researcher del CIIIE Centro de Investigación y Intervención Educativas de la Universidad de Oporto y Docente del Colegio de las Américas (COLAM) /Organización Universitaria Interamericana (OUI)

### Sinopsis

Indignados, asambleas, acampadas, movilizaciones por internet... El movimiento "occupy", dice Noam Chomsky, es la mayor reacción pública en treinta años de opresión económica. La desobediencia civil se extiende por cientos de ciudades de todo el mundo. Los protagonistas son personas corrientes, sin voz, sin poder, a menudo sin recursos, que asisten atónitas a la reducción sistemática de sus derechos. A día de hoy, el movimiento "occupy" es imparable: no solo ocupa las calles, sino, sobre todo, la consciencia global.

En este momento crucial, el intelectual y activista político Noam Chomsky toma la



palabra para brindarnos el análisis más detallado e implacable del hecho histórico que estamos viviendo. ¿Cómo hemos llegado a este punto? ¿Cómo se las ingenia el uno por ciento de la población para controlar el conjunto del planeta? ¿De qué hablamos cuando hablamos de democracia? ¿Qué podemos hacer para crear nuevas instituciones que garanticen libertad e igualdad para todos?

Más comprometido que nunca, Chomsky ofrece una contribución vital a un movimiento que exige un cambio de modelo radical. Una obra imprescindible y muy esperada, que llama a la participación y enriquece enormemente el debate necesario para construir un futuro mejor y más igualitario.

**Ocupar Wall Street**, de Noam Chomsky es un panfleto sobre el “engagement” de los actores sociales frente a los gobiernos que no escuchan a sus ciudadanos y que luchan cuando la democracia se convierte en oligarquía. Panfleto que actúa como semilla para la imaginación insurgente, animando a la gente a soñar y a actuar junto por un mundo mejor.

La gente dirá: Pero, ¿es usted un soñador? ”Y la respuesta es sí, somos soñadores. Lo queremos todo. Queremos un mundo en paz. Queremos un mundo igualitario. No queremos la guerra. No queremos el capitalismo. Queremos una sociedad decente”.

Pero, ¿quién es Noam Chomsky? Es un lingüista, filósofo y activista estadounidense, profesor emérito de Lingüística en el MIT (Instituto Tecnológico de Massachusetts) y una de las figuras más destacadas de la lingüística del siglo XX, gracias a sus trabajos en teoría lingüística y ciencia cognitiva. Es, asimismo, reconocido por su activismo político, caracterizado por una fuerte crítica del capitalismo contemporáneo y de la política exterior de los Estados Unidos. Se ha definido políticamente a sí mismo como un anarquista o socialista libertario. Ha sido señalado por el *New York Times* como “el más importante de los pensadores contemporáneos”.

«Occupy —dice Noam Chomsky— es la mayor respuesta pública a treinta años de lucha de clases», un movimiento de inspiración popular que empezó el 17 de septiembre de 2011 en Nueva York y se extendió rápidamente a miles de lugares en todo el mundo. Aunque la mayor parte de los espacios ocupados originalmente fueron

arrasados por la policía, a principios de 2012 el movimiento ya había pasado de ocupar campamentos de tiendas de campaña a ocupar la conciencia nacional.

En *Ocupar Wall Street*, Chomsky señala que uno de los mayores éxitos del movimiento ha sido poner las desigualdades de la vida cotidiana en el orden del día nacional, influyendo en la cobertura por los medios de comunicación, la percepción pública y el propio lenguaje. En referencia al informe del Centro de Investigación Pew (<http://www.pewresearch.org/>) de enero de 2012 sobre la percepción pública del conflicto de clases en Estados Unidos, Chomsky resalta que las desigualdades en el país «han alcanzado alturas sin precedentes históricos». El estudio Pew constata que cerca de dos tercios de la población de Estados Unidos cree ahora que hay conflictos «muy fuertes» o «fuertes» entre ricos y pobres, un aumento de 19 puntos de porcentaje respecto a 2009.

