

COMO OS ADOLESCENTES CONCEPTUALIZAM SAÚDE E DOENÇA: COMPREENDER AS CONCEÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA, EM ALUNOS DO TERCEIRO CICLO, ATENDENDO À INFLUÊNCIA DO CONTEXTO ESCOLAR E DA IDADE

Ana Rita Cabral Ferreira, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, ritacabralferreira@gmail.com

Marina Serra de Lemos, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, marina@fpce.up.pt

Lígia Lima, Escola Superior de Enfermagem do Porto, ligia@esenf.pt

RESUMO: A definição e estudo das concepções de saúde são abordados numa perspetiva não unicamente biomédica, mas mais holística, abarcando aspetos psicológicos e emocionais. Por existir uma forte relação entre as concepções que temos sobre estar saudável e doente e os comportamentos de saúde, pretendeu-se estudar as concepções de adolescentes com vista a caracterizar as mesmas, e também a analisar possíveis influências da idade e do contexto escolar. Com efeito, estes dois tipos de fatores têm sido acentuados pela perspetiva desenvolvimental e contextual, respetivamente, como os principais determinantes das concepções de saúde e doença. Para tal, participaram 132 estudantes, 80 da escola A, sendo 55 do género masculino, e 30 do 7º, 33 do 8º e 69 do 9º ano de escolaridade. Para a recolha dos dados utilizaram-se os seguintes instrumentos: a) grelha de análise do contexto escolar, construída para este estudo, com o objetivo de caracterizar os dois contextos escolares em termos de ações para a saúde, b) um questionário sócio demográfico e c) a técnica do “desenho e escrita” (Williams, Wetton & Moon, 1989), para avaliar as concepções. A análise de conteúdo evidenciou concepções complexas e holísticas de saúde e doença. Os resultados sugeriram também que o contexto escolar, mais do que a idade, parece influenciar estas concepções, tal como previsto com base na literatura. Os resultados permitiram também definir novas pistas para investigações futuras, numa área que tem merecido cada vez mais destaque.

Palavras – chave: Conceção de doença e saúde, influência contextual, técnica do desenho e escrita

Introdução

Desde o século XXI que Portugal tem vindo a centrar, cada vez mais, a sua atenção na saúde, refletindo-se na investigação que tem surgido neste campo. A psicologia, por seu turno, mostra especial interesse em perceber como o indivíduo pensa, sente e age no que a este tema diz respeito.

A saúde não é um campo restrito às faixas etárias mais jovens mas, na verdade, tem-se provado que comportamentos saudáveis e atitudes positivas acerca da saúde, fomentados em jovens, têm uma relação positiva com crenças saudáveis quando adultos (Mechanic, 1979 & Lau, 1982 *in* Eiser, 1989).

E é por isso que o conhecimento científico tem seguido um caminho de descoberta sobre que fatores sociais e ambientais influenciam a saúde. Dos principais agentes sociais destaca-se os pais, a escola e os media. Em 2009, Reeve e Bell, desenvolveram um estudo com crianças (9-11 anos), de diferentes nacionalidades, que objetivava perceber também que atividades ou ideias influenciam o que as crianças entendem sobre ser saudável. E de facto, a escola e os pais surgiram como as maiores fontes de informação, não descorando as pontuais referências aos programas televisivos e à experiência pessoal.

Blaxter, em 1990, e Coulton, Korbin e Su, em 1996, foram talvez os primeiros impulsionadores para que uma maior atenção fosse dada à influência do meio como fator determinante na doença e saúde (Blaxter, 1990). Contudo, se por um lado a própria sociedade exerce influência sobre estas concepções, também os pais assumem uma cota parte. A inter-relação entre crenças parentais, práticas parentais e comportamento das crianças pode ser estabelecida por duas vias. A primeira centra-se no facto das práticas parentais espelharem as crenças relativas àquilo que esperam do comportamento da criança. A segunda via corresponde a influências indiretas (eg. a organização da casa, os brinquedos, as atividades e brincadeiras, etc) que, no entanto, podem ser vistas como uma adição aos relacionamentos interpessoais entre crianças e pais (Sigel, 1985).

Por fim, já referenciado em cima, o contexto escolar parece ser outra grande fonte de influência naquilo que as crianças sabem sobre saúde e doença. Passando grande parte do seu tempo nesta instituição os seus estímulos parecem interferir na forma como integram e organizam as representações no que a estes dois conceitos diz respeito.

