

PEER IV ESCOLA DE VERÃO EM EDUCAÇÃO PELOS PARES & INVESTIGAÇÃO ACÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

2

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra



Séria Monográfica

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E)
Escola Superior de Enfermagem (ESEnfC)

Coordenação da Edição: Irma Brito & Fernando Mendes

Revisão de texto: Sofia Homem

ISBN: 978-989-97031-1-7

PEER IV ESCOLA DE VERÃO EM EDUCAÇÃO PELOS PARES & INVESTIGAÇÃO ACÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

2

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

PEER IV. Escola de Verão em Educação pelos Pares & Investigação Acção Participativa em Saúde

EDITOR

Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA EDIÇÃO

Manuel Alves Rodrigues

Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENADOR DA EDIÇÃO

Irma Brito

Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Fernando Mendes

Presidente de IREFREA Portugal

Coordenadores do PEER. Peer-Education Engagment and Evaluation Research

SÉRIE MONOGRÁFICA

Número 2

ISSN 1647-9440

ISBN 978-989-97031-1-7

PAGINAÇÃO

Pedro Bandeira

REVISÃO DE TEXTO

Sofia Homem

ANO DE PUBLICAÇÃO 2012

ÍNDICE

<i>Nota de Abertura do Editor</i> Maria da Conceição Bento	9
<i>Nota de Abertura do Editor</i> Manuel Alves Rodrigues	11
<i>Nota de Abertura</i> Irma Brito & Fernando Mendes	13
<i>Investigação-acção participativa em Saúde: revisão sistemática da literatura em língua portuguesa</i> Maria Elisabete Martins, Maria Alegria Simões & Irma Brito	15
<i>ESEnFC PROMOTORA DA SAÚDE</i> Rosa Pedroso, Rosa Melo, Regina Amado, Armando Silva, Marília Neves, Helena Freitas, Maria do Céu Carrageta, Rosa Lopes, Maria Alegria Simões, Herminio Gomes, Paulo Anjos, Maria Lobo, Clara Simões, Graça Duarte, Adriana Batista, Inês Bogalho, Joana Pinto, Fernando Mendes & Irma Brito	31
<i>Promoção da Saúde e Peer Counselling: exemplo de boas práticas no GAP_SASUC</i> Anabela Pereira, Elisa Decq.Motta, Olga Bernardino, Ana Melo, Ligia Teles, Margarida Rodrigues, Mariana Marques, Maria Joao Rodrigues & Joana Ferreira	43
<i>PEER: Avaliação de projectos de Educação pelos Pares</i> Irma Brito & Fernando Mendes	47
<i>≠Antes Que Te Queimes em Coimbra. Avaliação do projecto 2007-2012</i> Irma Brito; Fernando Mendes, Filipa Homem, Atelier de Expressividade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	57

<i>Antes que te queimes na Covilhã. Consumo de álcool e outras drogas e comportamentos sexuais de risco, numa população universitária</i> Inês Zão, António José Novais, Daniela Faria, Décia Gonçalves, Isabel Tadeu, Rita Ivo & Irma Brito	63
<i>Supervisão de jovens educadores de pares</i> Filipa Homem, João Graveto, Márcia Santos & Irma Brito	69
<i>Projeto “Par-a-Par com a Saúde”: uma estratégia de Educação para a Saúde baseada na Educação Pelos Pares</i> Fernanda Ferreira, Manuela Ferreira & Tiago Ramos	73
<i>Ações autosustentáveis em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes escolares</i> Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann, Elaine Cristina da Cunha, Stella Maris Pfutzenreuter & Alessandra Cristina Laurindo Arruda. . .	79
<i>A construção atitudinal de jovens em contexto de acolhimento. Estudo exploratório</i> Tiago Ramos.	85
<i>Avaliação do risco em adolescentes: efeitos da aplicação de par-a-par sem tabaco, um programa de formação pelos pares</i> Maria Manuela Ferreira, Manuel Verissimo & Liliana Sousa	89
<i>Percepção e comunicação de riscos sociais e à saúde associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas entre académicos de enfermagem da Universidade Federal Fluminense</i> Vera Maria Sabóia, Donizete Vago Daher, Enéas Rangel Teixeira, Irma Brito & Marcela de Abreu Muniz.	97
<i>Bô Ki Ta Disidi: programa de intervenção em factores de risco e protecção juvenil em Cabo Verde</i> Fernando Mendes, Irma Brito, Suzana Delgado, Maria do Rosário Mendes & Filipa Homem.	101
<i>Lesões cutâneas em pescadores da Baía de Guanabara - RJ, Brasil: A educação pelos pares como estratégia de prevenção</i> Crystiane Ribeiro & Vera Sabóia.	109

<i>Projeto de educação sexual - GUIAA-TE</i> Maria de Fátima Filipe, Maria de Fátima Claro & José Hermínio Gomes	113
<i>Diagnóstico participativo como ferramenta para o planeamento de ações de promoção da saúde</i> Maria Elisabeth Kleba, Liane Keitel, Fernanda Metelski.	121
<i>Humaniza Estácio: promoção da saúde no processo de parto e nascimento</i> Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann, Adriana Dutra Tholl, Alessandra Cristina Laurindo Arruda, Stella Maris Pfutzenreuter & Maria de Lourdes Campos Hames	129
<i>Using a participatory approach to understand dental students’ perceptions of poverty</i> Clarice Reis, Ann Macaulay, Charo Rodriguez & Christophe Bedos . . .	137
<i>Ingestão alimentar, atividade física, aptidão física em adolescentes femininas participantes e não participantes em desporto organizado</i> Ivo Silva Rêgo, Aristides Machado Rodrigues, Edilson Cyrino & Manuel J. Coelho e Silva	141
<i>Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: suporte social e satisfação com os cuidados de enfermagem</i> Carla Susana Lopes Correia, Natália Ramos	143
<i>O autocontrolo: respiração na pessoa com DPOC e o processo de cuidados de enfermagem</i> Manuela Almendra	151
<i>Hipertensão arterial: educar para a saúde</i> Carlos Laranjeira	157

NOTA DE ABERTURA DO EDITOR

É com muito gosto que escrevo esta pequena nota de editor, a incluir na publicação PEER IV: Escola de Verão em Educação pelos Pares e Investigação – ação participativa em Educação pelos pares, pois dá-me a oportunidade de felicitar, agradecer e reconhecer o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelos investigadores e organizadores desta monografia, que têm liderado em Coimbra os projetos de investigação e intervenção nesta área, no âmbito de uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e o IREFREA. De facto, é de justiça reconhecer que a Professora Doutora Irma Brito e o Dr. Fernando Mendes e as equipas com quem trabalham se têm dedicado de forma persistente, sistemática e generosa, pondo à disposição da comunidade os seus múltiplos saberes, à procura de metodologias de intervenção que possam empoderar as pessoas na (re)construção dos seus projetos de saúde os resultados das intervenções e investigação que têm desenvolvido, liderado e/ou orientado parecem demonstrar que a “educação por pares” é potencialmente geradora de maiores e mais duradouros ganhos em saúde, que outras metodologias tradicionais mais entradas na transmissão de informação porque permite aos participantes não apenas o acesso à informação em saúde mas principalmente o desenvolvimento de competências múltiplas, que permitem mobilizar essa informação nas decisões sobre si e sobre se com os outros e a sua saúde entre outras, a de resistir à pressão dos pares, questão particularmente importante quando pensamos em grupos de jovens.

O Atelier de Expressividade, tem sido um exemplo da dinâmica gerada, com a finalidade atrás enumerada. É um espaço que tem permitido a centenas de estudantes experimentar o que é “estar em projeto” formando-se para formar e enquanto formam outros estudantes para a saúde, mas fundamentalmente

para uma vida potencialmente mais feliz e para uma participação ativa com os outros na construção da realidade social que integram.

Termino reforçando a minha gratidão aos organizadores desta monografia, aos muitos estudantes que têm trabalhado para que intervenção e investigação participativa sejam possíveis e a todos os autores que divulgam neste livro de actas os resultados dos seus trabalhos.

Maria da Conceição Bento

A Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

NOTA DE ABERTURA DO EDITOR

A Divulgação do conhecimento científico produzido pelos Projetos de investigação é um indicador relevante, no contexto do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

A primeira edição da Série Monográfica «Educação e Investigação em Saúde» foi iniciada com um número dedicado a Florence Nightingale. Este segundo número monográfico é uma iniciativa do Projeto PEER IV Escola de Verão pelos Pares e Investigação Ação Participativa em Saúde.

O documento permite a acessibilidade dos leitores a um conjunto de comunicações na área da promoção de saúde e educação para a saúde, resultantes de projetos de investigação sustentada. A metodologia de investigação participativa é colocada em relevo no caminho de aproximação à prática e à transformação dos contextos e das pessoas.

Desejamos que esta edição seriada prospere, no sentido de se tornar acessível e útil a um grande número de leitores, que possam aproveitar de boas fontes de informação para orientação da sua ação.

Manuel Alves Rodrigues

O Coordenador Científico da Unidade de Investigação
em Ciências da Saúde: Enfermagem

NOTA DE ABERTURA

Em 27 de Fevereiro de 2002, fruto da insatisfação de ensinar Educação para a Saúde a uma turma enorme de futuros enfermeiros, foi lançado o desafio de criarmos um grupo de estudantes voluntários. Começámos as reuniões à noite, uma vez por semana, e aí se consolidou o Atelier de Expressividade. Eramos um grupo de estudantes e professores que pretendia conceber e validar intervenções educativas inovadoras, ou seja, que provocassem a conscientização dos jovens para os seus estilos de vida mas, sobretudo, para reduzir os riscos dos usos e abusos, através da Educação pelo Pares.

Depois de umas sessões de reflexão sobre a natureza e consequências desses problemas estávamos determinados em fazer uma intervenção educativa sobre Sexualidade responsável para os jovens do ensino secundário. Era uma dramatização e uma dança que gerava a reflexão e conscientização sobre as dúvidas e incertezas que povoam a cabeça dos jovens. Depressa o Atelier de Expressividade criou fama e era solicitado para desenvolver o seu trabalho em diversas escolas, por todo o país. E o grupo crescia de ano para ano, alimentado por novos estudantes. O interesse por fazer intervenções de prevenção do consumo abusivo de álcool e outras drogas trouxe para o grupo outros técnicos. Foi então que surgiram os projectos Amigos Amigos Pressões à Parte e Antes que te Queimes. Surgiu também a internacionalização: uma estudante foi a Vilnius representar o projecto e foi criada a rede PEER, que desde então temos apresentado um pouco por todo o lado.

O projecto Antes que te Queimes surge porque as festas académicas de Coimbra tornavam-se, de ano para ano, mais “pesadas”, e descobrimos que a estratégia de aconselhamento par-a-par poderia ser uma forma de conscientizar os estudantes. Foi testado na Queima das Fitas de 2006 e tem sido um sucesso! Principalmente porque temos cerca de 100 estudantes

por ano que se voluntariam para, durante as noites de festa, reduzir riscos e danos e que, por isso, se educam educando. Mas temos também alguns professores e técnicos que assumem a supervisão destes jovens como uma tarefa pedagógica. E por isso ainda aqui estamos, ano após ano, festa após festa, com a certeza de que se evitarmos pelo menos um acidente de automóvel, uma gravidez, uma violação ou uma overdose, fizemos a diferença.

Ao longo dos últimos quatro anos lançamos desafios à comunidade científica e à sociedade civil com o objectivo de fazer um levantamento e discussão sobre os projectos e acções no âmbito da educação de pares. Apresentamos e discutimos vários projectos, partilhamos a nível nacional e internacional diversas experiências, fortalecemos a rede PEER com a integração de novos parceiros e novas abordagens.

Este ano o IV PEER - ESCOLA DE VERÃO EM EDUCAÇÃO PELOS PARES pretende dar ênfase à metodologia de Investigação-Acção Participativa em Saúde associando-se ao IIIº Encontro Anual do ICPHR, o que muito nos honra e vem reforçar a nossa identidade e maturidade. A investigação-acção participativa em saúde tornou-se cada vez mais importante como uma estratégia para encontrar soluções em comunidades/grupos onde a ocorrência e gravidade de problemas de saúde é maior ou em que a acessibilidade aos serviços de saúde está comprometida.

Dez anos depois, é com esta orientação que mais uma vez nos propomos abrir um novo capítulo no nosso percurso de trabalho, convidando todos os que conosco o quiserem partilhar, descobrir e percorrer, reforçando as nossas redes.

Esta monografia representa um passo firme para agregar e partilhar não só os projectos que se multiplicam sob a alçada do PEER mas todos aqueles que gostariam de estar em sintonia com um estilo vai fazer a diferença: a investigação-acção participativa.

Coimbra, 07 de Maio de 2012
Irma Brito & Fernando Mendes

INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA EM LÍNGUA PORTUGUESA

MARIA ELISABETE MARTINS¹; MARIA ALEGRIA SIMÕES²; IRMA BRITO³

A investigação-acção participativa emerge, no âmbito das ciências sociais, da necessidade de provocar mudança com a investigação. A exigência de qualidade máxima nos serviços de saúde, combinada com a necessidade de uso racional de recursos públicos e privados, tem contribuído para aumentar a pressão sobre os profissionais de saúde e de desenvolvimento social no sentido de assegurar a implementação de uma prática baseada em evidências científicas.

A prática baseada em evidências significa integrar na experiência clínica individual a melhor evidência externa disponível oriunda da pesquisa sistemática. Em saúde comunitária, a experiência engloba o conhecimento e o julgamento provenientes da prática e as evidências externas deveriam derivar da pesquisa clínica sistemática, nem sempre possível, sobretudo quando se trata de grupos/comunidades. Acresce ainda que a aplicação de evidência científica nem sempre é congruente com os valores e cultura da comunidade/ grupo-alvo. Surge a necessidade de utilizar a investigação-acção como processo de melhoria do estado de saúde e bem-estar de comunidades. Mas ainda assim o discurso científico apresenta-se como uma barreira

¹ Enfermeira, Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

² Professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

³ Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e coordenadora do PEER

para as pessoas, grupos e comunidades assumirem a responsabilidade de participarem na resolução dos seus próprios problemas de saúde e sociais. A investigação-acção participativa em saúde tem demonstrado ser uma abordagem de investigação colaborativa que é delineada para garantir e estabelecer estruturas para a participação das comunidades afectadas pela questão em estudo, representantes de organizações e pesquisadores em todos os aspectos do processo de pesquisa para melhorar a saúde e bem-estar através da acção, incluindo a mudança social (Viswanathan et al., 2004).

Fruto da existência de inúmeras iniquidades, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde, da magnitude dos problemas de saúde em algumas comunidades especialmente vulneráveis e da frequência/gravidade dos determinantes sociais da saúde, a investigação-acção participativa em saúde, cujo enfoque é colocado no processo e não apenas nos resultados, surge como uma forma de advogar para os investimentos em programas específicos baseados em evidências reais e não construídas. É uma abordagem colaborativa e de investigação que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece os pontos fortes únicos que cada um traz. Começa com um tema de pesquisa com importância para a comunidade-alvo e tem o objectivo de combinar conhecimento com a acção e alcançar a mudança social para melhorar os resultados de saúde e diminuir as desigualdades em saúde (Minkler e Wallerstein, 2008). Trata-se de dar voz e reconhecer a credibilidade a quem está no terreno e implementa intervenções de melhoria do estado de saúde e bem-estar de grupos e comunidades, permitindo também a expressão das suas necessidades. Esta abordagem de investigação assume uma forma sequencial e cíclica de diagnóstico, planeamento, acção e reflexão, conduzida com e pelas pessoas visadas no programa, em cujo processo o poder é partilhado, o que constitui, *per si*, diferença para com as metodologias de investigação tradicionais (Cornwall e Jewkes, 1995). Constitui-se um processo de obter informações que permitam aos indivíduos gerir com mais eficiência os seus cuidados de saúde; de melhorar a capacidade da comunidade para resolver os seus próprios problemas; de assegurar a formação de recursos com base em evidência científica que, agindo com os governos, assumem a garantia de serviços de saúde integrais e adequados e controlam verdadeiramente os determinantes sociais da saúde.

A investigação-acção participativa é uma forma de *empowerment*, uma vez que “a participação é transformação” (Ledwith e Springett, 2009: 187), ou na expressão de Paulo Freire conhecimento é poder, dado conduzir à conscientização das pessoas e este, por sua vez, compreende a reflexão, a predisposição para agir diferente e a acção colectiva (Freire, 1980). A investigação-acção participativa foca-se na aquisição do conhecimento através da acção, desenhada a partir do contexto de vida dos grupos e comunidades-alvo, do estabelecimento de prioridades e estratégias com os envolvidos e, assim, localmente, valorizar a experiência e história de vida como estratégia de resolução de problemas e de aprendizagem.

A experiência repetida com este tipo de investigação tem provocado tensão e contradições entre as culturas e exigências burocráticas (*top down*) que tendem para padronizar, simplificar e controlar, e as necessidades geradas no nível local, exigindo que se faça investigação de forma diferente, complexa e singular. Conforme referem Springett, Wright e Roche (2011), a investigação-acção participativa não é uma metodologia, é uma abordagem que conjuga métodos e técnicas de investigação qualitativa e quantitativa e em que a participação do grupo-alvo é fulcral. Tem em conta os processos, os resultados e o impacto, ao contrário dos ensaios clínicos. O conhecimento científico é gerado da acção e experimentação em contexto, com participação democrática e aprendizagem social. Assim, é a qualidade das relações entre investigadores e grupo-alvo que determina a qualidade da investigação e as técnicas que se aplicam. Nesta perspectiva existe um conjunto de critérios que define este tipo de investigação (Springett, Wright e Roche, 2011):

- A participação é um imperativo democrático;
- O conhecimento é co-criado dialogicamente, incorporando múltiplas perspectivas e tipos de conhecimento;
- O impacto vai além da produção de conhecimento académico;
- É dada primazia ao contexto comunitário (local);
- Baseia-se na reflexividade com valores explícitos, garantindo autenticidade, transparência e transferibilidade;
- Os resultados são práticos, relacionais (de processo), credíveis e válidos;

- Valorizam-se diferentes formas de conhecer os resultados.

Neste processo de investigação é enfatizada a relevância e finalidade dos resultados, ou seja, de que forma contribuem para a mudança social. Para Cornwall e Jewkes (1995), este processo pode esquematizar-se (quadro 1) distinguindo a investigação-acção participativa da convencional.

Quadro 1. Indicadores de investigação-acção participativa

INDICADORES	INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO PARTICIPATIVA	INVESTIGAÇÃO CONVENCIONAL
Para que serve a investigação?	Acção	Compreensão com “mas”
Para quem se investiga?	Pessoas locais	Interesses institucionais, profissionais, pessoais
A quem pertence o conhecimento que é valorizado?	Pessoas locais	Peritos
Qual a base para a selecção do problema?	Prioridades locais	Prioridades e interesses institucionais, interesses profissionais, metodologia adoptada
Metodologia escolhida para que ?	<i>Empowerment</i> , aprendizagem mútua	Convenções disciplinares, objectividade e verdade
QUEM PARTICIPA NO PROCESSO DE PESQUISA		
Identificação do problema	Pessoas locais	Investigador
Recolha de dados	Pessoas locais	Investigador
Interpretação e estrutura	Conceitos e estruturas locais	Convenções disciplinares e investigador
Análise	Pessoas locais	Investigador
Apresentação de resultados e utilidade	Localmente acessíveis. Utilidade para os locais	Pelo investigador aos seus pares
Acção a partir dos resultados	Integrada no processo	Separada, podendo não ocorrer
Quem actua	Pessoas locais com ou sem apoio externo	Entidades externas
A quem pertencem os resultados	Comunidade local e investigador	Investigador
O que é enfatizado	Processo	Resultados

Adaptado de Cornwall e Jewkes, 1995

Através da consolidação do conhecimento existente e consenso sobre a terminologia e princípios comuns, o International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR, 2009) procura reforçar o papel da investigação-acção participativa no processo de tomada de decisão e de intervenção comunitária em questões de saúde. A missão deste grupo inclui: desenvolver directrizes para a concepção e avaliação de PHR, descrevendo as teorias e as evidências produzidas com esta abordagem, definir critérios para a realização de revisões sistemáticas de literatura sobre investigação-acção participativa, a fim de contribuir para aumentar o corpo internacional de conhecimentos tradicionais sobre saúde comunitária. Mas, para a consolidação dos critérios de qualidade de uma abordagem de investigação, é crucial utilizar a metodologia de revisão sistemática da literatura, contudo, poucos estudos em língua portuguesa têm sido feitos usando este método. A falta de experiência da utilização aliada à escassez de informações precisas sobre revisão sistemática pode ter dificultado esta estratégia de investigação.

O projecto PEER integra esta rede desde 2010 e propôs-se a colaborar no levantamento sistemático do conhecimento e da experiência nacional em investigação-acção participativa com o propósito de conhecer a sua qualidade, credibilidade e impacte nas políticas e nas práticas relacionadas com a saúde comunitária.

O presente trabalho emerge da vontade de conhecer o estado da arte no que concerne à investigação e publicação de trabalhos em língua portuguesa, que se tenham desenvolvido a partir de investigação-acção com abordagem participativa, na área da saúde. Visa fornecer subsídios operacionais para a realização de estudos de revisão sistemática sobre investigação-acção participativa em saúde. São descritas passo a passo as etapas dessa metodologia aplicada aos estudos que se auto-referenciam como sendo de investigação-acção em saúde para identificar os requisitos que os classificam como sendo de investigação-acção participativa em saúde.

Metodologia

A pesquisa bibliográfica assume uma importância primordial, tornando possível avaliar, organizar, comparar, isto é, através da reflexão, transformar a leitura em conhecimento. De acordo com Cervo (1996) e Köche (1997),

a pesquisa bibliográfica permite explicar um problema, a partir do conhecimento publicado. Ruiz (1996) acrescenta que esta é mandatória em todos os trabalhos de investigação, possibilitando a justificação para as escolhas metodológicas do investigador. A pesquisa bibliográfica permite determinar o estado da arte, isto é, evidenciar o conhecimento existente sobre o fenómeno: investigação-acção participativa em saúde.

A partir da questão “quais as evidências produzidas com a abordagem de investigação-acção participativa em saúde, em língua portuguesa” procedeu-se à revisão sistemática da literatura disponível *on-line*. Esse tipo de estudo serve para nortear o desenvolvimento de um referencial de qualidade em investigação-acção participativa em saúde, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando os métodos de pesquisa utilizados.

Identificamos como bases de dados a serem consultadas: EBSCO, SciELO, SciELO Brasil, B-on, MEDLINE® e Google académico. Foram definidas as palavras-chave para identificar estudos primários publicados de 1990 a 2012 que referem utilizar investigação-acção participativa em saúde. Tendo em atenção que há divergência na utilização de alguns termos entre os diferentes países lusófonos, com os seguintes termos de pesquisa procedeu-se à busca dos documentos: Pesquisa+ação+saúde; Pesquisa+participativa+saúde; Pesquisa participativa baseada na comunidade+saúde; Investigação-acção+saúde; Pesquisa-acção+saúde; Intervenção+Comunitária+Saúde; Investigação participativa+saúde; Intervenção comunitária+saúde.

A estratégia de selecção dos documentos encontrados foi feita por análise do conteúdo dos resumos publicados, em procedimento fechado, aplicando os critérios de exclusão dos artigos/registos encontrados: não serem estudos primários publicados de 1990 a 2012; estarem repetidos; não evidenciarem que a investigação tem propósito de acção, ou seja, ser investigação convencional (Cornwall e Jewkes, 1995). Como critérios de inclusão para análise do estudo definiram-se ter disponível o texto completo dos artigos científicos ou trabalhos académicos. Aos documentos encontrados, as autoras aplicaram os procedimentos de análise (quadro 2). Os estudos seleccionados foram submetidos a avaliação que, de forma independente.

Quadro 2. Procedimentos de análise de conteúdo dos artigos encontrados

MÉTODOS E TÉCNICAS		PARTICIPAÇÃO	
DESENHO DE ESTUDO (procedimento fechado: se tem os 10 critérios de ICPHR)	TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS (procedimento fechado)	QUEM (procedimento aberto)	NÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO (procedimento fechado: Biggs, 1989; Cornwall, 1995)
1. Identificação do problema Foram as pessoas da comunidade? 2. Recolha de dados As pessoas da comunidade participam? 3. Interpretação e estrutura Os conceitos e estruturas locais participam na sua definição? 4. Análise Como participam as pessoas da comunidade na análise dos resultados? 5. Apresentação dos resultados para a acção Os resultados estão localmente acessíveis? 6. Acção a partir dos resultados Houve acção de melhoria? De que tipo? (Indicada, Selectiva ou Universal) A acção está integrada nos processos do grupo/comunidade? 7. Quem actua As pessoas da comunidade actuam ou implementam as acções? Se sim, com/sem apoio externo? 8. Resultados da acção A quem pertencem os resultados? São partilhados? 9. O que é enfatizado Processo ou resultados? 10. Transferência para políticas públicas Houve recomendações para a definição de políticas públicas	1. Questionário 2. Entrevista semi estruturada 3. Entrevista aberta 4. Entrevista intensiva 5. Análise documental 6. Focus group	Quem participa nas fases do processo de pesquisa?	Como participam? 1. Contratual. As pessoas são contratadas para os projectos de investigação e agem como informantes 2. Consultivo. As pessoas são convidadas para dar as suas opiniões e são consultadas por investigadores antes das intervenções serem feitas 3. Colaborativo. Investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projectos dirigidos, implementados e geridos pelos investigadores 4. Colegial. Investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos como colegas, combinando suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua.

Resultados

Procedeu-se à pesquisa nas bases de dados escolhidas e as questões formuladas serviram para orientar a decisão quanto à caracterização dos estudos (quadro 3). Encontraram-se 265 estudos, mas só 34 com propósito de acção. Os 15 trabalhos incluídos foram, posteriormente, extraídos na íntegra para análise. Durante a análise dos artigos científicos, alguns pontos foram observados, iniciando-se pela verificação da exposição do problema que foi objecto de investigação, para que os avaliadores decidissem se o mesmo teria relação com o que se desejava estudar.

Quadro 3. Resultados da pesquisa nas bases de dados

TERMOS DE PESQUISA	ENCONTRADOS	PROPÓSITO DE ACÇÃO	COM TEXTO INTEGRAL
intervenção+comunitária+saúde	91	12	90
investigação-acção+saúde	71	12	68
investigação+participativa+saúde	18	2	16
pesquisa+ação+saúde	4	3	0
pesquisa-acção+saúde	14	0	2
Pesquisa participativa baseada na comunidade+saúde	1	1	1
pesquisa+participativa+saude	29	4	29

Após revisão de 15 estudos primários com texto integral, por consenso entre as investigadoras, foram seleccionados 5 estudos, sendo 3 teses de mestrado e 2 de doutoramento, nomeados da seguinte forma: [E1] Gestão da qualidade total num serviço de saúde (Henriques, 2008); [E2] Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da união europeia (Coelho, 2009); [E3] Serviços de suporte comunitários orientados para o recovery das pessoas com experiência de doença mental (Duarte, 2009); [E4] Envelhecimento activo, educação e promoção da saúde na população idosa (Silva, 2010). [E5] Intervenção de consciencialização para prevenção da brucelose em área endémica de brucelose (Brito, 2007).

Da análise efectuada, verifica-se que na maioria são as pessoas da comunidade que participam na identificação do problema (E1), (E2), (E3), (E5),

participam na recolha de dados (E1) (E2) (E4) (E5) e inclusive na elaboração dos próprios instrumentos (E3) (E5) e na sua interpretação, sendo que os conceitos e estruturas locais participam na sua definição (E2) (E3) ou foram incorporados (E1) (E5). Em quase todos o investigador, equipa de investigação e participantes, estão envolvidos na análise dos dados (E1), (E2), (E3) (E5) e os resultados estão localmente acessíveis (E1) (E2) (E3) (E5) e são úteis (E1) (E2) (E3) (E4) (E5). Em todos houve acção de melhoria e está integrada nos processos do grupo/comunidade (E1) (E2) (E3) (E4) (E5): só na equipa em causa (E1); em todos os serviços do hospital (E2); todos foram envolvidos: técnicos, famílias e utentes (E3) ou só para os utentes dos serviços em causa (E4) (E5). As pessoas da comunidade actuam ou implementam as acções, com apoio externo (E1), (E2), (E4) ou sem apoio externo (E3) (E5). Os resultados da acção são partilhados (E1) (E2) (E3) (E5) e o que é enfatizado é o processo (E1) (E2) (E3) (E4) (E5).

Em relação à transferência para políticas públicas, dois não referem terem sido feitas recomendações para a definição de políticas públicas (E3) (E4), enquanto nos outros três está presente a recomendação de políticas públicas (E1) (E2) (E5).

Em relação à técnica de recolha de dados a Análise documental (E1) (E2) (E4), os Questionários (E2) (E3) (E4) (E5), o *Focus group* (E1) (E2) (E3), a Entrevista semi estruturada (E1) (E4) (E5) e Observação não participante (E2) (E4) (E5) são as mais utilizadas.

Analisando a participação, verifica-se que tanto o modo Colaborativo como o Colegial são utilizados. No primeiro, investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projectos dirigidos, implementados e geridos pelos investigadores (E1) (E4) (E5), enquanto que no segundo, investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos como colegas, combinando as suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua (E2) (E3). Este último favorece a aprendizagem de métodos e técnicas de investigação par a par, ou seja, *peer research*.