Los meses de protestas generalizadas y de organización han cambiado la conversación nacional, y hay que dar reconocimiento a toda la gente que para ayudar a que ello ocurriera acampó, realizó marchas o fue a la cárcel. Desde mayo de 2012 más de 7.000 personas de 116 ciudades norteamericanas han sido arrestadas mientras realizaban actos relacionados con el movimiento. Cuando éste pasó a ser un fenómeno nacional, hubo un claro incremento en la cobertura de cuestiones relacionadas con la disparidad de ingresos, así como un incremento en la articulación del lenguaje del movimiento en el discurso político oficial.

La depredación corporativa y la negligencia por parte del Estado combinadas se han convertido en formas de coacción y violencia estructural dirigidas contra lo que Chomsky llama el «precariado»; es decir, aquellos que llevan una existencia precaria en la periferia de la sociedad: los ancianos, los pobres, las comunidades de no blancos. «Ya no son la periferia —escribe Chomsky—, se están convirtiendo en una parte sustancial de la sociedad.»

¿Cómo hemos llegado a esta situación en Estados Unidos? «No es la miseria del Tercer Mundo —dice Chomsky—, pero no es la que debería haber en una sociedad rica, de hecho la más rica del mundo, con una gran abundancia por doquier, pero que no llega a los bolsillos de la gente.» Y Chomsky atribuye el mérito de haber puesto en primer plano esas cuestiones y haber dado inicio al cambio a los organizadores del

movimiento.

Con o sin espacios ocupados, con o sin el nombre de Occupy, la gente de a pie de todo el país continúa organizando y contribuyendo al impulso del movimiento, favoreciendo en centenares de ciudades acciones no violentas y progresivamente creativas. Entre ellas, perturbar las subastas organizadas por bancos y en las cuales las casas robadas a la gente están siendo vendidas al mejor postor; actos que no sólo ponen en evidencia la pobreza del sistema de mercado libre, sino que ofrecen una valiosa solidaridad a aquellos a quienes el sistema roba y atropella.

Lo que hace más notable todo ello es que, pese a la «inevitable represión», como la llama Chomsky —la ofensiva de la brutalidad policial, los arrestos masivos, los ataques inventados, las ordenanzas ciudadanas restrictivas, la vigilancia coordinada, las infiltraciones, y las cargas y casos graves de trampas legales—, el movimiento continúa creciendo y ocupa nuevos frentes, desde barrios céntricos y granjas rurales a palacios de congresos y la acera frente a la Casa Blanca. Sólo seguir adelante frente a la represión ya se puede considerar un éxito y Chomsky considera que la vigilancia del Gobierno y la propia represión son indicativas del éxito popular generalizado.

La energía de Occupy deriva en parte de la indignación de la gente al ser ignorada frente a una grave injusticia. Ver que los bancos están siendo mantenidos a flote mediante miles de millones de dólares procedentes de los impuestos mientras los mismos bancos desahucian a la gente de sus casas ha suscitado la ira de millones de ciudadanos. Ver que miles de millones más de impuestos se gastan a manos llenas para financiar guerras de devastación en Irak y Afganistán mientras los políticos recortan en casa los servicios sociales resulta igualmente horroroso.

La injusticia económica es la parte frontal del problema; lo que hay debajo es una crisis política de democracia representativa.

Pero un abucheo no basta. Es precisamente el flagrante abandono del interés público, la responsabilidad y el compromiso con la auténtica democracia por parte de los políticos lo que ha movido a gente de todo tipo a hacer frente a gases lacrimógenos, atomizadores de pimienta, granadas detonadoras, esposas y estancias en la cárcel

para ser escuchada. Indignado ante la incapacidad de los políticos para ofrecer otra cosa que campañas interminables y vagas promesas, quizás el mensaje más radical del movimiento sea la incitación a cambiarnos nosotros mismos, individual y colectivamente, en el lugar de trabajo y en la sociedad como un todo. Chomsky lo analiza recurriendo a la defensa del control de los trabajadores y resaltando la importancia de redefinir ideas como la de crecimiento. Si seguimos empeñados en el modelo dominante, dice, seremos como «lemmings caminando al borde de un acantilado». En lugar de ello, insta al movimiento a difundir ideas sobre una «forma de vida diferente» que no consiste en maximizar lo que podemos comprar, sino en «maximizar los valores que son importantes para la vida». Esperar que políticos elegidos vayan a cambiar las cosas por sí mismos es comportarse como los lemmings. Nadie lo va a hacer por nosotros. Como dijo la poetisa negra feminista June Jordan, «Nosotros somos aquellos a quienes estábamos esperando».

