

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Ana Raquel Machado Morgado

**A Animação Socioeducativa e a
Promoção da Saúde: Investir na
Prevenção.**

Dissertação de Mestrado em Estudos da
Criança - Área de Especialização em
Promoção da Saúde e Meio Ambiente.

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Zélia Anastácio

Outubro de 2012

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

DECLARAÇÃO

Nome : Ana Raquel Machado Morgado

Endereço eletrónico: anaraquelmorgado@gmail.com

Telefone: 962344125

Número do Bilhete de Identidade: 13380126

Título dissertação: A Animação Socioeducativa e a Promoção da Saúde: Investir na Prevenção.

Orientador(es): Professora Doutora Zélia Anastácio

Ano de conclusão: 2012

Mestrado em Estudos da Criança – área de especialização em Promoção da Saúde e Meio Ambiente

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, Outubro de 2012

Assinatura: _____

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Agradecimentos:

Em primeiro lugar aos que são a essência e a base de todo o meu ser - os meus pais - o meu bem mais precioso;

Às colegas Ana Araújo, Cláudia Pinto e Sónia Coelho pelo imenso carinho, a forte amizade e o pelo impagável apoio;

À Professora Doutora Zélia Anastácio por todas as aprendizagens, pelo incentivo e paciência nas horas de desalento, por toda a compreensão pela minha distância física da Universidade do Minho, pela disponibilidade e interesse constantes, pela sua sabedoria e em geral por todos os momentos comigo partilhados;

A todos os participantes deste estudo pelo tempo dispensado;

E a todos aqueles que de alguma forma me foram dando força e transmitindo confiança nesta etapa.

A todos vós, um enorme obrigado.

Resumo:

A presente investigação tem como desafio principal elucidar sobre as vantagens da cooperação entre as áreas de Animação e da Saúde num trabalho conjunto que tem por objetivo a educação/promoção da saúde nos jovens. Este trabalho tem por base os seguintes propósitos: diagnosticar os conhecimentos e comportamentos dos jovens face a várias temáticas da saúde; avaliar as dificuldades de optar por um estilo de vida saudável; analisar a opinião dos profissionais de saúde e de animação quanto aos métodos a utilizar na realização de um trabalho conjunto com o objetivo comum de promover a saúde nos mais jovens; e recolher propostas de atividades a realizar num projeto de promoção da saúde com a participação de uma equipa constituída por animadores e profissionais de saúde.

O ponto de partida do corrente estudo baseia-se num diagnóstico sobre os conhecimentos e comportamentos dos jovens sobre várias temáticas da saúde recolhidas pelo que é percecionado pelos profissionais da saúde e da animação que com eles mantêm um contacto permanente.

A metodologia adotada para a recolha desta informação consistiu num questionário de tipo misto, aplicado a cinquenta profissionais da saúde e a cinquenta profissionais de animação perfazendo um total de cem casos estudados. Os dados foram devidamente tratados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*. Posteriormente, já na parte final da dissertação, foram apresentados alguns resultados que merecem destaque, onde resumidamente se verificou que os jovens possuem bons conhecimentos no que diz respeito a hábitos de higiene e de atividade física, e sabem pouco sobre comportamentos de risco, alimentação, sexualidade, segurança e ambiente, juntamente com as conclusões gerais deste estudo. Nos métodos de intervenção, os profissionais fizeram uma maior referência à aplicação das técnicas da animação em especial atividades lúdicas e de índole desportiva. As sessões de cariz formativo e interativo lideram as preferências dos profissionais quanto às propostas de atividades a implementar.

Em último lugar, são ainda refletidas algumas sugestões, passíveis de pôr em prática no futuro.

Abstract:

The present study has as main challenge elucidate the advantages of cooperation between the Animation and Health area's in a joint effort that aims education / health promotion in young people. This inquiry is based on the following purposes: to diagnose the knowledge and behavior of young people towards various health issues, assess the difficulties of choosing a healthy lifestyle; analyze the views of health and animation professionals regarding methods to use conducting a joint work with the common goal of promoting health in younger, and collect proposals for activities to be undertaken in a health promotion project involving a team of animators and health professionals.

The starting point of this study is based on a diagnosis of the knowledge and behavior of young people on various health topics that are collected by perceived by health s and animation professional with which they maintain constant contact.

The methodology for collecting this information consisted in a of a mixed type questionnaire, applied to fifty healthcare professionals and fifty animation professionals for a total of one hundred cases. Data were duly processed and analyzed with the Statistical Package for the Social Sciences. Later, in the final part of the thesis, we presented some results that worth mentioning , briefly where it was found that young people have good knowledge regarding the hygiene habits and physical activity, and know little about risk behaviors, nutrition, sexuality, safety and environment, along with the overall conclusions of this study. In intervention methods, professionals made greater reference to applying the techniques of animation and in particular playful activities and sporty indole. The training and interactive sessions are the preferences of professionals how to implement the proposed activities.

Lastly, are still reflected some suggestions that may be implement in the future.

ÍNDICE GERAL:

Introdução	14
Capítulo I - Contextualização e apresentação da investigação	
1.1 Pertinência e relevância da investigação	15
1.2 Motivações pessoais	15
1.3 Problemática	16
1.4 Objetivos da investigação	17
Capítulo II – Enquadramento teórico	
2.1 Saúde: conceito, determinantes e dimensões	18
2.2 A saúde dos jovens: comportamentos e estilos de vida	21
2.3 Educação para a saúde	25
2.4 Promoção da Saúde	30
2.5 Animação Socioeducativa: conceitos, métodos e finalidades	34
Capítulo III – Metodologia	
3.1 Descrição do estudo	39
3.2 População e amostra	39
3.3 Técnica e instrumentos de recolha de dados	40
3.4 Recolha de dados	42
3.5 Tratamento e análise de dados	42
Capítulo IV – Apresentação e discussão dos resultados	45
Capítulo V – Conclusões e sugestões	103
Referências Bibliográficas	108
Anexos	112

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1: Codificação de grupos de opiniões quanto às ferramentas de Animação Socioeducativa	43
Tabela 2: Codificação dos grupos de opinião quanto aos tipos de intervenção.....	43
Tabela 3: Frequências das percepções sobre os conhecimentos dos jovens face aos temas	46
Tabela 4: Percepções dos conhecimentos dos jovens segundo a área profissional e teste T	46
Tabela 5: Correlações entre a idade dos profissionais e a Percepções dos conhecimentos dos jovens	48
Tabela 6: Frequências para a avaliação dos profissionais quanto à relação peso - altura dos jovens	49
Tabela 7: Relação peso – altura dos jovens segundo as áreas profissionais	49
Tabela 8: Avaliação da relação peso-altura dos jovens segundo o género dos profissionais.....	50
Tabela 9: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades organizadas por classes	50
Tabela 10: Crosstabs para tipos de cozinhados que os jovens ingerem segundo as áreas profissionais	52
Tabela 11: Crosstabs para tipos de cozinhados que os jovens ingerem e o género dos profissionais	52
Tabela 12: Frequências da avaliação das noções de contraceção dos jovens pelas duas áreas de profissionais	53
Tabela 13: Avaliação das noções de contraceção dos jovens segundo o género dos profissionais	54
Tabela 14: Correlação entre a idade dos profissionais e as noções de contraceção dos jovens	54
Tabela 15: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	55
Tabela 16: Frequências para percepção dos profissionais sobre a influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens	56
Tabela 17: Avaliação do nível de influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens segundo as áreas profissionais.....	56
Tabela 18: Avaliação do nível de influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens segundo o género dos profissionais.....	57

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 19: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	57
Tabela 20: Frequências para a percepção do nível de higiene corporal dos jovens.....	58
Tabela 21: Percepção sobre a higiene corporal dos jovens segundo as áreas profissionais	58
Tabela 22: Avaliação da apresentação da higiene corporal dos jovens segundo o género dos profissionais	59
Tabela 23: Correlação entre a idade dos profissionais e a apresentação da higiene corporal dos jovens	59
Tabela 24: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para Higiene Corporal e idades dos profissionais organizadas por classes.....	60
Tabela 25: Frequências da avaliação da preocupação dos jovens com a higiene oral	61
Tabela 26: Percepção sobre a preocupação dos jovens com a higiene oral segundo as áreas profissionais	61
Tabela 27: Avaliação da preocupação dos jovens com a higiene oral segundo o género dos profissionais	62
Tabela 28: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades das profissionais organizadas por classes.....	62
Tabela 29: Frequências para a percepção de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais	63
Tabela 30: Avaliação de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais segundo as áreas profissionais.....	63
Tabela 31: Avaliação de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais segundo o género dos profissionais	64
Tabela 32: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	64
Tabela 33: Frequências da percepção do conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros.....	65
Tabela 34: Percepção do conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros segundo as áreas dos profissionais	65
Tabela 35: Avaliação de conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros segundo o género dos profissionais.....	66

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 36: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	66
Tabela 37: Frequências da avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens	67
Tabela 38: Avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens segundo as áreas profissionais	67
Tabela 39: Avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens segundo o género dos profissionais	68
Tabela 40: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	68
Tabela 41: Frequências da avaliação da preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais	69
Tabela 42: Avaliação da preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais segundo as áreas dos profissionais	69
Tabela 43: Perceção sobre a preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais segundo o género dos profissionais.....	70
Tabela 44: Correlação entre a idade dos profissionais e a sua perceção sobre a preocupação dos jovens face à preservação de recursos naturais.....	70
Tabela 45: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	71
Tabela 46: Frequências para a perceção dos comportamentos de cidadania por parte dos jovens	72
Tabela 47: Perceção dos comportamentos de cidadania por parte dos jovens segundo as áreas profissionais	72
Tabela 48: Perceção dos comportamentos de cidadania por parte dos jovens segundo o género dos profissionais.....	73
Tabela 49: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	73
Tabela 50: Frequências para a perceção do nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas	74
Tabela 51: Avaliação do nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas segundo a área profissional	75
Tabela 52: Perceção sobre o nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas segundo o género dos profissionais e teste T.....	76

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 53: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	77
Tabela 54: Percepção da frequência com que os jovens realizam atividades físicas	79
Tabela 55: Percepção sobre a frequência com que os jovens realizam atividades físicas segundo as áreas profissionais	79
Tabela 56: Percepção da frequência com que os jovens realizam atividades físicas segundo o género dos profissionais	80
Tabela 62: Correlação da idade dos profissionais com a frequência com que os jovens praticam atividade física.....	81
Tabela 58: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	82
Tabela 59: Percepção da relação dos jovens com a sua imagem pessoal	83
Tabela 60: Avaliação da relação dos jovens com a sua imagem pessoal segundo as áreas profissionais	83
Tabela 61: Percepção da relação dos jovens com a sua imagem pessoal segundo género dos profissionais	83
Tabela 62: Correlação entre a idade dos profissionais e a relação dos jovens com a sua imagem corporal	84
Tabela 63: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	84
Tabela 64: Frequências da avaliação dos responsáveis pela educação para a saúde dos jovens	85
Tabela 65: Responsáveis pela educação para a saúde dos jovens segundo as áreas profissionais	85
Tabela 66: Opinião dos responsáveis pela educação para a saúde dos jovens segundo o género dos profissionais.....	86
Tabela 67: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	87
Tabela 68: Frequências da avaliação dos fatores que condicionam um estilo e vida mais saudável	88
Tabela 69: Opinião sobre os fatores que condicionam um estilo e vida mais saudável segundo as áreas profissionais	88

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 70: Opinião sobre os fatores que condicionam um estilo e vida mais saudável segundo o género dos profissionais	89
Tabela 71: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	90
Tabela 72: Frequência do contributo das Ferramentas de Animação Socioeducativa para a Promoção da Saúde	92
Tabela 73: Teste do Qui-Quadrado sobre as ferramentas de animação socioeducativa	93
Tabela 74: Categorias de ferramentas da animação socioeducativa.....	93
Tabela 75: Tipos de atividades a implementar segundo as áreas profissionais	94
Tabela 76: Tipos de atividades a implementar segundo o género dos profissionais	95
Tabela 84: Frequências para a opinião sobre o contexto onde se devem realizar as intervenções.....	96
Tabela 78: Opinião sobre o contexto onde se devem realizar as intervenções segundo as áreas profissionais	96
Tabela 79: Opinião sobre o contexto onde se devem realizar as intervenções segundo o género dos profissionais.....	97
Tabela 80: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	99
Tabela 89: Envolvimento dos profissionais em projetos de promoção da saúde segundo a área profissional.....	101
Tabela 82: Envolvimento dos profissionais em projetos de promoção da saúde segundo o género dos profissionais	101
Tabela 83: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Frequências para o tipo de cozinhados ingeridos pelos jovens.....	51
Figura 2: Frequências para a perceção sobre noções de contraceção dos jovens.....	53

Introdução

O presente trabalho de investigação está organizado por capítulos de forma a contextualizar e apresentar todo o processo desta dissertação do Mestrado de Estudos da Criança - área de especialização em Promoção da Saúde e do Meio Ambiente que tem o propósito de tratar as percepções, opiniões e sugestões de profissionais das áreas de Saúde e de Animação quanto à sua colaboração em projetos de promoção da saúde entre os jovens.

Inicialmente, no primeiro capítulo, é fundamentada a pertinência e relevância deste estudo, tal como as motivações pessoais da investigadora, a problemática e os objetivos da investigação.

No capítulo dois, o enquadramento teórico revela a revisão da literatura que sustenta este trabalho contextualizando tanto a Saúde e os seus demais conceitos como a Educação e Promoção da mesma. Da teoria para a realidade, são fornecidas algumas informações sobre a atual saúde dos jovens. Na última parte deste capítulo são ainda esclarecidos e caracterizados os âmbitos de ação da Animação Socioeducativa e os seus métodos e técnicas de educação não formal.

No terceiro capítulo deste estudo são referidas as componentes que constituem este processo científico: a metodologia utilizada, a caracterização da população e das amostras selecionadas, a escolha da técnica de recolha de dados e o instrumento utilizado. É ainda referido como foram recolhidos, tratados e analisados os dados apurados.

A discussão dos resultados apurados em concordância com os objetivos delineados é devidamente apresentada no capítulo quarto. Esta discussão está organizada pela ordem das questões do questionário.

No capítulo cinco são apresentadas as principais conclusões subsequentes do estudo realizado. Pela ordem pela qual foram apresentados no início deste trabalho, serão neste capítulo refletidos os objetivos desta investigação. Por fim são ainda referidos algumas sugestões/exemplos de como podem, em conjunto, os profissionais de ambas as áreas promover a saúde no contexto escolar através das ferramentas da animação socioeducativa.

CAPÍTULO I

Contextualização e apresentação da investigação

1.1 Pertinência e relevância da investigação

Esta investigação é pertinente no sentido de verificar a possibilidade de conciliar as metodologias educativas não formais da Animação com as necessidades atuais de promover a Saúde dos mais jovens. Considera-se assim relevante identificar a percepção dos profissionais das áreas da Saúde e de Animação acerca dos conhecimentos e comportamentos dos jovens sobre os variados temas da saúde.

Essas informações serão úteis para produzir conhecimento científico e confirmar ou refutar a necessidade de existirem parcerias entre estas duas áreas em projetos educativos de promoção da saúde desenvolvidos com crianças e jovens.

1.2. Motivações pessoais

As motivações pessoais que me aliciam para desenvolver este tema têm como principal origem o facto de sentir que a Animação Socioeducativa pode ser uma via fundamental para a promoção da saúde com os mais jovens de forma lúdica e não formal. E, também, pelo meu desejo pessoal de como animadora poder exercer funções no âmbito da promoção da saúde, sendo que desta forma contribuirei para um futuro adulto mais informado e consciente quer sobre comportamentos de risco quer sobre estilos de vida saudáveis. Ao longo do meu percurso académico fui despertando para o facto de a animação poder contribuir para a necessidade mais básica e importante do ser humano – a saúde. Esta é uma missão contínua, a desempenhar com perseverança. Apesar de este ser um projeto pessoal, entendo que promover a saúde das faixas etárias mais jovens deveria ser uma preocupação coletiva de toda a sociedade.

“(…) todos nós infectados pelo vírus da promoção da saúde, nos transformemos em agentes de mudanças. Todos nós, com nosso elenco de sonhos e

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

ambições, estamos num caminho irreversível, embora muita coisa ainda permaneça nebulosa.” (Ricardo de Marchi, 2007: 7)¹

1.3. Problemática

A problemática deste estudo emerge da importância da transmissão de conhecimentos de saúde às crianças e jovens. Contribuir para o crescimento saudável da faixa etária infante-juvenil é uma mais-valia para uma futura sociedade bem informada e consciente quanto às suas opções de estilo de vida.

Para facilitar a comunicação e assimilação dos conhecimentos que os profissionais de saúde transmitem sobre os variados temas da saúde, os profissionais de animação possuem técnicas e métodos próprios da educação não formal que, executadas num contexto lúdico-pedagógico, podem conduzir ao objetivo comum de apelar à adoção de um estilo de vida saudável.

Numa união dos conhecimentos técnicos quer dos profissionais da saúde, no sentido informativo, quer dos profissionais de animação, no contexto de dinamização da transmissão da informação, pode tornar-se benéfico aproveitar o espaço Escola, privilegiado por abranger o maior número de crianças e jovens, para acolher estas intervenções.

Neste âmbito parece relevante questionar ambos os grupos de profissionais sobre a possibilidade de colaborarem conjuntamente em projetos educativos de promoção de saúde, bem como sobre as estratégias a utilizar caso seja possível essa parceria. Considerando igualmente necessário aceder ao que já sabem os nossos jovens e crianças sobre os variados temas da saúde, tentamos fazê-lo através das perceções dos profissionais de saúde e dos profissionais de animação que contactam frequentemente com eles nos seus projetos diários.

¹ Referido em Mandim (2007)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

1.4. Interesse e objetivos da investigação

Este estudo será interessante para os que pretenderem trabalhar no sentido de tornar os jovens mais informados e motivados, para serem também eles agentes permanentes que incitem à mudança de comportamentos, orientada para um estilo de vida mais saudável. Deste modo, este trabalho está estruturado para atingir os seguintes objetivos:

- a) Diagnosticar as perceções de profissionais de Saúde e de profissionais de Animação quanto aos conhecimentos e comportamentos dos jovens face a várias temáticas da saúde e de um estilo de vida saudável;
- b) Percecionar as dificuldades/barreiras à adoção de um estilo de vida saudável;
- b) Avaliar a opinião dos profissionais de Saúde e de Animação quanto aos métodos a utilizar na realização de um trabalho conjunto com o objetivo comum de promover a saúde de crianças e jovens;
- c) Recolher propostas de atividades a realizar num projeto de promoção da saúde com a participação de uma equipa constituída por animadores e profissionais de saúde.