Quadro 4. Procedimentos de análise de conteúdo dos artigos encontrados: métodos e técnicas

MÉTODOS E TÉCNICAS	
DESENHO DE ESTUDO (procedimento fechado: se tem os 10 critérios de ICPhR)	TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS (procedimento fechado)
1. Identificação do problema São as pessoas da comunidade (E1) (E2) (E3) (E5) Investigador (E3) 2. Recolha de dados As pessoas da comunidade participam (E1) (E2) (E4) As pessoas da comunidade participam, inclusive na elaboração dos próprios instrumentos (E3) (E5) 3. Interpretação e estrutura Os conceitos e estruturas locais participam na sua definição (E2) (E3) Os conceitos e estruturas da unidade de estudo foram incorporados (E1) (E5) Investigador (E4) 4. Análise Investigador, equipa de investigação e participantes, estão envolvidos na análise dos dados (E1), (E2), (E3) (E5) Investigador (E4) 5. Apresentação dos resultados para a acção Os resultados estão localmente acessíveis (E1) (E2) (E3) (E5) Não identificável (E4) Os resultados são úteis (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) 6. Acção a partir dos resultados Houve acção de melhoria (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) De que tipo? Indicada. So na equipa em causa (E1) Universal. Todos os serviços do hospital (E2) Universal. Todos foram envolvidos: técnicos, famílias e utentes (E3) Selectiva Só para os utentes dos serviços em causa (E4) (E5) A acção está integrada nos processos do grupo/comunidade (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) 7. Quem actua As pessoas da comunidade actuam ou implementam as acções, sem apoio externo (E3) (E5) As pessoas da comunidade actuam ou implementam as acções, com apoio externo (E1) (E2) (E4) 8. Resultados da acção São partilhados (E1) (E2) (E3) (E5) Não é evidente a partilha de resultados (E4) 9. O que é enfatizado Processo (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) 10. Transferência para políticas públicas Não houve recomendações para a definição de políticas públicas (E3) (E4) Está presente a recomendação de políticas públicas (E1) (E2) (E5)	Entrevista semi estruturada (E1) (E4) (E5) Entrevista não estruturada (E4) Análise documental (E1) (E2) (E4) Focus grupo (E1) (E2) (E3) Observação não participante (E2) (E4) (E5) Semi-participante; (E2) Questionários (E2) (E3) (E4) (E5) Brainstorming (E2) Entrevistas (E2) Fichas de notificação de risco (E2)

Quadro 5. Procedimentos de análise de conteúdo dos artigos encontrados: participação

PARTICIPAÇÃO	
QUEM (procedimento aberto)	NÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO (procedimento fechado: (Biggs, 1989; Cornwall, 1995)
Quem participa nas fases do processo de pesquisa? As chefias e os colaboradores da unidade de estudo (E1) As chefias e os colaboradores da instituição, de forma progressiva (E2) Todos os participantes, (utilizadores, técnicos e famílias) (E3) Os utentes do lar e alguns utentes da Unidade de convalescença (E4) Pastores de área endémica de brucelose, técnicos de sanidade animal, empresários de queijaria líderes comunitários (E5)	Como participam? Colaborativo. Investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projectos dirigidos, implementados e geridos pelos investigadores (E1) (E4) (E5) Colegial. Investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos como colegas, combinando suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua. (E2) (E3)

Discussão e conclusões

Muitos artigos encontrados utilizam indevidamente o termo investigação-acção ou pesquisa-acção, confundindo a metodologia com a técnica de recolha de dados, como por exemplo: observação semi-participante e não participante; observação directa; *focus-group* ou entrevista semi-dirigida. Ainda em muitos estudos encontrados, verificou-se que a metodologia não está suficientemente descrita, de forma que outros pesquisadores possam realizar o mesmo estudo de forma idêntica ou não estava adequada ao alcance dos objectivos propostos. Em alguns estudos os resultados não são compatíveis com a metodologia utilizada merecendo pouca credibilidade.

O processo de desenvolvimento desse tipo de estudo de revisão incluiu caracterizar 5 estudos seleccionados, avaliar a sua qualidade, identificar conceitos importantes, comparar as análises apresentadas e concluir sobre

o que a literatura informa em relação aos critérios de investigação-acção, apontando ainda problemas/questões que necessitam de novos estudos. Nos cinco estudos em análise, e que evidenciavam propósito de acção, a participação do grupo-alvo do estudo é evidente em quase todas as fases dos estudos analisados, o que consideramos favorecedor da aprendizagem de métodos e técnicas de investigação entre pares, ou seja, *peer research*. Foi evidente que se aplicavam os critérios de qualidade de investigação-acção participativa (Springett, Wright e Roche, 2011), pois em todos houve participação e o conhecimento foi co-criado dialogicamente, incorporando múltiplas perspectivas e tipos de conhecimento. Embora todos sejam teses de mestrado ou doutoramento, o impacto do estudo foi além da produção de conhecimento académico e foi dada primazia ao contexto comunitário (local).

- Baseia-se na reflexividade com valores explícitos, garantindo autenticidade, transparência e transferibilidade;
- Os resultados são práticos, relacionais (de processo), credíveis e válidos;
- Valorizam-se diferentes formas de conhecer os resultados.

Considera-se que as revisões sistemáticas são recursos importantes ante o crescimento acelerado da informação científica, pois ajudam a sintetizar a evidência disponível na literatura sobre uma intervenção, podendo auxiliar profissionais clínicos e pesquisadores no seu quotidiano de trabalho. Este artigo teve como objectivo fornecer subsídios operacionais para a realização de estudos de revisão sistemática sobre investigação-acção participativa em saúde. Ao viabilizarmos um resumo dos estudos encontrados sobre investigação-acção participativa em saúde, incorporámos um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos. Contudo, o sucesso desta estratégia depende da terminologia usada que está longe de ser consensual e da qualidade das fontes primárias.

Saliente-se que este é um trabalho ainda a decorrer e, por isso, pretende-se realizar mais pesquisa contendo os termos: intervenção+saúde; círculos de cultura; assessoria popular; melhoria contínua+saúde.

A realização de mais estudos de revisão sistemática possibilitará a avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos comunitários, bem como especificidades e variações de protocolos de intervenção.

Bibliografia

Alemanha. *International Collaboration on Participatory Health Research* [Em linha]. Berlim: ICPHR, 2009. [Consult. 26 Abr. 2012]. Disponível em [www:<http://www.icphr.org/es>](http://www.icphr.org/es).

Brito, Irma (2007). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endêmica de brucelose/Awareness intervention for prevention of brucellosis in an endemic area* [Em linha]. Porto: ICBAS, 2007. Tese de doutoramento. Funded by Portuguese Confederation of Farmers [Consult. 6/02/2012]. Disponível em WWW:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7216>>.

Cervo, Amado Luiz; Bervian, Pedro Alcino (1996). *Metodologia científica*. 4ª ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209 p.

Coelho, João Manuel Aguiar (2009). *Gestão Preventiva de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais no Quadro da União Europeia* [Em linha]. [sn] Universidade Fernando Pessoa, 2009. Tese de Doutoramento [Consult. 16/02/2012]. 2009. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10284/1388>](http://hdl.handle.net/10284/1388).

Cornwall, A.; Jewkes, R. (1995). "What is participatory research?". *Social Science and Medicine*. Elmsford. ISSN 0277-9536. 41: 12, 1667-1676.

Cornwall, Andrea (2008). "Unpacking 'Participation' Models, Meanings and Practices". *Community Development Journal*. Oxford. ISSN 0010-3802. 43: 3, 269-283.

Duarte, Maria Teresa de Castilho (2009). *Serviços de suporte comunitários orientados para o recovery das pessoas com experiência de doença mental* [Em linha]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação

de mestrado. [Consult. 18/02/2012]. 2009. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10400.12/491>](http://hdl.handle.net/10400.12/491).

Fachin, Odília (2006). *Fundamentos de Metodologia*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva. 210 p. ISBN 978-85-02-05532-2.

Freire, Paulo (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação - Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3ª ed. São Paulo: Edições Moraes, 102 p.

Henriques, Carlos José de Afonso (2008). *Gestão da qualidade total num serviço de saúde* [Em linha]. Lisboa: ISCTE. Tese de mestrado. [Consult. 16/02/2012]. 2008. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/1754>](http://hdl.handle.net/10071/1754).

Köche, José Carlos (1997). *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 120 p. ISBN 85 326.2727-7.

Ledwith, Margaret; Springett, Jane (2009). *Participatory practice: community-based action for transformative change*. Bristol: The Policy Press, 244 p. ISBN 978 1 84742 012 1.

Minkler, Meredith; Wallerstein, Nina (2008). *Community-based participatory research for health: from process to outcomes*. São Francisco: Jossey-Bass, 508 p. ISBN 978-0-470-26043-2.

Pant, Mandakini (2007?). "Participatory research". In Dighe, Anita [et al.] (2007?) *Participatory lifelong learning and information and communication technologies*. Nova Deli: Group of Adult Education School of Social Sciences, pp. 91-104.

Ruiz, João Álvaro (1996). *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 177 p. ISBN 85-224-1465-3.

Silva, Aurora de Fátima Barbosa da (2010). *Envelhecimento activo, educação e promoção da saúde na população idosa* [Em linha]. Braga: Universidade do Minho, 2010. Dissertação de mestrado. [Consult. 18/02/2012]. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/1822/15126>](http://hdl.handle.net/1822/15126).

Springett, Jane; Wright, Michael T.; Roche, Brenda (2011). "Developing quality criteria for participatory health research". *WZB Discussion Paper*. Berlin: Social Science Research Center, 45 p.

Viswanathan, Meera [et al.] (2004). "Community-based participatory research: assessing the evidence". *Evidence Report/Technology Assessment* No. 99. Rockville: AHRQ Publication, 296 p.

ESEnfC PROMOTORA DA SAÚDE

ROSA PEDROSO¹; ROSA MELO¹, REGINA AMADO¹, ARMANDO SILVA¹,
MARILIA NEVES¹, HELENA FREITAS¹, MARIA DO CÉU CARRAGETA¹, ROSA
LOPES¹, MARIA ALEGRIA SIMÕES¹, HERMINIO GOMES¹, PAULO ANJOS²,
MARIA LOBO², CLARA SIMÕES³, GRAÇA DUARTE, ADRIANA BATISTA⁴, INÊS
BOGALHO, JOANA PINTO, FERNANDO MENDES⁵; IRMA BRITO¹

Actualmente, a escolha de uma actividade profissional para os jovens, representa o primeiro grande obstáculo a vencer, pois cada vez mais estão sujeitos a múltiplos condicionalismos, o que de alguma forma vão interferir nas suas expectativas. Neste sentido, nem sempre o estudante opta pelos seus ideais, mas pelo que a sociedade lhe oferece. Perante, todo um conjunto de condicionalismos, dificuldades e frustrações acabam por não concretizar os seus desejos e expectativas. Por outro lado o número cada vez maior de estudantes a frequentar o Ensino Superior leva a alterações das práticas pedagógicas desenvolvidas e a novas representações. Assim, pensa-se que a escolha de um curso superior, é condicionada pela sociedade em que está inserido e pelas expectativas que possui em relação ao mundo laboral. Na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cidade com forte tradição académica, os estudantes são provenientes de vários pontos do País e de vários Países de Língua Oficial Portuguesa, encontrando-se a maioria (60%) deslocados do seu contexto/agregado familiar.

¹ Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

² Associação Existências

³ Não docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁴ Estudante da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁵ IREFREA Portugal

As modificações no Sistema de Ensino da Enfermagem e a crescente procura do Curso de Licenciatura em Enfermagem aliada ao aumento do número de estudantes na ESEnC, têm constituído desafios ao nível dos modelos de formação e motivo de reflexão no seio do corpo docente, no sentido da melhoria contínua da qualidade. Existe ainda a percepção de que Coimbra é uma cidade universitária com forte tradição académica, bastante apelativa para os estudantes, pelo que poderá constituir razão de escolha da ESEnC, persistindo contudo a dúvida quanto à existência de outras motivações, nomeadamente de carácter recreativo. Quanto à opção pelo curso, a tendência actual na preferência pelas formações na área da saúde e a imagem social da profissão em mudança, poderá ser um factor de influência. A ESEnC não pode ficar alheia às repercussões dos actuais programas de ensino e à forma como os saberes científicos são produzidos, transmitidos e relacionados com a sua aplicação prática pelo que a sua problematização se torna necessária de forma a discutir não só as implicações sociais e profissionais, mas também os modelos de formação em Enfermagem. Assim, emerge a necessidade de realizar um estudo que caracterize os estudantes do primeiro ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, desde as suas origens geográficas e familiares, a trajectória pessoal e escolar, os aspectos relacionados com os seus hábitos e comportamentos em saúde, bem como as opiniões sobre a Enfermagem. O conhecimento destas dimensões permitirá desenvolver e implementar estratégias de intervenção centradas no desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais de modo a promover e/ou manter estilos de vida saudáveis, assim como trabalhar a concepção da disciplina e da profissão de Enfermagem.

Contexto

No ano lectivo 2004/2005, sob a proposta do Conselho Científico ESEBB foi criado um grupo de trabalho para estudar a população estudantil de forma a adequar estratégias de formação em Enfermagem, com vista a potencializar a aprendizagem do cuidar. O grupo “Caracterização dos estudantes da ESEBB” era constituído por professores indicados pelos respectivos Núcleos e por estudantes. Assim, e em resposta à solicitação deste órgão, sentiu-se a necessidade de realizar um estudo de caracterização dos estudantes de Enfermagem, desde as suas origens geográficas e familiares, à trajectória

pessoal e escolar, bem como aspectos relacionados com os seus hábitos e práticas em saúde além de opiniões sobre a Enfermagem. Com a fusão da ESEBB e ESEAF o grupo foi alargado integrando a coordenadora do grupo de educação pelos pares. Alargou-se também o âmbito de actuação deste grupo passando de uma função de caracterização para objectivos de intervenção em promoção da saúde em contexto escolar. Em 13 de Fevereiro de 2009 propõe-se o grupo a ter uma nova designação “Promoção com/em Saúde na ESEnC” e redefinir a sua missão e actividades a desenvolver.

Porque num mundo em mudança, as instituições do ensino superior estão a enfrentar novos desafios e, sobretudo, a necessitar de garantir a sua sustentabilidade num meio cada vez mais competitivo. Dado que o valor de um produto está dependente da capacidade que esse produto tem de resolver um determinado problema e das expectativas criadas pelo consumidor (a comunidade educativa), o valor dado a esse produto terá uma importância fundamental. Sabe-se que a saúde tem um valor elevado para quase toda a gente, daí a necessidade de investir na qualidade da instituição em manter e promover a saúde dos seus estudantes, colaboradores e comunidade envolvente. Conforme refere Brito (2009) investir numa instituição de ensino superior promotora de saúde é investir no futuro, pois a saúde é um assunto que diz respeito a todos: indivíduos, famílias, grupos, organizações e comunidades. Instituições comprometidas com os princípios da saúde para todos (Ottawa, 1986) e que incluem o sector privado na promoção da saúde, tornam-se ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento sustentável (Sunsvall, 1991), oferecem novas respostas pela consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde (Jacarta, 1997) e podem ser uma mais-valia para os seus estudantes, colaboradores e para as comunidades onde elas se localizam, assim como para as empresas que irão contratar os seus formandos e para os grupos comunitários que poderão usufruir dos seus serviços à comunidade. Como instituições cuja missão é também a realização de investigação e a transferência e valorização económica do conhecimento científico e tecnológico, podem assumir a liderança na participação activa de todos os sectores e no estabelecimento ou fortalecimento de redes nacionais e internacionais que promovam a saúde (Mexico, 2000).

A ESEnC, em parceria com IREFREA-Portugal têm dinamizado várias iniciativas de desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde tendo por

base a Educação pelos Pares, formação neste âmbito e, em 2008, concebeu o projecto PEER Peer-Education Engagement & Evaluation Research (UICISA-E, 2008), um estudo de caso multicêntrico que visa recriar um referencial metodológico de Educação pelos Pares no âmbito de populações adolescentes e jovens adultos, baseado em abordagens humanísticas e ecológicas. Nesse âmbito, em 2009, e baseado na experiência do projecto Antes que te Queimes (Brito et al, 2007), o PEER lançou o desafio de se iniciar um movimento de Ensino Superior Promotor de Saúde que integre iniciativas “bottom up”, ou seja, a partir do envolvimento e participação voluntária dos estudantes na resolução dos seus próprios problemas.

As instituições do ensino superior podem desenvolver várias actividades para promover e proteger a saúde da sua comunidade educativa, criando formas salutaras de trabalhar, estudar e viver, proteger o ambiente e a sua sustentabilidade e ainda fomentar a promoção da saúde no ensino, na investigação e na comunidade abrangente (Tsouros et al, 1998). O conceito de instituição promotora de saúde não é um exercício académico, mas sim estratégico, pois combina um pensamento visionário com um pragmatismo (resultados esperados) e princípios claros. O fulcro de uma instituição de ensino superior promotora de saúde deve basear-se num compromisso institucional, mas envolver toda a comunidade educativa para: influenciar a cultura organizacional, as estruturas e as práticas, criando um contexto de ensino/aprendizagem saudável; promover o bem-estar dos colaboradores, aplicando os princípios da saúde ocupacional; desenvolver e aplicar conhecimentos relacionados com a saúde, dando cumprimento à sua missão científico-tecnológica; desenvolver a literacia crítica sobre saúde na futura geração, futuros cidadãos e futuros políticos; desenvolver a responsabilidade pessoal e social dos estudantes, aumentando o potencial de saúde e bem-estar social; advogar pelo bem-estar da comunidade local, nacional e global, considerando-se como o recurso da comunidade.

Este grupo pretende integrar esta abordagem de ensino superior promotor de saúde e iniciar o processo em rede com as outras instituições de ensino superior promotora de saúde aderentes ao PEER e assim será sua missão: Caracterizar as boas práticas em desenvolvimento, seus actores e resultados; Elaborar o diagnóstico de situação de saúde da comunidade educativa (auditoria inicial); Promover o encontro e discussão entre os potenciais

intervenientes; Elaborar um projecto de investigação-acção para candidatura a financiamento nacional e internacional. As intervenções viabilizadas por meio de parcerias são uma abordagem central na promoção da saúde da comunidade para lidar com a multidimensionalidade da saúde e as actuais questões sociais. Este grupo de docentes propõe-se envolver estudantes e não docentes na iniciativa.

Objectivos

Na ESEnfC existia já um grupo de docentes envolvidos e que se disponibilizaram a incluir nesses grupo estudantes e não docentes, constituindo um “grupo semente”. Por outro lado existiam dados de caracterização da situação de saúde dos estudantes que permitiam identificar problemas de saúde relacionados com o estilo de vida nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Neste artigo propomo-nos fazer a apresentação dos dados recolhidos em anos anteriores e as conclusões do grupo de discussão, de forma a advogar condições e oportunidades de promoção da saúde em contexto escolar, neste caso a ESEnfC.

Metodologia

Estudo descritivo realizado no ano lectivo de 2007/2008. Para a colheita de informação foi utilizado um questionário de auto preenchimento, a 243 estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, durante a primeira semana do início das aulas. O instrumento foi constituído por questões fechadas e abertas. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada a metodologia quantitativa com recurso ao programa SPSS versão 14,0. Para a análise da questão formulada “O que é para si a enfermagem”, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Walker e Avant (1995). Este estudo visava caracterizar os estudantes da ESEnfC quanto às características pessoais e socio-demográficas; conhecer as condições de vida dos estudantes da ESEnfC durante a frequência do curso; identificar os hábitos de vida e comportamentos de risco em saúde, predominantes nos estudantes da ESEnfC; conhecer o nível de auto-estima dos estudantes da ESEnfC; conhecer as expectativas dos estudantes da ESEnfC sobre o

Curso e a Escola e conhecer as opiniões dos estudantes da ESEnC sobre a Enfermagem.

Relato das conclusões das reuniões do “grupo semente” da ESEnC, constituído por 7 docentes, 3 estudantes, 2 não docentes e 3 líderes comunitários, dinamizadas pelos coordenadores do PEER.

Resultados

Dos 243 estudantes do 1º ano inquiridos, 84,4% eram do sexo feminino e 15,6% do sexo masculino. A idade média foi de $19,49 \pm 3,14$ anos, variando de 17 a 39 anos. A moda foi de 18 anos (51,0% do total dos estudantes), facto que corresponde à idade normal de acesso ao ensino superior. Os estudantes de naturalidade portuguesa provêm essencialmente dos distritos de Coimbra, Aveiro e Leiria, e 6,9% pertencem a outros países (África do Sul, França, Macau, Suíça e Venezuela). Face à situação familiar 95,46% são solteiros, sendo o agregado familiar constituído por 4 e 3 elementos. Quanto ao grau de escolaridade dos pais 52% possuem o 1º ciclo. Salienta-se que 23,7% possuem formação de nível superior. Relativamente à situação profissional, a maioria dos pais (56,7%) e das mães (62,9%) são trabalhadores por conta de outrem. Destaca-se a situação de desemprego, sobretudo nas mães.

Os estudantes que residiam próximo da Escola, em período lectivo, corresponderam a 58%, deslocando-se preferencialmente a pé, 60% candidatou-se à atribuição de Bolsa de Estudo e 86% não exercia actividade remunerada ao iniciar o curso. Os estudantes trabalhadores repartiram-se pelos regimes de actividade em ‘*part-time*’ (6,1%), actividade pontual (4,5%), e a tempo inteiro (3,2%). Quanto aos hábitos alimentares dos estudantes, a maioria (85,2%) ingeria leite diariamente e apenas 3,7% raramente o fazia. Referem consumir diariamente café 34,56%, fazerem 3 refeições diárias 48,1%, sendo 37,9% realizadas em casa e apenas 1,2% no refeitório. Dos estudantes que fumam 12,8% são homens e 7,8% são mulheres, sendo que 50,0% dos estudantes consome até 5 cigarros por dia, 22,2% consome de 5 a 10 e 27,8% refere consumir 1 maço de tabaco diário. Quanto ao consumo de álcool 94,6% dos estudantes referem já ter experimentado bebidas alcoólicas, sendo a cerveja (43,5%) a bebida mais utilizada na primeira experiência, seguida dos *shots* e do vinho (14,8%), dos *cocktails* (10,9%), das bebidas destiladas (10,0%) e por

último os *alcopops* (1,7%). Este consumo ocorre preferencialmente em bares (64,2%) e discotecas (62,9%), em casa de amigos (31,8%), em casa dos pais (21,8%) e em outros locais (9,2%), ocorrendo preferencialmente ao sábado (73,5%), sexta (33,7%) e quinta (15,9%), dias fortemente associados às saídas de fim-de-semana ou aos convívios e festas académicas. Relativamente ao consumo de drogas ilícitas, constatámos que a grande maioria dos estudantes nunca consumiu drogas, que 7,4% já o fizeram e 2,9% não respondem a esta questão, referindo os que experimentaram drogas ilícitas, 22,2% realizaram a primeira experiência entre os 13 e 14 anos, 61,1% entre os 15 e os 17 anos e 16,7% em idade igual ou superior a 18 anos. Identificou-se que 83,13% refere necessitar de dormir entre 8 a 10 horas, no entanto 81,07% dos estudantes dormem apenas 7 a 8 horas, referindo 15,64% como motivo dificuldade em adormecer, 11,11% necessidade de sair com os amigos e 9,05% por ficar a estudar. Dos estudantes, 39,1% referem ter alguma actividade desportiva, fazendo-o duas ou mais vezes por semana e apenas 6,3% o praticam diariamente. Como actividades diárias nos tempos livres 83,13% ouvem música, 79,84% vêem televisão, 77,37% Internet e 67,47% sai com os amigos. 56,7% já teve relações sexuais, e destes 67,8% fizeram-no com idade superior aos 16 anos, em que 56,9% são do género feminino e 10,9% do género masculino. Questionados acerca do número de parceiros sexuais que já tiveram a maioria dos estudantes (67,6%) tiveram parceiro único e 14% teve 3 ou mais parceiros, tendo 95,7% usado medidas de protecção (39% pílula e preservativo e 36% preservativo), concordando 95,0% com a actuação de um gabinete de aconselhamento na área da Educação Sexual na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Apenas 3,6% dos estudantes consideram, o risco pessoal de contrair VIH/SIDA ou outra DST ser muito pequeno, face ao seu comportamento e/ou práticas sexuais, 84% não consideram correr nenhum risco e 11,6% não sabe. Face ao comportamento e/ou práticas sexuais, 10,1% dizem praticar sexo oral na ausência de preservativo e 4,3% têm mesmo relações sexuais considerando esse risco muito pequeno em relação ao seu comportamento. Relativamente à iniciativa para o uso de medidas de protecção numa relação sexual, 97,8% referiram que a responsabilidade é dos dois parceiros. O nível de auto-estima dos estudantes, avaliado pela escala de Rosenberg (variação de 1 a 4), foi de $3,34 \pm 0,56$ no género masculino e $3,17 \pm 0,57$ no género feminino, sem diferença estatística ($t=-1,74$; $p=0,09$).

Relativamente à via de acesso ao Curso, 93,4% procedeu do Ensino Secundário tendo os restantes realizado provas de acesso ao Ensino Superior para maiores de 23 anos. Quanto à via de acesso à ESEnC, 92,1% acedeu directamente, 4,12% por transferência de curso e 3,7% por transferência de escola. A média obtida no Ensino Secundário pelos estudantes foi de 15,15 valores. A informação sobre a ESEnC foi obtida através da Internet (21,4%) e através dos amigos (16,9%). Para uma informação mais pormenorizada, 93,4% consultaram o *site* da ESEnC e, destes, a maioria (60,5%) obteve a informação de que necessitava. A maioria dos estudantes (82,3%) têm expectativas de participar em actividades académicas e de formação, nacionais e internacionais, planeando desenvolver actividades de formação extra currículo e em mobilidade estudantil.

O conceito de Enfermagem foi usado sobretudo como ‘Profissão’, ‘Curso’, ‘Área de saber’ e ‘Arte’, discriminado por Atributos de Ajuda na saúde e doença, Prestação de cuidados/serviços, Utilidade social e Humanismo, assente em Preparação científica, técnica e humana baseada em Ciência e Disciplina própria e caracterizada pelo Cuidar. As suas Referências empíricas assentam no aprender a arte de cuidar ao longo do ciclo vital, na saúde e doença, proximidade e afectividade com o outro, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Como Antecedentes e Consequentes sobressaem a vocação, a dedicação, a realização pessoal e o prestígio.

Após o alargamento do grupo inicial constituindo-se como do “grupo semente” fizeram-se 3 dias de reuniões de reflexão, tendo-se proposto ao grupo fazer as seguintes actividades: Elaboração de diagnóstico social e epidemiológico para caracterizar a situação de saúde dos estudantes da ESEnC, com especial ênfase no início e final do curso, a partir dos dados já recolhidos e aplicando questionários de auto-preenchimento on-line; Análise dos resultados dos estudos para priorização dos problemas de saúde da comunidade escolar centrados nos estilos de vida, através de reuniões mensais do grupo e fóruns comunitários; Identificação das oportunidades e recursos disponíveis na ESEnC com vista ao planeamento de intervenções de promoção da saúde, através de reuniões do grupo com coordenadores de cursos, professores responsáveis por Ensino clínicos, Associação de estudantes, Direcção da ESEnC e outros; Realização de estudos de investigação-acção participativa no âmbito da promoção da saúde em contexto escolar, com base nos

problemas identificados como prioritários; Divulgação de intervenções e resultados em eventos científicos nacionais e internacionais e redacção de artigos científicos, prevendo-se envolver elementos do grupo e estudantes; elaboração de recomendações no sentido de propor à Direcção da Escola condições e oportunidades de promoção da saúde em contexto escolar através da elaboração/divulgação dos relatórios de actividades e de reuniões.

Conclusão

Parece-nos interessante salientar que, apesar de estes estudantes estarem a iniciar a sua formação em Enfermagem, já são portadores de concepções que caracterizam a Enfermagem, estando os seus discursos direccionados para a saúde com ênfase acentuado no processo relacional. Estes estudantes tendem a conceituar a Enfermagem no âmbito do Paradigma da Integração, orientada para a pessoa e cuidados de manutenção da saúde, relacionada com a formação e prática actuais. Acompanha a trajectória identitária da Enfermagem como disciplina e profissão cujos atributos são definidos como um fenómeno relacional, assumindo uma postura humana. Ao conjugar as duas vertentes de desenvolvimento (a vertente pessoal e a de futuros profissionais) parece desafiador envolver a comunidade estudantil em processos de cuidar do outro, traduzido em intervenções de protecção, preservação da saúde e melhoria da qualidade de vida dos estudantes seus pares, ainda durante seus processos de formação como enfermeiros. Daí que parece ser pertinente transformar as intervenções de promoção de estilos de vida saudável nos estudantes da ESEnfC como parte integrante da sua formação como enfermeiros visando uma auto-responsabilização pela sua própria saúde.

O projecto de uma instituição promotora de saúde deve ser apenas um instrumento para atingir um fim e que possibilite lidar com a incerteza, construir alianças entre sectores e departamentos e medir resultados. Definir um projecto em termos de resultados (outcomes & deliverables) para um período de tempo específico providenciará a base para desenvolver indicadores, assim como os instrumentos de monitorização e avaliação. A experiência das cidades saudáveis e da rede europeia de universidades promotoras de saúde deve ser usada como fundamento para a concepção dos projectos de

instituições de ensino superior promotoras de saúde. O processo de criação de uma instituição de ensino superior promotora de saúde envolve:

Assegurar o compromisso institucional providenciando a necessária liderança, legitimação, direcção e recursos para o projecto;

Dar visibilidade à saúde promovendo a ampla apreciação e reconhecimento dos maiores desafios em saúde e os factores económicos, físicos e sociais que os influenciam;

Provocar mudanças institucionais encorajando e estabelecendo relações inter-sectoriais, modernizando as estruturas e processos de saúde pública e promovendo o envolvimento activo da comunidade;

Desenvolver acções inovadoras em saúde assegurando a equidade e a sustentabilidade, visando as necessidades dos grupos mais desfavorecidos, mobilizando acções para controlar riscos ambientais e desenvolvendo políticas de saúde.

Para tornar a saúde visível é necessário conscientizar através do diálogo, da participação e da confiança. Por outro lado, a saúde para todos só pode ser atingida através de modificações institucionais a todos os níveis. Integrar a saúde na cultura organizacional, criar cooperação horizontal e promover a mudança é um processo a longo prazo, pois a cooperação entre sectores e departamentos não pode ser implementada sem se criarem mecanismos de gestão e implementação do projecto. O balanço entre uma estratégia a longo prazo e resultados a curto prazo é o ingrediente essencial para viabilizar um projecto de instituição de ensino superior promotora de saúde.

Esperamos vir a ter mais parceiros, sobretudo os que já desenvolvem investigação há mais tempo neste âmbito, e reiniciar um movimento de mobilização comunitária e prol de contextos mais saudáveis. Vemos esse trabalho como fundamental para a revitalização da investigação social em geral, uma vez que fornece modelos para aumentar a relevância da pesquisa social convencional, pois a orientação é a acção a tomar, a reflexividade, a importância de seu impacte e que evolui a partir do estabelecimento de parcerias e da participação dos indivíduos e das organizações no bem-estar colectivo.

Bibliografia

Melo, R. C. (2004). *Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de Enfermagem*. Tese de Mestrado não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pedroso, R. et al. (2005). *Caracterização dos estudantes da ESEBB*. Trabalho de investigação não publicado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.