Esta semilla de indignación llegó también al espacio ibérico y es así que asistimos a las **protestas de 2011-2012** en Portugal lideradas por el movimiento de la **Geração à Rasca** y en España, denominada comúnmente **Movimiento 15-M e Indignados**, así como **Spanish Revolution** en las redes sociales, son una serie de movilizaciones ciudadanas pacíficas, espontáneas en origen y surgidas en gran parte en las redes sociales, que obtuvieron inicialmente el apoyo de más de 200 pequeñas asociaciones. Las protestas comenzaron el 15 de mayo de 2011 con la convocatoria por la plataforma **¡Democracia Real YA!** y otros colectivos de manifestaciones en 58 ciudades españolas, las cuales dieron altavoz a un amplio y heterogéneo abanico de reivindicaciones políticas, económicas y sociales, reflejo del deseo de sus participantes de cambios profundos en el modelo democrático y económico vigente.

El **Movimiento 15-M** y **Geração à Rasca** se caracterizan por ser movimientos apartidistas (sin afiliación a ningún partido ni sindicato), pacífico, y transparente, es decir, sin estar sujeto a ningún tipo de registro. En la actualidad, ambos los movimientos se organizan a través de asambleas populares abiertas celebradas generalmente en plazas o parques y está estructurado en diversas comisiones y grupos de trabajo.

Declararon que mediante la unión de la sociedad civil es posible construir un sistema

mejor. Por ello sostuvieron firmemente lo siguiente:

Las prioridades de toda sociedad avanzada han de ser la igualdad, el progreso, la solidaridad, el libre acceso a la cultura, la sostenibilidad ecológica y el desarrollo, el bienestar y la felicidad de las personas.

## **Normas para la presentación de trabajos**

Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía/Iberoamerican

Iberoamerican Journal of Health and Citizenship

### **PRESENTACIÓN DE LA REVISTA:**

La Revista Iberoamericana Salud y Ciudadanía/Iberoamerican Journal of Health and Citizenship es una publicación virtual semestral del Observatorio Iberoamericano Salud y Ciudadanía del CIIIE y UNC. Editada y coordinada mancomunadamente por parte de la membresía del IOHC y colaboradores/as, la revista procura alentar la producción, difusión e intercambio de conocimientos e información entre la comunidad académica dedicada a los estudios sanitarios, de ciudadanía y sexualidad en Iberoamérica, así como la difusión y el debate del pensamiento iberoamericano contemporáneo. La Revista trabajará desde una perspectiva iberoamericana las problemáticas salud y ciudadanía de forma multi e interdisciplinaria y pretende alentar la innovación temática, el pensamiento abierto y destructor de inequidades en Iberoamérica. Se aceptarán artículos en castellano, portugués, inglés y francés y la publicación de los mismos será resultado de la selección de trabajos presentados por sus autoras al proceso de evaluación editorial o por pedido expreso de contribuciones a autores/as específicas por parte del comité editorial. Los artículos podrán ser de discusión teórica, informes de investigaciones, entrevistas a personalidades académicas o activistas de la realidad Iberoamérica de Naciones, de revisión bibliográfica, así como reseñas y comentarios de producciones culturales y artísticas: películas, cortos, documentales, exposiciones, etc. La revista consta de: una sección editorial, una sección principal dedicada a un tema elegido para cada número, una sección de reseñas de nuevas publicaciones, películas y otras producciones culturales de interés. de documentos. y, una sección de socialización de actividades académicas de formación e investigación: convocatorias o informes de actividades realizadas por los espacios miembros.

## **NORMAS PARA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS**

Serán aceptados para su evaluación:

Artículos inéditos o que hayan sido publicados en otros idiomas y/o en revistas de circulación local en papel, siempre que se cuente con el derecho de autor/a.

Se aceptarán artículos escritos en castellano, portugués, inglés y francés producidos por autores/as iberoamericanos o residiendo en países de Ibero América.