CAPÍTULO II

Enquadramento teórico

2.1 Saúde – conceito, determinantes e dimensões.

O conceito de Saúde surge em 1946 através da Carta Magna da Organização Mundial de Saúde (OMS, citada por González, 1998:6)², e clarifica que Saúde é *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”*. Por conseguinte, é verdade que a Saúde é realmente uma sensação de bem-estar com ausência de dor e/ou doença. No entanto, esta definição deixa algumas dúvidas no que diz respeito ao facto de ser considerado um estado completo e envolver só as vertentes física, mental e social. No sentido de tornar este conceito mais abrangente, é apresentada uma nova definição da autoria da já referida OMS pela Carta de Ottawa (OMS, 1986)³ afirmando que para alcançar esse estado pleno de bem-estar aos níveis físico, mental e social, o indivíduo ou grupo devem ser capazes de identificar e atingir as suas ambições, realizar as suas necessidades e alterar ou adaptar-se ao meio. Deste modo a saúde é vista como um recurso para a vida e não como um objetivo da mesma. Trata-se de um conceito positivo que frisa os recursos sociais e pessoais assim como as capacidades físicas.

Por sua vez, Déjours (1993:49)⁴ apresenta também uma descrição do conceito de Saúde definindo-a da seguinte forma: *“Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projeto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”*.

No entanto, nem tudo depende da vontade e capacidade do indivíduo. Analisando atentamente o estudo de Lalonde (1994)⁵ sobre as principais causas de

² Referido em Carvalho e Carvalho (s/d)

³ Referido em Carvalho (2006)

⁴ Referido em Carvalho e Carvalho (s/d)

⁵ Referido em Carvalho e Carvalho (s/d)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

mortes prematuras dos canadianos, verifica-se a importância dos quatro parâmetros que determinam, e por vezes condicionam, a saúde do ser humano, designados por determinantes da saúde:

- a biologia humana, isto é, a constituição e todos os fatores biológicos individuais que caracterizam cada um de nós;

- o ambiente, que nos envolve desde a qualidade do ar, da água, do solo, passando por fatores químicos e físicos até à envolvente psíquica e sociológica;

- o serviço nacional de saúde pela sua eficácia e eficiência, acessibilidade, gratuidade e direitos;

- e os estilos de vida que cada um promove e gere de forma mais saudável ou não, mas que se relacionam basicamente com a utilização de drogas, o exercício físico, consumo de gorduras e hidratos de carbono e os comportamentos de risco (Sanmartí, 1985)⁶.

Dar importância ao que nos rodeia, adquirir um estilo de vida saudável e proactivo, conhecer os nossos serviços nacionais de saúde e conhecer minimamente a nossa composição biológica, permitem-nos tomar opções mais conscientes e informadas.

Desta forma, o estado saudável do indivíduo depende do que lhe é interno, a sua biologia e o estilo de vida que adota – fatores que nascem ou são da responsabilidade do sujeito - e de fatores externos como os fatores ambientais e o sistema nacional de saúde, nos quais o indivíduo pouco ou nada pode interferir e/ou modificar. Assim, focando-nos no que é intrínseco a cada um, podemos reconhecer seis dimensões de saúde individual: física, mental, emocional, social, espiritual e sexual. Entende-se por saúde física a capacidade de atividade do corpo e por saúde mental a aptidão de exercer coerentemente o pensamento. Emocionalmente, o indivíduo deve possuir a competência de admitir os próprios estados emocionais e de reagir adequadamente e quanto à espiritualidade, deve de igual forma, identificar os próprios valores e crenças e agir segundo eles. Por fim, em relação à saúde sexual, o

⁶ Referido em Carvalho (2007)

indivíduo deve ser capaz de reconhecer e assumir a sua identidade sexual e viver em conformidade com a mesma (Naidoo e Wills, 1994; Ewles e Simnett, 1999)⁷.

Observando sob a forma de um círculo de três dimensões e do mais interno para o mais externo, o indivíduo deve primeiramente sentir-se saudável no seu círculo, ou seja, deve sentir-se bem consigo próprio, confirmando-se apto em todas as dimensões da saúde individual acima referidas. No círculo médio, espera-se que seja bem-sucedida a interação do indivíduo para com o meio social mais próximo e vice-versa, sendo desejável que exista estabilidade quanto às condições habitacionais e de higiene, entre outros. Por fim, com os outros e com o ambiente físico e social em geral o indivíduo deve estar informado sobre as decisões político-ambientais, legislação e regulamentação e equidade e discriminação de modo a saber geri-las com a sua saúde individual (Naidoo e Wills, 1994; Ewles e Simnett, 1999)⁸.

Após a ideologia de Galileu, Newton e Descartes que defendiam que o homem, tal como o universo, era uma máquina cujo funcionamento se regia pelas leis da matemática, surge o modelo biomédico, *“uma base conceptual e metodológica da medicina científica moderna, a doença é definida na base dos desvios ou mau funcionamento da biologia do corpo”* (Engel, cit. Reis, 1998:7)⁹. Tanto na saúde individual como na das populações, o grande domínio deste modelo, que nasceu no séc. XVII, foi-se gradualmente consolidando na ciência e na técnica, acompanhando o desenvolvimento do conhecimento do mundo biológico através da observação, classificação e cálculo tal como a construção de instrumentos de apoio técnico cada vez mais elaborados e aprimorados (Carvalho, 2006).

⁷ Referido em Carvalho (2006)

⁸ Referido em Carvalho (2006)

⁹ Referido em Carvalho e Carvalho (s/d)

2.2 A Saúde dos jovens: comportamentos e estilos de vida.

A estrutura sociogeográfica leva a uma organização social, uma vez que representa o conjunto das escolhas específicas de uma determinada camada ou classe social, e que se exteriorizam em domínios tão diversos como a alimentação, o vestuário, a habitação, a decoração da casa, a música e a dança, a ocupação dos tempos livres, o recreio e lazer, as relações sociais e amizades, a linguagem, os interesses consumistas, a televisão, a política, a educação, a religião, a sexualidade, a saúde, etc. (Pereira e Carvalho, 2008). Estabelecendo uma ponte entre este conjunto de escolhas e o conceito de saúde, é de concluir que as ideias acerca de saúde são definidas pelas experiências de vida, conhecimentos, valores e expectativas (Ewles e Simnett, 1999)¹⁰

Na fase juvenil, como é propósito deste estudo, qualquer que seja o contexto social, cultural e económico dos jovens, independentemente do seu género, a procura da satisfação das suas necessidades de saúde provoca um tipo de comportamentos que envolvem um certo risco a nível biológico, psicológico e social (Silva, 2002). Por conseguinte, Basto (2000)¹¹ expressa que o estado de saúde que os jovens possuem e desenvolvem nesta fase depende de diversos fatores relacionados com a organização da sociedade, com as condições socioeconómicas e políticas vigentes, pelo que a abordagem dos comportamentos relacionados com a saúde não pode ser dissociada dos contextos em que estes ocorrem.

Apesar de os jovens atravessarem uma fase de alguma indefinição e procura de solidificação de uma identidade e personalidade, apresentam comportamentos de saúde que se podem definir como *“(...) as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria de saúde”* (Gochman, citado por Russel, 1996, p.6)¹².

¹⁰ Referido em Pereira e Carvalho (2008)

¹¹ Referido em Fontes (2007)

¹² Referido em Costa (2009)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Todo um conjunto de comportamentos que o jovem/adolescente vai efetuando, está já a definir o seu estilo de vida, um conceito muito importante quando se fala de saúde, visto que o estilo de vida adotado por cada um, bem como os comportamentos que daí advêm, contribui para que o indivíduo seja saudável ou não saudável. Os estilos de vida são *“o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida”* (Ministério da Saúde, 2003, pp 2-3)¹³.

Nas pesquisas realizadas, foi possível observar que os dois maiores problemas de saúde dos jovens residem na alimentação e no consumo de substâncias psicotrópicas principalmente o consumo de álcool. Estas lacunas são percecionadas e tratadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a)¹⁴ onde se verifica que o combate às origens das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é considerado uma grande prioridade para agir e obriga a que se preste uma especial atenção a fatores como o consumo de álcool e de tabaco, a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, a pouca atividade física, a má gestão do stress, o abuso de drogas e as razões de natureza socioeconómica, responsáveis por fenómenos de violência e exclusão social.

Padez et al. (2004)¹⁵, num estudo realizado no nosso país com 4511 crianças, das quais 2237 rapazes e 2274 raparigas, com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade, verificaram que a taxa de indivíduos com sobrepeso e obesidade foi de 31,5%, dos quais 20,3% tinham excesso de peso e 11,3% eram obesos. Quanto à ingestão de álcool, muitos estudos já efetuados confirmam que os níveis de ingestão de álcool tendem a aumentar, principalmente nos casos de quando o consumo é esporádico e excessivo (Costa, 2009).

¹³ Referido em Costa (2009)

¹⁴ Referido em Gaspar (2006)

¹⁵ Referido em Costa (2009)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Também num estudo realizado por Schenker e Minayo, (2005)¹⁶, acerca dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência conferem que a adolescência é um período decisivo no ciclo vital para o início da toma de drogas, seja a experimentar ou como consumo ocasional, indevido ou abusivo. Esta investigação privilegiou a discussão da prevenção, sugerindo que a sua utilização permeia a cultura da adolescência à velhice e que a família assume um papel fundamental, sobretudo quando é cuidadora, afetiva, amorosa e comunicativa. Daí a importância dos programas de prevenção que precisam prever aplicações práticas de orientação familiar.

Em vários estudos verificou-se que os jovens quando questionados sobre as suas preocupações no que diz respeito à sua saúde a grande prioridade é o acne, o peso, os problemas dentários e os problemas emocionais, o relacionamento com a família, professores e colegas, o stress escolar e o sentimentos de depressão/solidão apesar de uma considerável maioria considerar-se como saudável (Castanheira, 1989; Sasseti, 1991; Tomé, 1992; Cordeiro, 1994)¹⁷.

Perante as lacunas já verificadas, entre outras, é inegável a necessidade de educar e promover comportamentos de saúde bem como estilos de vida saudáveis entre os jovens, encorajando-os a desenvolverem-se física e psicologicamente da forma mais equilibrada possível, conscientes e informados das consequências benéficas ou prejudiciais das suas atitudes.

A preocupação que recai sobre os indivíduos tem de incluir quer ações educativas quer ações de ajuda ao desenvolvimento pessoal e social que impulsionem competências de vida que possibilitem aos indivíduos eleger comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, e que os habilitem para depois vir a participar ativamente no meio envolvente de forma a alterá-lo para otimizar este método (Matos et al, 1998).

¹⁶ Referido em Maia (2008)

¹⁷ Referido em Maia (2008)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

No entanto, é muito importante referir que além do contexto educativo mencionado, a família é outro pilar *“(...) fundamental para prevenir os comportamentos de risco dos adolescentes, sendo possível, desta forma eliminar ou atenuar outras complicações relacionadas com as variáveis familiares, desde o ajustamento psicológico, ao abandono escolar, passando pelos cuidados de saúde”* (Mendonça et al, 2007:11). Quer num ou noutra contexto, para impulsionar um melhor desenvolvimento intelectual dos jovens, as influências e os estímulos externos são de elevada importância por servirem de modelos para os adolescentes e instituírem uma estimulação (Silva, 2004).

Em suma, o objetivo de promover e educar a saúde na camada juvenil é impulsionar para autonomia, responsabilização e participação ativa dos jovens na estruturação do seu quotidiano e desta forma ajudá-los a gerir a sua vida em geral sem recurso a comportamentos desadequados, tais como são os exemplos do consumo de substâncias ativas, o uso da violência e a sexualidade de risco (Matos et al., 2003; Matos, 2005)¹⁸.

¹⁸ Referido em Rodrigues et al. (2007)

2.3 Educação para a Saúde

A Educação para a saúde é considerada como toda a atividade determinada a produzir aprendizagens relativas à saúde e a doenças, motivando mudanças no conhecimento, na compreensão e nas formas de pensar. Existe ainda a hipótese de influenciar ou confirmar valores, dar origem a alterações de crenças e atitudes, facultar aprendizagens de novas competências e levar a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones & Tilford, 1994:11)¹⁹.

A socialização entre os sujeitos, a própria escolarização e a ideologia são pois processos de aquisição de conhecimentos, modelos, valores, práticas e símbolos característicos dos grupos, das comunidades, das sociedades e da civilização em que o indivíduo vive (Gonçalves & Carvalho, 2010).

O que é desejável é que estes conceitos sejam trabalhados com os mais jovens para que desde cedo adotem um estilo de vida repleto de atitudes saudáveis e como tal que beneficiem o máximo dessa sua escolha. *“Ser saudável, nos dias de hoje, é estar informado, ser culto, ser assertivo, autónomo e solidário”* (Motta et al., 2008: 397).

Recorrer às vias educacionais para transmitir conhecimentos sobre a saúde é, segundo Precioso (2004), uma das formas mais promitentes para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a alteração de atitudes nocivas à saúde e de forma sustentada, é a Educação Para a Saúde. É durante a infância e a adolescência que se desenvolvem ou se enraízam hábitos saudáveis que permanecerão durante o percurso de vida de um indivíduo. Consequentemente, a escola é o local de eleição para a Educação para a Saúde, porque pode integrar novos conhecimentos conducentes ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis, através da implementação de currículos adequados (Duarte & Villani, 2001)²⁰. É objetivo da Educação para Saúde *“(...) a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, potenciando um efectivo sucesso escolar.”* (Motta et al., 2008: 397).

¹⁹ Referido em Carvalho e Carvalho (s/d)

²⁰ Referido em Costa (2009)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Por outras palavras, é essencial a transmissão de informação sobre conteúdos referentes à saúde, doenças e prevenção de doenças, para uma reflexão individual que se espera o mais abrangente possível, acerca da atitude e postura de cada um perante as escolhas tomadas ao longo da sua vida. Trata-se de oferecer conhecimentos, para uma escolha consciente e informada de cada indivíduo sobre os benefícios ou as consequências dessas mesmas escolhas que definirão o seu estilo de vida como saudável ou não saudável. Tal como diz Roldão (1999)²¹, a Educação para a Saúde deve munir os indivíduos com variadas competências para que estes possam mobilizar e gerir os seus percursos pessoais.

Para o sucesso da persuasão à alteração de condutas não saudáveis, a Educação para a Saúde *“deve começar na família, prolongar-se por todas as fases do sistema educativo (desde o básico até ao universitário), continuar no local de trabalho, na comunidade, nos media, etc.”* (Precioso, 2004:17).

No que diz respeito ao sistema educativo, Portugal começou por instituir a intervenção médica na escola com os Centros de Medicina Pedagógica nos conselhos de Lisboa, Porto e Coimbra, processo este que em 1993 foi extinto (MS, 2006). No ano seguinte, o nosso país integrou a rede europeia de escolas promotoras da saúde (Ministério da Educação, 1998)²².

Desta forma são enunciados os novos desafios através do Ministério da Saúde (2006:3): *“(...) a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia.”*

O principal objetivo da Escola Promotora de Saúde é ajudar ao desenvolvimento da saúde e da educação para a saúde dos seus alunos e da comunidade onde se encontram (WHO, 1999; 2001)²³. Este projeto assume contornos

²¹ Referido em Motta et al. (2008)

²² Referido em Precioso (2004)

²³ Referido em Precioso (2004)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

muito interessantes particularmente por ser ambicioso, pois para além do seu primeiro objetivo que é o de trabalhar conceitos com os mais jovens, assume uma segunda intenção - a de chegar aos mais adultos e assim envolver toda a comunidade. Navarro (1999) afirma que para as escolas adotarem a filosofia e a prática das Escolas Promotoras de Saúde devem fomentar mudanças nas seguintes dimensões: curricular, psico-social, ecológica, comunitária e organizacional. É igualmente relevante o investimento desta iniciativa, pois propõe-se a desenvolver em conjunto duas grandes áreas que são a Educação e a Saúde. *“Um programa de saúde escolar efectivo... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde”* (Gro Harlem Brundtland, 2000)²⁴.

Neste âmbito da Saúde Escolar e para apresentar as linhas orientadoras para a implementação das medidas do projeto das Escolas Promotoras de Saúde após os Ministros da Educação e da Saúde assinarem em fevereiro de 2006 um Protocolo, é elaborado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Este mesmo Programa do Ministério da Saúde (2006), coordenado pelo Alto-Comissário da Saúde e implementado e avaliado pela divisão de Saúde Escolar, tem como finalidades incitar ao desenvolvimento e apoio da saúde combatendo a doença na comunidade escolarizada; estimular o envolvimento escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; incentivar a um ambiente escolar de cariz seguro e saudável; evidenciar os fatores que reforçam os estilos de vida saudáveis e, em último lugar, encorajar à evolução dos princípios das escolas promotoras de saúde (MS, 2006). No seguimento destes objetivos, o PNSE planeia uma estratégia de intervenção global que contempla quatro aspetos principais: a saúde individual e coletiva; a inclusão escolar; o ambiente escolar e os estilos de vida (MS, 2006).

Apesar das linhas orientadoras deste programa serem explícitas é fundamental perceber o meio envolvente, ou seja, a comunidade e as suas vivências, e adaptá-las tendo em conta o contexto cultural e o meio socioeconómico garantindo que este projeto responde de imediato às questões mais urgentes da

²⁴ Referido em MS (2006)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

população em que atua, tal como confirma Serrano González (1997:26)²⁵: *“A educação para a saúde deve ser entendida como uma actividade intencional que requer um programa com a análise da realidade ou definição do problema, objectivos, actividades, conteúdos e definição e avaliação de um método de trabalho”*.

O Currículo Nacional do Ensino Básico já contempla as competências de carácter geral a serem trabalhadas durante os nove anos de escolaridade e identifica os temas transversais às diversas áreas disciplinares: educação para os direitos humanos, educação ambiental, educação para a saúde e o bem-estar mais especificamente a educação alimentar, a educação sexual e a educação para a prevenção de situações de risco pessoal (Motta, Costa, & Viana, 2008). Para além da importância da transversalidade é também igualmente importante construir uma equipa multidisciplinar para desenvolver este projeto como frisa Rodrigues (2006, .137)²⁶ que elucida que *“ a regra máxima é que estamos perante uma questão transversal e interdisciplinar, que não pode ser atacada por profissionais de saúde de forma isolada”*.

A necessidade de formar uma equipa multidisciplinar e todos trabalharem em conjunto com o objetivo comum de educar para a saúde, faz emergir a indispensabilidade dos mesmos se dotarem de determinadas competências para o sucesso desta operação. O próprio Ministério da Saúde (2006) reforça esta ideia de que é imprescindível que os profissionais quer de saúde quer de educação obtenham novas competências ou competências complementares, que lhes possibilitem uma crescente capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis na escola.