Vidigueira, P. M. (2005). *Os estudantes de Enfermagem e as Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA – Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos dos Estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto de Coimbra em relação às DST/SIDA*. Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Freire, P. (1980). *Conscientização: Teoria e Prática da Libertação: Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes.

Minkler, M. & Cox, K. (1980). "Creating critical consciousness in health: applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting". *International Journal of Health Services*, 10: pp. 311-322.

Silva, Armando; Brito, Irma; Amado, João (2011). "Lifestyle and Body Mass Index of a students in higher education", *Revista Portuguesa de Cirurgia*, Número: Suplemento-Novembro 2011, Sociedade Portuguesa de Cirurgia, Coimbra, pp. 68-69, ISBN/ISSN: 1646-6918.

Neves, Marília; Brito, Irma; Lopes, Rosa; Amado, Regina; Freitas, Helena; Carrageta, Maria; Leitão, Maria; Melo, Rosa; Pedroso, Rosa (2009). "Transitions and contexts explaining the lifestyles of ESEnC students", *INFAD Revista de Psicologia/Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, Número, Número: 1, vol. 3, Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y de la Adolescencia, Badajoz, pp. 549-556, ISBN/ISSN: 0214-9877.

Amado, Regina; Freitas, Helena; Lopes, Rosa; Carrageta, Maria; Neves, Marília; Leitão, Maria; Melo, Rosa; Brito, Irma; Pedroso, Rosa (2009). "Leisure and

quality of life in higher education students”, *INFAD Revista de Psicologia/Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, Número: 1, vol. 3, Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y de la Adolescencia, Badajoz, ISBN/ISSN: 0214-9887.

Pedroso, Rosa; Neves, Marília; Freitas, Helena; Vidigueira, Paula; Amado, Regina; Carrageta, Maria; Melo, Rosa; Lopes, Rosa; Leitão, Maria; Brito, Irma (2008). “Characteristics and social contexts of nursing students”, *INFAD Revista de Psicologia/Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, Número: 1, vol. 4, Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y de la Adolescencia, Badajoz, pp. 397-404, ISBN/ISSN: 0214-9877.

Lopes, Rosa; Melo, Rosa; Brito, Irma; Freitas, Helena; Vidigueira, Paula; Neves, Marília; Amado, Regina; Carrageta, Maria; Leitão, Maria; Pedroso, Rosa (2008). “Assessing risk behaviors to intervene with students in higher education”, *INFAD Revista de Psicologia/Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, Número: 1, vol. 4, Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y de la Adolescencia, Badajoz, pp. 565-574, ISBN/ISSN: 0214-9877.

Neves, Marília; Vidigueira, Paula; Leitão, Maria; Freitas, Helena; Brito, Irma; Carrageta, Maria; Amado, Regina; Lopes, Rosa; Melo, Rosa; Pedroso, Rosa (2008). “Sexuality: experiences and risk nursing students”, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, ABRASCO, Porto Alegre, Brasil.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PEER COUNSELLING: EXEMPLO DE BOAS PRÁTICAS NO GAP_SASUC

ANABELA PEREIRA¹, ELISA DECQ.MOTTA², OLGA BERNARDINO²,
ANA MELO², LIGIA TELES²; MARGARIDA RODRIGUES², MARIANA MARQUES²,
MARIA JOÃO RODRIGUES², JOANA FERREIRA²

A entrada na universidade está associada a um processo de transição o qual exige ao estudante a adaptação a novos contextos, novos amigos e novas metodologias de ensino. Particularmente para o aluno que se desloca do seu contexto familiar e que sai de casa pela primeira vez, emergem frequentemente alguns problemas dos quais sobressaem as saudades de casa (homesickness) e as dificuldades em lidar com as questões da vida académica.

Objectivos

Neste contexto apresentam-se os resultados de um amplo e complexo estudo sobre o apoio dos estudantes pares ao nível socio-emotivo (*peer counselling*) realizado desde 1999 até ao presente e que foi realizado em varias residências universitárias dos SASUC (Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra). Salientam-se como objectivos, descrever o modelo de formação básica e contínua dos estudantes voluntários envolvidos; apresentar a caracterização sócio-académica desses estudantes e identificar

¹ Professora Doutora. DE, CSU_SAS Universidade de Aveiro

² GAP_SAS Universidade de Coimbra

as problemáticas mais frequentes que recorrem ao apoio dos pares em contexto das residências universitárias.

Intervenção

Foram utilizadas metodologias e dinâmicas qualitativas (focus group, roleplaying) e quantitativas (questionários). As atividades realizadas ao nível da formação da intervenção, implicam o envolvimento voluntário e são criteriosamente avaliadas pela técnica de grelha de registo e por questionários.

Resultados

Como principais resultados são apresentados os elevados números de adesão dos alunos que frequentam a formação, tendo em consideração a variável curso e ano de frequência, com particular ênfase na adesão de alunos voluntários de pós-graduação nos últimos cinco anos. Das grelhas de registo salientaram-se como principal problema para recorrer ao apoio dos pares, as questões relacionadas com as relações interpessoais, solidão, saudades de casa, rutura de relacionamentos amorosos; comportamentos de risco (álcool, sexo desprotegido); ansiedade e stress na época de exames; problemas relacionados com sintomas depressivos; problemas com dificuldades acerca dos métodos de estudo e insucesso escolar entre outros.

Conclusões

A elevada adesão dos estudantes envolvidos no apoio de pares, bem como as problemáticas apoiadas demonstram o sucesso da aplicabilidade da intervenção deste modelo de *peer counselling* nas residências universitárias. O modelo de formação dos estudantes pares ao nível da promoção e educação para a saúde parece confirmar o benefício observado, não só ao nível do desenvolvimento pessoal e social, bem como ao nível da prevenção de comportamentos de risco, daquele que é ajudado mas também daquele que ajuda, já que estes últimos sentem-se mais confiantes e parecem lidar melhor com os seus próprios problemas. A continuação de aplicação deste

tipo de intervenção a um maior número de estudantes e noutros contextos são encorajados. Além disso, no sentido de contribuir para a promoção e educação para a saúde em contexto universitário sugere-se a inserção desta temática num curriculum integrado.

Bibliografia

Bernardino, O.; Motta, E. D.; Pinto, C.; Melo, A.; Rodrigues, M. J.; Ferreira, J. & Pereira, A. (2010). Desenvolvimento de Competências de Apoio do Delegado numa Residência Universitária: Educação pelos Pares. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, Ferreira & Vagos (Eds). *Actas do 1º Congresso Nacional da RESAPES: Apoio no Ensino Superior: Modelos e Práticas* (pp. 185-192). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pereira, A.; Motta, E.; Vaz, L. Nossa, P. (2010) *Desenvolvimento de Competências para a prevenção do VIH/SIDA e IST – Manual do Formador*. Viseu: Edição PsicoSoma.

Pereira, A. (2009). Psychological Counselling in Higher Education – An overview of Portuguese reality. *IAPP NewsL 16 Division of Counseling Psychology of the International Association of Applied Psychology*, Vol. 5, Issue 8, Spring 2009; pp. 17-20.

Pereira, A.M.S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica. O apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro (ISBN: 972-789-166-7).

Pereira, A.; Decq Motta, E.; Vaz, A.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M.J.; Medeiros, A. & Lopes, P. (2006). Sucesso e Desenvolvimento Psicológico do Estudante Universitário: Estratégias de Intervenção. In *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), Janeiro-Março, pp. 51-59.

Rodrigues, M.; Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

PEER: AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE EDUCAÇÃO PELOS PARES

IRMA BRITO¹; FERNANDO MENDES²

O projecto **PEER: Avaliação de projectos de Educação pelos Pares em Portugal, Brasil e Cabo Verde** surge pela necessidade de (re)criar um referencial metodológico de Educação pelos Pares no âmbito de populações adolescentes e jovens adultos, com ênfase na avaliação de processos, resultados e impacto, estabelecendo indicadores comuns aos três países. Deste modo, partindo do pressuposto que esta abordagem tem potencialidades para creditar um referencial formativo na Educação Pelos Pares, sentiu-se a necessidade de fazer uma pesquisa caracterizadora dos projectos de promoção para a saúde que utilizam a metodologia em discussão desenvolvidos em Portugal.

É um facto que a nível nacional e internacional cada vez mais projectos na área da saúde dirigido aos e para os jovens utilizam esta metodologia, todavia o seu desenvolvimento decorre isoladamente, parecendo, em concomitância, que existem muitas discrepâncias nos processos de planeamento, implementação e avaliação dos projectos que utilizam a metodologia de Educação Pelos Pares.

Metodologia

A pesquisa durou cerca de cinco meses (Novembro, Dezembro do ano de 2009 e Janeiro, Fevereiro e Março do ano de 2010), tendo sido realizada nos idiomas de português e inglês, em bases de dados indexadas (MEDLINE e CINAHL) e no motor de busca *Google.pt* e, ainda, recorrendo ao contacto

¹ Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e coordenadora do PEER

² Psicólogo. Presidente do IREFREA Portugal

directo com Escolas de Enfermagem portuguesas. Os termos de pesquisa utilizados foram *peer education* e *youth* em inglês e, em português, *educação pelos pares* e *jovens*. Constitui, ainda, limite de pesquisa o seguinte parâmetro: pesquisa limitada a Janeiro de 1995 até Março de 2010.

Resultados

O processo de pesquisa nas bases de dados indexadas (já citadas em cima) não revelou resultados que se incluíssem nos critérios anteriormente definidos. Desta forma, optou-se, inicialmente, pelo caminho metodológico de pesquisa o contacto electrónico com as Escolas Superiores de Enfermagem e Superiores de Saúde do país. Dos quarenta e um (41) contactos electrónicos executados, apenas se recebeu resposta a cinco (5): três negativas e duas positivas (Projecto “**Ajudar ajudar**” e “**Pensar Saudável – Viver Saudável**”). Não se obteve qualquer resposta a 36 contactos. Assim, foi utilizado o *Google.pt* como fonte de pesquisa de informação primária, pois verificou-se – durante o processo de pesquisa – que através deste motor de busca se conseguia ter acesso (em algumas situações) às páginas online de publicitação do projecto. O processo de pesquisa foi executado com uma profunda e vasta pesquisa bibliográfica tendo como princípio o da tentativa e erro. O preenchimento do campo de pesquisa do *Google.pt* com as seguintes palavras educação, pares e jovens permitiu que se obtivessem 636,000 páginas *online* que fazem referência às duas palavras mencionadas. A leitura dos títulos de apresentação foi parada quando se chegou à saturação dos dados – ou seja, a partir da página vinte (20) começou a verificar-se que os mesmos projectos de Educação Pelos Pares era citados em páginas diferentes; para além deste facto, acresce que a partir da página vinte se começou a verificar um maior número de resultados sem qualquer referência à Educação Pelos Pares.

No processo de pesquisa foi possível apurar a existência de quinze (15) projectos. Foi executada, ainda, pesquisa na página online do Instituto da Droga e Toxicodependência, tendo sido encontrado um (1) projecto de intervenção (projecto “**Copos – Quem decide és tu**”). No total, em Portugal foi possível apurar a existência de dezasseis projectos que utilizam a metodologia Educação Pelos Pares para planear e implementar as suas intervenções junto da população-alvo (Quadro 1).

Quadro 1. Projectos que utilizam a metodologia Educação Pelos Pares em Portugal, disponíveis on-line

NOME DO PROJECTO	ENTIDADE PROMOTORA	LOCALIZAÇÃO
Projecto Apoio de Alunos Por Alunos	Universidade de Coimbra	Coimbra /Açores
Projecto Nacional de Educação Pelos Pares	Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida	Nacional
(O)usar & Ser Laço Branco	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Coimbra
Aventura Social	Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa	Lisboa
Projecto Jovens Animadores de Saúde	Centro de Saúde da Moita	Moita
Projecto de Educação pelos Pares da Escola de Secundária de Alfragide	Ministério da Educação	Lisboa
Projecto de Educação pelos Pares da Escola de Secundária de Alvide	Ministério da Educação	Cascais
Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS)	AJPAS	Amadora
Pensar Saudável, Viver Saudável	ESSL	Leiria
Antes Que Te Queimes	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Coimbra
Amigos amigos, pressões à parte	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Coimbra
Positivo – Grupo de Apoio e Auto - Ajuda Lisboa		Lisboa
Copos – Quem decide és tu	Cruz Vermelha Portuguesa, IDT, JCV	Leiria
A par e passo	Associação de Desenvolvimento Amato Lusitano	Castelo Branco
(Ex)Pressões100Riscos	FPCEUC	Coimbra
Ajudar Ajudar	ESTES	Coimbra

A partir da pesquisa efectuada é possível afirmar que é crescente o número de instituições e associações portuguesas que estão a dar oportunidade aos jovens de aprender a tomar decisões crítica e conscientemente saudáveis. Os projectos que utilizam a metodologia de Educação Pelos Pares estão a colocar o ónus de educador nos próprios jovens, colocando-lhes nas mãos o poder de adquirir e transmitir competências para um projecto de vida que inclua estilos de vida saudável.

A informação *online* disponível sobre os projectos que aplicam a metodologia de Educação Pelos Pares é escassa; em cinco projectos (“Projecto Jovens Animadores de Saúde”, “Projecto de Educação pelos Pares da Escola de Secundária de Alfragide”, “Projecto de Educação pelos Pares da Escola de Secundária de Alvide”, “(Ex)pressões100riscos” e “Ajudar ajudar”) apenas se encontrou referência a alguma informação não tendo sido encontrada informações relevantes para melhor de caracterizar o projecto. Relativamente a outros sete projectos (“Projecto Nacional de Educação Pelos Pares”, “Aventura Social”, “Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável”, “Positivo – Grupo de Apoio e Auto - Ajuda Lisboa”, “Tu decides”, “Copos – Quem decide és tu” e “A par e passo”) não foi encontrada a publicitação dos resultados da intervenção realizada.

Os projectos que serão analisados na presente revisão são os seguintes: “Apoio de Alunos por Alunos”; “Projecto Nacional de Educação Pelos Pares”; “(O)usar & Ser Laço Branco”; “Aventura Social”; “Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável”; “Pensar Saudável – Viver Saudável”; “Antes Que Te Queimes”; “Amigos amigos, pressões à parte”; “Positivo – Grupo de Apoio e Auto-Ajuda”; “Copos – Quem decide és tu” e “A par e passo”. Os indicadores de avaliação comum aos doze projectos foram: grupo-alvo, objectivos, temáticas abordadas.

Dos doze projectos sobre os quais foram encontrados informações caracterizadoras suficientes, pode estabelecer-se uma linha de análise comum que permitirá fazer uma crítica global sobre o que está a ser feito em Portugal recorrendo à metodologia de Educação Pelos Pares. Quatro projectos têm como grupo-alvo os jovens do ensino básico (do 7º ano 9º ano); três trabalham com jovens do ensino superior e outros três desenvolvem intervenção com grupos minoritários (indivíduos com *handicap*, imigrantes e seropositivos); dois projectos fazem intervenção educativa a jovens em meio escolar e um projecto desenvolve acções promotoras de saúde com os novos condutores. À semelhança dos grupos-alvo, também as temáticas trabalhadas são alvo de alguma semelhança e diversidade ao mesmo tempo: três projectos desenvolvem intervenções no sentido de alertar para o consumo abusivo e nocivo de álcool; dois projectos trabalham temáticas ligadas aos comportamentos saudáveis (alimentação saudável, auto-conceito e auto-imagem, estilo de vida saudável e saúde sexual); outros dois projectos

abordam a educação sexual, sendo que um projecto em específico trabalha a violência nas relações de intimidade; outros dois projectos desenvolvem intervenções para promover a integração na comunidade; e três projectos abordam questões relacionadas com: consumo de substâncias psicoativas, segurança rodoviária e integração à vida académica.

Discussão e recomendações

Actualmente, a educação e o consequente aumento da literacia em saúde constitui a mais poderosa estratégia da promoção de comportamentos saudáveis, todavia a sua implementação pode ser alvo de alguma dificuldade quando se pretende mudar comportamentos que estão enraizados culturalmente. Esta mudança comportamental dificilmente acontece somente com sessões de informação junto da população-alvo. Assim, a estratégia de Educação Pelos Pares pode ser benéfica, na medida em que, as suas intervenções, se traduzem na preocupação de proporcionar às comunidades a oportunidade de adquirir competências e habilidades para controlar a sua vida e, consequentemente, o seu projecto de saúde.

Verifica-se que a metodologia Educação Pelos Pares tem vindo a ganhar popularidade na área da promoção da saúde e prevenção dos comportamentos de risco, sendo cada vez mais os projectos que optam por intervenções conduzidas por pares do grupo-alvo. Gradualmente, é possível verificar que, a nível nacional, esta metodologia está a ser implementada em diversas áreas: seja a prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, a promoção da diversão sem riscos ou mesmo a promoção de uma cultura de cidadania entre a comunidade.

Todavia, apesar de haver um número crescente de projectos que utilizam esta metodologia, é notório o pouco consenso em relação ao conceito de Educação Pelos Pares e a forma de utilização/implementação desta metodologia para a realização de intervenções com a comunidade. Sublinha-se, também, que sobre a grande maioria dos projectos aqui listados e/ou descritos não foram encontrados resultados das intervenções realizadas, o que dificulta a análise da eficácia do programa e da utilização da metodologia educação pelos pares na promoção de comportamentos saudáveis.

A análise aos resultados dos projectos **“Apoio de Alunos por Alunos”**, **“(O)usar & Ser Laço Branco”**, **“Antes Que Te Queimes”**; **“Amigos amigos, pressões à parte”** e **“Tu decides”** indicam que o modelo de intervenção utilizado é uma mais-valia para a promoção de comportamentos saudáveis nas áreas de trabalho inerente a cada projecto de investigação-acção. Verifica-se, ainda, que a receptividade por parte dos participantes – não só os pares educadores como os pares educandos – traduz o sucesso destes projectos junto da população-alvo, sendo assim de salutar as suas iniciativas pioneiras. É também de louvar as iniciativas de duas associações que promovem Educação Para a Saúde junto de grupos minoritários ou em risco de exclusão social: a **“AJPAS”** e a **“Positivo”**. A primeira associação, no âmbito de um dos seus projectos, faz intervenções junto de pessoas imigrantes e desalojadas e a segunda, aposta no trabalho com os indivíduos seropositivos. Este tipo de grupos e outros são, muitas vezes, alvo de racismo e exclusão por parte da comunidade em geral ou em situação oposta, são eles próprios que se isolam, ficando de parte nas acções de promoção da saúde – todavia, estes projectos com acções conduzidas pelos seus pares pretendem alcançar um grupo de difícil acesso, adaptando as suas intervenções às necessidades específicas do grupo a ser intervencionado.

Ressalva-se que nem sempre é fácil efectuar avaliações sistemáticas de processo e de resultado dos projectos, pois existem questões éticas e legais que devem ser cumpridas e, em alguns momentos, as autorizações para a colheita de dados não chegam dentro dos prazos necessários. O coordenador do projecto **“Pensar Saudável – Viver Saudável”** manifestou esta preocupação, afirmando que apesar de o projecto ter uma duração de 6 anos (iniciando-se em 2011 o sétimo ano de intervenção) a avaliação sistemática da efectividade do programa tem carecido de apoio por parte do Ministério da Educação.

Uma outra realidade que é alvo de preocupação e discussão por parte dos coordenadores dos projectos é o alargamento dos projectos para a restante comunidade escolar. Os projectos **“Amigos amigos, pressões à parte”**, **“Antes Que Te Queimes”** e **“Pensar Saudável – Viver Saudável”** recebem, anualmente, vários convites para difundir a sua intervenção a outras cidades portuguesas, todavia os apoios financeiros nem sempre são suficientes ou são mesmo inexistentes – impossibilitando, desta forma, que a restante comunidade possa desfrutar deste tipo de intervenção junto de grupos

vulneráveis a comportamentos de risco. Salienta-se que o envolvimento dos alunos dos cursos superiores carece, também, de apoio por parte das instituições onde desenvolvem actividades lectivas, já que nem sempre é disponibilizada a oportunidade de compatibilizar a formação curricular com a extra-curricular (igualmente, necessária para o desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros educadores em saúde).

Resultante deste trabalho de análise feito num dos três países pertencentes à rede PEER, destaca-se a importância de discutir aspectos relacionados com a implementação da Educação Pelos Pares para a promoção da saúde e prevenção de comportamentos de riscos, já que os resultados desta pesquisa revelam que a partir da informação disponível é possível afirmar que estes projectos carecem ainda de maior sustentação científica e/ou apoios logísticos e financeiros. Urge então a necessidade de se criarem condições para a produção de materiais informativos e formativos, culturalmente competentes, para auxiliar a comunidade científica no planeamento, implementação e avaliação de projectos de educação para a saúde pelos pares. Perspectiva-se, também, a constituição de redes de trabalho, privilegiando a formação de protocolos de cooperação mútua, de forma a serem constituídas sinergias para potenciar os esforços dos projectos de investigação-acção que utilizam a metodologia Educação Pelos Pares nos três países que pertencem à rede PEER. Para finalizar, apela-se às autoridades de saúde pública que apostem nos projectos de promoção da saúde, explorando os caminhos para ampliar e aprimorar as intervenções comunitárias disponibilizadas e, ainda, empenhando-se nas formas de acesso aos projectos – quer pela população-alvo a que se destinam quer pelos voluntários que se disponibilizam a ser educadores de pares.

Bibliografia

Aguiar, Filomena [et al.] (2009). *O Projecto Nacional de Educação Pelos Pares da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida” em Escolas EB2/3 do Porto*. X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, ISBN- 978-972-8746-71-1.

Amato Lusitano (2010). *Projecto A Par e Passo. Intervenção de Proximidade em Contexto Recreativo, na Semana Académica de Castelo Branco* [Em linha]. [Consult. 12 Jul. 2010]. Disponível em WWW:URL: < <http://parpasso.blogspot.com/>>.

Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (2010). *Agentes de Desenvolvimento Comunitário - Formação de Jovens* [Em linha]. [Consult. 4 Mar. 2010]. Disponível em WWW:URL: http://www.ajpas.org/website/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=35.

Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável - Formar e Apoiar [Em linha]. [Consult. 4 Mar. 2010]. Disponível em WWW:URL: http://www.ajpas.org/website/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=35.

Associação Positivo – Positivo Viver com o VIH [Em linha]. [Consult. 9 de Set. 2010]. Disponível em WWW: URL: <http://www.positivo.org.pt/site/conteudo.php?ACACZghk=ABECVAhQUU8KTFFPURwGEwIRVUhRDQIfDUoID1BRURISUFleWhAtela9Xr1&ACACZghq=AGECMwtela9Xr1tela9Xr1>.

Barros, Elsa (2010). *Da acção para a Transformação nas Relações de Namoro* [Em linha]. [Consult. 11 de Julho de 2010]. Disponível em WWW: URL: http://www.dgicd.min-edu.pt/revista_noesis/Documents/Revista%20Noesis/noesis%2081/dossier_saladeaula81.pdf.

Brito, Irma [et al.] (2010). *ANTES QUE TE QUEIMES: Eles e elas em contexto académico recreativo*. XVII Congreso Internacional INFAD – Dificuldades Sociales y Psicología Positiva de la Vida.

Brito, Irma [et al.] (2009). *Amigos amigos pressões à parte: projecto de intervenção em contexto escolar*. PedCare. Boletim de Enfermagem do Hospital Pediátrico de Coimbra. 3, pp. 9-11.

Escola Básica 2.3 D. Dinis - Projecto “Viver Saudável – Pensar Saudável” 2009/2010 [Em linha]. [Consult. 13 Set. 2010] Disponível em WWW:URL: http://www.eb23-d-dinis.rcts.pt/clubes_projectos/saude/ViverSaudavel.pdf.

Instituto da Droga e Toxicoddependência, IP - Projecto Copos, quem decides és tu (2010). Relatório do projecto piloto aplicado em 2007 [Em linha]. [Consult. 10 Ago. 2010]. Disponível em WWW:URL: http://www.idt.pt/PT/Prevencao/Documents/Programas_Projectos/coposQuemDecideEsTu.pdf.

Faculdade De Motricidade Humana de Lisboa (2010). *Aventura Social* [Em linha]. [Consult. 7 Mar. 2010]. Disponível em: WWW:URL: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>.

Faculdade De Motricidade Humana de Lisboa (2010). *Aventura Social na Comunidade* [Em linha]. [Consult. 7 Mar. 2010]. Disponível em: WWW:URL: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/as_comunidade.htm.

Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra A Sida” – *Projecto Nacional de Educação Pelos Pares* [Em linha] [Consult. 10 Mar. 2010]. Disponível em: WWW:URL: http://www.fpccsida.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=142:projecto-nacional-de-educacao-pelos-pares&catid=290.

Gaspar, João Pedro Soares (2006). *Efectividade da Educação Para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes* [Em linha]. [Consult. 16 Set. 2010]. Disponível em: WWW: URL: <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/100>.

Leitão, Maria Neto da Cruz; Sá, Maria da Conceição G. M. Alegre de e Cardoso, Ana Filipa (2009). “(O)usar & Ser Laço Branco: Um não é violência entre os pares”. *Enfermagem e o Cidadão. Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. Ano 7, nº. 19, pp. 8-9.

Malveiro, Jorge (2010). *Projecto Tu decides: Intervenção de Prevenção da Semana Académica da Universidade do Algarve Gabinete de Psicologia e de Apoio Psicopedagógico dos Serviços Médico/Sociais da Universidade do Algarve* [Em linha]. (2009). [Consult. 8 Jul. 2010]. Disponível em WWW:URL: <<http://www.sas.ualg.pt/sasgpap/tudecides2009.html>>.

Matos, Margarida Gaspar [et al.]. *Aventura Social & Saúde. Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses*. Relatório Preliminar. [Em linha]. (sd). Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível em: WWW:URL: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Preliminar_IDT_2006.pdf.

Pereira, Anabela [et al.] (2008). “Educação para a Saúde pelos Pares. Intervenção em contexto académico”. In Jorge Bonito (Coord.). *Educação para a Saúde no Século XXI. Teorias, Modelos e Práticas* (pp. 486-493). Évora: CIEP – Universidade de Évora.

Pereira, Anabela [et al.] (2006). “Sucesso e Desenvolvimento Psicológico do Estudante Universitário: Estratégias de Intervenção”. *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), pp. 51-59.

Santos, Márcia Noélia Pestana dos (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares. Estudo de Caso*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar. [Em linha] [Consult. 5 Mar. 2010]. Disponível em WWW: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19172/3/Desenvolvimento%20de%20Competncias%20Profissionais%20com%20a%20Educao.pdf>.

Silva, António Carlos e Silva, Vitalina Gomes (2007). “AJPAS – Mais de uma década a promover saúde e a prestar cuidados em prol dos mais desfavorecidos”. *Revista Migrações* - Número Temático Imigração e Saúde. n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 171-178.

UICISA-E (2010). *Antes Que Te Queimes* [Em linha]. [Consult. 9 Set 2010]. Disponível em: WWW: URL: http://www.esenfc.pt/esenfc/projectos/index.php?target=showContent&tipo=APS&id_projecto=38&id_aps=9&dado_pedido=Descricao.

UICISA-E (2010). *Amigos amigos* [Em linha]. [Consult. 9 Set 2010]. Disponível em: WWW: URL: http://www.esenfc.pt/esenfc/projectos/index.php?target=showContent&tipo=APS&id_projecto=39&id_aps=9&dado_pedido=Descricao.

UICISA-E (2010). *(O)usar & Ser Laço Branco* [Em linha]. [Consult. 9 Set 2010]. Disponível em: WWW: URL: http://www.esenfc.pt/esenfc/projectos/index.php?target=showContent&tipo=APS&id_projecto=40&id_aps=9&dado_pedido=Descricao.

Veríssimo, Cristina [et al.] (2009). *O Teatro Fórum como estratégia de intervenção comunitária: Contributos para o desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem integrados no projecto “(O)usar e Ser Laço Branco: Um não à Violência entre Pares”*. I Congresso Nacional de Saúde Pública.

ANTES QUE TE QUEIMES EM COIMBRA. AVALIAÇÃO DO PROJECTO 2007-2012

IRMA BRITO¹; FERNANDO MENDES², FILIPA HOMEM³, ATELIER DE EXPRESSIVIDADE DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

O “Antes que te Queimes” é um projecto de intervenção comunitária em contexto recreativo, baseado na metodologia da educação pelos pares, desenvolvido desde 2007. Tem como objectivo reduzir os danos associados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas de Coimbra. O projecto é desenvolvido pelo Atelier de Expressividade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e foi desenhado em torno da mensagem: “age com responsabilidade, antes que te queimes”. É desenvolvido em contexto recreativo nocturno, visando reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e as consequências associadas a esse consumo nos contextos das festas académicas. Neste projecto utilizam-se estratégias educativas com participantes das festas académicas nocturnas com vista a: promover a diversão sem riscos para a saúde; reduzir o consumo abusivo álcool e prevenir as consequências associadas a este consumo. A utilização de um formulário para guiar o aconselhamento par-a-par (sistema personalizado de informação) tem permitido garantir a qualidade das intervenções educativas. A recolha de informação procede do consentimento informado do estudante-alvo. Utiliza o referencial de promoção da saúde de SMART de Neiger e Thackeray (2002) e a abordagem pedagógica de conscientização de Paulo Freire. Este projecto tem como parceiros a ESEnfC, a Associação de Estudantes da ESEnfC,

¹ Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e coordenadora do PEER

² Psicólogo. Presidente do IREFREA Portugal

³ Enfermeira. Membro do Atelier de Expressividade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

o Governo Civil de Coimbra, o IDT, a ARS do Centro e a Associação Académica de Coimbra. Tem sido realizado em todas as “Festas das Latas” e “Queimas das Fitas” de Coimbra, desde 2006.

As actividades incluídas neste projecto de educação para a saúde são: sensibilização das comunidades estudantis, dos empresários dos estabelecimentos de restauração e recreação nocturna para os riscos do consumo abusivo de álcool; aconselhamento durante as noites da Queima das Fitas das 22 às 03h, junto à Portagem; e prestação de primeiros socorros a indivíduos em situação crítica, durante as noites da Queima das Fitas e apoio ao transporte seguro durante as noites da Queima das Fitas.