A escola como principal agente influenciador

A definição de saúde proposta pela OMS remete para uma focalização na prevenção, em que as escolas se têm mostrado os maiores palcos.

Em Portugal, a entrada na escola efetua-se aos 6 anos e com ela inicia-se um ciclo de aprendizagem a par com o seu próprio desenvolvimento. Todas as aprendizagens e desenvolvimento feito durante esta etapa vão obedecer a um conjunto de normas e regras próprias do ambiente onde se realizam. Assim, a interferência deste meio no estabelecimento de estruturas mentais de interpretação da realidade não pode ser esquecida, como efetivamente não o é. Macfarlane (2002) e Blaxter (1983) (*in* Macintyre et al., 2006) sugerem que as conceções de saúde e doença são influenciadas pelo contexto, acontecendo por experiências pessoais ou observadas (Cornwell, 1984; Davison, 1991 *in* Macintyre et al., 2006).

O assumir de uma visão bem mais alargada do que a tradicional transmissão de conhecimentos torna a escola o local de excelência para o desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da saúde, uma vez que as crianças despendem neste contexto muito do seu tempo diário e muitos anos do seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social (McGinnis e DeGraw, 1991; Denman, 1994; Parsons *et al.*, 1996; Colquhoun, 1997; Cruz, 1999; Loureiro, 1999; Mc Bride *et al.*, 1999; Precioso, 1999; Carvalho, 2000, 2002 e 2003 *in* Faria & Carvalho, 2004). De modo a enquadrar este estudo numa época e contexto próprio mostrou-se importante realizar uma breve pesquisa sobre as medidas escolares que poderão modelar as conceções referentes à saúde.

Referenciando que contributos o programa curricular poderá trazer para a formação das conceções dos jovens, o Estudo do Meio contempla vários objetivos gerais com destaque para aspetos relacionados com “preservar a saúde e segurança do seu corpo de acordo com o conhecimento que tem das suas potencialidades e limitações e respeitar e aceitar as diferenças individuais” (*cit in* Ministério da Educação, Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2010/2011 acedido em www.min-edu.pt a 12 de março de 2011). Os temas debatidos ao longo do terceiro ciclo têm como principal característica valorizarem a

comunidade e o indivíduo inserido numa sociedade, referindo também atenção ao indivíduo enquanto ser único, e portanto explorando os temas sempre de forma reflexiva e focando a importância da tomada de decisão. Importa salientar que, ao nível do 9º ano, o programa curricular aborda temas mais especificamente relacionadas com a saúde. De entre eles refere-se: doenças infecto-contagiosas, doenças cardiovasculares, obesidade, assistência médica, nutricionismo, planeamento familiar, conceito de saúde e de doença, sexualidade, substâncias psico-ativas e o cidadão como pessoa responsável na saúde individual e coletiva.

Uma outra disciplina que considera a promoção da saúde é a Educação Física. Esta disciplina está organizada “na perspetiva da melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar”, predispondo-se a promover o gosto pela prática regular das atividades físicas e a “aprofundar a compreensão da sua importância como fatores de saúde e componente da cultura, na dimensão individual e social” (*cit in* Ministério da Educação, 2004). A Educação e Promoção da Saúde começam com aspetos como, ajustar a quantidade e qualidade do exercício adequado às necessidades e possibilidades de cada um (Ministério da Educação, Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2010/2011 acedido em www.min-edu.pt a 12 de março de 2011). Não obstante, o currículo não esquece que a aprendizagem deve ser feita num ambiente agradável, de cooperação e ajuda mútua, havendo referência inclusive à forma de formação dos grupos de trabalho.

Não sendo a escola um meio restrito à sala de aula e ao conhecimento académico, Konu e Rimpelä (2001 *in* Konu et al., 2002) apresentaram um modelo de bem-estar no contexto escolar que engloba quatro áreas: condição da escola, relações sociais, significados para a autorrealização e o estado de saúde. Neste sentido, mostrou-se importante fazer observações destes fatores.

Se o Programa Curricular Nacional por si só, e a escola, não esquece a educação para a saúde e sua promoção, outros programas existem que o completam. Em 2008 saiu uma

Portaria, nº 655, instruindo sobre a aplicação do Programa Cuida-te. Este programa objetiva a promoção da saúde juvenil e de estilos de vida saudáveis através do fomento das práticas de exercício físico regular e de uma alimentação saudável, da prevenção de consumos nocivos e da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Por último, resta salientar que há muito que a OMS vem a referir a importância da saúde nas escolas, mediante a implementação de diretrizes para aquilo que designam de Escola Promotoras da Saúde. Portugal encontra-se ainda num processo de desenvolvimento neste campo, mas são já muitas as escolas que incluem nos seus planos a atenção necessária a esta temática.