No entanto, para além de uma equipa multidisciplinar com formação apropriada para esta finalidade, é essencial que esta não seja apenas transmissora de informação, pois tal como afirma Serrano González (1997:614)²⁷ *“(...)os métodos tradicionais de intervenção educativa fracassaram, pois verificamos que só a*

²⁵ Referido em Antunes (2008)

²⁶ Referido em Motta et al (2008)

²⁷ Referido em Antunes (2008)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

informação, que efectivamente é necessária na educação para a saúde, tem pouca influência na mudança de atitudes preventivas". É fundamental que esta mesma equipa assuma o papel de agentes ativos no trabalho do desenvolvimento humano da criança, do seu meio escolar, e de toda a população envolvente, ou seja, é indispensável intervir e consolidar a informação promovendo a sua prática. Defendendo esta perceção Nóvoa (1988:128-9)²⁸ confirma que *"a formação faz-se na "produção" e não no "consumo" do saber (...), a formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes)"*. Infelizmente, apesar do Programa Nacional de Saúde Escolar e das competências mencionadas no currículo nacional, os currículos escolares, a organização de turmas, a sequência dos conteúdos programáticos têm permanecido praticamente inalteráveis. Por outro lado, o currículo oficial pouco discutido e conseqüentemente esquecido, ao nível das escolas, tem ficado limitado à execução dos programas disciplinares, distante de qualquer transversalidade que se previa suceder dos projetos curriculares de turma (Motta, et al, 2008).

Em conformidade com este défice entre a teoria e prática, Beane (2003: 91) sugere *"a ideia de que se deve utilizar a abordagem curricular integradora, colocando a ênfase nas unidades temáticas centradas em determinados problemas, colaborativamente planificadas pelos professores e pelos estudantes, enquadradas por uma comunidade de sala de aula democrática e informadas pelo conhecimento proveniente de diversas fontes dentro e para além das disciplinas académicas tradicionais."*

Desejando que a educação para a saúde e a política das escolas promotoras de saúde façam parte da realidade das escolas portuguesas fica a expectativa de que, posteriormente, o aluno possua as capacidades para cuidar da sua saúde e da dos seus semelhantes e, acima de tudo, para adquirir um estilo de vida que contenha o objetivo do que hoje em dia denominamos de saúde positiva, ou seja, o aperfeiçoamento de todas as suas faculdades físicas, mentais e sociais (Precioso, 2004).

²⁸ Referido em Antunes (2008)

2.4 Promoção da Saúde

“Os dados dos estudos epidemiológicos têm evidenciado cada vez mais, a importância da necessidade da promoção de comportamentos de saúde enfatizando a relação entre os principais problemas de saúde que afectam a humanidade e os estilos de vida actuais” (Doll e Hill, 1954; Smith e Krauss, 1998; Wooley e Wooley, 1984)²⁹

Intimamente ligada ao conceito de educação para a saúde, a promoção da saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Carta de Ottawa (1986:1)³⁰ como *“O processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”*. Este conceito esclarece que promover a saúde é consciencializar e dotar de conhecimento a sociedade para manter e se possível melhorar o seu estado saudável e não apenas prevenirem-se doenças. Esta mesma carta (OMS, 1986) esclarece que este deve ser um direito de todos, sem exceção, e que se baseia nos seguintes pré-requisitos: Paz, Abrigo, Educação, Alimentação, Recursos económicos, Ecosistema estável, Recursos Sustentáveis, Justiça social e Equidade.

A conferência de 1986 foi a primeira de seis realizadas até aos dias de hoje e para além dos seus pré-requisitos a carta de Ottawa indica também três importantes metas *“(...) defender a Promoção da Saúde e tudo o que para ela contribua; capacitar as pessoas para atingirem completamente o seu potencial de saúde; e mediar entre os diferentes interesses da sociedade para conseguir o maior nível de saúde possível”* (Carvalho, 2007:26). Este compromisso cujas três anteriores funções competem aos governos, profissionais de saúde, de serviço social e outros tal como a todos os indivíduos e organizações que se interessem pela Promoção da Saúde (WHO,1986; Morrondo, 2000)³¹ apoiou-se na promessa de intervir nas políticas públicas de saúde,

²⁹ Referido em Pereira et al. (2000: 147)

³⁰ Referido em Carvalho e Carvalho (s/d)

³¹ Referido em Carvalho (2007)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

combater as desigualdades no âmbito da saúde e reconhecer a saúde e a sua manutenção como o maior investimento social (OMS, 1986).

Reconhece-se assim que “(...) a promoção e a protecção da saúde das pessoas são essenciais para um desenvolvimento económico e social sustentável, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e para a paz no mundo” (WHO, 2003a:1)³².

Promover a saúde é apostar mais na prevenção do que no tratamento. É um conjunto de comportamentos e atitudes que melhoram um estilo de vida para mais saudável. A promoção da saúde não comporta imposições de comportamentos, investe sim em informar o indivíduo e desenvolver competências e confiança (*empowerment*) para que este tome uma opção informada, estando devidamente esclarecido do que perde ou ganha com elas, trabalhando assim com factos e não com a coação de opiniões. Deste modo, a promoção/educação para a saúde começou a ser compreendida como um fator indispensável colaborando favoravelmente no sentido de prevenir, educar, formar e informar para a tomada de decisões responsáveis no que diz respeito a situações potencialmente patogénicas (Antunes, 2008).

Idealizando futuros adultos com opções de vida mais saudáveis, educar/promover a saúde através da via privilegiada que é a escola é cada vez mais importante remetendo-nos para as já mencionadas escolas promotoras de saúde. Natário (1993)³³ confirma que “Aprender comportamentos de saúde na escola – Escola Promotora de Saúde, requer que os alunos não só adquiram conhecimentos como também adquiram competências que lhes permitam por em prática aquilo que aprendem, optando preferencialmente por estilos de vida saudáveis” (pp. 148).

Carvalho (2003)³⁴ reforça que para a construção e promoção da saúde pelas próprias pessoas, paradigma que consiste na mudança voluntária, consciente e sábia das atitudes e dos comportamentos em saúde, a Declaração Universal dos Direitos

³² Referido em Carvalho (2007)

³³ Referido em Pereira et al. (2000)

³⁴ Referido em Gonçalves e Carvalho (2010)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Humanos (ONU, 1950), nomeadamente no seu artigo 26º, o Relatório da Conferência Mundial sobre Educação para Todos (PNUD, UNESCO, UNICEF, Banco Mundial, 1990), o Relatório Delors (1996) para a UNESCO, a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), a União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde (IUHPE), entre outros, reconhecem que a ação educativa da escola contribui decididamente para esse objetivo ao desenvolver programas e estratégias que visem a promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e ao potenciar a justiça e equidade social, o desenvolvimento de competências, o “*empowerment*” e a “*literacia crítica*”.

Para o sucesso da aquisição e do desenvolvimento destas mesmas competências Pereira et al. (2000: 148) defendem que é importante que não seja só o meio escolar a estimular os comportamentos saudáveis: “*(...) é importante contextualizar este tipo de intervenções numa dimensão ecológica mais vasta, quer a partir de diferentes contextos (físico, familiar, escolar, social, cultural e económico), quer a partir de diferentes agentes (pais, professores, médicos, psicólogos, educadores e outros profissionais), que passam a ser modelos de identificação para mais novos*”.

É relevante referir ainda que intervir em promoção da saúde compreende cinco etapas: a governamental, relacionada com as decisões políticas e com a legislação; a ambiental, confirmando a vertente socio-ecológica da saúde; o aspeto comunitário, realçando o *empowerment*, ou seja, o reforço da confiança das capacidades da comunidade; as competências pessoais, empreendendo um desenvolvimento individual e social mais informado e educado para a saúde, fortalecendo as aprendizagens ao longo da vida; e a reorientação dos serviços, projetando a participação de todos para as alterações necessárias na educação e na formação de profissionais (Anastácio et al, 2005).

Operacionalizando estas etapas, existem também cinco tipos de abordagem à promoção da saúde apresentados por Ewles e Simnett (1999)³⁵: abordagem médica, que promove a intervenção médica para prevenir doença ou melhorar a saúde; mudança de comportamento incitando a adoção de atitudes próprias de estilos de

³⁵ Referido em Pereira e Carvalho (2008)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

vida saudáveis; educacional através da informação sobre as causas e efeitos de fatores prejudiciais, da exploração de atitudes e valores, de direitos individuais de escolha e da responsabilidade dos promotores de saúde quanto aos objetivos pedagógicos; centrada no cliente identificando questões de saúde, escolhas e atividades do cliente procurando a autocapacitação do mesmo; e a mudança social que se baseia nas ações políticas e sociais em prol da facilitação das escolhas saudáveis.

A reter, a Educação para a Saúde é um pré-requisito essencial nos programas de Promoção da Saúde, na procura da criação de uma consciência pública apoiada por condições ambientais e legislativas que conduzam a um estado de saúde sustentado (Ribeiro, 1987, cit. in Basto, 2000)³⁶.

³⁶ Referido em Fontes (2007)

2.5 Animação Socioeducativa: conceitos, métodos e finalidades

Na apresentação e caracterização da Animação Socioeducativa é imprescindível analisar a Animação Sociocultural – a base de todas as vertentes que a Animação contém. De várias definições existentes para a Animação Sociocultural Jaume Trilla (1998) descreve-a como um conjunto de ações executadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade (ou num sector da mesma) e dentro do campo de ação de um território concreto, com o objetivo primordial de impulsionar nos seus membros uma postura de participação ativa no decurso do seu próprio desenvolvimento social e cultural. A complementar esta afirmação, Matoso (2008) confere que independentemente do contexto, as atividades implementadas pela animação são sempre complexas e multidisciplinares, envolvendo os diversos ingredientes da sociedade: economia, política, educação, cultura, meio ambiente, etc. A robustez da Animação tem início na carência profunda do Homem atual fazer experiências dinâmicas e intensas, por antítese à monotonia e à repetição do seu quotidiano. Desta forma, buscam-se espaços e tempos que permitam sensações fortes e experiências onde seja possível revelar criativamente as magnificências de cada um. Assim, a animação possui princípios e instrumentos pedagógicos essenciais ao seu método (Jardim, 2002).

Em larga escala a animação tem como missão apelar à universalidade do que é comum entre as comunidades, destacando as diferenças; evidenciar a existência da democracia e da sua realidade que é o conhecimento da cidadania individual e coletiva. Nos momentos mais recentes, resultante do destaque da democracia, a animação surge a consciencializar para a diversidade, para a diferença, para a liberdade, para a multiculturalidade e para a solidariedade (Bento, 2006).

Embora a Animação seja uma forma de promover o desenvolvimento individual e coletivo, a participação e a educação, Lopes (2008)³⁷ acautela que é essencial não confundir os conceitos de educação e escolaridade, pois a educação é anterior à escola, antes de existirem escolas já existiam práticas educativas e como

³⁷ Referido em Canto (s/d)

tal o sistema educativo deve permitir a coabitação das três variantes da educação: formal, não formal e informal. Intrinsecamente inserida na educação não formal, a vertente educativa da Animação – A Animação Socioeducativa – é definida por Pérez (2006) como uma forma de animação que procura essencialmente a educação do e no tempo livre das crianças, jovens e também adultos, por via do jogo e das atividades aprazíveis em grupo. Esta animação educativa ou pedagógica trabalha no sentido de desenvolver a motivação para a formação contínua, recorrendo a métodos ativos e técnicas de participação nos procedimentos de ensino-aprendizagem. *“A animação é um estilo educativo entre os muitos existentes na tarefa educativa das sociedades contemporâneas: pressupõe uma intencionalidade (objectivos educativos), uma operacionalização dos objectivos através de um modo específico de intervir (estratégias educativas) e um processo sucessivo com acções graduais (itinerário educativo)”* (Jardim, 2002:29).

Esta via educacional extra sala de aula, a animação, estritamente direccionada para conteúdos educativos e de forma mais geral para o desenvolvimento humano saudável assenta a sua estratégia na promoção de uma educação em contexto não formal e tende a uma educação global e permanente de carácter lúdico, criativo e participativo (Pereira et al, 2008)³⁸. O vigente método de interação social, neste caso com os mais novos, não se limita à introdução dos diversos conceitos, trabalha-os e incita a um desenvolvimento social e comunitário de forma participada. Por outras palavras é urgente observar a educação como algo que vai mais além do que proporcionar/transmitir conhecimentos, ou seja, como um elo de ligação do indivíduo à comunidade, uma forma para comunicar, um meio para promover a expressividade, a criatividade e a confiança (Canto, s/d).

Apesar de ser indispensável trabalhar este aspeto educativo não formal, não se pode minimizar a importância das outras duas vertentes da educação, considerando que o desejável seja implementar as três de forma equilibrada. Trilla (1998)³⁹ clarifica que de modo geral, no contexto escolar, geram-se processos destes

³⁸ Referido em Canto (s/d)

³⁹ Referido em Canto (s/d)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

três tipos de educação: a formal; a informal, através das relações de pares o que também é apelidado de currículo oculto; e a não formal constituída pelas atividades extracurriculares.

Indispensável é também o papel da família, pois a intervenção socioeducativa pode verificar e tentar combater fragilidades e instabilidades familiares. Juntamente com a negligência surgem outras problemáticas: uma criança que padece de negligência pode ser em simultâneo uma criança que se sente desmotivada para brincar e para o jogo, em situação de abandono escolar, com pouca mobilização de recursos, que vive situações de habitabilidade precária e que não dispõe de proteção à saúde (Lopes, 2010).

No âmbito do tema deste trabalho faz todo o sentido referirmo-nos à animação sociocultural na Infância, área onde Pere Soler (2008)⁴⁰ define uma tríade de funções constituída pelo desenvolvimento social que consiste em fomentar o carácter transversal e intergeracional, pelo desenvolvimento cultural que estimula potencialidades educativas, terapêuticas e de variados desafios e o trabalho socioeducativo com a elaboração de programas de tempo livre e ócio. No contexto da animação infantil Trilla, (1998: 209) confirma que *“(...) nos programas de intervenção, nas actividades e metodologias, encontraremos processos específicos e diferenciais, fruto, por um lado do ajustamento às características e necessidades dos grupos destinatários da sua acção e, por outro lado, da estreita relação com a pedagogia do ócio”*, ou seja, os métodos de ensinos usados nesses momentos de tempos livres.

Sutton-Smith (1967)⁴¹ classifica a atividade lúdica como um método que colabora para a autonomia, flexibilidade e criatividade da criança, desenvolvendo através do jogo soluções inovadoras, contrariando a reprodução de ideias convencionais.

⁴⁰ Referido em Canto (s/d)

⁴¹ Referido em Pereira e Carvalho (2008)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

O animador socioeducativo está creditado para trabalhar os tempos livres e o ócio com os mais pequenos e até mesmo com os adolescentes ou idosos, ou seja, realizar intervenção socioeducativa com crianças e jovens, mas também se apresenta capaz de cumprir com outros âmbitos de atividade, tais como o desenvolvimento local e intervenção comunitária, a animação e gestão sociocultural, educação e formação de adultos e inclusão social e diversidade (ESEC, s/d).

De um modo geral o trabalho sociocultural funda-se num conjunto de ações desenvolvidas a partir do conhecimento de uma realidade, que procura incentivar os indivíduos, para a sua participação com o objetivo de se transformarem em agentes dos seus próprios processos de desenvolvimento e das comunidades onde se encontram (APDASC, s/d a). As estratégias da Animação Sociocultural podem ser visualizadas de uma forma tridimensional, sendo elas: a dimensão etária, ou seja os públicos com que trabalha desde o infantil à terceira idade como já foi anteriormente referido; o espaço de intervenção remetendo para áreas urbanas ou rurais; e a pluralidade de âmbitos no que diz respeito a sectores de áreas temáticas como por exemplo a educação, os tempos livres, a saúde, o ambiente, o turismo, a comunidade, o comércio, o trabalho, etc. (Costa, 2010).

Analisando ainda a documentação da APDASC – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural confirmamos que a missão da Animação Sociocultural, baseada em valores, propósitos e finalidades humanas próprios, é a autonomia pessoal e a melhoria da convivência humana, assente numa base cultural (APDASC, s/d b).

O trabalho socioeducativo é completo, visto que se inicia com um diagnóstico atravessando as fases do planeamento e da intervenção e termina com a avaliação de todo o processo. A evolução de um projeto prevê planeamento, execução e avaliação. No decorrer destas várias fases é fulcral existir cooperação de modo a que o conhecimento possa ser partilhado e dividido entre os indivíduos da comunidade de aprendizagem (Castro & Ricardo, 1994).

O animador não é um portador de soluções, mas sim um gestor do projeto onde trabalha “com” e não “para” o público-alvo de encontro ao seu objetivo. A

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

APDASC (s/d) reforça o papel dos animadores através do estatuto do animador sociocultural onde refere que o animador sociocultural, sendo detentor de formação adequada, possui a competência de elaborar e executar um plano de intervenção, numa comunidade, instituição ou organismo, empregando técnicas culturais, sociais, educativas, desportivas, recreativas e lúdicas.

Em suma, ter a animação como profissão é posicionar-se entre a do educador social e a do agente social puro (Trilla, 1998). E todo o trabalho sociocultural e socioeducativo remete para um *“(...) conjunto de técnicas e metodologias que têm a finalidade de potenciar os processos de normalização das actividades da vida quotidiana da pessoas, de provocar o desenvolvimento das capacidades preservadas e ao mesmo tempo ajudar a recuperar as perdidas.”* (Vidal, 2000: p.13)⁴²

⁴² Referido em Costa (2010)

CAPÍTULO III

Metodologia

Este capítulo tem como propósito apresentar e fundamentar a metodologia utilizada na presente investigação. Inicialmente pretende-se descrever o estudo realizado, seguido da caracterização da população e amostras selecionadas. Posteriormente justificar-se-á a escolha da técnica de recolha de dados descrevendo também o instrumento utilizado.

Por fim, é descrita a forma como foram recolhidos, tratados e analisados os dados apurados.

3.1 Descrição do estudo

A presente investigação fundamenta-se no uso de um método preferencialmente quantitativo através da aplicação de um inquérito por questionário misto, ou seja, com várias questões de resposta fechada e apenas duas de resposta aberta. Assim, este trabalho consistiu em questionar cinquenta profissionais da área da Saúde e cinquenta profissionais da área da Animação. Este procedimento teve como intuito o de auscultar as perceções dos profissionais que contactam com jovens acerca dos seus níveis de conhecimento sobre determinados temas da Saúde. Juntamente com este interesse, procurou-se também perceber qual a opinião e disponibilidade por parte dos profissionais quer de saúde quer de animação para elaborarem em conjunto todo um programa de promoção da saúde dirigido à população juvenil.

Após a validação do referido questionário, igual para ambos os grupos de profissionais, procedeu-se à recolha dos dados e posteriormente à sua análise.