Los artículos deberán ser encabezados con un resumen de 100 a 150 palabras, y cinco palabras-clave, en el idioma en que estuviera escrito el texto, y esto debe ir acompañado de una traducción de su título, resumen y palabras claves en inglés y castellano, cuando ésta no fuera la lengua en que estuvieran escritos. En el caso de artículos escritos en inglés, los elementos antes mencionados deberán presentar traducidos al castellano y portugués.

### **Extensión y presentación:**

Los artículos deberán tener una extensión máxima de 80.000 caracteres con espacios (incluyendo notas y referencias bibliográficas). Los textos deberán entregarse via e-mail en formato Word (.doc y/o docx) con tipografía Arial, cuerpo 12, interlineado 1.5. El archivo debe llevar el apellido del/la autor/a, acompañado de la palabra "artículo".

Ejemplo:

"Caldas.articulo.doc" La configuración de la página será A4, con márgenes de 3,0 cm. (superior, inferior, izquierdo y derecho). La alineación será justificada y cada párrafo comenzará con una sangría sin tabulaciones.

El título del trabajo debe aparecer centrado, en fuente Arial 14, en negrita, con letras mayúsculas e interlineado 1.5. Si tuviera un subtítulo, éste deberá ser escrito con letras minúsculas.

Luego del título (y subtítulo) deberá figurar, justificado a la derecha el/los nombre/s de o lx/s autor/xs (Arial 12, negrita, interlineado simple); además, la titulación y la identificación de la institución a la que pertenece(n), así como también la/s dirección/es de correo electrónico (Arial 10).

Los resúmenes deberán estar escritos en Arial 12, con interlineado sencillo.

## **Normas para la presentación de trabajos**

Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía/Iberoamerican Journal of Health and Citizenship Notes, citas y referencias bibliográficas Nos regiremos por la normativa internacional ISO 690/87, e ISO 690-2/97 (específica para documentos electrónicos):

1. Las notas se harán a pie de página, y no podrán consistir en simples referencias bibliográficas.

2. Las citas bibliográficas para identificar la publicación de donde el párrafo ha sido extraído, deben aparecer en el cuerpo del texto con el siguiente formato: apellido del autor: año de la publicación correlativo a la bibliografía, número/s de página/s, todo entre paréntesis. Si dos o más referencias tienen el mismo autor y año, deberán distinguirse usando letras minúsculas (a, b, c) a continuación del año, dentro del paréntesis. En igual sentido deberá procederse con la paráfrasis de una idea, no requiriéndose en este caso consignar el número de página.

3. Las citas directas en el texto, de hasta tres líneas, deben estar entre comillas dobles. Las citas directas de más de tres líneas deben destacarse con sangría de 4 cm. desde el margen izquierdo establecido para el resto del texto, sin comillas, y con tipografía Arial 10.

4. La lista completa de referencias bibliográficas debe colocarse al final del texto, ajustarse a las normas ISO especificadas y respetar los ejemplos que se consignan a continuación.

### **a. Libros**

APELLIDO, Nombre. año. Título. No. de edición. ciudad: editorial. No. total de páginas.

### **b. Compilación**

Nombre y apellido (eds.) año. Título. No. de edición. Ciudad: editorial. No. total de páginas.



**c. Contribución en compilación**

APELLIDO, Nombre. Año. "título". En:APELLIDO, inicial del Nombre (ed.). Título, No. de edición. Ciudad: Editorial. No. de páginas.

**d. Artículo en Publicación periódica**

APELLIDO, Nombre. Año. "Título". Nombre de la revista. Fecha de publicación (mes y año). Vol., no, p..

**e. Tesis académica**

APELLIDO, Inicial del nombre, Año. Título, Ciudad: Editorial, No. de páginas.  
Referencias bibliográficas de documentos electrónicos

Las referencias bibliográficas efectuadas de documentos electrónicos, deberán ajustarse a la Norma ISO 690-2/97. En términos generales, deberán consignar: apellido del/la autor/a (en letras mayúsculas); nombre/s del/la autor/a; fecha de publicación (entre paréntesis); título del documento; tipo de medio [CD ROM, on line]; editor; 'Disponible en:' e indicación de la URL; fecha en que fue consultado el documento [entre corchetes]. Cuando se trate de publicaciones periódicas/seriadas electrónicas, deberán incluirse además su designación y numeración (volumen, fascículo, etc.). Las URL consignadas deben estar activas al momento del envío del artículo para su evaluación en la Revista.