As intervenções de rua são realizadas por estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, recrutados durante as acções de sensibilização para o problema em causa. Todos os anos, os pares educadores recrutados fazem formação na área do consumo de substâncias psicoativas e sexualidade e capacitam-se para fazer intervenções par-a-par de aconselhamento e prestação de primeiros socorros. Tanto a formação como as intervenções de rua são supervisionadas por docentes da Escola de Enfermagem de Coimbra e outros profissionais na área da saúde que têm mostrado interesse em colaborar com o projecto (maioritariamente enfermeiros).

Os resultados das intervenções são avaliados com indicadores de processo (recrutamento, formação, intervenção) e de resultados nos grupos alvo (estudantes participantes de festas académicas) e nos educadores de pares. A avaliação de processo (recrutamento, formação e intervenção) é feita a partir dos registos de assiduidade, diários de campo (dos formadores e supervisores) e de questionários aplicados on-line. A utilização de um formulário para guiar o aconselhamento par-a-par (sistema personalizado de informação) tem permitido conhecer o perfil dos participantes nas festas académicas e assim introduzir novas intervenções educativas. A avaliação de resultados nos grupos alvo (estudantes participantes de festas académicas) visa: identificar as actividades que os estudantes mais valorizam durante a intervenção dos educadores de pares, descrever a satisfação e a utilidade do projecto, descrever a competência dos educadores de pares, e analisar a modificação de comportamentos de risco dos estudantes aconselhados.

Após cinco anos de intervenção, é necessário analisar a eficiência do projecto, tanto a nível da modificação de comportamentos de risco da população alvo, na aquisição de novos conhecimentos, como na avaliação da satisfação dos jovens aconselhados. Neste artigo pretendemos descrever o perfil dos participantes nas festas académicas durante as intervenções na Festa das Latas e Queima das Fitas em Coimbra e a satisfação e a utilidade com o aconselhamento par-a-par.

Metodologia

Para este artigo, foram analisadas as questões referentes ao perfil dos participantes nas festas académicas durante as intervenções na Festa das Latas e Queima das Fitas em Coimbra (3350 estudantes de 2007 a 2010). Durante o aconselhamento personalizado são preenchidos formulários, cuja informação o estudante-alvo consente previamente que seja registada e a alcoolémia é calculada com alcoolímetro AL100, pelo menos 30 minutos depois de ingestão de bebidas alcoólicas.

Para avaliação resultados nos grupos alvo, foram enviados 997 questionários on-line, a partir dos e-mail's recolhidos durante as intervenções realizadas. Dos questionários enviados, foram recebidos 55 questionários preenchidos (5,52%). Os questionários foram analisados com recurso ao SPSS, e análise qualitativa em algumas questões abertas.

Resultados

Os resultados caracterizam os consumos de 3350 estudantes (62,44% do género masculino e 36,65% género feminino; média de idade de 20 anos) do aconselhamento par a par do projecto desde 2007. Os dados indicam uma predominância do género masculino, todavia não é representativo da população estudantil de Coimbra, mas resultante de uma maior procura do serviço prestado pelo “Antes Que Te Queimes”, nomeadamente a avaliação da taxa de alcoolémia. Os jovens referem que as razões para consumir álcool são o prazer, diversão e contexto, e bebem maioritariamente antes e durante a festa. Salienta-se, ainda, que 5,9% referem beber desde que se

levantam até que se deitam (todos os dias), de modo a evitar o desconforto da ressaca; e 44,8% justifica os estados de embriaguez com a vontade própria. Os estudantes bebem acima do recomendado e demonstram pouco conhecimento sobre os efeitos do álcool no organismo, pois a média de alcoolémia esperada, para os rapazes foi de $0,85 \pm 0,72$ e para as raparigas de $0,60 \pm 0,64$, enquanto a média de alcoolémia real foi de $1,22 \pm 1,06$ para os rapazes e de $0,86 \pm 0,96$ para as raparigas. Verifica-se que a maioria dos participantes abordados regressam a casa a pé ou de autocarro, mas 16,3% vão em carro próprio, 53,9% referem já ter conduzido sob o efeito do álcool e 64,6% já foram conduzidos por alguém sob o efeito do álcool: dados que indicam a pouca percepção de risco que os estudantes frequentadores das festas académicas têm. Relativamente aos comportamentos sexuais, 87,4% dos jovens referiram “nenhum risco” de ser infectado por VIH/sida ou outra IST, todavia só 30,6% dos jovens traziam consigo preservativo (justificando com a dificuldade de transportar objectos no traje académico) e 58,6% dos participantes nunca fizeram o teste de HIV/Sida.

Em relação à avaliação do projecto em si, as actividades mais valorizadas pelos estudantes-alvo são a aplicação do questionário, a avaliação da alcoolémia e a distribuição de preservativos e classificam muito bem o grau de competência dos educadores de pares (média de $4,82 \pm 0,84$, numa escala de 1 a 6, sendo 1 a “má”). Na opinião dos estudantes-alvo, a intervenção influencia a alteração dos comportamentos de risco dos universitários, sobretudo em relação à condução sob efeito do álcool pois referem que tomar consciência da alcoolémia permite conscientizar-se acerca do risco. Consideraram como informação mais pertinente para essa mudança os conhecimentos adquiridos sobre álcool e drogas (78,2%), saber calcular o grau de alcoolémia (74,5%) e conhecimentos sobre sexualidade responsável (69,1%).

Na opinião acerca da satisfação e a utilidade, utilizando uma escala de 1 a 6, em que 1 corresponde a “nada” e 6 a “muito, obteve-se uma média de $4,91 \pm 0,82$ para satisfação e de $5,16 \pm 0,83$ na utilidade da intervenção. Quanto ao desejo da continuidade do serviço, todos os estudantes-alvo referem que é importante o projecto continuar e valorizam o trabalho voluntário realizado em condições tão adversas: queima das Fitas e a Festa das Latas em Coimbra.

Discussão e conclusões

Dos resultados obtidos conclui-se que mais de metade dos estudantes do ensino superior de Coimbra inquiridos se embriaga nas noites das festas académicas que frequentam. Destaca-se que os valores de alcoolémia esperada tanto por homens como por mulheres são semelhantes, porém os valores de alcoolémia real no género masculino são mais elevados. Estes resultados apontam para uma baixa literacia sobre alcoolémia e massificação dos consumos abusivos de bebidas alcoólicas tanto nos homens como nas mulheres, revelando-se consentâneo com o modelo hegemónico de recreação nocturna desenvolvido por IREFREA. Este modelo defende que tanto os factores psicossociais, onde estão incluídos a cultura recreativa e a influência do grupo de pares, como os sociodemográficos, nomeadamente o género, podem contribuir para o consumo abusivo de álcool, o que parece também aplicar-se aos comportamentos de recreação dos estudantes do Ensino Superior.

Os resultados apurados desde 2007 irão permitir ao projecto “Antes Que Te Queimes” focar e marcar prioridades nas intervenções realizadas junto dos estudantes que frequentem as festas académicas de Coimbra, nomeadamente o conhecimento das diferenças de género é uma evidência importante para conscientizar as mulheres para as diferenças fisiológicas, podendo ser uma estratégia indutora de moderação no consumo de bebidas alcoólicas nestes eventos.

A investigação desenvolvida por Santos (2009) no âmbito do projecto “Antes Que Te Queimes” revelou que os estudantes que são educadores de pares reconhecem a importância que a participação nestas actividades de educação pelos pares assume no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Em particular, relatam que a aquisição de conhecimentos nas esferas cognitiva e prática é fundamental para a sua formação actual e enquanto futuros profissionais de saúde. Os resultados da pesquisa revelam que os educadores de pares mostram – com a sua participação no projecto – saber agir com pertinência, saber transferir e mobilizar conhecimentos nos vários contextos profissionais e saber aprender a aprender (isto é, aprender nas intervenções de aconselhamento par a par). Assim, pode afirmar-se que a participação voluntária dos estudantes em actividades de Educação Pelos Pares permite o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais,

espelhando-se não só o contributo para a sua autoformação (numa lógica de ensino preconizada pelo Processo de Bolonha), mas também para o desenvolvimento gradual da sua autonomia profissional para intervir em problemáticas comunitárias.

Os resultados evidenciam elevada satisfação e a utilidade do aconselhamento par-a-par proporcionado no “Antes que te Queimes”, durante as festas académicas. Os estudantes-alvo referem que o aconselhamento proporcionado pelos estudantes “educadores de pares” facilitou a alteração dos comportamentos de risco dos estudantes que frequentam as festas académicas de Coimbra, por aumentar a literacia sobre álcool e outras substâncias psicoactivas, sobre sexualidade responsável e maior consciencialização sobre o grau de alcoolémia. Apesar da pouca adesão à avaliação deste serviço, considera-se que este aconselhamento par-a-par permite a aquisição de conhecimentos e competências para a modificação de comportamentos de risco durante as festas académicas de Coimbra, sobretudo em relação à condução sobre efeito do álcool. Por isso se recomenda a sua aplicação, adaptada ao respectivo contexto recreativo, nas festas académicas do país.

Bibliografia

Brito, I.; Mendes, F.; Santos, M.; Homem, F. (2009). “Antes que te queimes: educação pelos pares com tradição Coimbrã”. *Dependências*. Matosinhos, Outubro. ICS nº: 124854. pp. 35-37.

Brito, I.; Mendes, F.; Santos, M.; Homem, F. (2010). “Antes que te Queimes: eles e elas em contexto académico recreativo”. *INFAD - Revista de Psicologia*. Nº 3, p. 665-679. ISSN: 0214-9877.

Santos, Márcia Noélia Pestana dos (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares. Estudo de Caso*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar. [Em linha] [Consult. 5 Mar. 2010]. Disponível em WWW: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19172/3/Desenvolvimento%20de%20Competncias%20Profissionais%20com%20a%20Educao.pdf>.

ANTES QUE TE QUEIMES NA COVILHÃ. CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO, NUMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA

INÊS ZÃO¹, ANTÓNIO JOSÉ NOVAIS²; DANIELA FARIA³; DÉCIA GONÇALVES⁴;
ISABEL TADEU⁵; RITA IVO³, IRMA BRITO⁶

Nas comunidades juvenis o consumo de substâncias assume um carácter socializador, fazendo parte muitas das vezes de rituais de iniciação a algumas culturas juvenis. Estudos nacionais e internacionais têm revelado que os contextos recreativos nocturnos constituem um cenário privilegiado ao consumo de álcool e drogas e que o consumo abusivo destas substâncias facilita as condutas sexuais de risco. Vários autores estudaram a correlação entre o consumo de substâncias psico-activas e condutas sexuais de risco,

¹ Finalista do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior; Coordenadora do grupo de trabalho “Antes que te Queimes” do Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no triénio 2009-2011.

² Estudante do 3º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior; Vice-Presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior

³ Finalista do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior

⁴ Estudante do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior

⁵ Estudante do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior; Coordenadora local do departamento de Saúde Pública da Associação Nacional de Estudantes de Medicina

⁶ Professora Doutora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Coordenadora do projecto “Antes que te Queimes”

demonstrando que algumas drogas facilitam a interação inter-pessoal e aumentam o desejo sexual. Por outro lado, o consumo abusivo destas substâncias diminui as capacidades cognitivas necessárias para discernir sobre o custo-benefício das práticas sexuais seguras e inseguras. A constatação empírica associada à observação de situações desenroladas em contextos recreativos académicos levou a que um grupo de jovens pertencentes ao Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior, em colaboração com o Atelier de Expressividade da Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, implementasse o projecto “Antes que te Queimes” nas festas académicas da Covilhã. Este projecto, baseado na metodologia de Educação pelos Pares, tem como objectivo geral a redução de danos associados ao consumo excessivo de álcool e a promoção da diversão sem risco.

Metodologia

No âmbito deste projecto desenvolvemos um estudo de investigação com 620 estudantes das Faculdades de Ciências da Saúde e de Engenharia da Universidade da Beira Interior, que tem como objectivo geral compreender a relação entre o consumo de substâncias psico-activas em contexto recreativo com os comportamentos sexuais dos estudantes. O objectivo desta comunicação é descrever os padrões de consumo de álcool e outras drogas relacionadas com as características sócio-demográficas, os hábitos recreativos, as condutas sexuais, as características do grupo de pares e a percepção do estado de saúde dos estudantes que compõem a população em estudo. A metodologia assenta na aplicação de uma versão adaptada do questionário “A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” (IREFREA, 2008). Os resultados foram analisados quantitativamente com recurso ao *software* estatístico SPSS®, versão 19.0.

Resultados

Participaram neste estudo 620 estudantes do 1º e 2º ciclos das Faculdades de Ciências da Saúde e Engenharia da UBI, em uma percentagem de 67,2% e 32,8%, respectivamente. A tabela 1 apresenta a frequência dos diferentes

curso de cada uma das faculdades e a tabela 2 a frequência por ano de curso. Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos, inclusive, sendo a média de idades de 21,2 anos. 54,2% são do sexo feminino e 45,8% do sexo masculino. Apenas 3,2% são trabalhadores estudantes. Relativamente ao estado civil, 54,4% são solteiros, 43,3% têm namorado(a) e 1,8% são casados ou vivem em união de facto. Tendo como referência a habitação na cidade universitária, 46,3% dos inquiridos vivem com amigos, 29,5% vivem com os pais e 10,6% vivem sozinhos. Relativamente às orientações politico-religiosas, 46,8% não têm nenhuma posição política e 75,2% são crentes.

Em média, nas quatro semanas anteriores, os estudantes inquiridos frequentaram locais recreativos nocturnos em 4,8 noites (DP = 4,326). A maioria habitualmente sai às quintas (58,9%) e terças (45,9%). Em cada saída nocturna os jovens frequentam uma média de 2,3 locais recreativos (DP = 1,878), estando em média 4,9 horas nestes locais (DP = 1,842). A média de dinheiro gasto por saída nocturna é de 8,6 euros (DP = 6,42917). As principais razões consideradas na escolha de um local recreativo nocturno (tabela 4) são a facilidade de encontrar amigos no local, a segurança do local e o tipo de música. É importante ou muito importante para 60,6% dos estudantes inquiridos que as bebidas alcoólicas sejam vendidas a preços baixos, para 14,4% que se possa fumar um charro no interior do local e para 4,7% que seja um local de fácil acesso a drogas ilegais. A maioria (52,2%) dos jovens considera que na escolha de um local recreativo é importante ou muito importante a possibilidade de conhecer pessoas novas, sendo que 13,1% considera importante ou muito importante ser um local onde é fácil seduzir alguém.

O álcool é a substância consumida por um maior número de estudantes, aparecendo o tabaco em segundo lugar. No que respeita às substâncias ilegais, a substância mais consumida é o cannabis, seguindo-se os tranquilizantes, os cogumelos, a cocaína e o popper. A idade de início de consumo mais baixa é a do álcool (média de 15,2 anos), encontrando-se as idades de início de consumo de tabaco e cannabis muito próximas, em torno dos 16 anos. Para as restantes substâncias ilegais, o consumo inicia-se mais tarde, rodando as idades médias entre os 17,7 e os 19,7 anos. Relativamente às substâncias mais consumidas, a que apresenta uma maior percentagem de consumo activo é o álcool (95,5%), seguindo-se o tabaco (52,7%), a cocaína (50%),

os tranquilizantes (41,4%), o cannabis (40,8%), os cogumelos (27,8%) e o popper (12,5%). Especificamente em relação ao consumo de álcool, verificamos que 47,6% dos inquiridos se embriagou nas quatro semanas anteriores, em uma média de 1,3 vezes (DP =2,023) e com um máximo de 15 vezes.

Quando questionados sobre os problemas que surgiram devido ao consumo de álcool ou drogas, nos doze meses anteriores, o principal problema apontado foi o facto de terem ficado doentes (19,9%). 10,1% dos inquiridos dizem ter ficado feridos, tendo a mesma percentagem de doentes salientado o facto de ter tido problemas com os amigos ou o namorado(a). Ainda é de salientar que 5% dos estudantes referem o envolvimento em uma relação sexual da qual mais tarde se arrependeram, devido ao consumo destas substâncias.

A maioria dos participantes (83,7%) já iniciou a actividade sexual, sendo a média de idade da primeira relação sexual de 17,16 anos (DP = 1,693). Nos doze meses anteriores, 95,8% dos estudantes que já tinham iniciado a actividade sexual mantiveram-se sexualmente activos, tendo em média 1,60 parceiros sexuais (DP = 2,600). Em relação ao mesmo período de tempo e ao mesmo grupo de estudantes (aqueles que tiveram relações sexuais nos doze meses anteriores), 34,2% afirmam terem-se envolvido em relações sexuais com parceiro ocasional ou parceiros múltiplos e sem preservativo (23,5% em algumas vezes, 7,8% na maioria das vezes e 2,9% sempre) e 57,2% referem o envolvimento em relações sexuais sem o uso, pelo próprio ou pelo parceiro, de preservativo (46,5% algumas vezes e 2,9% na maioria das vezes). A maioria dos estudantes que não usou preservativo nas relações sexuais dos últimos doze meses diz tê-lo feito por praticar sexo sempre com o mesmo parceiro (83,6%) e por considerar que o seu parceiro é de confiança (sabe que não tem nenhuma IST) (74,8%). 24,5% não usou preservativo por não ter nenhum no momento, 20,4% não usou por opção (por não querer/não gostar) e 10,9% por estar demasiado “bêbado” ou “pedrado” no momento. 49,4% e 12,5% destes estudantes envolveram-se, nos últimos doze meses, em relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas, respectivamente. Em relação ao uso de drogas para obter efeitos na relação sexual, o álcool surge como a droga preferencial para obter efeitos na relação sexual, sendo usado por 10,2% dos estudantes para aumentar a desinibição e facilitar o início das relações.

Em relação à percepção do risco, 55,7% dos participantes acreditam que estar sob efeito de álcool ou drogas facilita o envolvimento em relações sexuais

desprotegidas. Quando questionados sobre o próprio risco de se envolverem em comportamentos de risco sexual, a maioria (63,4%) considera-se sem risco, assim como 73,8% consideram não ter nenhum risco, mesmo sob efeito de álcool e drogas.

A maioria dos estudantes inquiridos (81,5%) frequenta os espaços recreativos nocturnos com o mesmo grupo de amigos, sendo este, em média, constituído por 6,67 amigos (DP = 6,141). Os pais dos estudantes inquiridos conhecem os seus amigos em 80% dos casos, sabendo que em 40,2% destes casos conhecem a maioria deles. A maioria dos participantes (85,6%) tem outros amigos próximos com quem não costuma frequentar locais de recreação nocturna. Em relação à interferência do consumo de álcool e outras drogas nas relações de amizade, 7,2% dos inquiridos referem que alguns dos seus amigos deixaram de o ser, devido ao consumo por si de álcool e outras drogas. Por outro lado, 20,9% refere ter-se distanciado de algum amigo por causa do consumo abusivo destas substâncias. 2,1% e 3% dos estudantes consideram que ter drogas ilícitas ou consumi-las lhes permite ter mais amigos e ter mais sucesso com o sexo oposto, respectivamente. 34,9% pertencem a algum tipo de associação ou clube desportivo ou cultural.

Conclusão

Este estudo explora a cultura da diversão e sua relação com a saúde sexual e reprodutiva, através de perguntas relacionadas com os hábitos recreativos, a saúde, os amigos, o consumo de álcool e drogas ilícitas, a conduta sexual e percepção de risco. Este estudo proporcionou um melhor conhecimento sobre comportamentos de risco no contexto recreativo e, desta forma permitirá adaptar as acções preventivas que contribuam para tornar os ambientes de diversão para os jovens mais seguros e saudáveis, nomeadamente com o intervenções educativas par a par em contexto recreativo.

Bibliografia

Bellis, M.; Hughes (2004). "K. Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo". *Adicciones*, 16: 249-57.

Brito, I. et al. (2007). *Antes que te queimes: peer education intervention, Simposio Internacional de Investigación en Enfermería Comunitária*, Granada: Fundação INDEX. Recuperado 09.03.2011 de <http://www.index-f.com/para/n2/055.pdf>.

Brito, I. et al. (2008). Antes que te queimes: educação pelos pares em contexto recreativo. *INFAD Revista de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Vol. 4, n.º 1, pp. 329-338.

Calafat, A.; Gómez, C; Juan, M.; Becoña, E. (2005). “Gestión de la vida recreativa: Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?”. *Adicciones*, 17: 337-47.

Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E; Mantecón, A. (2008). “Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos”. *Adicciones*, 20: 37-48.

Espad (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European Countries*. Sweden: European School Survey on Alcohol and other Drugs.

Lomba, L. (2006). “O consumo recreativo de ecstasy” In: Relvas J., Lomba L., Mendes M. (2006). *Novas drogas e ambientes recreativos*. Loures: Lusociência; 2006. pp. 45-60.

Lomba, L.; Apóstolo, J.; Mendes, F. (2009). “Drugs and alcohol consumption and sexual behaviours in night recreational settings in Portugal”. *Adicciones*, vol. 21; 4: 309-326.

Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Pereira, S.; Diniz, J. (2006). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face vão VIH/SIDA: relatório preliminar*, Dezembro 2006. Available from: URL:<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>.

SUPERVISÃO DE JOVENS EDUCADORES DE PARES

FILIPA HOMEM¹, JOÃO GRAVETO², MÁRCIA SANTOS³, IRMA BRITO²

A educação pelos pares é uma estratégia educativa em que os indivíduos de um grupo educam elementos do mesmo grupo, com o objectivo de influenciar positivamente os comportamentos desse grupo-alvo. Quando se fala em educação pelos pares com jovens, os educadores de pares devem ser apoiados e aconselhados por seniores, promovendo o máximo de eficiência da intervenção educativa.

Objectivos

No sentido de compreendermos como deve ser feita a supervisão de jovens educadores de pares, foi elaborado este estudo, tendo como objectivos: destacar a importância atribuída pelos participantes à educação pelos pares, descrever as funções, as características e as competências dos supervisores e descrever o que acontece na ausência de supervisão.

Metodologia

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, área de Supervisão clínica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

² Professor Doutor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde

Utilizamos como fontes de recolha de informação a observação participativa e aplicação de questionários on-line. Como participantes, foram seleccionados os coordenadores, os supervisores e os jovens educadores de pares do grupo – Atelier de Expressividade da Associação de Estudantes da ESEnfC.

Resultados

Os participantes referem que os supervisores dos jovens educadores de pares têm a função de formar, apoiar/acompanhar e avaliar, assim como manter a sua segurança durante as intervenções. Para isso necessitam de ter competências pessoais, comunicacionais/relacionais, técnico-científicas, pedagógicas e avaliativas. Na ausência de supervisão dos jovens educadores de pares, existe uma insegurança e desorganização, que determina a ineficácia das intervenções.

O desenvolvimento de competências do supervisor em educação pelos pares resulta da interacção entre saberes científicos e da capacidade de aplicação prática desses saberes. Assim, a competência pode ser perspectivada como uma qualidade dinâmica que pode ser mobilizada, integrada e transferida para outros contextos. No contexto estudado, o projecto Antes que te Queimes, a competência dos supervisores parece estar relacionada com a sua participação no processo de formação dos educadores.

Discussão e conclusões

O supervisor tem a função de estimular o desenvolvimento de conhecimentos e competências nos supervisados. Assim, o supervisor deve saber observar o supervisado, garantindo que executa a prática da melhor forma e com certeza do que está a fazer, analisando o seu desempenho. Esta função, pelas suas características, pode dar ao supervisor um carácter muito formal, punitivo, disciplinar e de imposição, contribuindo para a conotação negativa da supervisão clínica. Por outro lado a supervisão de grupos é a capacidade de proporcionar supervisão a um grupo, mais do que a um conjunto de indivíduos, devendo ser orientada para o trabalho em equipa, explorando as dinâmicas de grupo, melhorando as competências clínicas e o desenvolvimento profissional, mais do que atender a necessidades específicas de cada um. Assim, torna-

-se fundamental saber gerir dinâmicas de grupo, perceber o processo grupal, trabalhar a coesão do grupo, estabelecer uma estrutura, estabelecer regras e limites, lidar com assuntos relacionados com a confidencialidade, assim como a tomada de decisão e o papel de líder.

Dado que a supervisão de grupos que pode ser realizada segundo vários estilos supervisivos propomo-nos no futuro a investigar quais os estilos de supervisão mais eficientes: a supervisão autoritária, em que o supervisor conduz o processo de supervisão no grupo de jovens, em vez de ser com o grupo; a supervisão participativa, em que o supervisor encoraja a participação activa dos elementos do grupo; ou a supervisão cooperativa, em que os supervisados são responsáveis pela sua própria supervisão, cooperando com o supervisor.

Bibliografia

Acheson, K.; Gall, M. (2003). *Clinical supervision and teacher development*. 5ª ed. John Wiley & Sons. ISBN: 978-0-471-39142-5.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-87-0.

Alarcão, I.; Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-1852-2.

Brito, I.; Mendes, F.; Santos, M.; Homem, F. (2009). "Antes que te queimes: educação pelos pares com tradição Coimbrã". *Dependências*. Matosinhos, Outubro. ICS nº: 124854. P. 35-37.

Casey, D.; Clark, L. (2011). "Roles and responsibilities of the student nurse mentor: an update". *British Journal of Nursing*. Vol. 20, n.º 15, pp. 933-937.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage publications. ISBN: 9780761973539.

Dias, S. (2006). *Educação pelos Pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Dep. Legal: 245714/06.

Druginfo (2006). *Prevention Research Quarterly: Current evidence evaluated – Peer education* [em linha]. ISSN: 1832-6013. [Consult. 06.12.2011]. Disponível em <http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/352_PRQ_06Mar_Peer_education.pdf>.

Homem, F; Brito, I.; Mendes, F. (2011). *Antes que te Queimes: Intervenção em contexto recreativo desde 2007*. Comunicação oral apresentada no Euro-TC & Irefrea conference & III Escola de verão em educação pelos pares, X Setembro de 2011, ESEnC, Coimbra.

PROJETO “PAR-A-PAR COM A SAÚDE”: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE BASEADA NA EDUCAÇÃO PELOS PARES

FERNANDA FERREIRA¹; MANUELA FERREIRA²; TIAGO RAMOS³

A Escola é o lugar privilegiado para desenvolver atividades de promoção da saúde, podendo ser facilmente integradas nos programas curriculares ou assumidas como atividades extracurriculares. Existe um conjunto vasto de evidências de que a promoção da saúde dos jovens nas escolas melhora a capacidade de aprender, promovendo o sucesso escolar e a capacidade de se tornarem jovens mais responsáveis, produtivos e cidadãos ativos.

A educação pelos pares é, atualmente, uma estratégia frequentemente utilizada para responder a uma variedade de questões envolvidas na promoção da saúde, na prevenção da doença e dos comportamentos de risco (Belbeisi, Nsour et al. 2009). Numa definição muito simples, a educação pelos pares é um processo de “comunicação de par para par” através do qual indivíduos bem formados, treinados e motivados, desenvolvem atividades formais ou informais, com o objetivo de desenvolver o conhecimento, atitudes, crenças e competências nos seus pares de forma a capacitá-los para protegerem a sua saúde e a das comunidades em que estão inseridos. Quando corretamente utilizada, a estratégia de educação pelos pares tem como finalidade modificar ou influenciar positivamente a saúde, adequando processos, experiências

¹ Vice-presidente da Escola Superior de Enfermagem da CVP de Oliveira de Azeméis

² Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem da CVP de Oliveira de Azeméis

³ Psicólogo. Escola Superior de Enfermagem da CVP de Oliveira de Azeméis

de aprendizagem e de desenvolvimento, que podem combinar os diferentes níveis de intervenção educativa em saúde: facultar informação, sensibilizar para um determinado problema, desenvolver formação para manter e/ou mudar atitudes e comportamentos (Brito, 2009). Este tipo de abordagem oferece várias vantagens aos programas de intervenção, à população alvo e às comunidades, e a evidência empírica tem demonstrado que desde que bem planeados e bem implementados os programas obtêm sucesso na melhoria do conhecimento, atitudes e competências dos jovens, em relação à sua saúde e à dos seus pares. (Y-Peer, 2005).

A educação pelos pares reconhece nos jovens competências e capacidades para assistência e resolução de problemas na sociedade (Turner & Sheperd, 1999), sendo *“uma metodologia de duplo empowerment que permite simultaneamente promover a aprendizagem e o desenvolvimento do outro (grupos-alvo) e de si mesmo (educadores de pares) através da conceção e desenvolvimento de ações pedagógicas”* (Brito, 2009, p. 6).

No projeto, Par-a-Par com a Saúde, os educadores de pares são estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESEnFCVPOA), que têm realizado desde 2006, vários projetos de intervenção educativa, desenhados com base nos princípios psicopedagógicos da educação pelos pares. Com o acompanhamento e avaliação destas atividades, considera-se que o envolvimento de estudantes de enfermagem, em projetos de educação pelos pares *“tem sido uma aposta vantajosa pois estes possuem conhecimentos científicos e habilidades técnicas que facilitam a conceção e implementação de ações de Educação para a Saúde quer em contextos formais (escolas e associações de jovens) como em contextos informais, nomeadamente em contextos recreativos”* (Brito, 2009, p. 7).

Pretende-se, com este projeto, intervir no âmbito da Educação para a Saúde, em áreas fundamentais como, estilos de vida, perceção do risco do tabaco e álcool e, ainda, comportamentos relacionados com a sexualidade, tendo como denominador comum, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, baseado na metodologia da educação pelos pares.

Contexto e intervenção

O Projeto Par-a-Par com a Saúde está a ser desenvolvido em parceria com a Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis e a Escola Secundária Soares Basto do Concelho de Oliveira de Azeméis, avaliado e ajustado anualmente. Envolve a participação de vários professores de ambas as instituições, havendo um coordenador e responsáveis pelo acompanhamento e supervisão do projeto, estudantes a frequentar o 4º ano do 1º Ciclo de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem e alunos do 7º e 8º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico, ano letivo de 2011/2012.

O programa desenvolveu-se em três fases, a primeira teve como principal objetivo realizar o diagnóstico da situação de saúde e perceção dos alunos do ensino básico face ao risco para a saúde, derivado do consumo de tabaco, álcool e sexualidade. A segunda promover a intervenção do grupo de Educadores pelos Pares com avaliação das sessões de educação para a saúde. Finalmente a avaliação do impacto do projeto, sendo que esta última fase ainda se encontra em desenvolvimento. Os principais objetivos são: desenvolver *empowerment* individual e de grupo, de modo a que os adolescentes assumam uma maior responsabilização sobre as decisões e ações que interferem na sua saúde, no desenvolvimento da autoestima, das competências de vida e das capacidades dos adolescentes, de forma a influenciar positivamente a adoção de comportamentos saudáveis e ainda avaliar a eficácia de um programa de intervenção Participaram 121 alunos do 7º e 8º ano (3 turmas de cada ano) do 3º Ciclo do Ensino Básico através do preenchimento de um questionário preparado para o efeito. Os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula pelo grupo de educadores de pares e professores/supervisores do projeto. Os alunos que participaram no projeto tiveram o consentimento dos encarregados de educação, por informação escrita enviada pelos diretores de turma.