3.2 População e amostra

A população deste estudo é determinada por dois grupos divergentes quanto à sua formação académica e experiências profissionais. Trata-se de um grupo

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

constituído por profissionais das várias especialidades da Saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas e farmacêuticos) e de um outro composto por profissionais da Animação abrangendo também as suas variadas vertentes (socioeducativa e sociocultural).

Considerando a magnitude destes dois grandes grupos, selecionou-se uma amostra de conveniência, seguindo-se uma amostragem não probabilística. Esta escolha baseou-se na possibilidade de recolha de uma boa quantidade de informação e da não intervenção do inquiridor por se tratar de um fator que pode condicionar as respostas. Quanto ao facto de ser uma amostra por conveniência, esta opção foi tomada devido à proximidade física e às relações interpessoais com um vasto grupo de pessoas de ambas as áreas com quem a investigadora tem contacto.

3.3 Técnica e instrumento de recolha de dados

Tendo em consideração os objetivos desta investigação e a amostra selecionada, e admitindo o cariz quantitativo do estudo, foi adotada a técnica do inquérito por questionário.

O questionário *“é um instrumento para recolha de dados constituído por um conjunto mais ou menos amplo de perguntas e questões que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar.”* (Hoz, 1985:58)⁴³

No processo de construção deste questionário, as questões formuladas foram direcionadas para dois principais objetivos deste estudo. Inicialmente tratou-se de diagnosticar as perceções dos profissionais de saúde e de animação sobre os conhecimentos dos jovens face às temáticas da sexualidade, alimentação, comportamentos de risco, ambiente, higiene e segurança e atividade física. Em segundo lugar, verificar o interesse por parte dos profissionais quer da área da saúde quer da área de animação em trabalhar em conjunto.

Numa segunda parte a intenção foi a de verificar quais os tipos de atividades ou projetos de intervenção juntamente com os apoios, as parcerias e os métodos, que

⁴³ Referido em Anastácio, 2010

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

se podem futuramente realizar através de uma equipa multidisciplinar de profissionais de ambas as áreas, tendo como objetivo comum a promoção da saúde entre os mais jovens.

Assim sendo, o questionário, que se encontra no final da presente investigação em “Anexo I – Questionário”, está organizado por quatro secções:

- a primeira, estruturada para a devida identificação da área profissional, género e idade do inquirido (cabeçalho do questionário);
- a segunda consiste em questões de resposta fechada, de escolha múltipla, onde o inquirido responde com base na sua perceção acerca dos conhecimentos dos jovens sobre os vários temas da saúde (da questão número um à questão número dezasseis);
- uma terceira parte com questões direcionadas ao inquirido, onde se procura saber a sua opinião sobre a educação para a saúde e os estilos de vida mais saudáveis (questão número dezassete);
- e finalmente a quarta e última secção onde são colocadas, também diretamente ao inquirido, perguntas de resposta aberta sobre o uso das ferramentas da Animação Socioeducativa para promover a saúde, e onde se dá espaço para apontar propostas de atividades/projetos de intervenção futuros, bem como se questiona a sua participação ou não em projetos já desenvolvidos neste campo (questões número dezoito, dezanove, vinte e vinte e um).

Após a elaboração do referido questionário, o mesmo foi sujeito à apreciação e aprovação da orientadora desta investigação de modo a averiguar a adequação das questões aos objetivos e a sua pertinência. A validação do questionário foi efetuada através de um estudo piloto com dez profissionais, cinco da área de Animação e cinco da área de Saúde, num ambiente calmo de uma biblioteca onde a investigadora esteve presente com a finalidade de verificar se surgiam dúvidas ou dificuldades de comunicação ou entendimento correto das questões. Estes profissionais compreenderam e preencheram o questionário sem apresentarem dúvidas de compreensão ou quaisquer outras dificuldades, sugerindo apenas algumas alterações a nível de formatação e organização das questões. Uma vez efetuadas todas as pequenas reformulações necessárias de modo a resolver os problemas detetados, o

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

questionário foi aplicado aos sujeitos que aceitaram participar na investigação. Os questionários foram aplicados à amostra definitiva por via de correio eletrónico com a vantagem de dar tempo, espaço e privacidade ao inquirido para colaborar da melhor forma nesta investigação.

3.4 Recolha de dados

Depois de administrados os questionários, os destinatários, isto é, os profissionais de saúde e de animação, retornaram a mensagem eletrónica enviada, com o respetivo questionário já preenchido em anexo. Os mesmos foram transferidos para uma pasta comum, sem identificação, para que fosse garantido o anonimato aquando do tratamento de dados de todos os questionários.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados elaborada para o efeito no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.0), correspondendo cada coluna vertical a uma questão e/ou variável, e cada linha horizontal a um inquirido.

Após a codificação de todos os questionários com a inicial “S” de profissional de saúde ou com a inicial “A” de profissional de animação, seguida de um número de um a cinquenta por ordem de receção dos questionários, foram introduzidas todas as respostas neste mesmo programa perfazendo um total de 100 casos. Também as respostas fechadas foram codificadas através da atribuição de um número à opção de resposta apresentada.

Quanto às questões de resposta aberta, as mesmas foram devidamente lidas e organizadas por grupos de opinião, categorizando cada grupo com um número a inserir em cada célula, tal como no processo de respostas fechadas. Nas seguintes tabelas estão referidas as categorias pelas quais foram organizadas as várias respostas às questões de resposta aberta – questão 17 e questão 18:

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 1: Codificação de grupos de opiniões quanto às ferramentas de Animação Socioeducativa

	Questão 17
Código de grupo de opinião	Ferramentas de ASE (Animação Socioeducativa)
1	Motivação para hábitos saudáveis;
2	Atividades lúdico-educativas;
3	Projetos em parcerias;
4	Potencializar competências afetivo-comportamentais;
5	Operacionalizar metodologias de ASE;
6	Desconhecimento de ASE;
7	Atividades entre idades e meios socioeconómicos diferentes;
8	Formação e desenvolvimento pessoal;
9	Projeto de intervenção;
10	Sensibilização e Prevenção.

Tabela 2: Codificação dos grupos de opinião quanto aos tipos de intervenção

	Questão 18
Código de grupo de opinião	Tipos de intervenção
1	Atividades escolares;
2	Atividades lúdicas;
3	Eventos informativos;
4	Sessões formativas e interativas;
5	Sessões de esclarecimento e avaliação individual de saúde;
6	Ações de sensibilização e prevenção;
7	Eventos de incentivo à prática de desporto;
8	Estímulos ao desenvolvimento pessoal;
9	Participação ativa dos jovens em programas de promoção da saúde;
10	Intervenção de equipas multidisciplinares;
11	Espaços de divulgação e promoção da saúde;
12	Formação parental;
13	Projetos de promoção da saúde em parceria com os poderes autárquicos, paroquiais e escolares;
14	Formação de voluntários;
15	Desconhece essa possibilidade;
16	Trabalho de investigação e cooperação estratégica.

No entanto, existem situações divergentes desta descrição que devem ser referidas e devidamente esclarecida a forma como foram tratadas:

- i) Questões não respondidas: as questões às quais os inquiridos não responderam correspondem a uma célula vazia, ou seja, não são contabilizadas para o apuramento de resultados;
- ii) Questões com opção “outro(s)”: em algumas questões de resposta fechada foi dada a opção “outro(s)” (questão número um, dezasseis e dezassete) com o respetivo espaço para que fosse enunciada alguma outra hipótese que o inquirido entendesse referir. No entanto, as poucas hipóteses apontadas nesses espaços foram todas mais tarde enunciadas nas questões de resposta aberta que mereceram o devido tratamento e análise, não justificando assim a necessidade de tratar as opções “outro(s)” separadamente.

CAPÍTULO IV

Apresentação e discussão dos resultados

O presente capítulo serve para a apresentação e discussão dos resultados apurados nesta investigação em concordância com os objetivos delineados para a mesma. Esta etapa está organizada pela ordem que as questões apresentavam no questionário. Apresenta-se de imediato a descrição dos resultados daí apurados, bem como os resultados dos testes estatísticos aplicados.

Para uma boa compreensão são apresentados de seguida os dados de caracterização da amostra de profissionais que responderam ao questionário. Esta foi composta por 100 indivíduos, sendo 50 da área profissional de animação e 50 da área profissional de saúde.

Após a recolha de todos os questionários os mesmos foram codificados com um “A” no caso dos questionários respeitantes á área de Animação e com um “S” os que correspondem á área da Saúde, seguidos de um número desde um a cinquenta.

Verifica-se ainda que, a média de idades da amostra é aproximadamente de 26,16 tendo como idade mínima os 18 anos e como idade máxima os 56 anos. Por fim, a presente amostra envolve 81 indivíduos do género feminino e 19 do género masculino.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

1ª Questão: “Indique a sua percepção sobre os conhecimentos dos jovens nos seguintes temas”:

Os dados abaixo apresentados traduzem as frequências, isto é, quantas vezes foi selecionada cada avaliação para cada tema da saúde.

Tabela 3: Frequências das percepções sobre os conhecimentos dos jovens face aos temas

	Alimentação	Sexualidade	Higiene	Segurança	Ambiente	Com. de Risco	A. Física
Muito Fraco	2	2	1	1	3	9	0
Fraco	35	34	10	37	33	45	15
Suficiente	40	40	35	38	38	31	47
Bom	22	20	51	21	21	9	33
Muito Bom	0	4	2	2	5	5	4

Relativamente aos conhecimentos dos jovens sobre os vários temas relacionados com a saúde constatou-se que, de um modo geral, os profissionais de saúde têm melhor percepção do que os profissionais de animação, apresentando valores médios mais elevados em todos os itens.

Comparando a percepção de profissionais de saúde com a percepção de profissionais de animação através da aplicação do teste T, verificou-se que as diferenças são significativas nos itens sexualidade e comportamentos de risco.

Tabela 4: Percepções dos conhecimentos dos jovens segundo a área profissional e teste T

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão	T	p
Percepção sobre a alimentação	Animação	49	2,82	0,75	-0,147	0,883
	Saúde	50	2,84	0,84	-0,147	0,883

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Perceção sobre a sexualidade	Animação	50	2,70	0,76	-2,317	0,023
	Saúde	50	3,10	0,95	-2,317	0,023
Perceção sobre a higiene	Animação	49	3,37	0,78	-0,885	0,378
	Saúde	50	3,50	0,71	-0,884	0,379
Perceção sobre a segurança	Animação	50	2,80	0,81	-0,705	0,483
	Saúde	49	2,92	0,86	-0,705	0,483
Perceção sobre o Ambiente	Animação	50	2,78	0,86	-1,518	0,132
	Saúde	50	3,06	0,98	-1,518	0,132
Perceção sobre comportamentos de risco	Animação	49	2,27	0,81	-3,104	0,002
	Saúde	50	2,84	1,02	-3,111	0,002
Perceção sobre a atividade física	Animação	50	3,26	0,80	-0,034	0,973
	Saúde	49	3,27	0,73	-0,034	0,973

Comparando as médias do género masculino e com o género feminino, verificou-se que os profissionais do género masculino apresentaram melhores perceções do que as profissionais do género feminino, exceto para os temas segurança e ambiente. No entanto, ao aplicar o teste T, as diferenças não se revelaram significativas.

A correlação entre a idade e a perceção sobre a alimentação indica um valor significativo. No entanto trata-se de uma correlação negativa e de intensidade fraca o que significa que à medida que aumenta a idade baixa o valor nas perceções. É de concluir que os profissionais mais velhos têm perceções de que os conhecimentos dos jovens nestes temas é mais fraco do que os profissionais mais jovens.

Tabela 5: Correlações entre a idade dos profissionais e a Percepções dos conhecimentos dos jovens

		Idade	Percepção sobre a alimentação	Percepção sobre a sexualidade	Percepção sobre a higiene	Percepção sobre a segurança	Percepção sobre o Ambiente	Percepção sobre comportamentos de risco	Percepção sobre a atividade física
Idade	Correlação de Pearson	1	-,242	-,147	,005	-,022	,095	-,058	-,100
	Sig. (2-tailed)		,019	,155	,966	,835	,360	,577	,338
	N	95	94	95	94	94	95	95	94

Na análise das ordens médias obtidas pelos diferentes grupos de classes de idade para cada tipo de percepção foi possível observar que na percepção da alimentação e na percepção da sexualidade e as classes de <=20 e de 21-25 foram as que obtiveram um valor mais elevado e a de 36-40 o valor mais baixo. Na percepção da higiene e dos comportamentos de risco registaram-se ordens médias mais altas nas classes <=20 e 31-35 e a mais baixa registou-se na classe 36-40. No item segurança - a classe <=20 assumiu um valor médio mais alto. No item ambiente os profissionais mais velhos (>40) surgiram com a ordem média maior e na atividade física a classe de 31-35 teve igualmente uma ordem média superior. Nestes últimos três itens, o valor mais baixo continuou a surgir na classe de 36-40. No entanto, o teste de Kruskal-Wallis não indicou nenhuma diferença significativa entre os grupos.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

2ª Questão: “Avalie de forma geral a estrutura dos jovens quanto à relação peso – altura”:

A tabela seguinte indica o número de vezes que os profissionais consideraram a relação peso - altura dos jovens segundo os seguintes parâmetros.

Tabela 6: Frequências para a avaliação dos profissionais quanto à relação peso - altura dos jovens

	Peso – altura
Muito magro	0
Magro	10
Normal	52
Forte	36
Muito Forte	1

Analisando a avaliação da relação peso-altura dos jovens por grupos de profissionais verificou-se que os profissionais de saúde revelaram uma média de avaliação da estrutura dos jovens superior aos profissionais de Animação.

Contudo ao aplicar o teste T, não se encontraram valores que indiquem diferenças significativas.

Tabela 7: Relação peso – altura dos jovens segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Relação peso-altura	Animação	50	3,22	0,62
	Saúde	49	3,35	0,69

No que diz respeito aos géneros, o género feminino revelou uma média superior acerca da avaliação que efetua sobre a estrutura dos jovens. No entanto, com o teste T, também não se encontram diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 8: Avaliação da relação peso-altura dos jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Relação peso-altura	Masculino	18	3,22	0,65
	Feminino	81	3,30	0,66

A correlação entre a idade e a avaliação da relação peso-altura não traduz valores significativos.

Na relação peso-altura a classe de 26 aos 30 anos registou uma ordem média superior. Por sua vez, as classes ≤ 20 e de 36-40 assumem uma ordem média mais baixa. No entanto as diferenças entre os grupos de classes não são significativas.

Tabela 9: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades organizadas por classes

	Classes de idades	N	Média
Relação peso-altura	≤ 20	3	34,00
	21-25	64	44,79
	26-30	18	58,33
	31-35	3	48,17
	36-40	1	34,00
	≥ 40	5	53,60
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

3ª Questão: “Assinale o tipo de cozinhados que acha que os jovens ingerem com mais frequência”:

Os resultados apresentados na figura abaixo anunciados correspondem às frequências, ou seja, quantas vezes foi selecionado cada tipo de cozinhado ingerido pelos jovens segundo a percepção dos profissionais inquiridos. O tipo fast-food seguido do tipo frito são os mais assinalados. Nenhum profissional considerou que os jovens ingeriram frequentemente cozidos, guisados e assados.

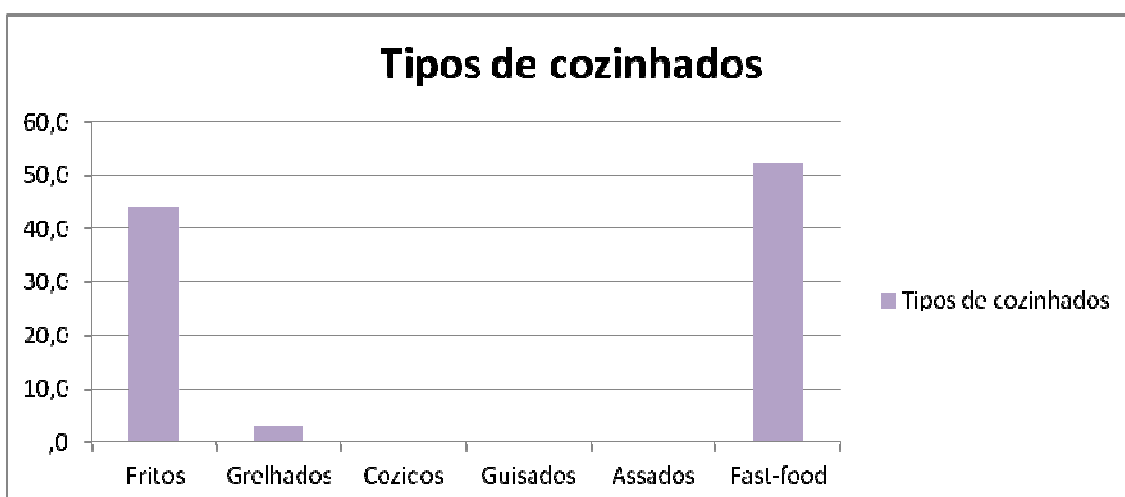


Figura 3: Frequências para o tipo de cozinhados ingeridos pelos jovens

De acordo com a área profissional constatou-se que mais profissionais de animação indicaram que os jovens preferem os fritos, enquanto mais profissionais de saúde registaram a preferência por *fast-food*. Também só estes últimos indicaram a preferência por grelhados.

Entre as diferentes áreas, a área da Saúde é a que tem média mais elevada no que diz respeito ao tipo de alimentação dos jovens.

No teste t não se registam valores significativos.

Tabela 10: Crosstabs para tipos de cozinhados que os jovens ingerem segundo as áreas profissionais

		Área Profissional		Total
		Animação	Saúde	
Tipo de cozinhados	Fritos	24	20	44
	Grelhados	0	3	3
	Cozidos	0	0	0
	Guisados	0	0	0
	Assados	0	0	0
	Fast-food	25	27	52

Cruzando o género com a perceção de preferência dos cozinhados verificou-se que o feminino foi o que se salientou ao assinalar fast-food como os cozinhados que os jovens mais ingerem.

Tabela 11: Crosstabs para tipos de cozinhados que os jovens ingerem e o género dos profissionais

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Tipo de cozinhados	Fritos	11	33	44
	Grelhados	1	2	3
	Cozidos	0	0	0
	Guisados	0	0	0
	Assados	0	0	0
	Fast-food	6	46	52

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

4ª Questão: “No que diz respeito a noções de contraceção, considera que os jovens estão”:

No âmbito desta questão, a seguinte tabela mostra as frequências das respostas dos profissionais sobre a sua perceção das noções de contraceção dos jovens.