A escola cumpre o objetivo de ensinar e aprender, mas também, apresenta-se como sítio privilegiado para a promoção e desenvolvimento da saúde para as crianças, família e professores, não sendo possível destringir saúde de educação (Tang, 2009 *in* Jourdan et al., 2010).

Método

No sentido de operacionalizar estas questões, o presente estudo teve como objetivos:

- a) Caracterizar as conceções de saúde e doença em frequência categorial, quantidade de categorias e número de indicadores;
- b) Caracterizar as conceções de saúde e doença quanto ao género;
- c) Analisar diferenças nas conceções de saúde e doença em função do nível de escolaridade;
- d) Caracterizar os contextos educativos quanto ao nível de práticas orientadas para a educação para a saúde;
- e) Analisar diferenças nas conceções de saúde e doença em função do contexto;
- f) Avaliar efeitos interativos da idade e do contexto escolar na construção da conceção de saúde e doença.

Amostra

A amostra foi selecionada conforme um processo não probabilístico segundo uma amostragem por conveniência. O estudo das concepções de saúde e doença foi realizado com uma amostra de 131 sujeitos de duas escolas do Ensino Básico do 2º e 3º Ciclo.

Instrumentos

De forma a recolher as concepções de saúde e doença dos jovens foi utilizada a *Técnica do desenho e escrita* (Williams, Wetton & Moon, 1989). Trata-se de um método que permite a exploração de significados. É composto por duas instruções complementares, a primeira solicitando um desenho e a segunda um texto escrito. Desta forma, este pedido é feito segundo instruções específicas lidas em voz alta para os sujeitos participantes, “Desenha de um lado da folha uma pessoa saudável/com saúde e do outro lado da folha uma pessoa doente. Desenha o melhor que poderes. Se quiseres podes colorir. Escreve também (ou diz, se preferires) algumas frases sobre o que é estar doente e o que é estar saudável/com saúde”.

Por outro lado, com o intuito de se recolher informação quanto às ações para a saúde desenvolvidas nas escolas, construiu-se uma *Grelha de análise de ações para a saúde no contexto escolar*, que foi especialmente elaborada para este estudo e deve ser preenchida pelo investigador. Assente num conjunto de tópicos e questões que visam analisar o contexto quanto a ações desenvolvidas sobre o tema saúde, contém um conteúdo observacional e uma entrevista semi-estruturada.

Procedimento

O recrutamento dos sujeitos da amostra foi realizado em duas instituições de ensino, uma no distrito do Porto e outra no distrito Bragança. O primeiro contacto foi efetuado junto dos diretores das respetivas escolas no sentido de obter autorização para a recolha. Selecionadas duas turmas de 7º ano, duas do 8º ano e duas do 9º ano, e mediante autorização prévia dos encarregados de educação, procedeu-se à recolha nas aulas que melhor conveio ao

próprio funcionamento da escola. Após ausência do professor, os participantes procederam ao preenchimento do instrumento “técnica do desenho e escrita”. As instruções concretizaram-se de duas formas, verbalmente e por escrito, sendo que a tarefa cumpriu um período de 20 minutos para ser realizada, concedendo-se tolerância sempre que se mostrou necessário.

A aplicação da grelha de análise do contexto escolar foi efetuada em ambas as escolas. O momento destinado a esta aplicação foi o decorrente entre os momentos de recolha junto dos participantes. Isto é, no tempo de espera entre aulas, tendo obedecido a um período médio de 4 horas em cada escola.

Análise dos dados

O método de análise de conteúdo insere-se no leque de técnicas concebidas para a análise de dados qualitativos. Sabendo-se a diversidade de recortes passível de ser elaborado, procedeu-se a uma análise categorial num modelo desenvolvido por Lígia Lima e Marina S. Lemos (2008), adaptado do sistema alfa-numérico de codificação de Boruchovitch e Mednick (1997), baseado num sistema de categorização para cada um dos constructos (saúde e doença) assente em pares de categorias.