Para a realização deste projeto foi constituído um grupo de Educadores pelos Pares, que emergiu dos estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que voluntariamente se ofereceram para participar. O grupo foi organizado em 8 brigadas de intervenção com um total de 24 elementos. O programa de formação e treino das brigadas de intervenção foi assumido como tempo extracurricular, sendo realizado, por professores de ambas as instituições, com a supervisão do coordenador do projeto. Teve a duração

de 18 horas. O resultado esperado desta formação é que os educadores se capacitassem para desenvolver a intervenção par-a-par de forma confiante e competente (Y-Peer, 2005). Enquanto agentes educativos e de mudança, junto dos seus pares, os jovens educadores podem vir a ser questionados pelos pares sobre assuntos pessoais e complexos. Perante esta interpelação, poderão ter de assumir a responsabilidade de responder de forma correta ou de encaminhar os adolescentes para profissionais de saúde. Para além disso, terão a responsabilidade de manter a confidencialidade sobre o que ouvem e de “praticar o que advogam”, o que nem sempre é tarefa fácil.

De referir que todos os estudantes, educadores de pares, que participaram possuíam experiências anteriores de intervenção em promoção da saúde em contexto escolar e/ou comunitário, decorrentes do desenvolvimento da unidade curricular “Formação em Enfermagem” que integra o plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfCVPOA.

Para avaliação do projeto foram utilizadas diferentes estratégias para recolha de informação. Foi aplicado um questionário preenchido pelos alunos alvo, antes e depois da intervenção onde constam os seguintes grupos de variáveis: dados pessoais e familiares; história familiar de doenças crónicas; consumos aditivos; hábitos alimentares; atividade física; perceção sobre o risco em adolescentes, consumo de tabaco e álcool e sexualidade. A avaliação das intervenções, foi realizada através do preenchimento de um instrumento aplicado após as sessões de educação para a saúde, pelos pares educandos e ao mesmo tempo foram efetuados relatórios de avaliação pelos pares educadores.

Resultados

A formação decorreu num ambiente de ação participada, visando apoiar o desenho das intervenções, fomentar a coesão do grupo, desenvolver a criatividade e a autonomia, proporcionando um ambiente adequado para a partilha de experiências e discussão incluindo exercícios de apresentação, “quebra-gelo”; *brainstorming*, discussões de grupo; *role-playing*, jogos interativos; palestras cuja temática abordou os princípios psicopedagógicos da Educação pelos Pares, dinamização de grupos, gestão de conflitos e conceção de intervenções de promoção da saúde. Esta metodologia permite que os

educadores sejam capazes de aplicar os princípios e técnicas da participação ativa na sua própria intervenção (UNESCO, 2003).

De forma a evitar possíveis falhas ou problemas a nível do grupo ou dos adolescentes junto dos quais se pretendia intervir, os professores/supervisores e coordenador tiveram a responsabilidade de informar para que determinados princípios éticos fossem observados durante todo o projeto, como regras relativas à confidencialidade.

As brigadas de intervenção foram constituídas por grupos de três estudantes de enfermagem que acompanharam uma turma semanalmente em sala de aula (2 hora por semana), durante um trimestre. Num ambiente interativo, o sujeito menos especializado tem a presença de outra pessoa mais experiente, envolvendo a ideia de suporte, quer na relação entre os educadores de pares quer com os jovens-alvo (Brito, 2009).

Quase perto do final do ano lectivo e na impossibilidade de aqui apresentarmos todos os resultados dos dados colhidos, optamos por seleccionar apenas os aspetos de maior pertinência para este descrever o impacte desta intervenção nos educadores de pares e na população-alvo (os estudantes do 7º e 8º ano).

Da análise dos relatórios dos grupos de educadores de pares, sobre o modo como decorreram as intervenções e sobre as suas expectativas, podemos concluir que os estudantes de enfermagem, ao participarem nestas atividades de planeamento, implementação e avaliação das intervenções de educação pelos pares, adquirem e desenvolvem competências profissionais na área da comunicação, do conhecimento e da atitude. Estes aspetos são fundamentais para o seu desempenho como futuros enfermeiros. Indicam, também, que a participação voluntária dos estudantes de enfermagem em atividades de educação pelos pares, acompanhada por profissionais experientes (professores/supervisores) permite-lhes desenvolver a dimensão pessoal e profissional, mobilizando-se não só para a autoformação e autonomia na e para a ação, como para assumirem gradualmente o papel social do enfermeiro que intervém nas problemáticas de interesse comunitário. Os resultados globais indicam que reconhecem a importância deste projeto como fonte de conhecimento em saúde, traduzindo-se numa melhoria na adoção de comportamentos e literacia em saúde. Conforme refere Brito (2009) pode-se afirmar que a utilização da educação pelos pares como estratégia pedagógica favorece o duplo empowerment, ou seja, os educadores educam-se educando.

No que diz respeito aos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico, verifica-se que a amostra é relativamente homogénea em termos de género, escolaridade dos pais, hábito de fumar dos pais, consumo de bebidas alcoólicas dos pais, número médio de refeições por dia, consumo álcool, hábitos alimentares dos jovens e percepção de risco. Já relativamente ao consumo de tabaco os resultados são positivos pois a maioria dos jovens nunca experimentaram o tabaco, não fumam no momento e manifestam expectativa de não vir a fumar no futuro. Os resultados da avaliação do risco nos adolescentes não se verificaram diferenças no modo como ambos os sexos percebem esse mesmo risco. Mas quando avaliamos a mesma variável para alunos a frequentar o 7 e 8 anos de escolaridade verificam-se diferenças com significância estatística. Estes grupos constituíram-se como coortes de estudo, pelo que pretendemos medir o impacto destas intervenções educativas no próximo ano lectivo.

Bibliografia

Belbeisi A, Nsour MA, Batieha A, Brown D.W, Walke H.T (2009). A surveillance summary of smoking and review of tobacco control in Jordan. In: Globalization and Health. pp. 1-6.

Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares – Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão, Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, ano 7, n.º 19, pp. 6-9.

Turner, G. & Sheperd, J. (1999). Method in search of a theory: peer education and health education. *Health Education Research*, Vol. 14, n.º 2, pp. 235-247.

UNESCO (2003). *Peer approaches in adolescent reproductive health education: some lessons learned*. Bangkok: UNESCO.

Y-PEER (Youth Peer Education Network) (2005). Standards for Peer Education Programmes, Y-PEER: United Nations Population Fund. ISBN nº 0-89714-767-7.

Y-PEER (Youth Peer Education Network) (2005). Training of Trainers Manual, Y-PEER: United Nations Population Fund. ISBN nº 0-897-14759-6.

AÇÕES AUTOSUSTENTÁVEIS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM ADOLESCENTES ESCOLARES

ANA CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA HOFFMANN¹; ELAINE CRISTINA DA CUNHA²; STELLA MARIS PFUTZENREUTER³; ALESSANDRA CRISTINA LAURINDO ARRUDA⁴

Organizar a atenção integral à saúde do adolescente tem sido um desafio para a saúde e para a sociedade. Nos dias atuais, a necessidade de implantação de políticas públicas para a adolescência tornou-se obrigatória, considerando-se 50 milhões de adolescentes e de jovens no Brasil, a importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades e a prevenção às situações de risco nesta faixa etária.

A saúde dos adolescentes brasileiros merece a atenção dos profissionais de saúde e, como tal, da enfermagem no que diz respeito à proteção, prevenção e recuperação da saúde, sendo necessário o estabelecimento de estratégias que atendam essa população de forma humanizada, personalizada e, evidentemente, com qualidade nos serviços.

¹ PMSJ/Secretaria Municipal de Saúde. Faculdade Estácio de Sá/SC, Enfermeira/Coordenação de Cursos

² Faculdade Estácio de Sá-SC. Enfermeira

³ Prefeitura Municipal de São José/Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Atenção Básica

⁴ Prefeitura Municipal de São José/ Secretaria de Saúde, Diretoria de Atenção Especializada

Desta forma, entendeu-se que as práticas educativas na escola favorecem a discussão voltadas às questões do cotidiano dos adolescentes e jovens, possibilitando ser um dos caminhos para o atendimento das necessidades dessa população. Isto porque objetiva potencializar suas capacidades auxiliando-os a decidir em vários aspectos de suas vidas, a exemplo de sua vida reprodutiva e de sua saúde mental.

A Educação em Saúde apresenta-se nesta atividade como ferramenta de ação do enfermeiro para fazer com que a informação chegue até seu destino final, o adolescente, conscientizando-o acerca da manutenção de um estilo de vida saudável.

Neste sentido, este trabalho, trata-se do relato de uma prática assistencial de cunho educativo, caracterizada como atividade de extensão do Curso de Enfermagem FESSC, iniciada no segundo semestre de 2009 e que consiste na realização de atividades de educação para o auto-cuidado em saúde sexual e reprodutiva, voltadas aos adolescentes e jovens regularmente matriculados nos Centros Educacionais, pertencentes à rede de ensino público do município de São José/SC.

Contexto

Centros Educacionais, pertencentes à rede municipal de ensino público do município de São José/SC no qual a Faculdade Estácio de Sá-SC está inserida.

Objetivo

Sensibilizar os adolescentes escolares do nível fundamental sobre a importância do autocuidado na prevenção da saúde sexual e reprodutiva.

Contribuir com as equipes da estratégia de saúde da família do município de São José/SC no planejamento e execução de atividades de promoção à saúde dos adolescentes.

Métodos de Intervenção

Os acadêmicos de enfermagem envolveram-se durante a prática assistencial curricular e extracurricular nas Unidades Básicas de Saúde do município de São José, no planejamento e execução das atividades educativas nas Escolas junto aos adolescentes de nove escolas que totalizaram até o momento, em 46 turmas do ensino fundamental e médio nos períodos matutino, vespertino e noturno, com o acompanhamento e supervisão da professora responsável pela disciplina.

Neste sentido as atividades foram desenvolvidas na seguinte sequência:

1. Dividiram-se os temas da seguinte forma: o ensino fundamental abordou o tema foi voltado à saúde sexual;
2. Os acadêmicos de enfermagem foram divididos em subgrupos (com 5 a 7 acadêmicos) e cada grupo se responsabilizou por uma turma, abordando uma das temáticas acima;
3. Realizado um encontro na escola com os acadêmicos com objetivo de conhecer sua característica e respectivas turmas; apresentação do grupo de acadêmicos e proposta de trabalho à sua respectiva turma escolar; entrega da caixinha de sugestão e dúvidas do tema por turma sob responsabilidade da direção da escola;
4. Coleta das caixinhas e levantamento das principais dúvidas e sugestões dos adolescentes referente à saúde sexual e reprodutiva;
5. Elaboração da atividade/oficina educativa pelos acadêmicos sob a orientação das professoras com base nas dúvidas dos adolescentes;
6. Realização das atividades educativas, com dois encontros por turmas: o primeiro encontro realizou-se uma palestra sobre a temática utilizando recursos visuais e músicas para melhor compreensão e atenção dos alunos; e no segundo encontro realizou-se uma dinâmica de grupo (dinâmica de balões, cordões, músicas – ficaram sob a escolha de cada sub grupos de acadêmicos) abordando a temática e discussão final da atividade com os alunos; período de 1h e 30 minutos por encontro;
6. Avaliação final com todos os envolvidos através da escuta das discussões dos envolvidos (adolescentes/jovens escolares e acadêmicos de enfermagem).

Resultados

Os resultados foram muito positivos a partir do momento que os acadêmicos colocaram em prática os conhecimentos teóricos da temática e vivenciaram as necessidades do seu público-alvo – os adolescentes, aproximando-os da realidade local e seus respectivos aspectos sociais, econômicos, psicológicos e outros no qual os alunos escolares estão inseridos.

Analisando os exemplos, discussões e questionamentos, dos adolescentes nos encontros, foi possível observar que temas relacionados à sexualidade são abordadas de maneira errônea, com preconceitos e desinformação. Estas atividades educativas possibilitaram aos adolescentes o resgate de suas próprias experiências e crenças, além da reflexão sobre sua autonomia na vivência de uma sexualidade saudável e a não utilização de drogas, respeitando a si próprio e ao outro.

Conclusões

Considerando a necessidade de absorver este público nos serviços de saúde, atuando nas ações preconizadas pela Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem acreditamos que é extrema importância à vivência dos acadêmicos de enfermagem no âmbito escolar para que se incorporem novas práticas no processo de trabalho.

Para tanto, se faz necessário atuar de maneira interdisciplinar, com outras profissões da saúde e instâncias sociais, praticando a autosustentabilidade, a transdisciplinaridade e a intersetorialidade, sensibilizando os adolescentes para as causas e consequências do problema, num entendimento biopsi-cossocial.

Todo o nosso desafio reside em desenvolver atividades educativas e de conscientização, que recobrem, principalmente, a valorização do sentido da vida por esses adolescentes.

Baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, esta prática assistencial de cunho educativo revelou a importância do ato de autocuidar-se ou de cuidar de outrem. A partir dos déficits de competência para o autocuidado, identificados pelos relatos dos adolescentes, verificou-se que a enfermagem,

assim como os demais profissionais da área da saúde, deve aplicar alternativas concretas para diminuir a vulnerabilidade dos adolescentes, oportunizando a criação de espaços para discussão e reflexão.

O envolvimento da direção e professores quanto à disponibilidade de horários e participação com seus alunos nesta atividade inserida no contexto escolar abriram novas possibilidades para continuidade futuras deste projeto, ampliando por necessidade da escola outras temáticas. Vale ressaltar, que também houve a participação e envolvimento das equipes da estratégia de saúde da família do referido município, no planejamento das ações, em especial na disponibilização recursos educativos.

Desta forma, novos projetos autosustentáveis estarão sendo planejados com intuito de contribuir com a formação acadêmica dos alunos do curso de enfermagem, fortalecendo a saúde no âmbito escolar e as diretrizes e ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.

Referências

Ministério da Saúde (2006). *Marco teórico e referencial saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília (DF). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2008.

Cordellini, Júlia V. F. et al. (2006). *Protocolo de atenção à saúde do adolescente*. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, p. 122.

Figueiredo, Nélia M. A. (Org.). *Ensinando a cuidar em Saúde Pública*. São Caetano do Sul: Yendes, 2005.

HOFFMANN, Ana C. O. da S. Adolescente em família: uma perspectiva de atuação da enfermagem. 2005. Dissertação (Programa de Mestrado em Saúde Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

OREM, D. E. (1995). *Nursing - concepts of practice*. 5. ed. St Louis: Mosby.

PEREIRA L. José et al. (2007). *Sexualidade na adolescência no novo milênio*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-Reitoria de Extensão.

A CONSTRUÇÃO ATITUDINAL DE JOVENS EM CONTEXTO DE ACOLHIMENTO. ESTUDO EXPLORATÓRIO

TIAGO RAMOS¹

Nesta investigação, procurámos concentrar-nos na dimensão relacional do desenvolvimento de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Na prossecução dos nossos objectivos, centrámo-nos exclusivamente no estudo das relações entre pares no contexto institucional. Tendo em conta os pares como agente central do desenvolvimento dos jovens, interessou-nos conhecer a percepção destes face às relações que criam e desenvolvem no contexto institucional. Assumimos que, conhecendo a configuração do quadro atitudinal inter-relacional destes jovens, poderíamos contribuir para responder às seguintes questões: como se relacionam estes jovens entre si? Em que medida a qualidade das suas relações contribui ou dificulta o seu processo desenvolvimental? Há diferenças no quadro atitudinal atribuíveis à idade? Como evolui a presença das atitudes interpessoais ao longo da sua adolescência?

Metodologia

Tendo estas questões como ponto de partida, adoptámos o quadro teórico da abordagem centrada na pessoa e os instrumentos de que dispõe para medir atitudes. Esta abordagem defende que o desenvolvimento construtivo da personalidade ocorre se existirem algumas condições atitudinais,

¹ Psicólogo. Escola Superior de Enfermagem da CVP de Oliveira de Azeméis

que dependem do contexto relacional. São estas condições a compreensão empática, a congruência e a aceitação incondicional, sendo também necessário que a pessoa tenha a percepção da presença destas atitudes. A fim de aceder à percepção dos jovens acerca da qualidade das relações que mantêm entre si, foi utilizado o Inventário de Relações de Barrett-Lennard. Este instrumento, validado em Portugal por Marques-Teixeira *et al.*, 1996, destinava-se inicialmente a medir a qualidade da relação terapêutica, mas foi progressivamente sendo utilizado noutros contextos relacionais: em relações de complementaridade diversas (ex: estudantes e professores, professores e directores); em ambientes interpessoais específicos (ex: frequência de um programa de reabilitação, experiência de internamento hospitalar); em relações de casal.

Constituiu critério para selecção da amostra ser residente num centro de acolhimento temporário e ter idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Tendo em conta que se pretendia investigar a qualidade das relações entre os jovens, optou-se por constituir uma amostra representativa de 2 instituições: a do CAT da Cruz Vermelha Portuguesa - Núcleo de Vale de Cambra e a da Casa do Vale, situada no Porto. Preencheram estes critérios 29 jovens adolescentes do sexo masculino. Esta amostra foi dividida em dois subgrupos de acordo com a idade (grupo I dos 12 aos 15 anos; grupo II dos 16 aos 18 anos).

Conclusões

Os resultados do estudo permitem chegar às seguintes conclusões:

As atitudes de compreensão empática, consideração, incondicionalidade e congruência não têm um desenvolvimento igualmente harmónico e paralelo ao longo da adolescência, pelo menos em contexto de acolhimento, embora quando comparadas com os resultados obtidos em amostras de adultos tendam com o tempo a estruturar-se “da desordem para a ordem”.

A consideração é a atitude que estes jovens, desde cedo, são mais capazes de experienciar em contexto relacional. A presença desta atitude implica a identificação por parte dos jovens de sentimentos de respeito, estima, valor e preocupação em relação aos demais. Uma possível interpretação para a

consideração ser a atitude mais presente nestas relações prende-se com o conhecimento e possível identificação entre os jovens no que diz respeito a factores comuns da sua experiência de vida, nomeadamente os que dizem respeito ao processo de separação imposta das pessoas emocional e afectivamente significativas. Esta é uma possível explicação para a consideração que sentem pelos outros (pelas experiências por que passaram) não implicar, por exemplo, uma igual presença da incondicionalidade (atitude de aceitação, independentemente do comportamento, opiniões ou sentimentos).

As restantes atitudes em análise vão ganhando mais expressão nas relações interpessoais ao longo dos anos da adolescência, contribuindo para criar condições para o desenvolvimento construtivo da personalidade destes jovens (Rogers, 1957). A congruência e a incondicionalidade correm a par no processo desenvolvimental, ficando reservado o papel de “atitude-charneira” neste grupo de quatro atitudes à empatia. A expressão destas está, contudo, aquém dos valores evidenciados entre pessoas com maior maturidade.

Bibliografia

Barrett-Lennard, G-T. (1978). “The relationship Inventory: Laster Development and Aplications”. *JSAS: Catalog of Selected Documents. I Psychology*, 8, 68 (Ms. nº 1732), 55.

Marques-Teixeira, J.; Carvalho, J.P.; Moreira, A.; Pinho, C. (1996). “Group Effect?” Implementation of the Portuguese translation Barrett-Lennard Inventory on 5 Individual group types. In: Hutterer, R.; Pawlowsky, G.; Schmid P.; (Eds). *“Client Centered and Experiential Psychotherapy a paradigm in motion”*. Ed. Peter Lang, Frankfurt.

AVALIAÇÃO DO RISCO EM ADOLESCENTES: EFEITOS DA APLICAÇÃO DE *PAR-A-PAR SEM TABACO*, UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO PELOS PARES

MARIA MANUELA FERREIRA¹, MANUEL VERISSIMO², LILIANA SOUSA³

Introdução

Os programas de educação para a saúde devem ser contínuos e multifacetados¹. Melhorar os estilos de vida de indivíduos e comunidades não é tarefa de curta duração. Leva tempo facilitar o processo dos indivíduos e das comunidades através dos vários estádios da mudança. Trata-se de um processo contínuo, que passa pelo acesso à informação, compreensão e interiorização dessa informação, pela motivação, capacidade e possibilidade de escolha e por várias estratégias de manutenção da mudança.

A opção da estratégia da educação pelos pares deveu-se ao facto de ser uma estratégia atual e frequentemente utilizada para responder a uma variedade de questões envolvidas na promoção da saúde, na prevenção da doença e nos comportamentos de risco². Segundo Sciacca e Black³ a educação pelos pares é uma estratégia para ensinar, partilhar ou alterar informações, valores e comportamentos na área da saúde que ocorre entre elementos da mesma idade ou grupo social. Para Parkin e Mckeganey³ “par”

¹ Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

² Professor Doutor. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

³ Professora Doutora. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma das Ciências da Saúde

é alguém que se autoidentifique como pertencendo ao mesmo grupo social, com base nas características ou interesses comuns. De facto, esta é uma estratégia que poderá facilitar o processo de transmissão e compreensão de informação, pois o educador de pares e os grupos-alvo (seus pares) partilham características sociodemográficas e culturais, interesses e estilos de vida similares. Segundo os autores, trata-se de um processo que ocorre durante um período de tempo, através do qual, indivíduos bem treinados e motivados, desenvolvem atividades educacionais informais ou organizadas, com o objetivo de desenvolver o conhecimento, atitudes, crenças e competências nos seus pares (iguais) de forma a capacitá-los para protegerem a sua saúde e a das comunidades onde estão inseridos.

O programa de intervenção sobre o tabagismo, foi dirigido a alunos dos 12 a 14 anos, idade considerada chave, em termos de efeitos e de consequências positivas a curto, médio e longo prazo resultante de programas de promoção da saúde⁴. O projeto teve como pressuposto a formação pelos pares e foi constituído por metodologias diversas, baseado no “Querer é poder I” e “Querer é poder II”^{5,6}, que é um programa de prevenção do tabagismo, que incorpora a planificação das sessões de intervenção.

Um dos grandes objetivos a alcançar neste programa de intervenção foi o de criar um *empoderamento* individual e de grupo, de modo a que os adolescentes tivessem uma maior responsabilização sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, através de ações que afetem diretamente o desenvolvimento da autoestima, das competências de vida e das capacidades dos adolescentes de forma a influenciar positivamente a adoção de comportamentos saudáveis, isentos de tabaco.

Contexto

O programa de intervenção “Par-a-Par Sem Tabaco” foi dirigido aos alunos das turmas que frequentaram o 7º e 8º Anos do 3º Ciclo do Ensino Básico, nas Escolas Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis (Escola Secundária Ferreira de Castro e Escola Secundária Soares Basto) no ano letivo 2008/2009.

O programa teve duas fases, uma em que se formaram as brigadas constituídas por estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESENfCVPOA) e onde se procedeu à formação das mesmas sobre as metodologias de formação de adultos e outra, onde cada brigada realizou as sessões de educação para a saúde para a prevenção do tabagismo em contexto de sala de aula dirigidas a cada uma das turmas, de que ficaram responsáveis.

Objetivos

Avaliar a eficácia de um programa de intervenção - “Par-a-Par Sem Tabaco” dirigida a adolescentes que frequentam o 7º e 8º Anos do 3º Ciclo das Escolas Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis no ano letivo 2008/2009.

Compreender o efeito do programa de intervenção – Par-a-Par sem Tabaco – sobre a avaliação do risco em adolescentes.

Métodos

O programa “Par-a-Par sem Tabaco”, assim batizado por ter como pressuposto a formação pelos pares, uma vez que a maioria das ações de educação para a saúde dirigida aos estudantes do 7º e 8º anos do 3º Ciclo do Ensino Básico, tiveram como formadores jovens estudantes do 1º Ciclo de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESENfCVPOA. Portanto, na sua base, existiram jovens formadores, Estudantes do Ensino Superior e jovens formandos, estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico.

O programa “Par-a-Par sem Tabaco”, consistiu num conjunto de 12 ações de educação para a saúde, cujos formadores foram os estudantes de Enfermagem da ESENfCVPOA, após formação específica, em presença do professor que leciona a disciplina de “formação cívica” e sempre que possível o investigador. Cada grupo de estudantes de Enfermagem seguiu uma turma, do grupo experimental.

É de referir que, este programa foi constituído por metodologias diversas, salientando-se a dinâmica de grupos e tendo em consideração alguns projetos já existentes, nomeadamente os relacionados com a prevenção do tabagismo como: o “Querer é poder I” e o “Querer á poder II”^{7, 8}.

Neste estudo, ocorreram três observações, a primeira ocorreu antes da aplicação do programa de intervenção, tendo-se constituído simultaneamente como diagnóstico da situação e controlo para as observações seguintes. A segunda observação ocorreu após a aplicação do programa de intervenção, como forma de realizar a avaliação da eficácia, a curto prazo, do programa de intervenção. Finalmente, a terceira observação, que ocorreu um ano após a aplicação do programa de intervenção, como forma de realizar a avaliação da eficácia, a médio prazo, do programa de intervenção.

No que se refere à intervenção propriamente dita, ela foi constituída por um espaço-tempo de educação para a saúde relacionada com educação para os valores, construção de personalidade, estratégias de resolução e gestão de problemas, educação para o autocontrolo, promoção da autoimagem e autoestima e educação para os estilos de vida saudáveis, numa perspetiva de prevenção do tabagismo.

A amostra aleatória em conglomerados (turmas) é constituída por 310 alunos. O grupo de controlo é constituído por 153 participantes e o grupo experimental por 157 participantes. Trata-se de um estudo experimental randomizado “antes-após com grupo controlo”. A observação foi feita três vezes: antes, no final e passado um ano da aplicação do programa de intervenção “Par-a-Par sem Tabaco”.

Neste estudo foi construída e validada a “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – EARA.

Resultados e Discussão

A validade da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA), no seu conjunto de 11 itens, apresenta bons argumentos de fidelidade e de validade. A consistência interna com alfa de Cronbach foi de 0,919 e a estrutura fatorial com rotação varimax, apresentou um valor de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,924. A Escala é composta por duas dimensões: comportamentos, que explica 45,71% da variância e a autoestima, que explica 19,73% da variância. Em cada item, das duas dimensões desta variável, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem discordo e nem concordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente.

A dimensão autoestima refere-se ao grau de concordância com que os adolescentes consideram alto risco serem deixados pelo(a) namorado(a), fazer qualquer coisa só para que os outros os admirem e não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas opiniões.

A dimensão comportamentos refere-se ao grau de concordância com que os adolescentes consideram alto risco sair à noite sem autorização dos pais, não saber defender-se de situações violentas, apanhar uma bebida, consumir regularmente bebidas alcoólicas, aceitar um cigarro, consumir regularmente cigarros e não se responsabilizar pela sua própria saúde.

Da análise transversal comparativa entre os grupos de controlo e experimental (teste U de Mann Whitney), nas três observações, conclui-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das observações (observação inicial, antes da aplicação do programa de intervenção; segunda observação, imediatamente após a aplicação do programa de intervenção e terceira observação, isto é passado um ano da aplicação do programa de intervenção).

Da análise longitudinal (teste de Friedman) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas medições repetidas nas dimensões autoestima e comportamento, apenas no grupo experimental. Verifica-se que os elementos do grupo experimental apresentam uma evolução crescente no grau de concordância sobre o alto risco de serem deixados pelo(a) namorado(a), fazer qualquer coisa só para que os outros os admirem e não conseguir pensar por si próprios e assumir as suas opiniões, sair à noite sem autorização dos pais, não saber defender-se de situações violentas, apanhar uma bebida, consumir regularmente bebidas alcoólicas, aceitar um cigarro, consumir regularmente cigarros e não se responsabilizar pela sua própria saúde.

Da análise da relação de cada uma das observações entre si (teste de Wilcoxon), conclui-se que na dimensão autoestima, da primeira para a segunda e terceira observação, a existência de diferenças estatisticamente significativas sendo que, ambos os grupos, consideram alto risco qualquer ameaça à sua auto-estima. Na dimensão comportamentos conclui-se que, apenas no grupo experimental se verificaram diferenças estatisticamente muito significativas da primeira para a segunda e terceira observação. Os elementos do grupo experimental após a aplicação do programa de intervenção aumentaram a

percepção do alto risco do consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco, que se manteve alta passado um ano, traduzindo eficácia temporal do programa de intervenção nesta dimensão.

Os elementos do grupo experimental após a aplicação do programa de intervenção aumentaram a sua percepção do alto risco do consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco, que se manteve alta passado um ano, traduzindo eficácia temporal do programa de intervenção nesta dimensão⁹. Os resultados deste estudo vêm contrapor alguns resultados de estudos já efetuados^{10, 11}.

Conclusões

O programa de intervenção torna-se eficaz na concordância com o alto risco face à autoestima e consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco, a um curto e médio prazo (no final e passado um ano da aplicação do programa de intervenção) por parte dos adolescentes.

A percepção do risco associado à autoestima e aos comportamentos, nomeadamente o tabaco, parece ser um fator muito importante na prevenção do tabagismo e na promoção de hábitos salutogénicos. Sugerem-se novos estudos que visem consolidar os efeitos positivos de programas de prevenção de tabagismo e de promoção da saúde que avaliem a sua eficácia a longo prazo.

Bibliografia

1. Nunes, E.; Breda, J. (2001). *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins-de-infância*. Lisboa.
2. Belbeisi, A.; Nsour, M. A.; Batieha, A.; Brown, D. W.; Walke, H. T. (2009). A surveillance summary of smoking and review of tobacco control in Jordan. In: *Globalization and Health*. pp. 1-6.
3. Dias, S. F. (editor) (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. 1ª ed. Lisboa.
4. Precioso, J. (2006). "Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 22: 201-222.