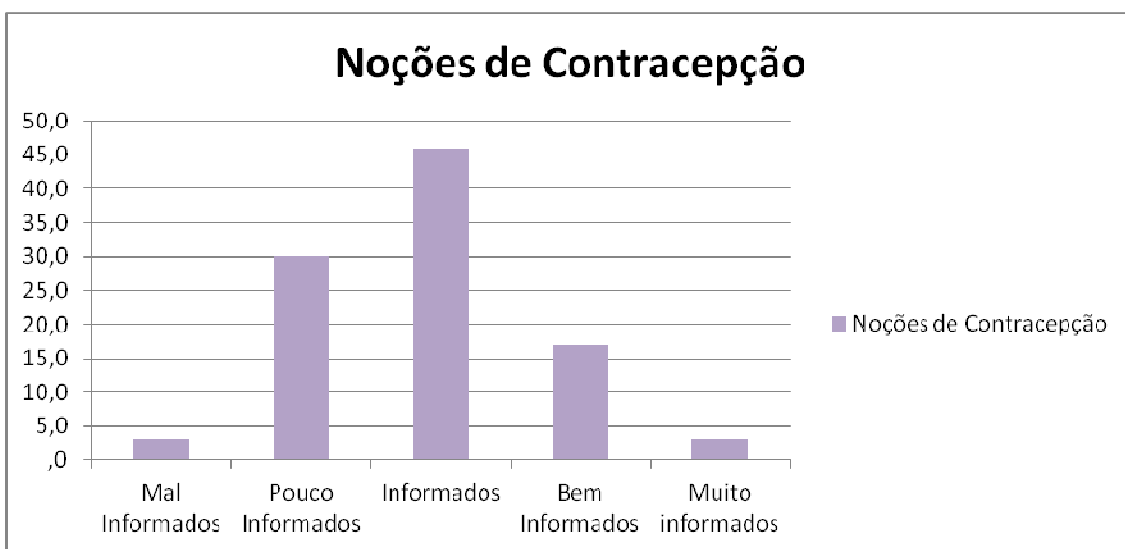


Figura 4: Frequências para a percepção sobre noções de contraceção dos jovens

Comparando as médias para a percepção sobre as noções de contraceção dos jovens por grupos profissionais, verificou-se que o grupo da Saúde apresentou o valor mais elevado e o o grupo da animação registou o valor mais baixo.

No teste T não sugiram diferenças significativas.

Tabela 12: Frequências da avaliação das noções de contraceção dos jovens pelas duas áreas de profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Noções de Contraceção	Animação	49	2,84	0,90
	Saúde	50	2,90	0,79

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Comparando as percepções por género, notou-se que o género masculino obteve uma média ligeiramente mais elevada do que o género feminino, o que significa que tem uma percepção melhor sobre as noções de contraceção dos jovens.

Porém, realizando o teste T não foram encontradas quaisquer diferenças significativas.

Tabela 13: Avaliação das noções de contraceção dos jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Noções de Contraceção	Masculino	18	2,89	1,13
	Feminino	81	2,86	0,77

A correlação entre a idade e as noções de contraceção é uma correlação de valor significativo apresentando-se negativa e de fraca intensidade (tabela seguinte), o que indica que os profissionais mais jovens têm uma melhor percepção sobre as noções de contraceção dos jovens do que os profissionais mais velhos.

Tabela 14: Correlação entre a idade dos profissionais e as noções de contraceção dos jovens

		Idade	Noções de Contraceção
Idade	Correlação de Pearson	1	-,228
	Sig. (2-tailed)		,027
	N	95	94

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis para o fator idade, por classes, verificou-se o valor mais elevado na classe de 31-35 e o mais baixo na classe de 36-40 e obtiveram-se diferenças significativas ($X^2=13,804$; $p=0,017$).

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 15: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Noções de Contraceção	<= 20	3	53,50
	21-25	64	48,98
	26-30	18	48,56
	31-35	2	83,00
	36-40	1	2,00
	>= 40	6	21,25
	Total	94	

O teste de Mann-Whitney estabeleceu essas diferenças entre os grupos de <=20 anos e 31-35 (U=0,000; p=0,046); de <=20 e >40 (U=1,500; p=0,034); de 21-25 e >40 (U=79,500; p=0,012); de 26-30 e 31-35 (U=3,000; p=0,040); de 26-30 e >40 (U=20,000; p=0,014); e de 31-35 e >40 (U=0,000; p=0,032).

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

5ª Questão: “Indique qual é para si o nível de influência da ingestão de álcool nos comportamentos sexuais dos jovens”:

A seguinte tabela revela os resultados das frequências da relevância atribuída pelos profissionais quanto à influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens.

Tabela 16: Frequências para percepção dos profissionais sobre a influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens

	Influência do álcool nos comportamentos sexuais
Nenhuma influência	0
Pouca Influência	1
Alguma Influência	52
Muita Influência	46

Quanto ao nível de influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens, os profissionais de Saúde registaram uma média ligeiramente mais elevada do que os profissionais de Animação. No entanto ao efectuar o teste T não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 17: Avaliação do nível de influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Influência do álcool nos comportamentos sexuais	Animação	49	3,41	0,54
	Saúde	50	3,50	0,51

Verificando as médias entre géneros verificou-se que o género feminino manifestou uma média mais elevada no que corresponde à sua noção sobre a influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens.

Com o teste T não se registaram diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 18: Avaliação do nível de influência do álcool nos comportamentos sexuais dos jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Influência do álcool nos comportamentos sexuais	Masculino	18	3,39	0,50
	Feminino	81	3,47	0,53

Testando a correlação entre a idade e a perceção de influência do álcool nos comportamentos sexuais não se verificaram valores significativos.

Analisando por classes, constatou-se que a de 36-40 obteve a ordem média mais alta. Já as classes de ≤ 20 e > 40 indicaram os valores mais baixos deste teste, o qual não apontou as diferenças como significativas.

Tabela 19: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Influência do álcool nos comportamentos sexuais	≤ 20	3	41,50
	21-25	64	47,41
	26-30	18	49,25
	31-35	2	49,25
	36-40	1	72,50
	≥ 40	6	41,50
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

6ª Questão: “Assinale como se costumam apresentar os jovens a nível de higiene corporal.”

A tabela seguinte menciona as frequências da percepção dos profissionais em relação ao nível de higiene corporal dos jovens. Verificou-se que a maioria apresenta um nível de higiene corporal cuidado.

Tabela 20: Frequências para a percepção do nível de higiene corporal dos jovens

	Higiene corporal dos jovens
Sem Cuidados	1
Poucos Cuidados	7
Cuidados	59
Bem Cuidados	32
Muito Cuidados	0

Comparando os dois grupos de profissionais constatou-se que o da área da Saúde registou um valor médio ligeiramente superior ao da área da Animação, o que indica ter melhor opinião acerca da higiene corporal dos jovens

Na realização do teste T os valores obtidos não denotaram diferenças significativas.

Tabela 21: Percepção sobre a higiene corporal dos jovens segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Apresentação da higiene corporal dos jovens	Animação	49	3,22	0,59
	Saúde	50	3,24	0,66

Relacionando esta percepção com o fator género, notou-se que o género feminino alcançou um valor ligeiramente mais elevado do que o género masculino.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Verificando o teste T não se encontraram diferenças significativas para os valores obtidos.

Tabela 22: Avaliação da apresentação da higiene corporal dos jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Apresentação da higiene corporal dos jovens	Masculino	18	3,17	0,38
	Feminino	81	3,25	0,66

A correlação entre a idade e a apresentação dos jovens quanto à higiene corporal foi uma correlação significativa, negativa e de intensidade baixa, indicando que os profissionais mais jovens tenderam a considerar que os jovens se apresentam mais bem cuidados, comparativamente aos profissionais mais velhos.

Tabela 23: Correlação entre a idade dos profissionais e a apresentação da higiene corporal dos jovens

		Idade	Apresentação da higiene corporal dos jovens
Idade	Correlação de Pearson	1	-,222
	Sig. (2-tailed)		,032
	N	95	94

Na apresentação da higiene corporal foi dos jovens a classe ≤ 20 destaca-se com o valor mais alto. O valor mais baixo situou-se na classe dos >40 . Contudo não foram encontradas diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 24: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para Higiene Corporal e idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Apresentação da higiene corporal dos jovens	<= 20	3	65,00
	21-25	64	49,85
	26-30	18	43,72
	31-35	2	36,00
	36-40	1	36,00
	>= 40	6	30,75
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

7ª Questão: “Em relação à higiene oral tem verificado que, em geral, os jovens são”:

A seguinte tabela apresenta as frequências da percepção dos profissionais quanto à higiene oral dos jovens. No geral observou-se que os jovens estão com valores próximos entre os itens de pouco preocupados e preocupados.

Tabela 25: Frequências da avaliação da preocupação dos jovens com a higiene oral

	Higiene oral dos jovens
Despreocupados	6
Pouco Preocupados	44
Preocupados	47
Muito Preocupados	2

Sobre a higiene oral dos jovens os profissionais da área de Animação obtiveram uma média ligeiramente mais elevada do que os profissionais da área da Saúde.

Após aplicar o teste T não se registaram diferenças significativas.

Tabela 26: Percepção sobre a preocupação dos jovens com a higiene oral segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Higiene oral dos jovens	Animação	49	2,47	0,71
	Saúde	50	2,44	0,58

Analisando a influência do fator género na percepção sobre a higiene oral dos jovens verificou-se que a média do grupo do género feminino foi superior à média do grupo do género masculino.

No teste T não se observaram valores que indicassem diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 27: Avaliação da preocupação dos jovens com a higiene oral segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Higiene oral dos jovens	Masculino	18	2,39	0,70
	Feminino	81	2,47	0,63

A correlação entre idade e perceção sobre a higiene oral dos jovens não revelou dados significativos.

Analisando a perceção sobre a higiene oral dos jovens por classes verificou-se que a que albergou a ordem média mais alta foi a de ≤ 20 e a que suportou a ordem média mais baixa foi a de 36-40.

Tabela 28: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades das profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Higiene oral dos jovens	≤ 20	3	70,00
	21-25	64	49,84
	26-30	18	38,72
	31-35	2	48,50
	36-40	1	3,50
	≥ 40	6	44,58
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

8ª Questão: “Considera que os jovens têm condutas protectoras face a abordagens ou ataques pessoais?”

Os dados abaixo referidos mencionam as frequências da percepção dos profissionais no que diz respeito às condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais.

Tabela 29: Frequências para a percepção de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais

	Condutas protetoras face a ataques
Nenhumas	2
Muito Poucas	25
Poucas	36
Algumas	35
Muitas	0

Comparando a percepção dos dois grupos profissionais sobre a opção de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais, os profissionais de Animação exibiram uma média mais alta do que os profissionais de Saúde.

Na realização do teste T conferiu-se não existirem diferenças significativas.

Tabela 30: Avaliação de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais	Animação	49	3,12	0,81
	Saúde	49	3,00	0,87

O género feminino apresentou uma média mais elevada para a noção de adoção de condutas protetoras por parte dos jovens face a ataques pessoais.

O teste T estabeleceu quaisquer diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 31: Avaliação de condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais	Masculino	18	2,83	0,86
	Feminino	80	3,11	0,83

A correlação entre a idade dos profissionais e a perceção sobre as condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais não evidenciou valores relevantes.

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis também não se encontraram diferenças com significado estatístico, tendo-se constatado apenas que a classe de 36-40 ostentou a ordem média superior e a de 31-35 registou a ordem média mais baixa.

Tabela 32: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Média
Condutas protetoras dos jovens face a ataques pessoais	<= 20	3	56,17
	21-25	63	47,77
	26-30	18	46,36
	31-35	2	8,00
	36-40	1	77,00
	>= 40	6	44,25
	Total	93	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

9ª Questão: “*Verifica que geralmente os jovens têm conhecimento de situações de violência (agressão) para com os que os rodeiam?*”

A tabela a seguir apresenta as frequências da percepção dos profissionais sobre o conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros. Alguns jovens divulgam ter conhecimento deste tipo de situações.

Tabela 33: Frequências da percepção do conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros

	Conhecimento de situações de violência noutros
Bastantes	26
Alguns	73
Nenhuns	0

Os profissionais de Saúde demonstraram uma média ligeiramente superior à dos profissionais de Animação no que diz respeito à sua percepção sobre o conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros.

Verificando com o teste T, não se observaram valores que indicassem diferenças significativas.

Tabela 34: Percepção do conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros segundo as áreas dos profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Conhecimento de situações de violência noutros	Animação	49	1,73	0,45
	Saúde	50	1,74	0,44

Embora próximas, a média do género masculino foi ligeiramente superior à média do género feminino para a resposta quanto à percepção dos profissionais sobre o conhecimento dos jovens de situações violentas que tenham afetado outros.

Aplicado o teste T não se registaram valores que acusem diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 35: Avaliação de conhecimento por parte dos jovens de situações de violência noutros segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Conhecimento de situações de violência noutros	Masculino	18	1,83	0,38
	Feminino	81	1,72	0,45

A correlação entre a idade dos profissionais e a sua perceção do conhecimento dos jovens acerca de situações de violência noutros não originou dados relevantes.

Analisando a influência do fator idade por classes, constatou-se que as classes ≤ 20 , 31-35 e 36-40 indicaram a ordem média mais elevada apresentando exatamente o mesmo valor nestas três classes, enquanto a classe >40 apresentou o valor de ordem média mais baixo.

Tabela 36: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Conhecimento de situações de violência noutros	≤ 20	3	59,00
	21-25	64	47,25
	26-30	18	45,94
	31-35	2	59,00
	36-40	1	59,00
	≥ 40	6	43,33
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

10ª Questão: “E já constatou que eles próprios tenham sido vítimas de abordagens agressivas?”

A tabela em baixo anunciada indica as frequências da avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens. Estes confessam já terem sido vítimas destas abordagens algumas vezes.

Tabela 37: Frequências da avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens

	Jovens vítimas de abordagens agressivas
Muitas Vezes	6
Algumas Vezes	60
Raramente	30
Nunca	3

Embora as médias para as perceções sobre jovens vítimas de abordagens agressivas de ambas as áreas fossem próximas, a área da Saúde apresentou um valor ligeiramente mais alto, o que denota menor conhecimento de situações de agressão.

Não foram encontradas diferenças significativas com a realização do teste T.

Tabela 38: Avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Jovens vítimas de abordagens agressivas	Animação	49	2,27	0,67
	Saúde	50	2,34	0,59

Comparando os géneros foi possível identificar uma média ligeiramente mais elevada para o género masculino do que para o género feminino. No entanto, o teste T não confirmou diferenças significativas.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 39: Avaliação de abordagens agressivas aos próprios jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Jovens vítimas de abordagens agressivas	Masculino	18	2,33	0,77
	Feminino	81	2,30	0,60

A correlação entre idade dos profissionais e sua perceção de jovens vítimas de abordagens agressivas não resultou em dados significantes.

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que a classe dos 36-40 anos apresentou a ordem média mais baixa para a perceção acerca dos jovens vítimas de abordagens agressivas. No sentido inverso, a classe dos 31-35 suportou a ordem média mais elevada.

Tabela 40: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Jovens vítimas de abordagens agressivas	<= 20	3	34,00
	21-25	64	49,17
	26-30	18	44,22
	31-35	2	55,50
	36-40	1	3,00
	>= 40	6	51,00
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

11ª Questão: “Quanto ao tema do Ambiente, considera que os jovens se sentem preocupados com a preservação de recursos naturais?”

A seguinte tabela traduz as frequências das percepções sobre a preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais. A maioria releva-se pouco preocupada com a preservação dos recursos naturais.

Tabela 41: Frequências da avaliação da preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais

	Preocupação dos jovens na preservação dos recursos naturais
Despreocupados	16
Pouco Preocupados	58
Preocupados	24
Muito Preocupados	1

Na informação percepcionada de ambas as áreas profissionais sobre a preocupação dos jovens na preservação de recursos naturais, praticamente não se observou diferença entre as médias de cada um dos grupos. Desta forma, o teste T não apontou diferenças significativas.

Tabela 42: Avaliação da preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais segundo as áreas dos profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Preocupação dos jovens na preservação de recursos naturais	Animação	49	2,10	0,65
	Saúde	50	2,10	0,68

Comparando os dois grupos de género, destacou-se o género feminino com uma média mais alta no que diz respeito às suas noções sobre a preocupação dos jovens na preservação de recursos naturais.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

O teste T não emitiu dados que revelassem diferenças significativas.

Tabela 43: Perceção sobre a preocupação dos jovens com a preservação de recursos naturais segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Preocupação dos jovens na preservação de recursos naturais	Masculino	18	2,06	0,80
	Feminino	81	2,11	0,63

A correlação entre a idade dos profissionais e a sua perceção quanto à preocupação dos jovens face à preservação de recursos naturais é positiva, significativa, mas de intensidade fraca.

Tabela 44: Correlação entre a idade dos profissionais e a sua perceção sobre a preocupação dos jovens face à preservação de recursos naturais

		Idade	Preocupação dos jovens na preservação de recursos naturais
Idade	Correlação de Pearson	1	,220
	Sig. (2-tailed)		,033
	N	95	94

Analisando com o teste de Kruskal-Wallis verificou-se que a classe com a ordem média mais elevada foi a de >40 anos e a que revelou a ordem média mais baixa foi a de 26-30.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 45: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Preocupação dos jovens na preservação de recursos naturais	<= 20	3	69,17
	21-25	64	46,45
	26-30	18	38,25
	31-35	2	62,75
	36-40	1	43,50
	>= 40	6	71,17
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

12ª Questão: “De um modo geral, observa que os jovens adoptam comportamentos de cidadania, como por exemplo, a reciclagem, respeito pelas regras de trânsito e a ajuda aos outros?”

No âmbito desta questão, a tabela abaixo representa as frequências para as percepções dos profissionais sobre os comportamentos de cidadania por parte dos jovens. Os profissionais verificaram que apenas alguns jovens adotam comportamentos de cidadania.

Tabela 46: Frequências para a percepção dos comportamentos de cidadania por parte dos jovens

	Comportamentos de cidadania por parte dos jovens
Nenhuns	1
Muito Poucos	27
Poucos	31
Alguns	38
Muitos	3

Para a percepção sobre a adoção de comportamentos de cidadania por parte dos jovens, os profissionais de Animação apresentam uma média ligeiramente superior aos profissionais de Saúde.

No teste T não se detectaram valores que acusem diferenças significativas.

Tabela 47: Percepção dos comportamentos de cidadania por parte dos jovens segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Adoção de comportamentos de cidadania por parte dos jovens	Animação	50	3,20	0,81
	Saúde	50	3,10	0,97

O género feminino assumiu uma média ligeiramente mais alta do que o género masculino para a percepção quanto à adoção de comportamentos de cidadania pelos jovens.

Não foram encontradas diferenças significativas na realização do teste T.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 48: Perceção dos comportamentos de cidadania por parte dos jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Adoção de comportamentos de cidadania por parte dos jovens	Masculino	19	3,05	1,08
	Feminino	81	3,17	0,85

Na correlação entre a idade e a adoção de comportamentos de cidadania por parte dos jovens também não se detetaram valores relevantes.