A análise de conteúdo contou ainda com o estabelecimento de um acordo inter observador. Este acordo foi de 85% para a classificação das unidades e de 92% para a identificação do número de unidades. O acordo foi estabelecido com mais 2 observadores, após um procedimento rigoroso de treino e acordo. Considerou-se contudo que a divisão do texto em unidades de significado deveria realizar-se em conjunto com os outros observadores da equipa de investigação envolvida no presente estudo. Já a categorização foi realizada de forma autónoma, por a percentagem de acordo ser satisfatória.

Posteriormente, com o objetivo de perceber a influência das variáveis assumidas, realizou-se análises quantitativas, mediante o uso do programa estatístico – SPSS.

Resta salientar que as análises foram efetuadas separadamente para a concepção de saúde e doença.

Resultados e Discussão

Concepção de saúde e doença

A presente investigação encontrou, para a concepção de saúde, as categorias relacionada com sentimentos de bem-estar e afeto e a participação em medidas preventivas como as mais destacadas (cf. Quadro 1.1), o que vem de acordo ao esperado para esta faixa etária. Efetivamente, nesta etapa do desenvolvimento as concepções não se limitam ao modelo biomédico englobando aspetos de cariz psicológico e do comportamento do sujeito.

Quadro 1.1 Caracterização das concepções

Concepção	Categoria	Percentagem presente/ausente
Saúde	“Sentimentos gerais de bem-estar e afeto”	71.3 %
	“Participação em práticas preventivas e de manutenção da saúde”	32%
	“Ausência da necessidade de medidas terapêuticas”	0.8%
	“Não sei, resposta circular ou incompreensível”	16.3%
Doença	“Não estar saudável, presença de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”	62.7%
	“Sentimentos gerais de bem-estar e afeto”	55.6%
	“Vantagens e sentimentos agradáveis”	0%

Quanto aos resultados descobertos para a concepção de doença pode-se concluir que, tal como no estudo de Millstein et al. (1981), os adolescentes apresentam uma concepção mais fisiológica e psicofisiológica, referenciando primordialmente as categorias “não estar saudável, presença de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas” e “sentimentos gerais de bem-estar e afetos”. Foi possível perceber diferenças entre os sujeitos, que apontam no sentido dos estudos realizados anteriormente. Desta análise mais detalhada, que tenta perceber as diferenças por idade, o resultado obtido está em consonância com o encontrado no estudo

de Schmidt e Frohling (2007), que refere que crianças mais novas destacam mais aspetos negativos nas suas conceções de doença, pois os jovens de 12 anos parecem referir mais vezes a incapacidade para se fazer as atividades desejadas do que os de 14 ($F(2,116) = 3.304, p = .040$).

Nenhum estudo encontrado faz referência a uma conceção de doença em que há ganhos, como por exemplo, receber mais atenção, e efetivamente os resultados da presente investigação apontam para a ausência desta categoria nas conceções destes jovens (cf. Quadro 1.1). Uma explicação poderá advir do facto de esta ser uma categoria que apela à influência contextual e experiencial de cada sujeito. Assim, contendo a amostra apenas sujeitos saudáveis, podemos ir de encontro ao pressuposto de que a experiência individual é influente no que estas crianças concebem como estar saudável e doente, tal como referem Piko e Back (2006).

Diferenças de género

A literatura parece não se ter debruçado sobre a diferença entre géneros. Contudo, foi objetivo verificar estas diferenças e os resultados sugerem que as raparigas parecem ter uma conceção de saúde mais orientada pelo modelo biomédico do que os rapazes (“Não estar doente, ausência de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”: género feminino - $M = 0.36, DP = 0.626$ e género masculino - $M = 0.11, SD = 0.052; t(124) = -2.738, p = .007$).

Diferenças entre ano de escolaridade

O programa educativo das diferentes disciplinas contempla objetivos distintos de aprendizagem, pelo que, parte-se do pressuposto que os conhecimentos dos alunos do 7º ano são divergentes dos do 8º e 9º. O 9º ano apresenta-se o ano por excelência onde aprendem mais especificamente aspetos relacionados com o estado de estar doente e com o conceito de saúde, nomeadamente, referindo doenças específicas na abordagem pedagógica, abordando a sexualidade e aprendendo inclusive a definição de saúde sugerida pela OMS. Desta forma,

podemos então explicar o facto de estes mesmos alunos referirem mais vezes indicadores tanto de doença como de saúde (cf. Quadro 1.2). O seu conhecimento em relação a estes conceitos é esperado que seja superior relativamente aos restantes sujeitos, por uma transmissão feita a nível educativo destas questões, o que lhes permite à partida um *background* maior aquando da escrita do que é ser saudável ou doente.