**Ejemplo:**

APELLIDO, Nombre. (Fecha de publicación). Título [on line]. Editorial. Available at: Enlace web. [Acceso en fecha (día, mes, año)].

Los gráficos y/o cuadros deberán estar incorporados en el texto, y no al final. Deberán insertarse en formato jpg, con una calidad de 300 dpi, a fin de que sea posible su reproducción directa. Deberán estar adecuadamente titulados, numerados y con sus

respectivas referencias y fuentes, si correspondiera. Proceso de evaluación por pares "doble ciego"

Todos los trabajos sometidos a evaluación para ser publicados serán evaluados de acuerdo a pertinencia temática y disciplinar según el proceso de revisión por pares "doble ciego" (double blind peer review).

Los artículos originales enviados serán sometidos a la evaluación de al menos dos evaluadores/as ad hoc escogidos de entre un grupo de reconocidos/as especialistas en las diversas áreas temáticas de interés de la revista, quienes dictaminarán acerca del contenido y calidad de las contribuciones.

Para ser publicados, los trabajos sometidos a revisión deberán obtener dictámenes favorables de los/as dos evaluadores/as expertos/as. En caso de contar con dictamen favorable de sólo uno/a de los/as evaluadores/as, se someterá el texto a revisión crítica por parte de un/a tercer/a evaluador/a ad hoc.

Los artículos presentados serán, superada la evaluación por pares "doble ciego", sometidos a corrección ortográfica y de estilo.

Los artículos enviados para su evaluación en la Revista no deben encontrarse en proceso de evaluación por parte de otra publicación. Al enviar los trabajos para su evaluación, los/las autores/as asumen que los textos, así como ilustraciones, tablas, referencias bibliográficas, etc., son de su entera responsabilidad y expresan sus opiniones, y no necesariamente las de la Revista Iberoamericana Salud y Ciudadanía.

Por el sólo envío, los/las autores/as están autorizando a los/las editores/as a su eventual publicación, y cediendo sus derechos a tal fin.

Todos los trabajos deberán ser remitidos en formato electrónico a: [www.iohcpt.org](http://www.iohcpt.org) con asunto que especifique presentación de artículo para tal número de la revista acompañado del apellido del/la autor/a.

**Ejemplo:**

“presentación artículo de Caldas para No. 1 Revista”

**NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE RESEÑAS**

Hojas blancas tamaño A4 (21,0 x 29,7 cm.)

Tipo de letra Times New Roman tamaño 12

justificación sólo en el margen izquierdo

márgenes superior e inferior de 2,5

márgenes derecho e izquierdo de 3 cm

Espacio interlineado 1,5

Cada párrafo comenzará con una sangría sin tabulaciones

Las citas en el interior del texto y de hasta cuatro líneas se escribirán en redonda y entre comillas

Las referencias a libros en bastardilla, las que corresponden a capítulos de libros o artículos en redonda, entre comillas sin notas a pie de página sin subrayados de ningún tipo en ningún lugar de la obra sin líneas ni gráficos de ningún tipo para separación de notas, párrafos, citas, etc. una cantidad de páginas que oscile entre las 3 y 5 hojas.

Encabezamiento: Nombre de autor del libro reseñado, título del libro reseñado, lugar de publicación, Editorial, Año, cantidad de páginas. Ejemplo: Amado, Ana y Domínguez, Nora (compiladoras), Lazos de familia. Herencias, cuerpos y ficciones, Buenos Aires, Paidós, 2004, 343 págs.

Nombre del reseñador al pie de la reseña. Las reseñas deberán entregarse en archivo adjunto en formato Word (.doc y/o docx) a: [www.iohc-pt.org](http://www.iohc-pt.org). El archivo adjunto debe llevar el apellido del/la autor/a, acompañado de la palabra “reseña”. Ejemplo: “Caldas.reseña.doc”. En el asunto del email debe especificarse que se trata de la presentación de una reseña para tal número de la revista acompañado del apellido del/la autor/a. Ejemplo: “presentación artículo de Caldas para No. 1 Revista”.