5. Vitória, P.; Raposo, C.; Peixoto, F. (2001). “Querer é poder II – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor”. In: *Conselho de Prevenção do Tabagismo*. Lisboa.
6. Vitória, P.; Raposo, C.; Peixoto, F. (2007). “Querer é poder I – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor”. In: *Conselho de Prevenção do Tabagismo*.
7. Vitória, P.; Raposo, C.; Peixoto, F. (editors) (2001). *Querer é poder II – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor*.
8. Vitória, P.; Raposo, C.; Peixoto, F. (editors) (2007). *Querer é poder I – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor*. 2ª edição.
9. Falomir-Pichastori, J. M.; Mugny, G.; Invernizzi, F.; Di Palma, A. (2007). “Estrada MM. Does the campaign against tobacco use necessarily reduce the attractions of smoking for young people? Identity issues surrounding initiation into tobacco consumption”. In: *Revue européenne de psychologie appliquée*. pp. 257-265.
10. Greene, C.; Baneerje, S. S. (2008). *Adolescents’ Responses to Peer Smoking Offers: The Role of Sensation Seeking and Self-esteem*.
11. Resnicow, K.; Reddy, S. P.; James, S. et al. (2008). “Comparison of Two School-Based Smoking Prevention Programs among South African High School Students: Results of a Randomized Trial”. In: *Annals of Behavioral Medicine*, pp. 231-243.

PERCEPÇÃO E COMUNICAÇÃO DE RISCOS SOCIAIS E À SAÚDE ASSOCIADOS AO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

VERA MARIA SABÓIA¹; DONIZETE VAGO DAHER¹; ENÉAS RANGEL TEIXEIRA¹; IRMA BRITO²; MARCELA DE ABREU MUNIZ³

Introdução

O uso abusivo de álcool e outras drogas por estudantes universitários de cursos da área de saúde tem se configurado como um problema na formação de futuros profissionais que irão orientar a população sobre comportamentos de riscos à saúde. A experiência universitária parece favorecer a vulnerabilidade do adulto jovem ao entrosamento social, estimulando-o ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Medidas de prevenção e promoção da saúde por meio de uma abordagem diferenciada para esta população específica são necessárias, uma vez que tem uma maior aproximação com questões relativas ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Com base nesta problemática, esse estudo busca investigar a percepção de estudantes de enfermagem sobre riscos sociais e à saúde, provenientes do uso de drogas, bem como delinear

¹ Professora Doutora. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Brasil

² Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

³ Mestre. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Brasil

um trabalho de comunicação de riscos por meio da aplicação dos princípios da tecnologia educacional por pares.

Contexto

Embora dados no Brasil e no mundo tenham demonstrado o uso abusivo de drogas e os seus fatores preditivos entre estudantes universitários da área de saúde, especificamente em nosso país, não há pesquisas de percepção de riscos sociais e à saúde com estes indivíduos e por sua vez, também, não há trabalhos de comunicação destes riscos que visem uma intervenção preventiva e educativa neste grupo-alvo. A necessidade de discussões mais frequentes nas disciplinas da grade curricular dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil sobre o uso e a assistência aos usuários de drogas lícitas e ilícitas nos faz supor que o nível de conhecimento dos estudantes universitários sobre os riscos do uso de drogas na vida não deva estar condizente com a devida qualificação profissional como deveria.

Objetivos

- 1 - Conhecer a percepção de riscos sociais e à saúde decorrente do uso abusivo de drogas de acadêmicos de enfermagem da UFF;
- 2 - Investigar o nível de conhecimento de acadêmicos de enfermagem da UFF sobre riscos associados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, comparando-o entre os do primeiro, do segundo e do último ano do curso;
- 3 - Delinear um trabalho de comunicação de riscos do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas com acadêmicos de enfermagem da UFF.

Método de intervenção

Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa, de triangulação metodológica com desenho do tipo explanatório sequencial. O estudo incluirá a análise da percepção de riscos por meio da aplicação de questionários estruturados e da observação participante em quatro grupos focais e a construção de um trabalho de comunicação de riscos aplicada nestes mesmos grupos.

A primeira fase será um *Survey* que pretende incluir uma amostra do tipo censo, com todos os acadêmicos de enfermagem do primeiro, do segundo e do último ano do curso, totalizando um $n=360$. Na segunda fase, de metodologia qualitativa, será requisitada uma amostra intencional de 10 estudantes voluntários para cada um dos quatro grupos focais que serão selecionados do primeiro, segundo, nono e décimo períodos do curso de graduação em Enfermagem da UFF.

Forma de análise

Os dados quantitativos serão analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0 e os dados qualitativos serão avaliados conforme observação participante do pesquisador.

Resultados

Trata-se de uma nota prévia, mas assim como estudos anteriores este especificamente também deverá evidenciar que a formação do enfermeiro ainda necessita de uma qualificação mais aprimorada no que se refere à qualidade de atendimento aos usuários de drogas lícitas e ilícitas, existindo poucos momentos de abordagem da temática durante algumas disciplinas do curso. Esta situação pode se deflagrar em mais um fator agravante para o estímulo abusivo do uso de álcool e outras drogas pelo acadêmico de enfermagem. A tecnologia de educação por pares deverá ser destacada enquanto estratégia educativa que tem sido aplicada na área da saúde com a finalidade de estimular e fortalecer o poder contratual de educandos e educadores no processo de construção ou resgate de sua qualidade de vida e de saúde.

Conclusões

Esse estudo pretende ressaltar a importância de se conhecer a percepção de graduandos de enfermagem sobre os riscos do consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas e da necessidade de se adotar medidas educacionais inovadoras no âmbito universitário, a fim de prevenir possíveis complicações de saúde e promover a formação social de futuros profissionais da área de saúde.

Referências

- Abarca, A. M.; Pillon, S. C. (2008). "Percepção de estudantes de enfermagem sobre os preditores do uso de drogas". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, Aug. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692008000700017&lng=en&nrm=iso>. Access on 02 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700017>.
- Akko, E. (2004). "Risk communication, risk perception and public health". *Wisconsin Medical Journal*, v. 103, n. 1.
- Benthin, A et al. (1993). "A Psychometric study of adolescent risk perception". *Journal of Adolescence*, v.16, pp. 153-168.
- Brito, I. et al. (2007). *Competência cultural no planejamento de intervenções de educação por pares: um modelo teórico para intervenções culturalmente competentes*, IIIº Seminário de Educação Diferenciada e Etnoconhecimento e Iº Encontro Luso-Brasileiro de Educação, Formação e Cultura, Comunicação oral, Rio de Janeiro.
- Brito, I. et al. (2008). "Características e contextos sociais dos estudantes de enfermagem", *INFAD Revista de Psicologia/Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, Número 1, vol. 4, Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y de la Adolescencia, Badajoz, pp. 397-404, ISBN/ISSN: 0214-9877.
- Calafat, A. (2010). *Prevention Interventions in Recreational Settings*. Strasbourg: Council of Europe. Pempidou Group.
- Calafat, A. et al. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Castillo, G; Cordeiro, A. (2009). "Percepção do risco associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas". *Health and Addictions / Salud y Drogas* 2009, Vol. 9, nº 1, pp. 57-78.
- Sabóia, V. M.; Teixeira, E. (2011). *Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco*. 1. Ed. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

BÔ KI TA DISIDI: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM FACTORES DE RISCO E PROTECÇÃO JUVENIL EM CABO VERDE

FERNANDO MENDES¹; IRMA BRITO²; SUZANA DELGADO³; MARIA DO ROSÁRIO MENDES⁴, FILIPA HOMEM⁵

A violência é um problema vivenciado em diversos países e em diversos contextos sócio-económicos. Ainda existe um vasto campo de investigações a realizar para que sejam identificados os factores que fundamentam esses actos violentos e que comprometem, significativamente, a segurança e bem-estar das populações. Pode-se afirmar que é um fenómeno de considerável complexidade e que se trata de um factor de ordem pública. Tal como refere Arent (1970), *power corresponds to the human ability not just to act but to act in concert. Power is never the property of an individual; it belongs to a group and remains in existence only so long as the group keeps together.*

Os jovens são o grupo que mais se envolve em situações de violência, tanto na condição de agentes quanto de vítimas. A maior parte desses actos violentos acontece nos fins-de-semana, nas periferias, envolvendo, sobretudo, jovens de classes empobrecidas e em situação de vulnerabilidade. A violência é um resultado acumulado e determinado por condições históricas, sócio-político-económicas e que se reflectem com graus diferentes, advindo de algumas situações já identificadas como: maus-tratos e exploração infantis, abuso

¹ Psicólogo. Presidente do IREFREA Portugal

² Professora Doutora. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

³ Pedagoga. Ministério da Educação de Cabo Verde, coordenadora do programa EIO

⁴ Psicóloga. IREFREA Portugal

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, área de Supervisão Clínica

de substâncias psicoactivas pelos pais e outros factores (Rolim, 2008). Em Cabo Verde o fenómeno da violência juvenil começa a ser frequente. A partir dos finais dos anos 90 e do século XXI, os praienses depararam-se com níveis de violência, considerada excessiva, mais tarde imitada noutras regiões. No imaginário dos caboverdianos, os deportados e os thugs foram os responsáveis. Os primeiros, pelo envolvimento com o narcotráfico e os segundos adoptando o seu estilo de vida a partir das histórias dos guetos norte-americanos. Os thugs, como grupos formados por jovens urbanos (tribos urbanas), existem ligados por laços de sociabilidade e solidariedade frouxos mas intensos e fazem uso da violência como forma de afirmação pessoal, social e identitária. Mas as tribos urbanas devem ser encaradas como de dramatização do conflito social e uma metamorfose da condição juvenil (culturas juvenis) na era digital.

Contexto

Em Cabo Verde, não obstante os indicadores positivos de qualidade de vida das populações, conseguidos nas últimas duas décadas, a desigualdade na distribuição do rendimento e nas oportunidades entre os jovens poderá condenar o país a uma situação de instabilidade interna, sendo que a questão da violência urbana pode estar intimamente ligada a esta situação. Dados do INE de 2005 refere que cerca de 49% dos pobres no país tem menos de 15 anos e 30% dos agregados familiares chefiados por indivíduos na faixa etária entre os 15 a 24 anos são pobres.

Objetivos

BÔ KI TA DISIDI é uma intervenção de mobilização comunitária de proximidade, que envolve treino de competências pessoais e sociais, aumento do voluntariado juvenil, redução de comportamentos de risco e educação para a não-violência e que visam uma melhoria da saúde global da comunidade juvenil caboverdiana, sobretudo dos jovens que abandonaram o sistema educativo. Tem por finalidade prevenir comportamentos anti-sociais que resultam em dano e violência juvenil e as principais causas de morbilidade associadas à violência neste grupo etário: o uso do tabaco, do álcool e de substâncias

psicoactivas; comportamento sexual de risco. Pretende-se ainda incrementar a participação social dos jovens, promovendo a adesão de estudantes do ensino secundário e superior (16 a 25 anos) a actividades de voluntariado em Educação pelos Pares, capacitando-os para o seu desenvolvimento moral e social e para assumirem a responsabilidade social de agir na melhoria dos contextos de vida do seu País.

O recrutamento de jovens universitários seria ideal pois além de facilitar o processo de formação e garantir a qualidade da intervenção, permitirá que sirvam de modelo aos jovens com que vão contactar.

Intervenção

O programa BÔ KI TA DISIDI consiste em actividades de **intervenção de rua** e **workshops** nos Centros da Juventude para jovens em risco e sua família. Inicialmente realiza-se trabalho na comunidade para sinalizar jovens em risco que, por não frequentarem o sistema de ensino ou não terem ocupação, apresentam elevada vulnerabilidade para a pertença a grupos com comportamentos de risco e de violência. Estes jovens sinalizados frequentarão workshops de capacitação nos Centros da Juventude (assim como as respectivas famílias). Os jovens que manifestarem interesse em prosseguir estudos serão encaminhados para escolas profissionais, de acordo com a sua orientação vocacional. Os cursos de capacitação profissional seriam oferecidos para que habilidades específicas possam ser desenvolvidas, facilitando desta maneira a sua posterior contratação formal. Parcerias com empresas privadas, órgãos públicos e organizações não-governamentais devem ser realizadas para que os jovens ingressem como estagiários remunerados e, dependendo do desenvolvimento de cada um, os mesmos possam ou não ser contratados posteriormente.

Estava prevista a intervenção nas localidades de Tira-Chapéu e Ponta de Água (Santiago), Ribeira de Craquinha (S. Vicente) e Espargos (Sal). Para o Diagnóstico social foi realizado trabalho de campo (observação das comunidades) nas localidades de Tira-Chapéu, Ponta de Água e Ribeira de Craquinha e Espargos. A Coordenadora do projecto e os grupos de intervenção sugeriram o alargamento a outras localidades (Brasil em Santiago; Ilha Madeira em S. Vicente; Santa Maria e Palmeira em Sal).

Realizou-se a formação BÔ KI TA DISIDI para Profissionais dos Centros de Juventude, Profissionais dos Centros de Saúde e líderes locais para capacitar os técnicos que se envolveriam na intervenção comunitária e na formação de voluntários Educadores de Pares. Essa formação incluía o desenho da implementação do programa em cada comunidade e a participação na elaboração de colectânea de manuais de apoio à formação e de dispositivos pedagógicos.

Resultados

Em todos os grupos foi evidente o empenho e participação na formação, assim como no final todos os grupos verbalizaram interesse em desenvolver o projecto. Pode-se afirmar que existe predisposição para assegurar as actividades de aconselhamento par-a-par na comunidade, para criarem e desenvolverem o Espaço Bô Ki Ta Disidi (inclusive com apoio na área de saúde) e o desenvolvimento dos workshops. No entanto na Praia e Mindelo não existem técnicos e jovens suficientes para assegurarem as actividades de rua. Na elaboração do plano operacional (realizada durante as 3 acções) foi possível perceber que os técnicos estavam predispostos a recrutar e formar jovens voluntários para participarem no programa e a dinamizar/gerir as actividades do programa BÔ KI TA DISIDI (intervenção de rua e workshops nos Centros da Juventude). Os jovens pretendem participar no programa, em regime de voluntariado, aplicando a Educação pelos Pares. No final da formação foi possível perceber que demonstravam habilidades básicas para realizar aconselhamento par-a-par e intervir em situação de crise, no âmbito do programa BÔ KI TA DISIDI.

Realizaram-se entrevistas a jovens envolvidos em 2 gangues rivais (Bairro do Brasil, Praia em Santiago) e seus familiares/mães com o objectivo de compreender melhor o fenómeno da violência juvenil. Também foi realizada uma entrevista a elementos da Polícia Nacional com experiência na área (Espargos e Santa Maria em Sal). Criaram-se expectativas a essas pessoas de se dar continuidade ao trabalho, nomeadamente a sua integração, ainda este ano, em cursos profissionais.

Dos 113 participantes na formação, completaram o programa de formação 100% dos jovens e 96,4% dos técnicos inscritos. Preencheram os questionários de avaliação inicial 82,3%, de avaliação final da formação 90,3% e narrativas

de aprendizagem 84,1%. Na globalidade a média total atribuída na avaliação realizada no final da formação foi de elevado nível (pontuação de 1 a 10) verificando-se: 9.2 na Satisfação: qualidade global; 9.3 na Adequação dos conteúdos da formação; 9.6 na Percepção da utilidade da formação; 9.5 na Percepção do interesse da formação; 8.0 na Participação na formação; e 8.9 na Satisfação com a qualidade dos materiais pedagógicos.

Para facilitar a tomada de decisão no envolvimento como supervisores foi apresentado um esquema base para distribuição de actividades, considerando uma equipa de 30 jovens e 10 supervisores (técnicos). Neste esquema, para efectuar cerca de 15 horas de trabalho comunitário por mês, cada técnico trabalharia 2 horas semanais (de preferência dia fixo) e 5 horas num sábado de 4 em 4 semanas. Para os jovens seria necessário para perfazer as 15 horas de trabalho comunitário por mês, trabalhar 2 horas semanais (de preferência dia fixo) e 5 horas num sábado de 3 em 3 semanas.

Como suporte do programa BÔ KI TA DISIDI foi iniciada a reorganização dos conteúdos de Tu Decides e design de acordo com os dados obtidos. O design foi apresentado, para apreciação, a jovens caboverdianos que vivem em Cabo Verde. Em função das sugestões apresentadas foram feitas modificações no design. Esta estratégia tem-se mostrado muito útil para garantir a adequação cultural e será mantida para todo o processo de construção de materiais didácticos. Estava em fase final a elaboração de um vídeo sobre consumo de substâncias activas. Os jovens comprometeram-se em criar materiais de informação, educação e comunicação.

Apesar do empenhamento de todas as pessoas envolvidas, após a mudança na coordenação, o programa foi suspenso. Tal decisão foi tomada sem serem informados os envolvidos, o que veio a revelar-se como negativo em relação à confiança das comunidades em relação aos projectos de prevenção da violência. Foram factores de insucesso a não assunção do projecto em todas as suas dimensões nos Centros de Juventude sendo que esta estrutura é de coordenação; a não existência de coordenação operacional na Praia, local onde se realizaria intervenção de rua em 3 comunidades; possível não envolvimento dos técnicos como supervisores das intervenções de rua por falta de disponibilidade profissional; a não disponibilização de um espaço para o desenvolvimento das actividades do Espaço BÔ KI TA DISIDI; a dificuldade de participação nos workshops dos jovens pertencentes a

gangues e respectivas famílias; não cumprimento do programa de formação e acompanhamento programado. Consideramos que aconteceu, como resultado da intervenção e no âmbito da comunidade onde o projecto foi implementado, mobilização comunitária que terminou em desilusão.

Discussão e conclusões

Apesar de não ter sido desenvolvido na totalidade, o programa BÔ KI TA DISIDI tencionava ser um espaço de aprendizagem da cidadania e do exercício do protagonismo juvenil em torno de acções pela paz e pela não-violência, é um desafio. Os desafios encontrados e as oportunidades que surgiram como resultado da adopção da abordagem de investigação-acção participativa contribuíram para acreditarmos que as comunidades se podem envolver na resolução dos seus problemas se tiverem o suporte governamental e se os processos e resultados forem partilhados com essa comunidade.

Aprendemos que para aumentar a eficiência desta intervenção comunitária será importante:

1. Nomear e definir claramente as funções do coordenador operacional para cada unidade durante toda a vigência do programa, sobretudo na ligação do programa com as instituições de formação profissional;
2. Fortalecer as relações comunitárias e divulgar o programa, sob a forma de reuniões e entrevistas nos mass media, enfatizando o carácter das acções de solidariedade e cidadania deste programa e a necessidade de envolver técnicos e jovens, em regime de voluntariado, para potenciar a intervenção;
3. Desenvolver estratégias de mobilização comunitária, por meio de parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, para operacionalizar a intervenção de rua e mais acções de combate à violência, nomeadamente formação profissional dos jovens de gangues, vigilância e iluminação nocturna dos bairros; apoio a grupos de não-violência como judo, hip-hop, capoeira, grafiteagem, dança, teatro, etc;
4. Formar uma Comissão de acompanhamento para validar e apoiar as acções, nomeadamente para facilitar a dispensa dos técnicos envolvidos no programa e a alocação de espaços e recursos materiais;

5. Conceber e validar uma intervenção de fortalecimento de famílias de jovens com comportamentos sociais;

6. Estreitar as relações das escolas com a comunidade (nomeadamente universidades e escolas profissionais), reforçando-as como espaço de apoio às acções solidárias e de prevenção da violência;

Para tal será necessário influenciar os líderes políticos/comunitários para desenvolverem acções de promoção e garantia de direitos civis e sociais, especialmente de prevenção da violência e de valorização da vida. Mas destaca-se a necessidade de implementar projectos de mobilização comunitária para envolver as pessoas na resolução dos seus próprios problemas, não defraudando as suas expectativas.

Bibliografia

Arendt, Hannah (1970). *On Violence*. Mariner Books, New York.

Dayrell, Juarez (2003). “O jovem como sujeito social”, *Revista Brasileira de Educação*, 24, pp. 40-52.

Fernandes, Gabriel (2008). *Jovens em conflito com a lei*, Praia, Ministério da Justiça.

Lima, Redy Wilson (2010). *Thugs: Vítimas e/ou Agentes da Violência? In Modernidades, marginalização e violência: estratégias de sobrevivência e afirmação dos jovens em Cabo Verde e Guiné Bissau*. 7.º Congresso ibérico de estudos africanos, Lisboa.

Lopes de Oliveira, Maria Cláudia, Adriana Camilo e Cristina Assunção (2003). “Tribos urbanas como contexto de desenvolvimento de adolescentes: relação com pares e negociação de diferenças”, *Temas em Psicologia da SBP*, 1, pp. 61-75.

Mariano, Gabriel (1991). *Cultura caboverdeana: ensaios*, Lisboa, Vega.

Martins, Filipe (2009). “The Places of Youth in Urban Cape Verde”, em Fernando Cruz e Júlia Petrus Cruz (orgs.), *Investigação e Desenvolvimento Sócio-cultural (Actas do VI Congresso Internacional)*, Porto, AGIR – Associação para a investigação e desenvolvimento sócio-cultural.

Martins, Filipe (2010). *O paradoxo das oportunidades: jovens, relações geracionais e transformações sociais – notas sobre Cabo Verde*, Working Paper CRIA 4, Lisboa.

Ministério das Finanças e do Planeamento (2008). *Documento de estratégia de crescimento e de redução da pobreza*, Praia, Direcção Geral de planeamento.

LESÕES CUTÂNEAS EM PESCADORES DA BAÍA DE GUANABARA - RJ, BRASIL: A EDUCAÇÃO PELOS PARES COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO

CRYSTIANE RIBEIRO¹; VERA SABÓIA²

Introdução

A partir dos resultados obtidos em investigação desenvolvida anteriormente apontando para o elevado grau de contaminação fecal do rio Maribondo que desemboca na Baía da Guanabara-RJ-Brasil e o risco de acidentes traumáticos pelas condições de trabalho de pescadores da região, ficou clara a necessidade de investigar a presença de micro-organismos patogênicos em lesões cutâneas de pescadores devido ao contato constante com a água contaminada assim como a implementação de tecnologias educacionais em saúde como a Educação pelos Pares com vistas à melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional específico.

Contexto

A Baía de Guanabara comporta o segundo maior complexo industrial e o segundo maior centro demográfico do Brasil sendo considerado um dos ambientes mais poluídos do litoral brasileiro. Nesta baía desemboca o rio

¹ Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Universidade Federal Fluminense, Brasil

² Professora Doutora. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Maribondo, considerado meio de subsistência de pescadores que ali realizam atividades em situação de extrema precariedade. Eles estão sujeitos a riscos de acidentes e doenças, devido ao esforço físico a que se submetem, às diversas variações climáticas e contato com agentes patológicos num ambiente sem saneamento. Esta situação tem se generalizado no país, indicando a transformação do trabalho do homem, principalmente nas grandes metrópoles.

Objetivos

Identificar lesões cutâneas de pescadores da comunidade do entorno do rio Maribondo no município de São Gonçalo-RJ.

Intervir no cuidado e prevenção dessas lesões por meio da Educação pelos Pares.

Método de intervenção

Será selecionada uma amostra da população total de pescadores que apresente lesões cutâneas, resida no entorno do rio Maribondo e desenvolva suas atividades pesqueiras na Baía de Guanabara. Será desenvolvida a tecnologia educacional denominada Educação pelos Pares na Unidade Básica de Saúde da comunidade com implementação do ensino problematizador, que implica a superação da contradição educador-educando, de modo que se façam ambos, simultaneamente, clientes educadores e educandos. A partir dos resultados obtidos e da identificação das lesões tissulares serão feitos os devidos encaminhamentos para o Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP.

Estudo clínico observacional transversal, quanti-qualitativo. Os sujeitos serão pescadores que residem no entorno do rio Maribondo - Baía de Guanabara - RJ - Brasil. Será estabelecida uma amostra da população total de pescadores que possuam lesões cutâneas e que desenvolvam atividades pesqueiras neste local. A coleta de dados utilizará um instrumento de avaliação clínico-sócio-demográfico e instrumento de avaliação clínica e laboratorial. O material clínico será obtido com o emprego de "swab" e mantido em meio de transporte de Cary-Blair. Para o processamento laboratorial serão utilizadas técnicas de enriquecimento em água peptonada alcalina, isolamento em meio seletivo

indicador (TCBS) e identificação bioquímica das espécies. Será desenvolvida a tecnologia da Educação pelos Pares propiciando a implementação do ensino problematizador. As análises das informações serão realizadas utilizando-se dados estatísticos e depoimentos dos pescadores, possibilitando a identificação de aspectos relevantes sobre condições de trabalho e vida geradoras de riscos e agravos à saúde, bem como um maior entendimento da atividade pesqueira artesanal. As informações obtidas possibilitarão traçar o perfil dessa amostra de trabalhadores, bem como conhecer as suas condições de saúde, trabalho e vida que influenciarão no cuidado e prevenção de lesões cutâneas neste grupo populacional específico. A partir dos resultados obtidos e da identificação das lesões tissulares serão feitos os devidos encaminhamentos para o Ambulatório de Feridas do HUAP.

Forma de análise

As análises das informações serão realizadas utilizando-se dados estatísticos, mostrados em tabelas, juntamente com depoimentos dos trabalhadores, possibilitando a identificação de aspectos relevantes sobre suas condições de trabalho e vida geradoras de riscos e agravos à saúde, bem como um maior entendimento da atividade pesqueira artesanal desenvolvida na Baía de Guanabara. As informações obtidas por meio dos instrumentos aplicados e depoimentos possibilitarão traçar o perfil dessa amostra de trabalhadores, bem como conhecer as suas condições de saúde, trabalho e vida que influenciarão no cuidado e prevenção de lesões cutâneas.

Resultados

Trata-se de uma nota prévia mas estudos detectaram bactérias do gênero vibrio em feridas nos membros inferiores de pescadores do município de Raposa (MA) além de outras lesões cutâneas em pescadores causadas pela exposição excessiva ao sol e à água contaminada. O fato revela o risco desta classe de trabalhadores na aquisição de infecções cutâneas pelo sol e por agentes microbianos presentes na água contaminada a qual entram em contato diariamente. Supõe-se que esta realidade aproxime-se da dos pescadores da Baía de Guanabara residentes da comunidade do entorno do

rio Maribondo (RJ). Pretende-se que o emprego da Educação pelos Pares com os pescadores traga grande benefício, admitindo-se a educação como tarefa teórico-prática que se caracteriza por uma relação de aprendizagem em que não existe o “educador que ensina” nem a “população que aprende”, mas sim um grupo que, por meio do trabalho e da reflexão, vai produzindo seu próprio conhecimento e vai aprendendo a conhecer a partir da realidade objetiva sentida.

Conclusões

Ao finalizar este estudo pretende-se alcançar os objetivos propostos e também constatar as dificuldades que encontram e os riscos de agravos à saúde que estes pescadores se submetem diariamente. Tal situação está diretamente relacionada às questões sociais e à falta de informação. Os dados certamente confirmarão a ocorrência de lesões cutâneas infectadas. Os depoimentos dos pescadores durante e após os encontros educativos e participativos deverão revelar que foram sensibilizados quanto à prevenção e ao cuidado de si.

Referências

- Grohmann, P. A. (2009). *Hidroids (Cnidaria, Hydrozoa) of the intertidal zone of Governador and Paquetá islands, Guanabara Bay, Rio de Janeiro, Brazil*. Iheringia. Sér. Zool., Porto Alegre. 99(3): 291-294.
- Pereira, E.; Baptista Neto, J.; Smith, B. J.; McAllester, J. J. (2007). *The contribution of heavy metal pollution derived from highway runoff to Guanabara Bay sediments – Rio de Janeiro / Brazil*. Anais da Academia Brasileira de Ciências 79(4): 739-750.
- Rodrigues, S. M. A.; Gonçalves, E. G. R.; Mello, D. M.; Oliveira, E. G.; Hofer, E. (2001). “Pesquisa de bactérias do gênero *Vibrio* em feridas cutâneas de pescadores do município de Raposa – MA”. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(5): 407-411, set-out.
- Rosa, M. F. M.; Mattos, U. A. O. (2010). “A saúde e os riscos de pescadores catadores de caranguejo da Baía de Guanabara”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1543-1552.
- Sabóia, V. M.; Teixeira, E. (2011). *Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco*. 1. Ed. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

PROJETO DE EDUCAÇÃO SEXUAL - GUIA A-TE

MARIA DE FÁTIMA FILIPE¹; MARIA DE FÁTIMA CLARO; JOSÉ HERMÍNIO GOMES²

O Plano Nacional de Saúde Escolar (2006) valoriza o envolvimento da própria comunidade escolar de forma a “desenvolver as suas potencialidades salutogénicas”. Por isso, numa ação de promoção da saúde sobre sexualidade é necessário ir ao encontro dos conhecimentos e das dificuldades dos alunos e desenvolver com eles projetos que contribuam para o seu *empowerment*.

A Lei nº 60/2009 veio legitimar a atuação que se fazia pontualmente nas escolas, estabelecendo “a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e ensino secundário”. A educação sexual é agora um assunto de inclusão obrigatória nos projetos educativos das escolas.

Com base na legislação, a educação para a saúde e a educação sexual devem ter o acompanhamento e apoio dos profissionais de saúde das unidades de saúde da respetiva comunidade. As escolas com 2.º e 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário devem disponibilizar, também aos alunos, um gabinete de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e da educação sexual. O gabinete de informação e apoio, em articulação com as unidades de saúde, envolve especialmente os alunos na definição dos seus objetivos, assegura o seu envolvimento e participação na organização do mesmo. Os alunos devem ter acesso a informação via internet ou presencial sobre todos os temas susceptíveis de dúvidas como os métodos contracetivos, a gravidez na adolescência, as infeções sexualmente transmissíveis entre

¹ Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária. ACES Baixo Mondego II, UCC Farol do Mondego

² Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

outros. As questões colocadas pelos alunos devem ter resposta célere, serem adequadas ao seu nível de compreensão e garantir a confidencialidade e a privacidade.

A criação da Carta de Ottawa, em 1986, levou a que, entre outras coisas, a OMS reconhecesse e considerasse a Educação pelos Pares como uma metodologia altamente eficaz na modificação dos comportamentos. A educação pelos pares é atualmente uma estratégia usada para responder a questões relacionadas com a promoção da saúde, prevenção da doença e de comportamentos de risco (Dias, 2006).

Foi pensando nesta forma de participação ativa dos alunos e dos professores envolvidos no programa de educação para a saúde e educação sexual que adotámos o método de educação pelos pares para dinamizar a implementação do gabinete dessa escola do Concelho da Figueira da Foz.

A Educação pelos Pares é atualmente considerada pela comunidade científica, uma das estratégias mais eficazes de Educação para a Saúde. Consistindo num processo de influência de um grupo (pares educadores) em relação a outro grupo (pares educandos), o que caracteriza a Educação pelos pares é o fato de esses grupos partilharem determinadas características demográficas, psicológicas, sociais e culturais de forma a possibilitar que os indivíduos de ambos os grupos se identifiquem com os seus pares, e interajam num clima de respeito e aceitação recíproca (Pinheiro, 2006).