A categoria “sentimentos gerais de bem-estar e afetos” é aquela em que se enquadra grande parte da definição de saúde proposta pela OMS. Assim, a maior frequência desta categoria em alunos do 9º ano comparativamente aos do 7º e 8º (cf. Quadro 1.2) poderá ser explicada pelo conhecimento adquirido no último ano do terceiro ciclo. Não obstante, o facto de não terem sido encontradas diferenças entre anos nesta mesma categoria para a conceção de doença poderá derivar do facto de a OMS não fornecer uma definição de doença, e que não é portanto transmitida no programa curricular. Por outro lado, verificando-se uma maior incidência da categoria “incapacidade para realizar atividades desejadas ou exigidas” nos alunos do 7º ano (cf. Quadro 1.2), é possível lançar a hipótese que os alunos abandonam este tipo de conceção ao longo da sua formação pela detenção de outro tipo de informação que modula as suas conceções.

Quadro 1.2 Diferenças entre anos de escolaridade

Conceção	Categoria	Escolaridade		Diferença de medias	Sig.
		8º ano	9º ano		
Saúde	“capacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas”	8º ano	9º ano	-.354	.008
	“sentimentos gerais de bem-estar e afetos”	7º ano	9º ano	-.876	.002
		8º ano	9º ano	-.901	.001
	quantidade de categorias de saúde	7º ano	9º ano	-.467	.021
	número de indicadores de saúde	7º ano	9º ano	-1.279	.007
Doença		8º ano	9º ano	-1.487	.001
	número de indicadores de doença	7º ano	9º ano	-1.035	.034
		8º ano	9º ano	-1.202	.009
	“incapacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas”	7º ano	8º ano	.175	.154
		9º ano			.007
	“Sentimentos gerais de bem-estar e afeto”	-----		-----	-----

O programa escolar parece centrar-se numa comunicação mais fortemente relacionada com um discurso que valoriza a adoção de comportamentos para a saúde, quer pela promoção de comportamentos saudáveis, quer por um discurso de atribuição causal entre o estar doente e certos comportamentos como consumir substâncias psico-ativas. Esta constatação poderá explicar os resultados encontrados, em que há uma relação positiva entre o ano de escolaridade e uma conceção do que é estar doente centrada na falta de práticas preventivas ou de manutenção da saúde (cf. Quadro 1.2).

Salientamos que o facto de não existirem estudos que se centrem em específico nestas questões não permite a comparação de dados sendo porém aqui lançadas algumas hipóteses que parecem ter sustentação teórica.

Por seu turno, refletimos sobre o facto de os alunos a frequentar o 7º, 8º e 9º ano terem idades semelhantes e muito próximas. Será difícil, com a amostra presente, destringir a variável idade e escolaridade sendo necessário estar alerta para o facto desta similaridade.

Diferenças de contexto

Um dos focos do presente estudo está em perceber de que forma o contexto tem influência nas conceções dos adolescentes, pelo que esta hipótese parece ter sido sustentada, ainda que mereça larga discussão. Mediante a análise do contexto, foi unicamente possível avançar que, um ambiente escolar menos estimulante em ações para a saúde leva a uma maior abstenção de resposta ou a uma resposta caracterizadora de uma conceção menos estruturada ou elaborada (cf. Quadro 1.3). Tal como refere a literatura, a escola, as ações e ambiente nelas gerado, contribuem para a formação das conceções de saúde e doença. Por outro lado, seriam esperadas diferenças ao nível das conceções e categorias que as caracterizam, o que não foi verificado. Tal poderá ser explicado por, em diversos campos da análise contextual as escolas não se apresentarem distintas. Ainda que numa análise final existam diferenças entre estes contextos, ressalvando que apenas numa categoria, essas distinções parecem não ser

suficientes para moldar de forma tão diferenciada as concepções destes adolescentes. Ainda é de referir que em Portugal muito tem vindo a ser feito na promoção e educação para a saúde e por isso, as escolas portuguesas obedecem a um conjunto de ações que são obrigatoriamente desenvolvidas no contexto escolar. Verificou-se, por exemplo, uma diferença no número de projetos desenvolvidos mas na verdade, todas as escolas tinham pelo menos um projeto em ação.