Com o teste de Kruskal-Wallis foi possível observar que a classe de ≤ 20 anos ostentou a ordem média mais alta sobre a adoção de comportamentos de cidadania por parte dos jovens, contrastando com a classe de 31-35 anos que obteve a ordem média mais baixa. Porém, as diferenças entre os grupos de classes não foram significativas.

Tabela 49: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Adoção de comportamentos de cidadania por parte dos jovens	≤ 20	3	63,67
	21-25	64	48,30
	26-30	18	42,42
	31-35	3	32,83
	36-40	1	42,00
	≥ 40	6	62,33
	Total	95	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

13ª Questão: “Como considera o nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas?”

Os dados abaixo indicados mostram as frequências relativas às percepções dos profissionais quanto ao nível de contacto dos jovens com substâncias psicotrópicas. O tabaco é a substância com a qual os jovens mantêm um maior contacto seguido do álcool.

Tabela 50: Frequências para a percepção do nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas

	Álcool	Anfetaminas	Tabaco	Cannabis	Ecstasy	Cocaína	Heroína	Antidepressivos	Ansiolíticos
Muito Elevado	61	2	70	14	5	2	3	9	6
Elevado	32	29	24	33	28	15	15	27	32
Razoável	5	36	5	32	30	29	24	34	34
Baixo	1	26	0	14	29	41	41	26	23
Nenhum	0	3	0	5	5	11	14	3	3

Na análise às avaliações que a área da Saúde e a área da Animação fazem ao nível de contacto dos jovens com substâncias psicotrópicas é visível que a média da área da Saúde é mais elevada, logo apresenta uma menor percepção de consumo nos itens do álcool, nas anfetaminas, no tabaco, no ecstasy, na heroína e nos antidepressivos. O inverso acontece com os profissionais de Animação nos itens do cannabis, cocaína e ansiolíticos.

No entanto, nenhum dos itens apresenta diferenças significativas na realização do teste T.

Tabela 51: Avaliação do nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas segundo a área profissional

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Álcool	Animação	49	1,41	0,61
	Saúde	50	1,50	0,68
Anfetaminas	Animação	46	2,93	0,85
	Saúde	50	3,04	0,92
Tabaco	Animação	49	1,33	0,55
	Saúde	50	1,36	0,60
Cannabis	Animação	48	2,65	1,12
	Saúde	50	2,60	1,01
Ecstasy	Animação	47	2,91	1,04
	Saúde	50	3,10	0,97
Cocaína	Animação	48	3,50	1,01
	Saúde	50	3,40	0,90
Heroína	Animação	48	3,48	1,11
	Saúde	49	3,51	0,94
Antidepressivos	Animação	49	2,73	0,97
	Saúde	50	3,00	1,03
Ansiolíticos	Animação	48	2,85	0,90
	Saúde	50	2,84	1,02

Relacionando estas perceções com o fator género notou-se que o género masculino revelou uma média mais alta na maioria dos itens (exceto para o contacto com tabaco e cannabis).

Aplicando o teste T, foram notórias diferenças significativas precisamente nestes dois itens, como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 52: Perceção sobre o nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas segundo o género dos profissionais e teste T

	Género	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Tabaco	Masculino	19	1,16	0,37	-2,098	,042
	Feminino	80	1,39	0,61		
Cannabis	Masculino	18	2,17	0,99	-2,052	,041
	Feminino	80	2,73	1,06		

Não se encontraram correlações significativas entre a idade dos profissionais e a sua perceção de contacto com substâncias psicotrópicas.

Testado a influência do fator idade dos profissionais, por classes, nesta perceção, constatou-se que para o item álcool a ordem média maior pertence aos >40 anos e a menor às classes <=20 e 36-40, sendo estes dois grupos os que mais consideram que os jovens contactam com álcool. Nas anfetaminas a classe dos 26-30 aparentou uma ordem média superior e a classe dos 36-40 uma ordem média inferior. Quanto ao tabaco, a classe com uma ordem média maior foi a de 26-30, sendo que a média mais baixa pertenceu às classes <=20 e 36-40. Na alínea do cannabis, o grupo de >40 surgiu com uma ordem média maior e o grupo de 36-40 com o resultado mais baixo de todos os grupos. No ecstasy o grupo dos profissionais de 21-25 anos registou o valor mais elevado e o grupo dos de 31-35 anos atingiu o valor mais baixo. No que diz respeito à cocaína o grupo mais jovem (de <=20) revelou a ordem média superior e os grupos de 31-35 e 36-40 apresentaram a ordem média inferior. Já para a heroína o grupo dos 36-40 anos atingiu a ordem média mais alta ficando o grupo de 26-30 na ordem média mais baixa. Para o contacto com antidepressivos a classe dos 31-35 anos situou-se na ordem média mais elevada ao contrário da classe dos >40 que possuiu a ordem média mais baixa. Por fim, para os ansiolíticos o grupo de 31-35 anos liderou a ordenação média, enquanto o grupo de <=20 se situou na ordem mais baixa.

Tabela 53: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Média
Álcool	<= 20	3	28,50
	21-25	63	46,08
	26-30	18	49,08
	31-35	3	43,17
	36-40	1	28,50
	>= 40	6	72,50
	Total	94	
Anfetaminas	<= 20	3	26,33
	21-25	61	46,45
	26-30	18	52,50
	31-35	2	47,00
	36-40	1	16,00
	>= 40	6	36,42
	Total	91	
Tabaco	<= 20	3	34,00
	21-25	63	47,79
	26-30	18	51,31
	31-35	3	48,83
	36-40	1	34,00
	>= 40	6	41,42
	Total	94	
Cannabis	<= 20	3	32,17
	21-25	63	49,67
	26-30	18	41,69
	31-35	2	18,25
	36-40	1	7,00
	>= 40	6	58,58
	Total	93	
Ecstasy	<= 20	3	36,83
	21-25	63	49,55
	26-30	17	40,35
	31-35	2	32,25
	36-40	1	46,00
	>= 40	6	41,58
	Total	92	
Cocaína	<= 20	3	53,17
	21-25	63	49,65
	26-30	18	41,42
	31-35	2	31,50
	36-40	1	31,50
	>= 40	6	40,58
	Total	93	
Heroína	<= 20	3	50,00
	21-25	62	47,29
	26-30	18	42,64
	31-35	2	45,00

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

	36-40	1	60,00
	>= 40	6	46,42
	Total	92	
Antidepressivos	<= 20	3	42,33
	21-25	64	48,05
	26-30	18	44,89
	31-35	2	79,50
	36-40	1	52,00
	>= 40	6	40,67
	Total	94	
	Ansiolíticos	<= 20	3
21-25		63	47,09
26-30		18	47,42
31-35		2	66,00
36-40		1	52,50
>= 40		6	48,17
Total		93	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

14ª Questão: “Com que frequência é que os jovens com quem contacta realizam atividades físicas?”

Na tabela em baixo apresentam-se as frequências correspondentes à perceção dos profissionais acerca da frequência com que os jovens realizam atividades físicas. Salienta-se que alguns dos jovens que praticam atividade física fazem-no com a frequência de duas a três vezes por semana.

Tabela 54: Perceção da frequência com que os jovens realizam atividades físicas

	Diariamente	Duas a três vezes por semana	Uma vez por semana	Quinzenal mente	Mensalmente	Raramente
Nenhuns	47	7	4	25	34	30
Alguns	47	67	65	53	43	28
Muitos	2	23	26	17	18	40

Comparando a perceção dos profissionais de Animação com a dos de Saúde quanto à atividade física realizada pelos jovens, verificou-se que a média mais alta foi a dos profissionais de Animação exceto nos itens de uma vez por semana e raramente.

No teste T não se registaram diferenças significativas.

Tabela 55: Perceção sobre a frequência com que os jovens realizam atividades físicas segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Diariamente	Animação	47	1,62	0,57
	Saúde	49	1,45	0,50
Duas a três vezes por semana	Animação	48	2,21	0,62
	Saúde	49	2,12	0,44
Uma vez por semana	Animação	46	2,17	0,49
	Saúde	49	2,29	0,54
Quinzenalmente	Animação	46	1,96	0,59

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

	Saúde	49	1,88	0,73
Mensalmente	Animação	46	1,87	0,69
	Saúde	49	1,80	0,76
Raramente	Animação	48	1,96	0,85
	Saúde	50	2,24	0,82

Na avaliação das médias relativas ao género, observou-se que o género masculino apresenta uma média superior à média do género feminino exceto nos dois primeiros itens de “diariamente” e “duas a três vezes por semana”.

Aplicando o teste T não foram registadas diferenças significativas.

Tabela 56: Perceção da frequência com que os jovens realizam atividades físicas segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Diariamente	Masculino	19	1,47	0,51
	Feminino	77	1,55	0,55
Duas a três vezes por semana	Masculino	19	2,16	0,50
	Feminino	78	2,17	0,54
Uma vez por semana	Masculino	19	2,26	0,56
	Feminino	76	2,22	0,51
Quinzenalmente	Masculino	18	2,06	0,64
	Feminino	77	1,88	0,67
Mensalmente	Masculino	18	2,11	0,83
	Feminino	77	1,77	0,69
Raramente	Masculino	18	2,44	0,78
	Feminino	80	2,03	0,84

Correlacionando o fator idade dos profissionais com a sua perceção de frequência com que os jovens praticam atividade física, encontrou-se uma correlação

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

positiva e significativa, embora fraca, no item “mensalmente”, o que significa que subindo a idade dos profissionais, menor é a sua percepção sobre a frequência com que os jovens realizam atividade física.

Tabela 57: Correlação da idade dos profissionais com a frequência com que os jovens praticam atividade física

		Idade	Diariamente	Duas a três vezes por semana	Uma vez por semana	Quinzenalmente	Mensalmente	Raramente
Idade	Correlação de Pearson	1	,048	,032	,101	,203	,211	,073
	Sig. (2-tailed)		,650	,759	,343	,053	,045	,485
	N	95	92	93	91	91	91	93

A ordem média mais alta para a percepção de frequência diária de exercício físico pertenceu ao grupo de 36-40 anos e a mais baixa ao grupo de <=20. Para a opção duas a três vezes por semana a classe dos 31-35 registou a ordem média superior e os grupos de <=20 e 36-40 representaram a ordem média mais baixa. Para a execução de exercício uma vez por semana a ordem média maior foi do grupo >40 enquanto a ordem média menor foi a dos grupos de <=20 e 31-35. Para a frequência quinzenal o grupo de >40 revelou a maior ordem média e o grupo de 21-25 a menor. Na frequência mensalmente o grupo de >40 anos voltou a atingir a ordem superior e o grupo de 31-35 situou-se na ordem média mais baixa. Finalmente, para a percepção de que os jovens raramente executam atividade física a classe de profissionais de 31-35 anos atingiu a ordenação maior e a classe dos de 36-40 a ordenação menor.

Tabela 58: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Diariamente	<= 20	3	38,00
	21-25	63	45,17
	26-30	16	51,13
	31-35	3	53,00
	36-40	1	68,00
	>= 40	6	45,50
	Total	92	
Duas a três vezes por semana	<= 20	3	39,50
	21-25	63	46,24
	26-30	17	47,53
	31-35	3	68,17
	36-40	1	39,50
	>= 40	6	47,92
	Total	93	
Uma vez por semana	<= 20	3	24,17
	21-25	62	46,58
	26-30	16	48,59
	31-35	3	24,17
	36-40	1	35,00
	>= 40	6	56,75
	Total	91	
Quinzenalmente	<= 20	3	48,67
	21-25	63	42,29
	26-30	16	53,69
	31-35	2	50,00
	36-40	1	50,00
	>= 40	6	61,17
	Total	91	
Mensalmente	<= 20	3	51,33
	21-25	63	41,83
	26-30	16	55,63
	31-35	2	35,50
	36-40	1	54,00
	>= 40	6	63,67
	Total	91	
Raramente	<= 20	3	54,67
	21-25	64	45,62
	26-30	17	45,44
	31-35	2	74,50
	36-40	1	42,50
	>= 40	6	53,92
	Total	93	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

15ª Questão: “Qual pensa ser a relação dos jovens com a sua imagem corporal?”

A tabela seguinte revela as frequências para a perceção dos profissionais quanto à relação dos jovens com a sua imagem corporal. A maioria preocupa-se com a sua imagem.

Tabela 59: Perceção da relação dos jovens com a sua imagem pessoal

	Relação dos jovens com a sua imagem corporal
Despreocupados	1
Pouco Preocupados	5
Preocupados	48
Muito Preocupados	45

Comparando as perceções dos dois grupos de profissionais quanto à relação dos jovens com a sua imagem corporal, verificou-se que o grupo da área da Saúde atingiu média superior à do grupo da área da Animação.

O teste T acusou diferenças significativas.

Tabela 60: Avaliação da relação dos jovens com a sua imagem pessoal segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Relação dos jovens com a sua imagem corporal	Animação	50	3,22	0,68	-2,677	0,009
	Saúde	49	3,55	0,54		

Em relação ao género, a média do género masculino foi maior que a média do género feminino. No entanto, aplicando o teste T não se observaram diferenças significativas.

Tabela 61: Perceção da relação dos jovens com a sua imagem pessoal segundo género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
--	--------	---	-------	---------------

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Relação dos jovens com a sua imagem corporal	Masculino	19	3,42	0,51
	Feminino	80	3,38	0,66

A correlação entre a idade dos profissionais e a sua perceção da relação dos jovens com a sua imagem corporal foi positiva, significativa, mas de intensidade fraca.

Tabela 62: Correlação entre a idade dos profissionais e a relação dos jovens com a sua imagem corporal

		Idade	Relação dos jovens com a sua imagem corporal
Idade	Correlação de Pearson	1	-,288
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	95	94

Associando a idade, por classes, à perceção da relação dos jovens com a sua imagem corporal, a ordem média mais elevada encontrou-se nas classes ≤ 20 e de 36-40 e a ordem média mais baixa localizou-se na classe dos 31-35. O teste de Kruskal-Wallis não estabeleceu as diferenças entre as classes como significativas.

Tabela 63: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Relação dos jovens com a sua imagem corporal	≤ 20	3	73,00
	21-25	64	49,19
	26-30	17	44,21
	31-35	3	28,50
	36-40	1	73,00
	≥ 40	6	31,33
	Total	94	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

16ª Questão: “Na sua opinião, quem deveria ser responsável pela educação para a saúde dos jovens?”

A tabela seguinte apresenta as frequências para a opinião dos profissionais sobre os responsáveis pela educação para a saúde dos jovens, onde se verifica que a família é considerada pelos profissionais como a responsável pela educação para a saúde imediatamente seguido do item da escola.

Tabela 64: Frequências da avaliação dos responsáveis pela educação para a saúde dos jovens

	Responsáveis pela educação para a saúde dos jovens	
	Sim	Não
Médico de Família	81	15
Família	99	1
Escola	94	4
ISS	58	31

Analisando as opiniões em função do grupo profissional, constatou-se que o grupo profissional da Animação apresenta uma ordem média mais elevada acerca dos responsáveis pela educação para a saúde dos jovens do que o grupo de profissionais de Saúde. Aplicando o teste T não se verificaram quaisquer diferenças significativas.

Tabela 65: Responsáveis pela educação para a saúde dos jovens segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Médicos de família	Animação	47	1,17	0,38
	Saúde	49	1,14	0,35
Família	Animação	50	1,00	0,00
	Saúde	50	1,02	0,14
Escola	Animação	49	1,04	0,20
	Saúde	49	1,04	0,20

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

ISS	Animação	43	1,35	0,48
	Saúde	46	1,35	0,48

Comparando as opiniões por género, notou-se que o género masculino revelou uma média ligeiramente superior ao género feminino em todos os itens. Porém, com o teste T não se assinalaram diferenças significativas.

Tabela 66: Opinião sobre os responsáveis pela educação para a saúde dos jovens segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Médicos de família	Masculino	19	1,26	0,45
	Feminino	77	1,13	0,34
Família	Masculino	19	1,05	0,23
	Feminino	81	1,00	0,00
Escola	Masculino	19	1,05	0,23
	Feminino	79	1,04	0,19
ISS	Masculino	15	1,47	0,52
	Feminino	74	1,32	0,47

No que diz respeito à responsabilidade da educação para a saúde dos jovens pertencer aos médicos de família, verificou-se que o grupo de 31-35 anos obteve uma ordem média superior e os grupos de ≤ 20 e 36-40 registaram uma ordem média inferior. Quanto a essa responsabilidade ser da própria família, a ordem média mais alta pertenceu novamente ao grupo de 31-35 e todos os restantes grupos apresentaram um mesmo valor inferior a este. Na opção a escola, a classe de >40 ostentou a ordem média maior e as classes de ≤ 20 , 31-35 e 36-40 apresentaram a ordem média menor. Por último, quanto ao facto da responsabilidade ser das instituições de solidariedade social, os grupos de ≤ 20 e de 31-35 assumiram a ordem média mais elevada e o grupo de 21-25 teve a ordem média mais baixa.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Tabela 67: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Médicos de família	<= 20	3	38,50
	21-25	62	46,57
	26-30	17	43,85
	31-35	3	53,67
	36-40	1	38,50
	>= 40	5	47,60
	Total	91	
Família	<= 20	3	47,50
	21-25	64	47,50
	26-30	18	47,50
	31-35	3	63,33
	36-40	1	47,50
	>= 40	6	47,50
	Total	95	
Escola	<= 20	3	45,00
	21-25	62	45,75
	26-30	18	50,17
	31-35	3	45,00
	36-40	1	45,00
	>= 40	6	52,75
	Total	93	
ISS	<= 20	3	56,00
	21-25	57	40,53
	26-30	17	42,82
	31-35	3	56,00
	>= 40	4	49,00
	Total	84	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

17ª Questão: “Em sua opinião quais os factores que condicionam um estilo de vida mais saudável?”

Na tabela posterior estão enumeradas as frequências correspondentes às opiniões dos profissionais acerca dos fatores que condicionam um estilo de vida mais saudável. A inexistência de iniciativas é apontada como a causa principal que dificulta a adoção deste estilo de vida. Os custos inerentes às práticas saudáveis também ocupam um lugar relevante na tabela.

Tabela 68: Frequências da avaliação dos fatores que condicionam um estilo e vida mais saudável

	Condicionantes de uma vida mais saudável	
	Sim	Não
Inexistência de iniciativas	72	25
Informação insuficiente	42	54
Indisponibilidade financeira	57	40
Indisponibilidade de tempo	49	46
Difícil acesso a equipamentos	52	45

A área profissional da Saúde apresenta uma média mais alta do que a área profissional de Animação no que diz respeito às suas opiniões sobre as condicionantes de uma vida mais saudável. No entanto esta situação inverte-se nos itens da inexistência da iniciativas e da indisponibilidade de tempo.