Neste método o profissional de saúde trabalha com um pequeno grupo, dotando-o de informação cientificamente correta, tornando-o competente para servir de transmissor aos outros colegas, para dessa forma influenciar positivamente a saúde através de processos e experiências de aprendizagem e de desenvolvimento. Para isso podem combinar diferentes níveis de intervenção em saúde: facultar informação, fazer sensibilização para um determinado problema, efetuar formação e incentivar, manter ou mudar atitudes e comportamentos. Aprender e ensinar ao mesmo tempo. De fato, esta é uma ideia-chave da Educação pelos pares concretizando um ideal de educação: *passar de educando a educador*. Só o tempo mostra que não estamos perante um ato de atrativa magia, mas de um processo de uma forte exigência de compromisso, perseverança e interdependência (Pinheiro, 2006).

Os pares atuam como agentes de mudança, acompanhados pelos profissionais de saúde que lideram o processo. Os jovens que irão funcionar como formadores dos seus pares são previamente formados em temas sobre a anatomia e fisiologia do corpo humano, sexualidade, métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis, consumos nocivos, assumindo o papel de “peritos” já que vão dominar essas matérias relativamente aos seus pares. Prevê-se, igualmente, a aquisição de competências inter-pessoais, comunicacionais, de resolução de problemas, entre outras.

No entanto, para se assumir o papel de educador (de pares) é necessário desenvolver um conjunto de competências pedagógicas que incluem os quatro pilares da educação: *saber, saber fazer, saber estar e saber ser* (UNESCO, 2003).

De acordo com as linhas orientadoras da Educação Sexual em meio escolar (ME, 2000, p. 34), muitos programas de sucesso utilizam a metodologia de educação pelos pares, tendo em conta que:

- “É comum os jovens ouvirem e respeitarem o que dizem os companheiros por si considerados;
- Pela sua ação e o seu protagonismo, os líderes de pares podem influenciar de modo positivo o comportamento dos outros;
- Podem apoiar, encorajar e ajudar os outros, tanto dentro como fora da sala de aula;
- Podem funcionar como auxiliares especiais dos professores nas actividades da sala de aula”.

Contexto

Projeto desenvolvido numa escola secundária do Concelho da Figueira da Foz, dirigido aos alunos que frequentam o 10º ano e se inscreveram voluntariamente.

Objectivo

Capacitar os alunos do 10º ano de uma escola para o desenvolvimento de actividades de promoção da saúde aplicando a metodologia de educação pelos pares.

Metodologia

A implementação de um projeto de educação pelos pares, passa pela definição do grupo-alvo e contexto onde se pretende intervir (gabinete da sexualidade), o estabelecimento de objetivos, o desenvolvimento de um plano de ação, o recrutamento, formação e treino de educadores de pares e a sua supervisão e apoio (Svenson,2001). Formar pares educadores, faz com que os jovens fiquem sensibilizados para uma participação mais consciente na sociedade, questionando comportamentos, atitudes e valores.

Depois de clarificados os conceitos, realizamos uma reunião com a professora responsável do Programa de Educação para a Saúde e Educação Sexual da escola do Concelho da Figueira da Foz, para planificar e organizar a implementação do projeto. O primeiro passo foi escolher a população alvo, que optámos por unanimidade os alunos do 10º ano das várias áreas, pois estes permanecerão na escola por mais dois anos. A divulgação foi feita através dos diretores de turma por todos os 10º ano da escola.

Este é um estudo misto do tipo longitudinal que decorrerá de novembro de 2011 a julho de 2014. Dividimo-lo em duas partes: a primeira composta pela aplicação de um questionário inicial com diversas temáticas (para diagnóstico dos conhecimentos dos alunos envolvidos), desenvolvimento dos conteúdos programáticos durante as intervenções, avaliação intercalar (satisfação e escala de auto-estima) ao grupo de pares educadores, e aplicação do questionário final (igual ao inicial) para avaliação dos conteúdos apreendidos.

Os alunos que demonstrarem conhecimentos e disponibilidade serão os formadores dos pares. Para desenvolvimento das intervenções utilizamos diversas técnicas, tais como: brainstorming, Role-Play, dramatização, dinâmicas de grupo. Os temas selecionados são anatomia e fisiologia do corpo humano, auto estima, auto conceito, métodos contrativos, gravidez na adolescência, infeções sexualmente transmissíveis e consumos nocivos.

Numa segunda parte iremos elaborar um formulário a utilizar durante os aconselhamentos efetuados no gabinete de apoio ao aluno, interação e supervisão dos pares educadores no gabinete de apoio ao aluno. A avaliação deste projeto far-se-á através de: comparação dos dados dos questionários inicial e final; avaliação e adequação das estratégias a partir dos resultados do questionário intercalar; análise dos dados registados no guião de atendimento.

Resultados

Neste primeiro ano da implementação deste projeto, tivemos doze inscrições e temos nove participantes. Realizámos até ao momento quinze sessões. Os resultados do questionário inicial obtivemos 93,3% de respostas certas, tendo as questões erradas incidido sobre o ciclo menstrual, métodos de barreira, métodos hormonais e VIH.

Na apreciação intercalar, através do questionário de satisfação avaliámos os seguintes itens: “temas abordados”, “metodologia” e “interacção”. Como resultado a maioria (77,8%) “concordam em parte” e “concordam totalmente” com os temas tratados. Em relação á metodologia e à interacção 88,9% dos inquiridos “concorda em parte” e “concordam totalmente”.

Utilizamos ainda a escala de auto-estima de Rosenberg (EAR) pela qual obtivemos um mínimo de 42 e um máximo de 69, o que significa que a nossa amostra apresenta uma auto-estima dentro de parâmetros normais.

O questionário final será aplicado no penúltimo dia de intervenção – dia 30 de Maio de 2012. No dia 6 de Junho serão distribuídos aos alunos os certificados de participação e informados do resultado do teste de avaliação.

Os resultados do estudo de Santos (2009), afirmam que os participantes, voluntários sentem maior satisfação, melhoraram os conhecimentos e desenvolveram as suas capacidades pessoais.

Conclusões

A avaliação deste trabalho na sua globalidade ainda não é possível devido a não termos chegado ao final do ano. Por outro lado, os efeitos dos seus resultados só irão ser visíveis daqui a alguns anos.

A formação pelos pares demonstrou ser um tipo de intervenção com resultados positivos, no entanto a avaliação deste trabalho na sua globalidade ainda não é possível devido a não termos chegado ao final do projecto. A segunda parte do projeto será desenvolvida no próximo ano letivo pelo que os efeitos dos seus resultados só irão ser visíveis daqui a alguns anos.

A satisfação verbalizada pelos intervenientes através do questionário mostrou resultados positivos 88,9% dos inquiridos “concorda em parte” e “concordam totalmente”.

A aplicação da escala de auto-estima de Rosemberg revelou que os alunos apresentam níveis de auto-estima dentro dos parâmetros normais.

Como em todos os processos de mudança é difícil a adesão inicial dos jovens, muito ocupados com as questões académicas e sem motivação para permanência na escola fora do horário escolar numa atividade de sala. Por esta razão a presença dos inscritos não foi uniforme, notando-se um decréscimo no final do segundo período. A publicitação do projeto não teve o impacto esperado já que os alunos aderentes são os das áreas científicas (também aqueles com mais empenho e preocupação com os resultados académicos). Esperamos que no próximo ano letivo a adesão dos alunos seja mais diversificada (abranja outras áreas e outros níveis de ensino) e por isso as sessões de formação tenham maior comparência.

Bibliografia

Brito, I. et al. (2008). “Antes que te queimes: educação pelos pares em contexto recreativo. INFAD Revista de Psicologia”. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Vol. 4, n.º 1. pp. 329-338.

Campbell, C.; Macphail, C. (2002). “Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African Youth”. *Social science & medicine*. Vol. 2, nº 55, pp. 331-445.

Dias, S. F. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Unidade de Saúde e Desenvolvimento, Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais. Lisboa.

Lei nº 60/2009. D.R. I Série. 151 (2009-8-4) 5097-5098.

Ministério da Educação (2000). *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: DGS.

Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.

Pinheiro, M.R. (2006). *Educação pelos Pares: De Educandos a Educadores... Uma Estratégia atractiva mas de grande exigência. Ser Solidário - Boletim Informativo da Associação Saúde em Português*, Ano 4, nº 34.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Santos, Márcia N. P. (2009). *Desenvolvimento e Competências Profissionais com a Educação pelos Pares*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar (ICBAS), Faculdade de Medicina da Universidade Porto, Porto, Portugal.

Svenson, G.R. (2001). *Os Jovens e a Prevenção da SIDA - Guia Europeu de Educação pelos pares*. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Tindall, J.; Black, D. (2009). *Peer programs – An in-depth look at peer programs: planning, implementation and administration*. Routledge: New York. 2ª Ed. ISBN: 978-0-415-96236-0.

Turner, G.; Shepherd, J. (1999). "A method in search of a theory: peer education and health promotion" [em linha]. Oxford Journals. Health Education Research. Oxford. Vol. 14, nº 2, pp. 235-247, [Consult. 06.12.2011]. Disponível em <<http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/235>>.

Unesco (2003). "Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned" [em linha]. Bangkok: Regional Clearing House on Population Education and Communication. [Consult. 06.12.2011]. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001305/130516e.pdf>>.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMO FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE¹

MARIA ELISABETH KLEBA²; LIANE KEITEL³; FERNANDA METELSKI⁴

Introdução

A participação da comunidade nas ações de atenção primária é apontada como condição essencial para melhorar as condições de vida e saúde. A mesma é diretriz constitucional da organização do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), que orienta gestores e trabalhadores de saúde a incluir a comunidade no planejamento, para descrição da realidade, identificação de problemas e potencialidades locais e definição de prioridades estratégicas e ações de intervenção, que viabilizem a promoção da saúde.

Para a atenção primária otimizar a saúde da comunidade, é necessário que o foco de orientação da organização dos serviços esteja na saúde das pessoas,

¹ Projeto aprovado em parceria pela Unochapecó e Secretaria da Saúde de Chapecó no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde no Brasil, visando consolidar a integração ensino-serviço-comunidade e adequar a formação na perspectiva da atenção integral à saúde.

² Enfermeira. Doutora em Filosofia pela Universidade de Bremen. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Unochapecó.

³ Psicóloga. Mestrado em Psicologia Clínica e Psicopatologia ISPA/PT e Ciências Ambientais UNOCHAPECO. Professora do Curso de Psicologia da Unochapecó.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Unochapecó; Gerente da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Chapeco/SC.

famílias e distintos grupos sociais, em suas concepções, crenças e valores, modo de viver e organizar o cotidiano. Neste sentido, a Carta de Ottawa – que define parâmetros sobre o conceito e formas de organizar a promoção da saúde na comunidade e no município – estabelece como um dos campos de atuação do setor saúde o fortalecimento das iniciativas comunitárias, tendo em vista a importância de envolver as pessoas na tomada de decisão sobre estratégias e ações que resultem em melhorias de suas condições de vida (Carta de Ottawa, 1986).

Com a homologação da Constituição Federal em 1988 no Brasil, o Ministério da Saúde estabelece uma série de políticas e normativas que instituem a atenção primária como espaço prioritário de inserção dos usuários na rede pública de assistência à saúde, tendo a Estratégia Saúde da Família como modo ordenador inerente ao processo de trabalho da equipe nesse nível de atenção. Entre as atribuições desta equipe salienta-se o mapeamento e a territorialização. Para isso é necessário buscar dados que subsidiem a análise da situação de saúde da comunidade, considerando fatores sociais, econômicos, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, bem como a priorização das situações a serem acompanhadas no planejamento local. Além disso, os profissionais de saúde devem estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (Brasil, 2011).

Como ferramenta de gestão, para coletar informações sobre o território, a estimativa rápida apresenta-se como proposta viável e coerente com os princípios de intersetorialidade e participação social, destacados pela Política Nacional da Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2011). A estimativa rápida é uma técnica que apoia o planejamento na identificação das necessidades em saúde, envolvendo a comunidade na descrição e priorização dos problemas e potencialidades, bem como na busca de soluções (Tancredi, Barrios, Ferreira, s/d). Este relato apresenta a utilização da estimativa rápida participativa no diagnóstico de uma comunidade no município de Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Contexto

Pesquisa desenvolvida por professores e estudantes da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó em parceria com a Secretaria da Saúde de Chapecó (SMS) no território definido como Núcleo de Apoio à Saúde da Família Oeste (NASF-Oeste), que inclui quatro Centros de Saúde da Família (CSF), com dez equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e tem em sua área de abrangência aproximadamente 45.300 moradores. Chapecó situa-se no Oeste de Santa Catarina, Região Sul do Brasil, e conta com 180 mil habitantes, sendo município de referência para aproximadamente um milhão de habitantes, considerado a capital do Oeste de Santa Catarina. A pesquisa é um dos projetos realizados em parceria entre Unochapecó e Secretaria da Saúde do município apoiado pelo Ministério da Saúde no Brasil que tem incentivado iniciativas de interação docente assistencial, favorecendo processos de aprendizagem e de educação permanente mais adequados as necessidades de saúde da população.

Objetivos

Conhecer a situação de saúde do território do NASF-Oeste no município de Chapecó. Específicos: Identificar problemas e potenciais considerados prioritários pela comunidade e pelos profissionais de saúde. Envolver a comunidade e a equipe de saúde na identificação de iniciativas favoráveis ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, viabilizando maior adequação da formação – ensino, produção de conhecimento e prestação de serviços – às necessidades da comunidade e dos serviços de saúde. Oportunizar aos estudantes práticas dialógicas e participativas junto aos serviços e a comunidade.

Métodos

A pesquisa, realizada em 2011, foi coordenada por professores da Unochapecó, em parceria com a gerente da Atenção Básica da SMS do município, que capacitaram e acompanharam dez estudantes de graduação e oito profissionais de saúde, sendo estes enfermeiros coordenadores dos CSF e

agentes do NASF-Oeste. Estes auxiliaram a elaboração dos instrumentos, coleta e análise dos dados, bem como da definição de lideranças (comunitárias e institucionais) e de profissionais da comunidade a serem envolvidos para o estudo.

A estimativa rápida se fundamenta na análise da distribuição espacial de informações sócio-econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, auxiliando na identificação das particularidades e áreas de maior prioridade para o planejamento. Como método, trabalha, fundamentalmente, com três fontes de dados: registros escritos, tanto de fontes primárias quanto de secundárias; entrevistas com informantes-chave; e, observação de campo.

Os estudantes, supervisionados pelos coordenadores dos CSF, entrevistaram os profissionais das equipes de saúde e as lideranças comunitárias selecionadas em cada território. Os agentes do NASF-Oeste entrevistaram profissionais de outros setores e lideranças institucionais. A gerente de Atenção Básica da Secretaria da Saúde de Chapecó fez um contato prévio com as lideranças institucionais explicando sobre a importância de sua participação na pesquisa, facilitando assim o acesso dos entrevistadores. Além disso, coordenou a aplicação dos instrumentos de coleta de dados junto as instituições comunitárias, como associação de moradores e entidades de prestação de serviços, e junto a órgãos do setor público, como a Secretaria da Educação e a Fundação de Ação Social do município.

Além das entrevistas, foram utilizadas a observação sobre as condições de vida – sociais e ambientais – no território e a coleta de dados secundários junto as instituições envolvidas e no Sistema de Informações da Atenção Básica do município. Os dados foram posteriormente digitados em planilha e identificados com legenda em mapa impresso dos territórios estudados.

Os resultados foram validados junto aos pesquisadores, as equipes dos CSF envolvidos e estão em fase de validação junto aos conselhos locais de saúde, órgãos existentes junto a cada CSF do município que reúne periodicamente a equipe de saúde e a comunidade para debater assuntos de saúde de interesse para a comunidade.

Resultados

Com base na Carta de Ottawa para a promoção da saúde, buscou-se proceder a análise dos resultados focando os campos de atuação referidos, sendo o das políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforço das ações comunitárias, fortalecimento das habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

No primeiro campo de atuação, das **políticas públicas saudáveis**, destacam-se: pouco conhecimento das lideranças sobre os conselhos de saúde e suas atribuições e ausência de ações intersetoriais para melhoria da qualidade de vida.

Os conselhos locais de saúde constituem-se espaços de discussão sobre o território e as necessidades de saúde da comunidade, favorecendo articulações entre as organizações comunitárias e a equipe de saúde. O desconhecimento destes espaços pela comunidade evidencia por um lado estratégias deficitárias para incentivar e viabilizar sua participação e, por outro lado, baixa capacidade de articulação da equipe de saúde com a comunidade em favor de ações mais participativas que possam favorecer a promoção da saúde.

O fortalecimento dos conselhos locais de saúde é importante mecanismo para o desenvolvimento de uma cultura que possa entender a saúde como resultado de condições de vida, que podem ser favorecidas com parcerias entre a comunidade e instituições dos diferentes setores da administração pública, incluindo o da saúde.

A **promoção de ambientes saudáveis**, segundo campo de atuação da Carta de Ottawa, pressupõe a qualidade dos espaços de moradia, trabalho lazer e convivência comunitária. Nesse sentido, as lideranças entrevistadas consideram os bairros bons de morar, apesar de registrarem falta de calçadas, lixos a céu aberto e áreas com violência. Presença de espaços de lazer, especialmente para idosos, mas apenas uma comunidade conta com áreas verdes, pouco valorizadas nas comunidades.

Sobre as **habilidades individuais e ações comunitárias** as lideranças referem que há boa relação de vizinhança e as empresas locais auxiliam na construção e manutenção de equipamentos comunitários. Igrejas e organizações comunitá-

rias são valorizadas, pois promovem atividades culturais e de qualificação profissional, oportunizando integração na comunidade. Percebe-se grande inserção nos grupos de idosos, mas pouca iniciativa junto a adolescentes e jovens. Há pouca qualificação dos jovens e adultos para acessar empregos melhor remunerados.

Quanto à **reorientação dos serviços de saúde** a comunidade reconhece importância da unidade de saúde, suas ações educativas e preventivas, mas ainda salienta como prioritário mais médicos, exames e medicamentos. Há iniciativas da equipe de saúde relacionadas à parcerias com escolas locais, não registradas junto a outros setores ou organizações da comunidade.

Conclusões

A experiência revelou condições favoráveis a promoção da saúde na comunidade, tanto em relação aos moradores locais – atores e organizações interessados –, como à infraestrutura – presença de instituições e espaços de lazer. Oportunizou ainda que estudantes, profissionais e membros da gestão do município reconhecessem a necessidade e possibilidade de estabelecer parcerias com a comunidade no desenvolvimento de ações de melhoria das condições de vida, com consequência favorável às condições de saúde.

A estimativa rápida participativa revelou-se ferramenta viável e adequada na obtenção do diagnóstico da comunidade, contemplando o ponto de vista de seus moradores. O olhar do gestor em saúde e suas análises sobre os fatores não podem estar descolados do contexto social no qual as pessoas estão inseridas, pois é daí que se depreendem os elementos determinantes e explicativos de necessidades. Nesse sentido, o diálogo entre gestores, profissionais de saúde, docentes, estudantes e cidadãos torna possível a organização de um sistema de saúde capaz de dar respostas mais adequadas às necessidades da população, reconhecendo e valorizando também seus potenciais, e é uma das estratégias para organizar práticas mais coerentes com o princípio da integralidade nos serviços públicos de saúde.

O fortalecimento da participação da comunidade não abrange apenas a qualificação de atores para que as discussões nos espaços instituídos, a exemplo

dos conselhos locais de saúde, transponham o modelo de produzir assistência, mas requer a sensibilização e a adesão de profissionais, gestores, docentes, estudantes e usuários a fim de que seja possível construir e promover saúde da, na e com a comunidade.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível no site: <>. Acesso em 25 abr. 2012.

Carta de Ottawa. In: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1. 1986, nov., Ottawa, Canadá. Ottawa: [OMS], 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acessado em 02 de ago. 2007.

Tancredi, F. B., Barrios, B. R. L., Ferreira, J. H. G. (2012). “Estimativa rápida participativa”. In: *Saúde e Cidadania*. São Paulo: USP. Disponível no site: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/04_02.html>. Acesso em 25 abr. 2012.

HUMANIZA ESTÁCIO: PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

ANA CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA HOFFMANN¹; ADRIANA DUTRA THOLL²; ALESSANDRA CRISTINA LAURINDO ARRUDA³; STELLA MARIS PFUTZENREUTER⁴; MARIA DE LOURDES CAMPOS HAMES⁵

Considerando os desafios por que passam as universidades brasileiras pela busca da qualidade científica, tecnológica e artístico-cultural e sua interação com a sociedade, a valorização e o reconhecimento da extensão como parte do fazer acadêmico surgiu nos últimos anos como um “upgrade” para a garantia dos valores democráticos de igualdade e desenvolvimento social, levando em conta o perfil acadêmico e o papel social que a mesma possui no meio em que se insere. Nesta perspectiva, o Projeto de Extensão *“Humaniza Estácio: educação em saúde no processo de parto e nascimento”* trata-se de uma prática de extensão universitária construída de forma articulada com os projetos pedagógicos dos cursos/áreas envolvidos, quais sejam: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição, envolvendo discentes, docentes e profissionais em uma Instituição hospitalar de grande porte e nas Unidades Básicas de Saúde da rede básica municipal de saúde de São José/SC. As atividades realizadas, privilegiam a comunidade envolvida

¹ PMSJ/Secretaria Municipal de Saúde. Faculdade Estácio de Sá/SC. Enfermeira/Coordenação de Cursos

² Faculdade Estácio de Sá SC. Enfermagem

³ Prefeitura Municipal de São José/Secretaria de Saúde. Diretoria de Atenção Especializada

⁴ Prefeitura municipal de São José/Secretaria Mun. Saúde, Diretoria de Atenção Básica

⁵ Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina. Enfermagem

como sujeito do seu próprio desenvolvimento, tornando-a independente de modo consciente e intencional para o auto-cuidado e para o cuidado com o recém-nascido.

Contexto

O núcleo das atividades propostas é o Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRJHMG) e se estende para o ambulatório da Fundação de Ensino Superior do Estado de Santa Catarina (FESSC) e para as Unidades Básicas de Saúde do município de São José (SJ), referenciadas durante os atendimentos no mesmo.

O HRSJHMG localizado na Rua Domingos Filomeno, Nº 99, em São José, Santa Catarina, CEP: 88103-430 foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987 e ativado no dia 02 de março do mesmo ano. Foram ativados 36 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto na Unidade de Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de Neonatologia, Banco de Leite Humano, Triagem Obstétrica, Emergência e Setor de Treinamento, sendo que o Centro Cirúrgico funcionava conjuntamente com o Centro Obstétrico.

Em março de 1987 o Hospital Regional de São José contava com 86 funcionários na área de enfermagem e ao final do ano eram 163 funcionários. Em 02/11/1987, foi ativado o Centro Cirúrgico com a abertura de 03 salas cirúrgicas, para atendimento à Ginecologia e Obstetrícia. Em dezembro de 1987 foi inaugurado o Serviço de Emergência, sendo então deslocada a Triagem Obstétrica para o setor onde funcionaria o ambulatório. Simultaneamente à abertura da Emergência Geral foi também inaugurado o Serviço de Emergência Pediátrica, a qual funcionava na mesma área física da Emergência Geral. A Unidade de Clínica Cirúrgica foi inaugurado em 08/02/1988, dispondo de 40 leitos, sendo divididos entre pacientes Clínicos (16 leitos), Cirúrgicos (22 leitos) e mais 02 apartamentos a serem ocupados pela demanda de ambas as clínicas; em 26/02/1988 foi ativado a UTI inicialmente com 04 leitos; passando 5 meses inauguraram o Ambulatório Geral, dispondo das seguintes especialidades: Oftalmologia, Urologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Cirurgia Vascular; em 30/08/1988 a Unidade de Clínica Médica é aberta, funcionando no 5º andar (Ala A), contando com 18 leitos, logo expandindo para 23 no mês seguinte.

Com a necessidade de um serviço de pediatria ficou evidente desde a inauguração do HRSJHMG, então em 1987 ocorreu a inauguração deste serviço, pois naquela época o atendimento às crianças, era realizado pelos médicos plantonistas da Clínica Médica, muitas vezes recorrendo ao auxílio do serviço de neonatologia já existente. Em 1989 foi estabelecido o plantão de pediatria, que funcionava em conjunto com a emergência geral, contando com um plantonista apenas (serviço este, criado devido à forte demanda já existente), este atendimento na antiga emergência geral, durou cerca de 5 (cinco) anos, até sua transferência para uma área individualizada e ampla no ano de 1993, onde se encontra até hoje.

Em 26/12/2002 foi iniciado o atendimento de Emergência Obstétrica e de Neonatologia; em agosto de 2004, foi ativada a sala de recuperação pós-parto, propiciando um ambiente mais tranquilo e acolhedor as puérperas, acompanhantes e recém-nascidos; em setembro do mesmo foi transferido para a nova maternidade o Banco de Leite Humano, que funcionava no 4º andar do Hospital e ativada a Sala de Processamento e Distribuição de Leite Humano, que funcionava junto ao Serviço de Nutrição e Dietética; em março de 2005, a sala de recuperação de pós-parto, passou a receber também as pacientes cirúrgicas (parto cesariana e curetagens), que recebiam assistência na Sala de Recuperação do Centro Cirúrgico Geral; em maio do mesmo, contando com novos equipamentos, foi ativada também a Sala de Cesariana e Curetagem, que funcionava no Centro Cirúrgico Geral do Hospital.

Têm como premissas básicas oferecer serviços de saúde, ensino e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades de nossos usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e principalmente ética.

A Unidade de Clínica Obstétrica possui trinta e nove leitos para as puérperas e seus respectivos bebês, sendo que há dois quartos privativos, cinco enfermarias com três leitos e onze quartos com dois leitos. A média de ocupação mensal é de 360 puérperas. Os pais, ou quem a puérpera escolher para acompanhá-la durante a internação, tem acesso livre à visitação e permanência na unidade. A unidade possui um quadro funcional de dois enfermeiros, dezoito técnicos e quatorze auxiliares de Enfermagem, com jornada de trabalho de 12h por 48h. O tempo de internação corresponde às 72h para parto cesárea e 48h para parto normal. Em casos especiais, como

dificuldade na amamentação, icterícia neonatal e outros, a permanência no Alojamento Conjunto fica a critério médico (www.saude.sc.gov.br/hrsj/index.htm).

Objetivo

Objetivo geral

Desenvolver ações interdisciplinares de caráter preventivo, educativo e terapêutico às comunidades assistidas no Centro Obstétrico, Sistema de Alojamento Conjunto, Unidade de Internação de Gestação de Alto-Risco, UTI Neonatal, Ambulatório de Puericultura e de Acompanhamento de Recém-Nascido de Alto-Risco do HRSJHMG, Unidades Básicas de Saúde do Município de São José e no Ambulatório da Faculdade Estáciode Sá, Campus São José/SC.

Objetivos específicos

- Incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno como fonte natural de alimentação e base para o fortalecimento do vínculo afetivo entre o bebê, sua mãe e família cuidadora.
- Preparar a família para a alta hospitalar;
- Oferecer assistência de Enfermagem ao bebê e a família cuidadora, nas diversas unidades que compõe a Maternidade do HRSJHMG.
- Realizar grupos de orientação prática e teórica com gestantes, puérperas e famílias cuidadoras na Maternidade do HRSJHMG.
- Desenvolver atividades de promoção da saúde em Programas Municipais para redução da morbiletalidade infantil e materna, como o “Programa São José Criança” operacionalizado pelos sistemas de referência e contra-referência para puérperas e RNs.
- Oportunizar a consolidação da teoria com a prática para os alunos de graduação em Enfermagem, permitindo que o discente aplique, na prática, os conhecimentos adquiridos na Faculdade relativos aos cuidados de

promoção da saúde para RNs, gestantes, parturientes, puérperas e famílias cuidadoras atendidas na Maternidade do HRSJHMG.

- Oportunizar o desenvolvimento de pesquisas de caráter diagnóstico e de avaliação, quer sejam independentes, quer sejam de monografias de conclusão do curso, nas Instituições envolvidas e divulgação das mesmas em eventos científicos e nas estratégias de integração interdisciplinar que compõe o Projeto Pedagógico do cursos de Enfermagem.

Método de Intervenção

A proposta é desenvolvida com puérperas, recém-nascidos (RN) e familiares acompanhantes, nas dependências de uma unidade de alojamento conjunto, de uma maternidade da Grande Florianópolis – Santa Catarina/Brasil, estendendo-se para as Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório da FESSC. Em caráter interdisciplinar, semanalmente (4x/semana) realizamos atendimentos individuais (avaliação da mama, da pega, cuidados com o RN) e coletivos em sala específica (orientações sobre os cuidados puerperais e os cuidados com o RN, referência e contra-referência). Importa salientar, que a participação da população-alvo do projeto dá-se pelo consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este é o rigot impetado quanto os preceitos éticos, pois desenhamos uma prática de saúde construída como prática educativa, dentro de uma metodologia de participação, deixando de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passando a ser encarado como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da sua vida, sua saúde e sua condição social. O tripé ensino, pesquisa e extensão são trabalhados indissociavelmente nesse Projeto. O próprio projeto Pedagógico dos Cursos em questão possui ações interdisciplinares que pedem tais atitudes.

Resultados

As atividades de extensão têm sua relevância em termos qualitativos e quantitativos em nível comunitário, institucional, profissional e acadêmico. A relevância comunitária se justifica pelo retorno dos sujeitos ao demonstrarem

autonomia no auto-cuidado e no cuidado com o RN, construindo um caminho próprio embasado na junção entre o conhecimento científico e popular. Em termos institucionais, a satisfação pode ser observada nas constantes solicitações de ampliação e manutenção das atividades, isto porque a extensão universitária passou de sua função meramente assistencialista à uma função socialmente constituída onde o diálogo entre instituições funciona como um lócus com efeito multiplicador de saberes.

Enquanto equipe interdisciplinar, este projeto de extensão torna-se relevante profissionalmente pela multiplicidade de olhares sobre um mesmo fenômeno, complementando o aprendizado e somando conhecimento, fortalecendo o comprometimento com as demandas sociais por ações transformadoras apoiadas em investigações científicas realizadas a partir da extensão. Esta vivência docente enriquece as discussões intra-classe e extra-classe, retro-alimentando o processo ensino-aprendizagem.