Quadro 1.3 Diferenças de contexto

Variáveis	Categoria	Interação Escolas
Doença	“Não sei, resposta circular ou incompreensível”	Escola A > B
Idade	-----	-----
	“capacidade para se fazer atividades pretendidas ou desejadas”	Escola A < B
7º ano	“Não estar saudável, presença de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”	Escola A > B
8º ano	“Não sei, resposta circular ou incompreensível”	Escola A > B
	“capacidade para se fazer atividades pretendidas ou desejadas”	Escola A > B
9º ano	Quantidade de categorias de saúde	Escola A > B
	Quantidade de categorias geral	Escola A > B

É neste sentido que as correlações entre os subfactores do contexto e as categorias mencionadas nas concepções não serão valorizadas. Não é possível verificar esta relação para perceber diferenças específicas entre contextos.

Uma análise por escola foi ainda realizada no sentido de verificar diferenças tendo em conta variáveis específicas, ainda que saibamos que no geral não se apresentam grandes divergências contextuais. O que foi possível apurar é que, as análises feitas tendo em conta a variável ano de escolaridade, mostram que em todos os anos há diferenças entre a escola A e a escola B. A grelha construída no nosso estudo de forma a classificar as escolas em termos de ações para a saúde objetivou constituir-se um instrumento que não só permitisse aceder a informações ditas mais observáveis, presença de cartazes, projetos, entre outros, mas também a uma influência implícita, assente nos discursos das equipas docentes, nas ações e verbalizações diárias dos funcionários e até na forma como o professor transmite os

conhecimentos acadêmicos. Alguns estudos têm vindo a alertar para a importância destes fatores por serem também eles modeladores das concepções dos jovens, e, como tal, este foi um interesse do nosso estudo. Não obstante, a grelha construída assume limitações que a estabelecem unicamente como orientadora, não permitindo análises mais profundas por questões metodológicas. É desta forma que não poderemos anular a possibilidade de uma influência na forma como o conhecimento é transmitido. Mais do que a presença de cartazes, as ações desenvolvidas para a saúde ou até mesmo a disponibilização de comida gratuita, devemos ter em conta a forma como estas ações são desenvolvidas, a envolvência dos alunos, a forma como o docente comunica os conceitos teóricos referentes à saúde, ou mesmo a participação ativa no desporto escolar.

Segundo o paradigma democrático (Jensen, 1997) a saúde na nossa sociedade é influenciada pelas condições e estilo de vida, em que o sujeito deve ter um papel ativo no contributo para a resolução dos seus próprios problemas, encontrando desenvolvendo competências para ultrapassar os problemas, sendo que a escola assume responsabilidade na formação dos seus alunos. Os projetos que, no contexto de sala de aula, dão espaço aos alunos para desenvolverem as suas próprias perspetivas têm tido um efeito bastante positivo no que respeita ao envolvimento destes nas questões de saúde. Contudo, e no sentido de conceder ao aluno um papel ativo, mostra-se crucial que estes participem em promoções de saúde. É conhecida a importância do desenvolvimento de ações para a saúde na construção de concepções mais complexas e holísticas, mas a existência destas por si só parecem não bastar. Estas ações pedem uma participação ativa numa combinação potenciadora de uma influência conceptual mais eficaz. Tal como um docente da disciplina de Ciências Naturais referenciou aquando da entrevista semi-estruturada, “... as ações existem! Até têm fruta gratuita, mas temos verificado que muitos alunos não sabem disso porque não é divulgado, apenas está pousada no balcão do bar”.

Conclusão

O estudo das concepções de saúde tem-se mostrado importante na constituição de programas interventivos e de promoção da saúde. Perceber de que forma as crianças e jovens conceptualizam saúde e doença tem sido o primeiro passo, logo seguido da análise de como são estas modeladas. No geral, a leitura integrada dos dados, sugere que existem relações significativas entre estas concepções e as variáveis aqui em estudo (idade e contexto escolar). Assim, concluímos que existe uma influência gerada pelo contexto escolar que não conseguimos contudo explicá-la na sua totalidade. Sabemos da sua existência, não que fatores específicos exercem esta influência!