No teste T não surgem valores que indiquem diferenças significativas.

Tabela 69: Opinião sobre os fatores que condicionam um estilo e vida mais saudável segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Inexistência de iniciativas	Animação	48	1,29	0,46
	Saúde	49	1,22	0,42
Informação insuficiente	Animação	47	1,53	0,50
	Saúde	49	1,59	0,50

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Indisponibilidade financeira	Animação	47	1,40	0,50
	Saúde	50	1,42	0,50
Indisponibilidade de tempo	Animação	46	1,54	0,50
	Saúde	49	1,43	0,50
Difícil acesso a equipamentos	Animação	48	1,40	0,49
	Saúde	49	1,53	0,50

Quanto ao género, o género masculino mostra uma média mais elevada nos itens da inexistência de iniciativas, indisponibilidade financeira e difícil acesso a equipamentos. Por sua vez, o género feminino apresenta uma média mais elevada nos restantes itens, ou seja, informação insuficiente e indisponibilidade de tempo.

Com o teste T, não se encontraram diferenças significativas.

Tabela 70: Opinião sobre os fatores que condicionam um estilo e vida mais saudável segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Inexistência de iniciativas	Masculino	19	1,32	0,48
	Feminino	78	1,24	0,43
Informação insuficiente	Masculino	19	1,53	0,51
	Feminino	77	1,57	0,50
Indisponibilidade financeira	Masculino	19	1,42	0,51
	Feminino	78	1,41	0,50
Indisponibilidade de tempo	Masculino	19	1,47	0,51
	Feminino	76	1,49	0,50
Difícil acesso a equipamentos	Masculino	19	1,47	0,51
	Feminino	78	1,46	0,50

Comparando as opiniões sobre as diversas condicionantes de levar uma vida mais saudável com as classes de idades, verificou-se que para a inexistência de

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

iniciativas, a classe 36-40 surgiu com a ordem média mais baixa e as classes <=20 e 31-35 com a ordem média mais alta. Para informação insuficiente lideram as faixas etárias de <=20 e de 31-35 e fica a faixa de 36-40 com a ordem média mais baixa. Com a indisponibilidade financeira como condicionante, os grupos de <=20, 31-35 e 36-40 situaram-se na ordem média inferior e o grupo de 26-30 ocupou a ordem média superior. No que diz respeito a questões de falta de tempo as faixas de <=20 e 36-40 indicaram a ordem média mais baixa e a faixa de >40 apresentou a ordem média mais alta. Finalmente, analisando o difícil acesso a equipamentos, a ordem média mais elevada é do grupo de 21 a 25 anos, e a menos elevada foi a os grupos de <=20 e 36-40.

Tabela 71: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Inexistência de iniciativas	<= 20	3	65,67
	21-25	62	47,61
	26-30	17	37,71
	31-35	3	65,67
	36-40	1	35,00
	>= 40	6	42,67
	Total	92	
Informação insuficiente	<= 20	3	50,83
	21-25	62	46,19
	26-30	16	46,09
	31-35	3	50,83
	36-40	1	20,50
	>= 40	6	43,25
	Total	91	
Indisponibilidade financeira	<= 20	3	27,50
	21-25	63	47,94
	26-30	17	49,15
	31-35	3	27,50
	36-40	1	27,50
	>= 40	5	45,90
	Total	92	
Indisponibilidade de tempo	<= 20	3	24,00
	21-25	62	45,77
	26-30	16	43,69
	31-35	3	54,00
	36-40	1	24,00
	>= 40	5	60,00

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

	Total	90	
Difícil acesso a equipamentos	<= 20	3	25,50
	21-25	63	48,87
	26-30	16	45,63
	31-35	3	40,83
	36-40	1	25,50
	>= 40	6	40,83
	Total	92	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

18ª Questão: “Em que medida acha que o uso das ferramentas de ASE (Animação Socioeducativa) podem contribuir para a Promoção da saúde?”

Na tabela 72, para os profissionais de Animação, é possível observar que o item que suporta um valor mais elevado de opiniões é o item “Operacionalizar as metodologias de ASE”. Quanto à área da Saúde, os itens “Atividades lúdicas e educativas”, juntamente com “Operacionalizar os métodos de ASE”, foram os que reuniram mais opiniões. No sentido inverso, curiosamente os Animadores não mencionaram “Potenciar competências afetivas e comportamentais”, e os profissionais de Saúde não fizeram referência a “Programas de sensibilização e prevenção”.

Tabela 72: Frequência para o Contributo das Ferramentas de Animação Socioeducativa para a Promoção da Saúde

Categorias de ferramentas de ASE	Área Profissional		
	Animação	Saúde	Total
	4	9	13
Motivação para a aquisição de hábitos saudáveis	2	3	5
Programas de sensibilização e prevenção	8	0	8
Atividades lúdicas e educativas	9	10	19
Projetos em parcerias	3	3	6
Potenciar competências afetivas e comportamentais	0	2	2
Operacionalizar metodologias de ASE	17	10	27
Desconhecimento de ASE	0	4	4
Atividades entre idades e meios socioeconómicos diferentes	0	1	1
Fomentar a formação e o desenvolvimento pessoal	2	7	9
Empreender projetos de intervenção	5	1	6
Total	50	50	100

Quanto ao teste do Qui-Quadrado os valores revelam-se inferiores a 0,05 o que indica que estas variáveis apresentam uma dependência.

Tabela 73: Teste do Qui-Quadrado sobre as ferramentas de animação socioeducativa

	Valor	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Qui-quadrado de Pearson	24,435 ^a	10	,007
Taxa de probabilidade	30,711	10	,001
Número de casos válidos	100		

Considerando a tabela posterior observa-se que a operacionalização das metodologias de ASE foi a categoria que reuniu maior número de opiniões quer no género masculino, quer no género feminino. No entanto, quanto aos itens que retêm menos opiniões há divergências. O género masculino não faz referências aos itens da “motivação para a aquisição de hábitos saudáveis”, “programas de sensibilização e prevenção” e ninguém desconhece o que é a Animação Socioeducativa. Já no género feminino as categorias que não obtiveram nenhum valor, foram as de “potenciar competências afetivas e comportamentais” e as “atividades entre idades e meios socioeconómicos diferentes”.

Aplicando o teste do Qui-Quadrado verificou-se que não existe nenhuma relação de dependência entre as variáveis, pois os valores de p apresentam-se acima de 0,05.

Tabela 74: Categorias de ferramentas da animação socioeducativa

Categorias de ferramentas de ASE			
	Género		
	Masculino	Feminino	Total
	3	10	13
Motivação para a aquisição de hábitos saudáveis	0	5	5
Programas de sensibilização e prevenção	0	8	8
Atividades lúdicas e educativas	4	15	19
Projetos em parcerias	1	5	6
Potenciar competências afetivas e comportamentais	2	0	2
Operacionalizar metodologias de ASE	5	22	27
Desconhecimento de ASE	0	4	4
Atividades entre idades e meios socioeconómicos diferentes	1	0	1
Fomentar a formação e o desenvolvimento pessoal	2	7	9
Empreender projetos de intervenção	1	5	6
Total	19	81	100

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

19ª Questão: *“Que tipos de atividades podem os profissionais das áreas de saúde e de animação socioeducativa implementar em conjunto, tendo como objetivo a Promoção da Saúde dos jovens?”*

No que diz respeito às categorias dos tipos de intervenção devidamente cruzadas com as áreas profissionais, é visível que o item mais referido é “Sessões formativas e interativas” quer pelos profissionais de uma área quer pelos de outra. Quanto aos itens de baixo valor, na área da Animação, distinguem-se as “Atividades escolares”, a “formação parental” e as “Sessões de esclarecimento e avaliação individual de saúde”. Por outro lado, os profissionais de Saúde, não referem a “Formação de voluntários”, o “Trabalho de investigação e cooperação estratégica” e afirmam conhecer a possibilidade de em conjunto as duas áreas promoverem a saúde dos jovens.

Tabela 75: Tipos de atividades a implementar segundo as áreas profissionais

Categorias dos tipos de intervenção	Área Profissional		
	Animação	Saúde	Total
	3	9	12
Atividades escolares	0	2	2
Intervenção de equipas multidisciplinares	3	4	7
Espaços de divulgação e promoção da saúde	6	1	7
Formação parental	0	1	1
Projetos de promoção da saúde em parceria com as autarquias, paróquias e escolas	1	1	2
Formação de voluntários	2	0	2
Desconhece essa possibilidade	2	0	2
Trabalho de investigação e cooperação estratégica	2	0	2
Atividades lúdicas	6	5	11
Eventos informativos	5	1	6
Sessões formativas e interativas	11	8	19
Sessões de esclarecimento e avaliação individual de saúde	0	2	2
Ações de sensibilização e prevenção	2	3	5
Eventos de incentivo á prática de desporto	2	5	7
Estímulos ao desenvolvimento pessoal	1	3	4
Participação ativa dos jovens em programas de promoção da saúde	4	5	9
Total	50	50	100

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Verificando os resultados sobre os tipos de intervenções segundo os géneros, detetou-se que no género masculino a opinião “Sessões formativas e interativas” obteve o valor mais elevado e todos os restantes surgiram com valores mais baixos. Posteriormente, no género feminino também as “Sessões formativas e interativas” juntamente com as “Atividades lúdicas” lideraram deixando com as frequências mais baixas opiniões como “Formação parental” e o “Trabalho de investigação e cooperação estratégica”.

No teste do Qui- Quadrado, os valores apresentados não mostraram uma relação de dependência entre as variáveis.

Tabela 76: Tipos de atividades a implementar segundo o género dos profissionais

Categorias dos tipos de intervenção	Género		
	Masculino	Feminino	Total
	4	8	12
Atividades escolares	0	2	2
Intervenção de equipas multidisciplinares	1	6	7
Espaços de divulgação e promoção da saúde	1	6	7
Formação parental	0	1	1
Projetos de promoção da saúde em parceria com as autarquias, paróquias e escolas	0	2	2
Formação de voluntários	0	2	2
Desconhece essa possibilidade	0	2	2
Trabalho de investigação e cooperação estratégica	1	1	2
Atividades lúdicas	1	10	11
Eventos informativos	0	6	6
Sessões formativas e interativas	7	12	19
Sessões de esclarecimento e avaliação individual de saúde	0	2	2
Ações de sensibilização e prevenção	0	5	5
Eventos de incentivo á prática de desporto	2	5	7
Estímulos ao desenvolvimento pessoal	2	2	4
Participação ativa dos jovens em programas de promoção da saúde	0	9	9
Total	19	81	100

20ª Questão: “Em que contexto devem ser realizadas estas intervenções (de promoção da saúde)?”

A tabela que se segue revela as frequências para as opiniões dos profissionais quanto ao contexto onde se devem realizar intervenções de promoção da saúde evidenciando-se o ambiente escolar como o contexto mais votado.

Tabela 77: Frequências para a opinião sobre o contexto onde se devem realizar as intervenções

	Contexto onde se devem realizar as intervenções
Ambiente Escolar	98
Centro de Saúde	76
Escuteiros	77
Catequese	62
Clubes desportivos	89
Clubes culturais	96
IPJ	93

Os profissionais de Animação indicam uma média superior aos profissionais de Saúde no que diz respeito aos contextos em que se devem realizar intervenções de Promoção da Saúde nos itens escuteiros e catequese. Nos restantes itens os profissionais de Saúde obtiveram ordens medias superiores. Quanto aos itens de “ambiente escolar” e “clubes culturais” os valores das médias quer da área de Animação quer da área da Saúde foram iguais.

O teste T não demonstra diferenças significativas.

Tabela 78: Opinião sobre o contexto onde se devem realizar as intervenções segundo as áreas profissionais

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão
Intervenções de promoção da saúde no ambiente escolar	Animação	50	1,02	0,14
	Saúde	50	1,02	0,14
Intervenções de promoção da saúde no centro de saúde	Animação	43	1,14	0,35
	Saúde	48	1,19	0,39
Intervenções de promoção da saúde nos	Animação	44	1,18	0,39

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

escuteiros	Saúde	48	1,15	0,36
Intervenções de promoção da saúde na catequese	Animação	43	1,33	0,47
	Saúde	47	1,30	0,46
Intervenções de promoção da saúde nos clubes desportivos	Animação	47	1,06	0,25
	Saúde	49	1,08	0,28
Intervenções de promoção da saúde nos clubes culturais	Animação	49	1,02	0,14
	Saúde	49	1,02	0,14
Intervenções de promoção da saúde no IPJ	Animação	46	1,00	0,00
	Saúde	49	1,04	0,20

Analisando quanto ao género, verificou-se que o género masculino registou uma média mais elevada que o género feminino na maioria dos casos.

Com a realização do teste T confirmou-se que as diferenças entre os dois grupos não foram significativas.

Tabela 79: Opinião sobre o contexto onde se devem realizar as intervenções segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Intervenções de promoção da saúde no ambiente escolar	Masculino	19	1,00	0,00
	Feminino	81	1,02	0,16
Intervenções de promoção da saúde no centro de saúde	Masculino	19	1,21	0,42
	Feminino	72	1,15	0,36
Intervenções de promoção da saúde nos escuteiros	Masculino	19	1,21	0,42
	Feminino	73	1,15	0,36
Intervenções de promoção da saúde na catequese	Masculino	18	1,44	0,51
	Feminino	72	1,28	0,45
Intervenções de promoção da saúde nos clubes	Masculino	19	1,11	0,32

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

desportivos	Feminino	77	1,06	0,25
Intervenções de promoção da saúde nos clubes culturais	Masculino	19	1,00	0,00
	Feminino	79	1,03	0,16
Intervenções de promoção da saúde no IPJ	Masculino	19	1,05	0,23
	Feminino	76	1,01	0,11

Verificando a influência do fator idade na opinião sobre os contextos de intervenção, para o ambiente escolar a ordem média surgiu igual para todas as classes com a exceção do grupo dos 21-25 anos que revelou uma ordem média superior. Quanto às intervenções no centro de saúde a classe dos 31-35 apresentou a média mais alta, enquanto as de 36-40 e ≤ 20 a tiveram a ordem média mais baixa. Já no âmbito do escutismo, a ordem média mais elevada registou-se para a faixa dos ≤ 20 e a menos elevada nas de 31-35 e 36-40. As intervenções no âmbito da catequese adquiriram uma média superior também na faixa dos ≤ 20 , enquanto a faixa etária de 36-40 obteve a ordem média mais baixa. Nos clubes desportivos a maioria dos grupos apresentou a mesma ordenação média – a mais baixa - com a exceção da faixa dos 21 aos 25 anos. A ordem média mais alta registou-se para a faixa etária de 31-35 anos. No contexto dos clubes culturais, a ordem média mais baixa incluiu quase todos os grupos com a exceção do dos 26-30 anos, elucidando que a média mais alta deste item localizou-se no grupo dos ≤ 20 . Para este item as diferenças entre os grupos, de acordo com o teste de Kruskal-Wallis, foram significativas ($\chi^2=16,414$; $p=0,006$). O teste de Mann-Whitney estabeleceu tais diferenças entre o grupo de ≤ 20 e o de 21-25 ($U=63,000$; $p<0,0001$).

Por fim, quanto ao Instituto Português da Juventude (IPJ) a ordem média mais baixa verificou-se em quatro grupos (≤ 20 ; 31-35; 36-40; >40) e a ordem média mais alta foi registada pelo grupo dos 26 aos 30 anos.

Tabela 80: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Ambiente escolar	<= 20	3	47,00
	21-25	64	48,48
	26-30	18	47,00
	31-35	3	47,00
	36-40	1	47,00
	>= 40	6	47,00
	Total	95	
Centro de saúde	<= 20	3	36,50
	21-25	58	43,91
	26-30	16	41,88
	31-35	3	50,83
	36-40	1	36,50
	>= 40	5	45,10
	Total	86	
Escuteiros	<= 20	3	51,00
	21-25	58	45,50
	26-30	16	39,22
	31-35	3	36,50
	36-40	1	36,50
	>= 40	6	43,75
	Total	87	
Catequese	<= 20	3	58,33
	21-25	58	43,19
	26-30	16	40,63
	31-35	3	44,17
	36-40	1	30,00
	>= 40	4	40,63
	Total	85	
Clubes desportivos	<= 20	3	42,50
	21-25	61	46,98
	26-30	17	42,50
	31-35	3	57,67
	36-40	1	42,50
	>= 40	6	42,50
	Total	91	
Clubes culturais	<= 20	3	61,50
	21-25	63	46,00
	26-30	17	48,74
	31-35	3	46,00
	36-40	1	46,00
	>= 40	6	46,00
	Total	93	
IPJ	<= 20	3	44,50
	21-25	61	45,24
	26-30	17	47,15

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

	31-35	3	44,50
	36-40	1	44,50
	>= 40	5	44,50
	Total	90	

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

21ª Questão: “Já esteve envolvido em algum projeto de promoção da saúde?”

As frequências verificadas sobre o envolvimento dos profissionais inquiridos em projetos de promoção da saúde mostram que a maioria, ou seja, 53 profissionais, afirma já se ter envolvido neste tipo de projetos. No entanto, 47 não participou em projetos de promoção de saúde.

Os animadores exibem uma média mais alta do que os profissionais da área de Saúde acerca da sua participação num projeto de promoção da saúde (tabela 89), o que revela que os profissionais de Saúde se envolvem mais em projetos destes.

Neste item existem diferenças significativas entre os dois grupos também comprovadas pela realização do teste T.

Tabela 81: Envolvimento dos profissionais em projetos de promoção da saúde segundo a área profissional

	Área Profissional	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Envolvimento num projeto de promoção da saúde	Animação	50	1,62	0,49	3,119	,002
	Saúde	50	1,32	0,47		

Comparando as médias entre géneros, constatou-se que a média do género masculino foi ligeiramente mais elevada do que a média do género feminino. No entanto, com o teste T não se verificaram diferenças significativas.

Tabela 82: Envolvimento dos profissionais em projetos de promoção da saúde segundo o género dos profissionais

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Envolvimento num projeto de promoção da saúde	Masculino	19	1,47	0,51
	Feminino	81	1,47	0,50

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

As classes dos 31-35 e dos >40 revelaram a ordem média superior, enquanto a classe de idades dos 36-40 apresentou a ordem média mais baixa para envolvimento num projeto de promoção da saúde, o que significa ser a mais envolvida.