Em nível acadêmico, a apreensão da realidade concreta da clientela atendida, cria condições para construção de um saber sólido e verdadeiro, que o aluno carregará ao longo de sua vida profissional, aumentando sua criatividade e criticidade como cuidador. Em nível docente e Institucional, promove o desenvolvimento de elos entre o processo ensino-aprendizagem e a vida concreta- bases de um conhecimento efetivo, capaz de gerar profissionais reflexivos e comprometidos com as mudanças sociais.

Em nível social, gera na clientela atendida, a independência tanto para a definição das suas prioridades de cuidado, como para a independência de suas próprias demandas, tornando-os co-partícipes das suas próprias histórias de vida e de saúde.

Conclusões

É importante destacar que o número relevante de atendimentos realizados nesta atividade extensionista, foram pautados no compromisso social, profissional e acadêmico. Neste sentido, desenhamos uma prática de saúde construída como prática educativa, dentro de uma metodologia de participação, deixando de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passando a ser encarado como um processo de capacitação de indivíduos e

de grupos para a transformação da sua vida, sua saúde e sua condição sócia, com fortalecimento dos laços de afetividade entre o trinômio (mãe-filho-pai), mas a família nesse projeto é o pilar de sustentação. A avaliação deste projeto de Extensão significa a oportunidade de dimensionar a aquisição de conhecimento oportunizada às gestantes, como também, repensar e redefinir novas abordagens. Nem a Faculdade, nem o Projeto de Extensão “Humaniza Estácio” aqui representado, podem imaginar-se proprietários de um saber pronto e acabado, que vai ser oferecido à sociedade, mas, ao contrário, exatamente porque participa dessa sociedade, ambos devem estar sensíveis aos seus problemas e apelos, quer através dos grupos sociais com os quais interage, quer através das questões que surgem de suas atividades próprias de ensino, pesquisa e extensão.

O envolvimento dos alunos atrelado às novas experiências, pela troca e pelo fortalecimento do compromisso social da Faculdade com as comunidades em que se insere, possibilita a compreensão do contexto social, da inserção e desenvolvimento de atividades realmente efetivas na solução dos problemas, como também na constituição de uma sociedade consciente e intencionada à mudança.

Importa salientar que o Projeto retro-alimenta o sistema, dando um feed-back pró-ativo para a Instituição, fortalecendo e aprimorando o aprendizado, os vínculos interinstitucionais e, sobretudo, promove o impacto da excelência de ensino da Faculdade Estácio de Sá nas Instituições e comunidades envolvidas.

Compreende-se que a gravidez é um evento que afeta não somente a gestante, mas todo o ambiente em que está inserida. Preparar a mulher para vivenciar da melhor maneira possível este momento é o compromisso assumido pelas docentes e acadêmicas, à medida em que acreditam que este momento pode ser encarado como o primeiro passo na construção de uma relação saudável e amorosa entre mãe e filho

Referências

HAMES, M. L. C. (2008). *Representações maternas do processo de amamentação-desmame de crianças com idade superior a dois anos*. Florianópolis: Editora Nova Letra.

NODARI, ES. (2008). *Relatório do XXXII Encontro do Fórum de Pró- Reitores de extensão das Universidades Públicas Brasileiras*. Regional Nordeste Petrolina/ /PE e Juazeiro/BA Univasf. Bahia.

www.saude.sc.gov.br/hrsj/index.htm. Pesquisa realizada em 12/03/2012.

USING A PARTICIPATORY APPROACH TO UNDERSTAND DENTAL STUDENTS' PERCEPTIONS OF POVERTY

CLARICE REIS¹, ANN MACAULAY, CHARO RODRIGUEZ, CHRISTOPHE BEDOS

Introduction

Evidence shows a strong positive correlation between poverty and numerous adverse health conditions, including oral health diseases. Low-income individuals face barriers in accessing and receiving dental care services due to many causes including tensions in their relationship with dentists. A possible solution to this problem lies in the training of a new generation of dentists. The education provided in dental school plays a key role in shaping the knowledge, ideas and attitudes of students towards poverty.

Context

To explore this topic, a qualitative case study adopting a participatory approach was performed at McGill Faculty of Dentistry. An Advisory Committee was convened to partner with the researcher throughout the research process. The committee consisted of two faculty members and two graduated dental students from McGill Faculty of Dentistry.

¹ McGill University, Family Medicine

Objectives

To examine in-depth the perceptions and attitudes of final year dental students at McGill University towards poverty and the dental care provided to low-income patients.

To explore if the students feel that their education in dentistry has prepared them to take on the challenge of working with low-income patients.

To understand whether and how these perceptions shape students' plan for their professional careers.

Methods including intervention

Paulo Freire's theoretical concept of conscientização was the foundation for this qualitative case study. The sources of data generation were semi-structured interviews (n=12), participant observation during the outreach program, and document analysis of students' essays and the website of the McGill Faculty of Dentistry. A deductive-inductive thematic analysis strategy was used to analyze the data. In this participatory research context, two meetings were held with the advisory committee to address the following objectives: 1) to discuss and finalise the research protocol and recruitment plan, and 2) to discuss interpretation of preliminary data and to plan dissemination of results.

Results

Dental students exhibited incipient conscientização about poverty-related themes; they perceived poverty as a distant issue and as a responsibility of the government or of the poor individual themselves. They judged Canada's dental health system as unfair to people living in poverty, but admitted having a lack of knowledge of dental services especially those offered in the welfare program, and were unable to propose strategies to ameliorate it. Students identified several challenges with respect to the McGill Dentistry outreach program including lack of continuity and comprehensiveness of care, as well as deficient compliance with clinical guidelines. Students did not present

concrete plans to work with low-income communities in the future, and struggled to envision other ways to address those communities' needs other than volunteer work.

The participatory approach embodied by the advisory committee improved many aspects of the research: the acceptance of the research by the community of the Faculty of Dentistry and its outreach program (the advisory committee introduced this research to important stakeholder both at Faculty of Dentistry and Dental outreach program) the research strategy; the research methods; the interpretation of the data; and the beginning of the plan for the dissemination of results.

Conclusions

This research supports the need for dental education institutions to adopt strategies aiming to increase students' critical consciousness towards oral health inequalities. Reducing oral health inequalities is a matter of social justice, and dental care providers are key social actors in this endeavour. The participatory approach used in this research increases the chance that the knowledge produced will be translated into action by raising awareness of the dentistry community towards enhancing the dental education on oral health inequalities.

INGESTÃO ALIMENTAR, ATIVIDADE FÍSICA, APTIDÃO FÍSICA EM ADOLESCENTES FEMININAS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES EM DESPORTO ORGANIZADO

IVO SILVA RÊGO¹, ARISTIDES MACHADO RODRIGUES², EDILSON CYRINO³,
MANUEL J. COELHO E SILVA⁴

O desequilíbrio prolongado entre o consumo e o dispêndio energético é apontado como uma das causas da obesidade infantil e juvenil (Biro & Wien, 2010; Chung & Leibel, 2008). A participação desportiva é uma componente relevante de atividade física em crianças e jovens (Katzmarzik & Malina, 1998; Machado-Rodrigues *et al.*, 2011; Wickel & Eisenmann, 2007) e, em Portugal, no caso particular do sexo feminino tem sofrido uma tendência positiva, esbatendo as desigualdades entre estatísticas masculinas e femininas. Importa determinar o papel do desporto organizado como contribuinte da porção total e da parcela moderada-e-vigorosa da atividade física e do dispêndio energético diário, considerando amostras de adolescentes femininas com estatutos distintos de participação desportiva.

¹ Doutorando. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra

² Professor Doutor. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra

³ Professor Doutor. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil

⁴ Professor Doutor. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra

Metodologia

A amostra compreendeu cerca de 115 adolescentes femininas (69 participantes e 46 não participantes em desporto organizado), com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos de idade. A avaliação da atividade física foi realizada através de uma abordagem multimétodo (diário de 3 dias de Bouchard e col. (1983) e o acelerómetro uniaxial *Actigraph* GT1M), tal como, a aptidão física (teste da milha e do vaivém). A avaliação da ingestão alimentar decorreu da aplicação do questionário de frequência alimentar (QFA) validado para a população portuguesa por Lopes *et al.* (2007). A análise de dados considerou a estatística descritiva geral (média e dispersão) e o estatuto associado aos subgrupos de interesse através da análise da variância (ANOVA). O nível de significância foi mantido a 5%.

Resultados

As participantes em desporto organizado apresentam níveis superiores de atividade física diária e atividade física moderada-e-vigorosa ($F=12.06$, $p<0.01$), sendo ainda significativamente mais aptas na prova da milha ($F=13.39$, $p<0.01$) e do vaivém ($F=5.83$, $p<0.05$). No que diz respeito à análise nutricional da ingestão alimentar, os indicadores parecem sugerir um padrão idêntico entre grupos.

Conclusão

O desporto organizado corresponde a 7% do dispêndio energético total diário, 9.3% do dispêndio energético em atividade e 28.7% do dispêndio energético em atividade moderada-e-vigorosa. O desporto organizado parece assumir um papel relevante para a adolescente feminina alcançar o tempo recomendado para as atividades físicas moderadas-e-vigorosas. Promover a participação desportiva pode servir a prevenção de comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes e dar um importante contributo para as políticas de saúde.

ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM DIABÉTICOS TIPO 2: SUPORTE SOCIAL E SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CARLA SUSANA LOPES CORREIA¹; NATÁLIA RAMOS²

Ao longo das últimas décadas, os avanços científicos contribuíram para um aumento significativo da esperança de vida, no entanto, aliado ao facto de se viver mais tempo, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis têm contribuído para um aumento exponencial das doenças crónicas. Sendo a diabetes uma doença crónica com graves consequências físicas, psicológicas e sociais, deve ser encarada como um problema de saúde pública. O tratamento da diabetes deve por isso, ter como objetivos o controlo metabólico e a prevenção de complicações tardias, ou seja, a adesão terapêutica. Por isso deve merecer uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à capacidade de envolver o diabético e a família no tratamento.

Bradley (1997), refere que a diabetes é uma doença exigente com um tratamento multifacetado e que leva à necessidade de grandes alterações nos hábitos de vida diários, com vista à integração das atividades de auto-cuidado, tão importantes no controlo da doença. Aceitar e cumprir todo o plano terapêutico proposto, ou muitas vezes imposto pelos profissionais de saúde, nem sempre é fácil o que leva frequentemente a uma fraca adesão e a uma dificuldade na gestão do regime terapêutico. Bugalho e Carneiro

¹ Enfermeira. Mestre em Comunicação em Saúde

² Professora Doutora. Orientadora no Mestrado Comunicação em Saúde

(2004), referem que o problema da fraca ou da não adesão à terapêutica foi descurado durante bastante tempo, mas atualmente, tem vindo a ser alvo de atenção de forma crescente por parte da comunidade científica, dos profissionais de saúde, políticos e dirigentes, devido ao impacto negativo que as complicações da diabetes acarretam para o sistema de saúde. Referem ainda que o *“problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz”*. (p. 9)

Ramos (2004) refere que é necessário que se melhorem os cuidados de saúde e para tal, é fundamental que se adequem os sistemas de saúde aos sistemas de pensamento dos indivíduos. A comunicação e a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os utentes são fundamentais neste processo. As atitudes e as recomendações proferidas pelos profissionais têm que ter em conta as representações sociais, as crenças, os hábitos, o nível educacional, as condições de vida e a própria organização familiar e social que vão influenciar os comportamentos de saúde e de doença.

O suporte social, é considerado atualmente um excelente aliado e um fator muito importante no que diz respeito à adesão e à gestão do regime terapêutico. A família pode neste contexto assumir um papel de protagonista, seja em aspetos positivos como no apoio à realização das atividades de auto-cuidado; seja nos aspetos mais negativos, como a fraca compreensão do fenómeno que vai inviabilizar muitas vezes o cumprimento do plano terapêutico do diabético, (Silva et al, 2003; Bastos, 2004; Rossi, 2005).

Conhecer melhor os indivíduos diabéticos que recorrem à consulta de enfermagem, de que forma compreendem, interpretam e vivem a doença, e que estratégias ou apoios encontram nessa caminhada, foi uma preocupação para a realização deste estudo. De todas estas inquietações, surgiu a questão que deu o ponto de partida para a realização desta investigação: *De que modo o suporte social e a satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem condicionam a adesão às atividades de auto-cuidado e a eficácia da gestão terapêutica em diabéticos tipo 2?*

Tendo em conta a questão orientadora, delineou-se os seguintes objetivos:

- Conhecer as representações que o diabético tipo 2 tem em relação à diabetes e de que forma estas influenciam a vivência da doença no dia-a-dia;

- Identificar o nível de adesão às atividades de auto-cuidado do diabético tipo 2;
- Analisar de que forma os diabéticos integra a gestão do regime terapêutico na sua vida diária;
- Identificar as dificuldades sentidas pelo diabético na gestão do regime terapêutico;
- Analisar de que forma o suporte social contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico;
- Identificar o grau de satisfação do diabético relativamente aos cuidados prestados na consulta de enfermagem, nomeadamente quanto à comunicação/informação.

Metodologia

O estudo realizado é do tipo exploratório-descritivo e decorreu na consulta de enfermagem ao utente com diabetes no Centro de Saúde da Lourinhã. Para a recolha de dados foi utilizada uma amostra não probabilística constituída por 50 participantes. Utilizou-se como técnicas de recolha de dados: um guião de entrevista semi-estruturado, desenvolvido especificamente para este estudo; a aplicação de duas escalas, a *“Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure -SDSCA”* de Glasgow, Toobert, Hampson (2000), traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004) que pretende medir a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes e a *“Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS₂₆”* de Ribeiro (2003); e a análise dos registos de enfermagem na consulta. Utilizou-se análise quantitativa, com estatística descritiva, para a análise das escalas e das perguntas fechadas do guião; e análise qualitativa com análise de discurso, para as perguntas abertas.

Dos 50 diabéticos, 27 eram do sexo feminino e 23 do sexo masculino. Em relação à idade verifica-se que, a faixa etária predominante situa-se entre os 60 e os 79 anos (31), sendo a idade mínima observada de 44 anos e máxima de 84, e média em 63,86 anos. Estes dados evidenciam uma amostra semelhante à distribuição da doença no país, pois conforme refere Duarte

(2002), a prevalência da diabetes é elevada nos grupos etários acima dos trinta e cinco anos e a incidência e a prevalência da diabetes tipo 2 vão sempre aumentando com a idade e com a etiopatogenia (comuns às chamadas doenças crónicas não transmissíveis), tal como: fatores genéticos, stress, hábitos de vida e alimentares errados, os quais conduzem ao sedentarismo, os quais conduzem à obesidade.

Relativamente ao nível de escolaridade 37 participantes possuem o ensino primário, 6 não sabem ler nem escrever e 5 têm o ensino secundário, sendo o nível de escolaridade mais elevado. Este resultado denota um baixo nível de escolaridade, compatível com o facto de que se trata de uma população predominantemente rural. Em relação ao estado civil, existem 40 participantes casados, 7 viúvos e os restantes distribuem-se por solteiros e divorciado.

Resultados

Relativamente ao nível de adesão às atividades de auto-cuidado na diabetes, verificamos que o cumprimento da toma de medicamentos, a auto-vigilância da glicemia e os cuidados aos pés, parecem ter resultados satisfatórios com um cumprimento de 86%, 82% e 44% respetivamente, de adesão nos 7 dias da semana. Os resultados obtidos revelam que a alimentação e o exercício parecem ser as actividades de auto-cuidado que os diabéticos tipo 2 mais dificuldade têm em integrar na vida diária, com níveis de adesão de 8% e 12% de adesão nos 7 dias da semana.

Verificamos sem surpresa, que as atividades que têm uma adesão mais fraca, são aquelas que exigem uma maior alteração nos hábitos de vida. O cumprimento da alimentação e do exercício foram referidas várias vezes pelos participantes como as mais penosas e aquelas que mais têm dificuldade em cumprir e em introduzir na rotina diária.

Os participantes que pareciam sentir mais esta dificuldade, eram os que atribuíam também à diabetes uma conotação mais negativa, como uma doença “chata”, má, complicada etc. Ainda relativamente à alimentação, esta parece também estar relacionada com as consequências sociais que os participantes atribuíram à diabetes. O facto de não poderem comer igual aos outros parece ser determinante na participação dos diabéticos em eventos sociais.

A dificuldade em aceitar a doença e o rigoroso plano terapêutico que lhe está associado foi várias vezes verbalizado. Apesar de muitos dos participantes no seu discurso manifestarem uma atitude positiva face à doença, o que é facto é que a nível das consequências físicas, psicológicas e sociais foram vários os testemunhos que caracterizam as dificuldades sentidas.

O suporte social, especialmente a família, parece ter um papel fundamental, colaborando na realização de algumas actividades de auto-cuidado, como a auto-vigilância da glicemia, nos cuidados aos pés e na preparação da medicação. A falta de compreensão por parte de familiares e amigos para o cumprimento do plano alimentar e de exercício foi referido pelos participantes como o aspecto menos positivo do apoio social.

Relativamente à satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem, verificou-se uma satisfação global de 82,77%. A média de anos de frequência da consulta é de 5,2 anos. Os aspetos mais valorizados foram a qualidade na assistência (99,85%), a individualização da informação (96,66%) e o envolvimento do utente nos cuidados prestados (99,33%). A relação terapêutica estabelecida com as enfermeiras e o facto de adquirirem conhecimentos foram também os aspectos considerados mais relevantes na ajuda à gestão eficaz do regime terapêutico, contribuindo para uma maior segurança e controlo. Os aspectos menos positivos, foram a formalização da informação por escrito (52%) e a falta de cumprimento do horário estabelecido para a consulta (21,5%).

Parece ser importante tomar em consideração que alguns dos participantes, apesar de já serem diabéticos há vários anos, ainda não se encontram na fase de adaptação e aceitação da doença, o que faz com que dificilmente compreendam e integrem o cumprimento do plano terapêutico na sua vida.

Conclusões

É sabido e deve ser reconhecido pelos profissionais de saúde, que a vivência da doença e a adesão aos tratamentos não é um processo estanque, ou seja, sofre altos e baixos ao longo do tempo de acordo com todas as contingências da vida. Por isso é importante que se implementem programas educacionais envolvendo o utente e o prestador de cuidados com o objetivo de conhecer

melhor o seu nível de aceitação da doença, melhorar os conhecimentos relativamente à doença e à necessidade de cumprimento do plano terapêutico. O facto de o doente estar mais informado pode ajudar no processo de aceitação quer da doença quer do tratamento. É também importante, promover o contacto com outras pessoas em situações idênticas, permitindo a partilha de experiências, especialmente aproveitando a participação de utentes que têm uma experiência positiva no processo de aceitação da doença e dos tratamentos propostos, constituindo assim, um exemplo/reforço positivo para os indivíduos que apresentam mais dificuldade em gerir a sua doença. Mostrar caminhos positivos e possíveis.

De acordo com os dados obtidos sugere-se que se encontrem estratégias a nível da consulta de enfermagem que promovam um maior envolvimento e participação da família nos cuidados a prestar aos diabéticos, com vista a facilitar a adesão e a gestão do regime terapêutico, nomeadamente grupos de discussão e de partilha.

Bibliografia

Bastos, F. S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2. Participação das esposas no plano educacional*. Tese de dissertação de mestrado em saúde pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Bastos, F.; Lopes, C. (2004). *Questionário das Actividades de auto-cuidado com a Diabetes*. Versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of Diabetes Self-Care Activities” de Glasgow, R.; Toobert, D.; Hampson, S. (2000).

Bradley, C. (1997). *Diabetes Mellitus*. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West e C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp. 332-336.

Bugalho, A.; Carneiro, A.V. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa, Ensaio de cor, Ld.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.

Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto, Dissertação

apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.

Rossi, V.E.C. (2005). *Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes tipo 2*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H.; Ramos, H.; Carvalhosa, S.; Dias, S.; Gonçalves, A. (2003). *Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), pp. 21-23.

O AUTOCONTROLO: RESPIRAÇÃO NA PESSOA COM DPOC E O PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

MANUELA ALMENDRA¹

Introdução

Da revisão da literatura pode concluir-se que todas as pessoas com DPOC, FVE1 < 30% e <50% do predito, Grau III e IV de acordo com a classificação do projeto GOLD, têm benefícios com os programas de Reabilitação Respiratória (RR), ao nível da dispneia, autocuidado, autocontrolo e qualidade de vida. A redução do número de dias de internamento e dos episódios de exacerbação também são evidenciados.

Assim, a RR é parte efetiva do processo de cuidados de enfermagem à pessoa com DPOC. O follow-up com recurso às tecnologias da informação, telefone e internet, também mostrou resultados no autocontrolo da respiração. Uma vez que a evidência científica mostra que a Reabilitação Respiratória (RR), como intervenção no processo de cuidados de saúde e de enfermagem às respostas humanas das pessoas com deficiência ventilatória crónica, tem efetividade nos resultados.

No entanto, os estudos sugerem-nos a necessidade de mais investigação sobre a efetividade dos programas de RR e avaliação do impacto destes programas. Também foi evidenciada a necessidade de formação dos enfermeiros neste domínio através da formação inicial, avançada e contínua, desenvolvendo as competências necessárias para uma prática diária de promoção de saúde.

¹ Professora na Universidade do Minho, Escola de Enfermagem

As enfermeiras têm um importante papel na luta da pandemia da DPOC, promovendo e mantendo a saúde das pessoas o maior tempo possível. (KARA: 2004).

Partilhando da opinião de Rodrigues (2005:46;47), este relembra-nos que as atividades de educação para a saúde englobam aconselhamento aos doentes, formação em serviço, educação formal, campanhas publicitárias, trabalho comunitário de intervenção programada. O mesmo autor citando Basto (2000) diz que “a educação para a saúde ganha consciência pública, o que implica uma visão transdisciplinar...” ... Em que as Ciências da Saúde ajudam a responder à questão – quais são os comportamentos mais adequados à saúde?; as Ciências do Comportamento, ajudam a compreender como se processam as mudanças de comportamento; as Ciências da Educação ajudam a programar e facilitar a aprendizagem e os processos de comunicação pedagógica. (...) Numa perspectiva de educação para a saúde os especialistas orientam a sua ação na dimensão saudável dos sujeitos, numa perspectiva preventiva ou procurando diminuir as complicações através de tratamento e reabilitação.

Na reflexão sobre as implicações da revisão sistemática da literatura para a prática de enfermagem, podemos colocar as seguintes perguntas:

Quais as respostas que a enfermagem em Portugal oferece, face às necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa com DPOC e em internamento hospitalar? Quais os resultados em saúde mais sensíveis ao processo de cuidados de enfermagem, da pessoa com DPOC, em internamento hospitalar?

Os enfermeiros podem pois, prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem, os níveis de saúde e a satisfação da pessoa com DPOC, pois a produção científica é grande.

No entanto a investigação deve continuar, nas áreas em falta como mostram os estudos analisados e a mudar os contextos.

Objetivos

- Avaliar os saberes e práticas dos enfermeiros sobre nos cuidados de saúde à pessoa com DPOC.

- Descrever o comportamento do cuidar dos enfermeiros que atendem a pessoa com DPOC em contexto hospitalar.
- Conhecer o perfil da pessoa com DPOC.
- Reconstruir o processo de cuidados de enfermagem em uso no cuidar da pessoa com DPOC.
- Avaliar a qualidade de vida da pessoa com DPOC, antes e após a intervenção.

Contexto do estudo

Foi um Hospital da Região Norte de Portugal, pois reúne as condições necessárias ao desenvolvimento de uma investigação participativa, e onde a estatística evidencia a taxa de mortalidade mais elevada resultante das doenças respiratórias crónicas. (DGS – Risco de Morrer em Portugal 2002)

O estudo decorreu nas duas unidades de cuidados de medicina no período de Fevereiro de 2007 a Julho de 2009. A população/amostra constituída por 54 enfermeiros e por 34 doentes com o diagnóstico de DPOC e suas famílias.

Método

Tipo de estudo - Investigação Ação de modo a diagnosticar e encontrar soluções para os problemas da prática de enfermagem, para o contexto da produção dos cuidados e para a construção do conhecimento prático que caracteriza a disciplina de enfermagem. Os ICD utilizados: questionário sócio demográficos e clínicos; escalas de avaliação da dispneia – BORG e MRC; Questionários de avaliação da Qualidade de Vida- EuroQ - 5D, St George`s Hospital Respiratory Questionnaire (SGRQ); Atividades de Vida; Questionário de Follow-up. Inventário dos Comportamentos do Cuidar; Consulta do processo clínico da pessoa com DPOC; Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros.

Resultados

A totalidade dos enfermeiros valorizaram mais as dimensões técnicas e ética, sendo a dimensão comunicacional menos valorizada (numa primeira

avaliação), sendo esta considerada como fundamental no processo de cuidados que visa a educação e a aquisição de capacidades, neste caso, por parte da pessoa com DPOC fundamentais na aquisição do autocontrolo respiração. Os conhecimentos dos enfermeiros focam-se na fisiopatologia da DPOC; as práticas de enfermagem não são sustentadas nas diretrizes nacionais e internacionais nem em um programa de reabilitação respiratória. O perfil da pessoa com DPOC está de acordo com o descrito nos manuais, a idade, profissões, género, fumadores, estrato sócio económico. Os resultados do EuroQ-5D mostram: - O EQ index aumentou entre as avaliações (1.ª, 2.ª e 3.ª) e a VAS também aumentou entre as avaliações. Os resultados do SGRQ mostram que existem diferenças significativas entre a 1.ª e 2.ª avaliação para o score de atividade, score de impacto e score total. Os scores diminuíram significativamente da 1.ª para a 2.ª avaliação. A avaliação do follow-up demonstra a aquisição do autocontrolo respiração, em todas as suas dimensões.

Conclusões

A atividade formativa e de investigação implicaram a análise de todo o trabalho existente e desenvolvido aquando da parametrização geradora do SIE/SAPE no serviço de medicina; a (Re) construção do processo de cuidados de enfermagem no atender a pessoa/família com DPOC e a definição dos critérios de resultado para cada diagnóstico, indispensáveis para a convergência da atividade diagnóstica, intervenção e avaliação, foram fundamentais para o sucesso dos resultados a aquisição de conhecimentos e capacidades de autocontrolo respiração e no autocuidado por parte da pessoa com DPOC.

Constatou-se também, que através de um processo formativo das enfermeiras visando a reflexão sobre a ação, dotou os enfermeiros de novos conhecimentos e competências impulsionadores de mudança da prática no cuidar da pessoa/família com DPOC.

Os sucessos dos resultados basearam-se num sistema de cuidados integrados e de proximidade, contributo das atividades de enfermagem na gestão da doença crónica e na aquisição de conhecimentos, assim como na aquisição e manutenção das competências de autocontrolo respiração e autocuidado, em síntese o impacto da intervenção de enfermagem no bem-estar e qualidade de vida da pessoa com DPOC

Dados relevantes para a prática clínica: Desenvolvimento de um plano de formação para os enfermeiros; construção de um novo processo de cuidados de enfermagem no atender a pessoa com DPOC; A melhoria da qualidade de vida das pessoas com DPOC; Implementação de novas práticas de cuidar e redução dos custos em saúde.

Bibliografia

Euroqol Group (2000). *EQ-5D a measure of health-related quality of life developed: user guide*. 7.ª Ed., Roterdão: Holanda.

Galinha, Iolanda Costa (2008). *Bem-Estar Subjetivo. Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Quarteto: Coimbra.

International Council of Nurses (2002). *CIPE/ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Hyunsoo, Oh; Whasook, Seo (2006). "Meta-analysis of effects of respiratory rehabilitation programmes on exercise capacity in accordance with programme characteristics". In *Journal of Clinical Nursing*, 16, 3-15. Blackwell Publishing Ltd.

Lacasse, Yves; Wong, Eric; Guyatt Gordon H; King Derek; Cook Deborah J.; Goldstein Roger S. (2006). *Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease; -Pulmonary y rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Kara, Magfired (2005). "Preparing nurses for global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease". *Journal of Nursing Scholarship*; 37: 2, 127-133, ©2005 Sigma Theta Tau International.

Meleis, Afaf Ibrahim (2000). "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory". *Adv Nurs Sci* 2000; 23(1): 12–28.

MONNINKHOF E; VALK, et al (2003). *Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review*. Thorax bmjournals.com; 58: 394-398. Cochrane Plus.

OMS (2006). *GOLD – Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Update* - www.goldcopd.org.

Orem, Dorothea E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6. ed. Missouri: Mosby.

Ries, Andrew et al. (2007). *Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-based Clinical Practice Guidelines*. CHEST. 131 (5); 4S-42S. Medscape.

Rodrigues, Manuel; Pereira, Anabela; Barroso, Teresa (2005). *Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Formasau: Coimbra.

Taylor, Stephanie et al. (2005). *Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence*. BMJ online First bmj. com.

Taveira, Natália; Ferreira, Pedro (1999). *Avaliação da qualidade de vida – questionário respiratório St Georges Hospital*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra – Portugal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL: EDUCAR PARA A SAÚDE

CARLOS LARANJEIRA¹

Introdução

A não-adesão do indivíduo ao tratamento da HTA tem constituído um grande desafio para os profissionais de saúde, pelo aumento dos custos sociais como absentéismo ao trabalho, e reformas por invalidez

Contexto

O contexto actual português tem sido pautado por um aumento dos índices de morbilidade e mortalidade associados à HTA, situação geradora do aumento crescente das patologias cardíacas e cerebrovasculares.

Objectivo

Analisar a adesão do sujeito hipertenso ao tratamento com abordagem interdisciplinar.

Determinar os factores dificultadores para a adesão.

¹ Professor no Instituto Piaget, Escola Superior de Saúde

Métodos

Estudo exploratório com recurso à entrevista semi-estruturada. Foi selecionada uma amostra (intencional) de 25 sujeitos. O período de colheita de dados ocorreu entre Janeiro e Março de 2011. Os dados foram alvo de análise de conteúdo.

Resultados

A adesão ao tratamento foi considerada insatisfatória, principalmente em relação às condutas dietéticas e medicamentosas. A irregularidade no esquema medicamentoso esteve associada ao custo e aos efeitos colaterais.

Conclusões

Os resultados apontam para necessária abordagem pluridisciplinar, indo de encontro às missivas da OMS, visando a modificação do comportamento das comunidades em relação ao controle dos seus problemas de saúde e às medidas de promoção da saúde.