Não obstante, tal como a literatura sugere, existe uma relação entre aquilo que conceptualizamos como saúde e doença que parece espelhar-se nos comportamentos saudáveis realizados. Assim, o conhecimento da composição destas concepções dá pistas importantes para que se possa atuar de forma mais eficaz na modulação dos comportamentos, bem como na elaboração de programas interventivos e preventivos. É este conhecimento que permite estruturar estes programas para que a mensagem chegue de forma mais eficaz às crianças e adolescentes. Já o conhecimento dos fatores influenciadores destas concepções poderá dar indicações importantes de onde estes programas podem ser implementados, que contextos devem visar.

A educação e promoção para a saúde tem incidido sobre duas principais premissas, uma mudança a nível individual ou a nível de grupo, a população (Syme, 1994 *in* Frohlich e Potvin, 1999). A mudança grupal é aquela que tem vindo a ganhar cada vez mais destaque e por isso as intervenções deverão centrar-se na mudança do contexto em detrimento de mudanças individuais. Efetivamente, o que acontece é que há sempre novos sujeitos a entrar nas escolas portuguesas e outros tantos a sair das mesmas. Assim, quando as mudanças ocorrem no contexto, ocorrem de forma quase permanente no sentido em que estas existirão

para lá das flutuações anuais e consequentes da entrada e saída de alunos. No sentido das observações feitas na presente investigação, e referindo alguns aspetos que deveriam ser considerados em futuros estudos a desenvolver nesta área, primeiramente sugere-se o aperfeiçoamento da grelha orientadora aqui desenvolvida de forma a poder ser base de estudo para os subfactores contextuais mais relevantes.

Concomitantemente salienta-se a falta de um instrumento que permitisse avaliar o desenvolvimento cognitivo. Contudo, teve-se em atenção este aspeto, eliminando inclusive um sujeito a beneficiar de ensino especializado. Em investigações futuras será essencial controlar esta variável para que não haja a interferência da mesma no estudo da influência do contexto escolar.

Para finalizar, sugere-se especial atenção para a diferença entre género, que a literatura tem descuidado.

Referências

- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. British Library Cataloguing: Data Publications.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (1997). Diferenças transculturais nos conceitos de saúde e doença de crianças. *Revista de Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública: São Paulo, (31) 5, 448-456
- Eiser, C. (1989). *Children's concepts of illness: towards an alternative to the "stage" approach*. Psychology and health. Londres: Harwood Academic Publishers, 3, 93-101
- Lima, L., & Lemos, M. (2008, Fevereiro). Conceções infantis sobre saúde e doença. Comunicação realizada no 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto.
- Faria, H. A. & Carvalho, G. C. (2004). Escolas promotoras de saúde: fatores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Promoção da Saúde*. (22) 2, 79-90
- Jourdan, D., Namara, P., Simar, C., Geary, T. & Pommier, J. (2010) Factors Influencing the contribution of staff to health education in schools. *Health Education Research*. Oxford University Press, 1-12
- Konu, A. I., Lintonen, T. P. & Rimpelä, M. K. (2002) Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Education Research: Theory and Practice*. (vol.17). Oxford University Press, 2, 155-165
- Macintyre, S., McKay, L. & Ellaway, A. (2006). *Lay concepts of the relative importance of different influences on health; are there major socio-demographic variations?* Health Education Research: Theory and Practice. Oxford University, (21) 5, 731-739
- Ministério da Educação (2004) *Organização curricular e Programas*. (4ª Ed.). 1º Ciclo, Ensino Básico acedido em www.min-edu.pt.
- Ministério da Educação (s/d) *Currículo Nacional do Ensino Básico. Competências Essenciais* acedido a 12 de março de 2011 em <http://www.min-edu.pt>
- Ministério da Educação (s/d). *Promoção e Educação para a saúde, Ensino Secundário –*

Competências transversais acedido em 12 de março de 2011 em <http://www.min-edu.pt>
Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde (2004) *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa

Organização Mundial da Saúde (2003) Escolas Promotoras de Saúde. *Fortalecimento da Iniciativa Regional, Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012*.

Piko, B. F. & Bak, J. (2006) Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research: Theory and Practice*, (21)5, 643-653

Portaria nº 655 (2008), *Diário da República*, 1.ª série — N.º 143

Reeve, S. & Bell, P. (2009). *Children's Self-documentation and Understanding of the 'Healthy' and 'Unhealthy'*. London: University of Washington, 31 (14), 1953 - 1974

Schmidt, L. R. & Fröhling, H. (2007) Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Psychology and Health*, (15) 2, 229 — 238

Sigel, I. E. (1985). *Parental belief systems: the psychological consequences for children*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.