Tabela 83: Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com as idades dos profissionais organizadas por classes

	Classes de idades	N	Ordem Média
Envolvimento num projeto de promoção da saúde	<= 20	3	41,83
	21-25	64	49,01
	26-30	18	41,83
	31-35	3	57,67
	36-40	1	26,00
	>= 40	6	57,67
	Total	95	

CAPÍTULO V

Discussão

Diagnóstico e reflexão dos conhecimentos e comportamentos dos jovens face às várias temáticas da saúde e as dificuldades de levar um estilo de vida mais saudável:

Os profissionais de saúde e de animação avaliaram, através dos questionários aplicados e tendo por base as suas perceções na interação com os jovens, os conhecimentos desta camada juvenil face aos seguintes temas: alimentação, sexualidade, higiene, segurança, ambiente, comportamentos de risco e atividade física. No geral, os dados já anteriormente apresentados refletem que os jovens possuem bons conhecimentos no que diz respeito a hábitos de higiene e são suficientemente interessados pela atividade física. É impossível não associar estas componentes às imagens de perfeição dos ídolos que nos chegam através dos media, figuras as quais os jovens tendem a imitar.

No sentido inverso é de preocupar que são considerados fracos os conhecimentos dos jovens nos itens de comportamentos de risco, bem como nos cuidados da alimentação, na sexualidade e segurança e nas precauções ambientais. Esta informação revela que estes são os temas onde é mais urgente intervir e consequentemente por onde a promoção/educação da saúde deve começar. Reflete também que a informação existente e disponível sobre estes mesmos itens não é suficiente perante as circunstâncias, ou então não está direcionada para esta população jovem. A educação não formal, em especial a intervenção da Animação, contém estratégias a explorar neste sentido – fazer chegar informação/conhecimento aos mais jovens através de ferramentas que lhes sejam familiares ou que se lhes apresente conteúdos de fácil compreensão para os níveis cognitivos específicos desta faixa etária.

Quanto às dificuldades em conseguir adotar um estilo de vida mais saudável os profissionais de saúde e de animação apontam como principais causas a inexistência de iniciativas que desafiem os jovens e a indisponibilidade financeira

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

destes em ter acesso a locais de práticas desportivas como por exemplo os ginásios ou até mesmo o facto dos preços da comida não ou pouco saudável serem mais acessíveis. Para este facto, também se evidencia o papel/funções de um Animador enquanto mediador entre necessidades e potencialidades da comunidade e/ou sociedade. Neste caso concreto poderá, por exemplo, apelar á Responsabilidade Social das Empresas para contribuir com espaços, equipamentos, produtos ou formações adequadas e de forma voluntária aos membros da comunidade envolvente no sentido de procurar solucionar ou ajudar a diminuir as preocupações sociais da mesma.

Avaliação e reflexão da opinião dos profissionais de Saúde e de Animação quanto aos métodos a utilizar na realização de um trabalho conjunto com o objetivo comum de promover a saúde nos mais jovens:

Pelo que se percebeu através da informação recolhida pelos questionários, é relevante começar por mencionar que ainda existem muitas dúvidas sobre o que é, o que faz e quais os objetivos da Animação Socioeducativa. Desta forma, é fulcral reter que a Animação intervém nos mais diversos contextos sociais e com todas as faixas etárias independentemente das condições económicas e culturais. É uma área dedicada a trabalhar com as pessoas ou grupos em projetos de desenvolvimento sob uma metodologia participada com objetivos que colmatem as lacunas detetadas nas populações-alvo. No trabalho socioeducativo é através do diagnóstico social que se parte para o alinhamento de toda a estratégia educativa da intervenção sempre no âmbito de uma pedagogia assertiva.

A Animação trabalha, valoriza e procura desenvolver competências, e como pedagogos sociais que os animadores são, promovem no indivíduo o saber-ser, saber-fazer e o saber-estar. *“Competências sociais podem ser vistas como competências de vida, de adaptação aos diversos contextos e ambientes do sujeito, pertencentes ao seu repertório das competências pessoais”* (Matos, 1997)⁴⁴.

Quanto aos métodos a utilizar ao realizar um trabalho conjunto com o claro objetivo comum de promover a saúde nas camadas jovens, os profissionais de

⁴⁴ Referido em Remédios (2010)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

animação consideraram pertinente a aplicação dos métodos educativos não formais da animação socioeducativa sem ser possível especificar quais devido ao facto de não estarmos perante uma situação concreta onde se deve ter em conta todas as variáveis na escolha do método de intervenção. Por sua vez, os profissionais de saúde concordam com essa operacionalização das metodologias da animação socioeducativa, mas destacam as atividades lúdicas e desportivas como as mais apropriadas para intervir com os jovens, tendo em conta as temáticas neste estudo referidas pois reforçarão a importância da saúde nas suas vidas.

Propostas de atividades a realizar num projeto de promoção da saúde com a participação de uma equipa constituída por animadores e profissionais de saúde:

Ambos os profissionais das diferentes áreas alvo desta investigação elegeram como principal as sessões de cariz formativo e interativo. Pretende-se com este tipo de atividade captar a atenção e incitar a motivação dos jovens a participar ativamente em sessões de promoção/educação da saúde. Conscientes e informados sobre as várias opções de estilo de vida, a longo prazo é esperado que os jovens escolham práticas saudáveis com a certeza de que estas lhes serão benéficas.

Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.2)⁴⁵ *“os factores determinantes da saúde decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de factores ambientais, económicos, sociais e culturais”*, o que torna necessária a implementação de redes e programas centrados em ambientes específicos (escolas, locais de trabalho, cidades, etc) predominantemente orientados para a capacitação dos indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde (Costa, 2009).

Contudo, e no âmbito de promover a saúde entre os jovens, que devem caminhar na direção de um futuro promissor, proponho, e em concordância com o que vários autores proferem, a formação de equipas multidisciplinares com profissionais de saúde, animação, psicologia e de serviço social. No sentido de uma boa organização de trabalho, seria importante que estes profissionais ao prepararem-se enquanto

⁴⁵ Referido em Costa (2009)

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

equipa, realizassem formação onde conhecimentos e competências relevantes e específicas das suas áreas fossem partilhadas e adquiridas por todos os outros membros da equipa, conferindo uma maior coesão do grupo de trabalho e garantindo a máxima eficácia e eficiência na intervenção.

Centrando-me no contexto escolar, como meio privilegiado de transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de competências proponho também a formação de professores ou a integração destes nos ciclos de formação anteriormente referidos.

Esta sugestão deve-se também ao facto de defender a transversalidade da promoção/educação da saúde no currículo escolar bem como a intenção de integrar a vertente não formal no contexto escolar, onde considero pertinente a presença e envolvimento de um animador. Esta integração do animador na escola poderia passar pelo aproveitamento das horas de formação cívica, à área de projeto ou até mesmo nos momentos dedicados aos assuntos de direção de turma, com a adoção de projetos de promoção da saúde escolhidos e definidos pela turma comprometendo os alunos pelo seu planeamento de atividades, enunciação de objetivos, procura de parcerias e exploração de recursos que ajudem ao sucesso do plano. O animador estaria sempre presente, mediando ideias, apontando sugestões, responsabilizando e apoiando os alunos na delegação de funções e tarefas, avaliando constantemente o projeto, o trabalho de grupo e a participação individual, motivando-os sempre que necessário.

Numa escala mais alargada, a presença do animador na escola é justificável empenhando-se num projeto geral da escola, com a interação do meio envolvente (população circundante, pais e restantes familiares, centros de saúde, instituições, etc.) que poderia, por exemplo, concluir com uma feira da saúde ou a realização de um festival de curtas metragens com transmissão de uma mensagem sobre um tema da saúde, entre muitos outros possíveis exemplos.

A integração de um profissional de Animação nas escolas, bem como qualquer outra instituição, pode e deve assumir como uma das suas principais funções a de mediar. No contexto do ensino é importante admitir que *“em muitos pontos, o nosso sistema tradicional de educação não está em harmonia com as nossas ideias e com as nossas necessidades”* (Durkheim, 2007). Como tal, e existindo abertura,

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

espaços e reunidas condições para o efeito, seria possível ao Animador mediar esta discrepância, aproximando-se do corpo estudantil e motivá-lo a estabelecer pontes entre os conhecimentos lecionados e a realidade dos dias de hoje.

Os animadores tanto no contexto escolar como em qualquer outro contexto estão aptos a produzir e implementar projetos, a gerir atividades a longo prazo *“(…) com objectivos delineados, adaptadas ao contexto e tempo real dos jovens e considerando as suas necessidades e as suas intervenções. Estas actividades podem envolver dinâmicas de grupo, reflexões, articulação com mecanismos informáticos ou métodos lúdicos. Nelas, pode-se procurar otimizar então a comunicação interpessoal tanto a nível verbal como não verbal, nomeadamente ao nível da assertividade, procuram aumentar e trabalhar as habilidades sociais, procuram estimular a capacidade de resolução de problemas, nomeadamente ao nível da gestão de conflitos”* (Remédios, 2010).

É desta forma que concebo que as ferramentas educativas da animação socioeducativa, atuando de forma não-formal podem e devem estar ao serviço da promoção e educação para a saúde entre os mais jovens, bem como com qualquer outro tema a ser trabalhado nesta ou noutra faixa etária.

Em último lugar, desejo que este tenha sido um estudo que desperte interesse em elaborar projetos neste âmbito e que fortaleça a aliança entre as áreas da animação socioeducativa e da saúde.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Referências Bibliográficas:

Anastácio, Z. (2010), INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO, apresentação no Mestrado em Estudos da Criança – área de especialização em Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, (17/04/2010)

Anastácio, Z., Carvalho, G., Clément, P. (2005) *Concepções dos professores de 1º CEB sobre o contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde e sua relação com a formação*, LIBEC-CIFPEC, Universidade do Minho & Université Claude Bernard Lyon -1

Antunes, M. (2008), Promoção e educação para a saúde: a participação comunitária como proposta metodológica. In J. Bonito (eds). *Educação para a saúde no séc. XXI: teorias, modelos e práticas*, pp. 615, Évora: Universidade de Évora

APDASC a – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural (s/d a), Estatuto do Animador Sociocultural, http://www.apdasc.com/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1135&Itemid=177 (19-3-2007)

APDASC b – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural (s/d b), Código Deontológico do Animador Sociocultural, http://www.apdasc.com/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1136&Itemid=178 (19-3-2007)

Beane, J. (2003), Integração Curricular: a essência de uma escola democrática, *Currículo sem Fronteiras*, V.3, n.2, pp.91-110

Bento, A., (2006), *A Animação serve as ideologias: ou ela própria já é uma ideologia?* In A. Peres e M. Lopes (eds). *Animação, Cidadania e Participação*. APAP

Canto, C. C., (s/ d), *Animação Sociocultural na sua vertente Socioeducativa – Animação Infantil*, Chaves, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Carvalho, A. (2007), *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*, Braga, Universidade do Minho

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Carvalho, G.S. (2006), *Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis*. In B. Pereira & G.S. Carvalho (eds) *Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel, pp.19-37

Carvalho, G., Carvalho, A. (s/d), *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*, Local: Lusociência.

Carvalho, G., Gonçalves, A., Rodrigues, V., Albuquerque, C. (2008), *O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco*, Universidade do Minho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Instituto Politécnico de Viseu

Castro, L. Ricardo, M. (1994), *Trabalho de Projecto Educativo - Manual de formação no âmbito do projecto FORJA, Gerir o Trabalho de Projecto*, Lisboa, Texto Editora

Costa, C. (2010), *Animação sociocultural: profissão e profissionalização dos animadores*, Livpsic

Costa, P. (2009), *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário*, Braga, Universidade do Minho

Durkheim, É., (2007), *Educação e Sociologia*, Lisboa, Edições 70

ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra (s/d), Saídas Profissionais, <http://www1.esec.pt/pagina.php?id=45> (28-7-2006)

Fontes, R. (2007) , *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes*, Porto, Universidade do Porto

Gaspar, P. (2006), *Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*, Universidade de Aveiro

Gonçalves, A., Carvalho, G. (2010), *Influência da escola na homogeneização de padrões e comportamentos de saúde nas populações infanto-juvenis de meio rural e meio urbano*, Universidade da Beira Interior

Jardim, J. (2002), *O método da animação: manual para o formador*, Porto, AVE

Lopes. M., Galinha, S., Loureiro, M. (2010), *Animação e bem-estar psicológico: metodologias de intervenção sociocultural e educativa*, Chaves, Intervenção

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Maia, A. (2008), *Saúde e Adolescência - Hábitos e Comportamentos dos adolescentes que frequentam clínica privada no concelho do Barreiro*, Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana

Mandim, J. F. (2007), *As dinâmicas para a Promoção da Saúde numa Escola do Ensino Básico do Porto: um estudo de caso*, Porto

Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., Canha, L. (1998), *A Saúde dos adolescentes portugueses*, Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para todos – Saúde

Matoso, R. (2008), *A (re)animação cultural das cidades anestesiadas*

Mendonça, L., Maia, Â., Ribeiro, F. (2007), *Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde*. in CONGRESSO FAMÍLIA, SAÚDE E DOENÇA, 2, Braga: Universidade do Minho

Motta, M., Costa, I., Viana, M. (2008), *B-learning em Educação para a Saúde* in J. Bonito (eds). *Educação para a saúde no séc. XXI: teorias, modelos e práticas*. Évora: Universidade de Évora

MS – Ministério da Saúde (2006), *Programa Nacional de Saúde Escolar*, Divisão de Saúde Escolar

Pereira, B., Carvalho, G. (2008), *Actividade física, saúde e lazer*, Lisboa: Lidel

Pereira, M., Sarrico, L., Oliveira, S., Parente, S. (2000), *Aprender a escolher: promoção da saúde em contexto escolar*, Braga, Universidade do Minho

Pérez, V., (2006) , *Educação, Animação, Ócio e Tempo Livre (ou a escura noite onde todos os gatos são pardos)* in A. Peres e M. Lopes (eds). *Animação, Cidadania e Participação*. APAP

Precioso, J. (2004), *Educação para a Saúde na escola: um direito dos alunos que urge satisfazer*, O professor nº 85, 17-24

Remédios, C. (2010), *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência*, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., Carvalho, G. (2007), *Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes*, Universidade do Minho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Silva, A. (2004), *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*, Lisboa, Climepsi editores

Silva, L. (2002), *Promoção da Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta

Trilla, J. (1997/1998), *Animação Sociocultural: teorias, programas e âmbitos*, Lisboa, Horizontes Pedagógicos

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Anexos:

Anexo 1: Questionário

Este questionário insere-se no âmbito da dissertação em *A Animação e a Promoção da Saúde: investir na prevenção*, do Mestrado em Estudos da Criança – área de especialização Promoção da Saúde e Meio Ambiente, do Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Trata-se de um questionário anónimo com o objectivo de aferir a sua opinião sustentada na sua experiência profissional.

Não existem respostas certas ou erradas.

Por favor responda a todas as questões, assinalando com X a opção correspondente à sua opinião ou escrevendo no espaço destinado à resposta.

Desde já, agradeço a sua sinceridade e colaboração neste trabalho.

Questionário

Género: Masculino Feminino

Idade: _____

Área Profissional: Animação Saúde

1. Indique a sua percepção sobre os conhecimentos dos jovens nos seguintes temas:

	Muito Fraco	Fraco	Suficiente	Bom	Muito Bom
Alimentação:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualidade:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Comportamentos de risco:

Actividade física:

Outro. Qual? _____

2. Avalie de forma geral a estrutura dos jovens quanto à relação peso - altura:

Muito Magro Magro Normal Forte Muito Forte

3. Assinale o tipo de cozinhados que acha que os jovens ingerem com mais frequência:

Fritos Grelhados Cozidos Guisados Assados Fast-food

4. No que diz respeito a noções de contracepção, considera que os jovens estão:

Mal informados Pouco informados Informados Bem informados Muito informados

5. Indique qual é para si o nível de influência da ingestão de álcool nos comportamentos sexuais dos jovens:

Nenhuma influência Pouca influência Alguma influência Muita influência

6. Assinale como se costumam apresentar os jovens a nível de higiene corporal:

Sem cuidados Poucos cuidados Cuidados Bem cuidados Muito cuidados

7. Em relação à higiene oral tem verificado que, em geral, os jovens são:

Despreocupados Pouco Preocupados Preocupados Muito preocupados

8. Considera que os jovens têm condutas protectoras face a abordagens ou ataques pessoais?

Nenhumas Muito Poucas Poucas Algumas Muitas

9. Verifica que geralmente os jovens têm conhecimento de situações de violência (agressão) para com os que os rodeiam?

Nenhuns Alguns Bastantes

10. E já constatou que eles próprios tenham sido vítimas de abordagens agressivas?

Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes

11. Quanto ao tema do Ambiente, considera que os jovens se sentem preocupados com a preservação de recursos naturais? (Assinale o correspondente à sua opinião)

Despreocupados Pouco Preocupados Preocupados Muito preocupados

12. De um modo geral, observa que os jovens adoptam comportamentos de cidadania, como por exemplo, a reciclagem, respeito pelas regras de trânsito e a ajuda aos outros?

Nenhuns Muito Poucos Poucos Alguns Muitos

13. Como considera o nível de contacto dos jovens com as substâncias psicotrópicas?

Álcool Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Anfetaminas Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Tabaco Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Cannabis Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Ecstasy Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Cocaína Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Heroína Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

Antidepressivos Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Ansiolíticos Nenhum Baixo Razoável Elevado Muito elevado

14. Com que frequência é que os jovens com quem contacta realizam actividades físicas?

Diariamente nenhuns Alguns Muitos

Duas a três vezes por semana nenhuns Alguns Muitos

Uma vez por semana nenhuns Alguns Muitos

Quinzenalmente nenhuns Alguns Muitos

Mensalmente nenhuns Alguns Muitos

Raramente nenhuns Alguns Muitos

15. Qual pensa ser a relação dos jovens com a sua imagem corporal?

Despreocupados Pouco Preocupados Preocupados Muito preocupados

16. Na sua opinião, quem deveria ser responsável pela educação para a saúde dos jovens?

Médico de família sim não

Família sim não

Escola sim não

Instituições de Solidariedade Social: sim não

Outro. Qual? _____

17. Em sua opinião quais os factores que condicionam um estilo de vida mais saudável?

Inexistência de iniciativas sobre vida saudável na sociedade sim não

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Informação insuficiente sim não

Indisponibilidade financeira sim não

Indisponibilidade de tempo sim não

Difícil acesso a equipamentos de manutenção física sim não

Outro? Qual? _____

18. Em que medida acha que o uso das ferramentas de ASE (Animação Socioeducativa) podem contribuir para a Promoção da saúde?

19. Que tipos de actividades podem os profissionais das áreas de saúde e de animação socioeducativa implementar em conjunto, tendo como objectivo a Promoção da Saúde dos jovens?

20. Em que contexto devem ser realizadas estas intervenções?

Ambiente Escolar sim não

Centro de Saúde sim não

Escuteiros sim não

Catequese sim não

Clubes desportivos sim não

A animação e a promoção da saúde: investir na prevenção.

Clubes Culturais sim não

IPJ (Instituto Português da Juventude) sim não

Outras associações. Quais? _____

21. Já esteve envolvido em algum projecto de promoção da saúde?

sim não

Se sim, qual?

Obrigada pela sua colaboração.