

## ***EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ENSINO SUPERIOR – PRESENTES NO FUTURO.***

*Maria Cristina Campos de Sousa Faria*  
Instituto Politécnico de Beja

### **Introdução**

A construção de uma consciência de saúde e a valorização da promoção do bem-estar subjectivo angariam cada vez mais adeptos no âmbito do ensino superior. A vida dos cidadãos do amanhã está nas mãos dos futuros profissionais do presente, por isso, tem cada vez mais sentido estimar a qualidade de vida psicossocial e académica do estudante do ensino superior se quisermos construir uma sociedade do bem-estar. Esta constatação leva-nos a redimensionar o trabalho desenvolvido pelas universidades e politécnicos, públicos e privados, que deverão focalizar a educação no domínio superior em finalidades que versem a cidadania, as competências pessoais, sociais e académicas relacionadas com o bem-estar, a formação pessoal e social do futuro profissional, no feminino e no masculino, de forma que ele(a) consiga harmonizar-se consigo próprio(a), com a sociedade e o mundo do trabalho que os espera. De um modo geral as instituições do Ensino Superior partem do pressuposto que os alunos que entram nas Universidades e Politécnicos são cidadãos adultos, responsáveis, com capacidades para tirarem uma licenciatura. Contudo, a simples observação da realidade mostra-nos que os indivíduos que chegam a estas instituições são jovens a caminho de serem adultos, muitos deles não concluíram ainda a adolescência, na sua maioria estão afastados das suas famílias, amigos e comunidade que os viu crescer, alguns estão a projectar um plano de constituição de família outros ainda estão a iniciar a sua vida sexual, e todos eles(as) ainda andam à procura de respostas para a construção da sua identidade (Quem sou eu? O que ando aqui a fazer? O que quero fazer da minha vida?). Muitos destes estudantes do ensino superior são ingénuos (Ah! Não sabia que...), crédulos (“A mim não me acontece!...) ou solitários (Não sei o que fazer e não tenho ninguém que me ajude.), o que nos leva a pensar na necessidade de criar iniciativas de combate à falta de informação ou deformação da informação, ao tipo de atitudes assentes na dimensão do optimismo irrealista, solidão e depressão, bem como às fontes geradoras da insegurança, do mal-estar e do risco.

Vários podem ser os problemas que surgem ao cidadão e à cidadã deste grau de ensino, nomeadamente, podemos salientar as problemáticas relacionadas com a transição para o ensino superior e mais tarde para o mundo do trabalho (Faria, 1999a; Gonçalves, 2001; Santos, 2001); a integração na instituição (Heinscheid, 2000; Buve; 2000, Gonçalves, 2000); os métodos de estudo, ansiedade aos exames, rendimento

académico (Santos & Almeida, 1999, 2000; Santos, 2001); escolha vocacional (Leitão, Paixão, Silva & Miguel, 2000); relações interpessoais, depressão, baixa auto-estima, perturbações alimentares, processos de luto, solidão, identidade sexual, relacionamento amoroso, comportamentos aditivos, afastamento da família e dos amigos, e, em particular, os processos de desenvolvimento pessoal e social do jovem adulto (Vaz Serra, 1999; Santos, 2001; Dias, 2001; Faria, 2001 a, 2001 b; Faria, Oliveira & Gonçalves, 2001; Svenson *et al.*, 2001). Estar presente no futuro, no individual e no social, implica não só o desenvolvimento de personalidades assertivas através da promoção de uma consciência de saúde pessoal e social e de práticas salutaremas, também, a construção de políticas, legislação, pedagogia que se vejam ao espelho na dinamização de instituições educativas promotoras do bem-estar. Encarar esta constatação obriga à modernização das instituições do ensino superior que deverão repensar as pedagogias, criar estruturas viáveis de aconselhamento psicológico e estarem preparadas para realizar a promoção e a educação para a saúde no ensino superior. Neste trabalho procuramos contextualizar e chamar a atenção para as principais problemáticas e iniciativas que têm sido desencadeadas no âmbito da Educação para a Saúde, em particular no Ensino Superior, salientando o papel vanguardista desempenhado pelos Gabinetes de Apoio Psico-Pedagógico ou de Aconselhamento Psicológico portugueses.

## 1. Contextos, Orientações e Vivências de Saúde

Da Primeira Conferência Internacional da Saúde realizada no ano de 1986 resultou um documento que trouxe uma nova perspectiva de saúde para a humanidade ao chegar-se a acordo que cada indivíduo constitui o seu principal recurso de saúde. Estamos a referir-nos à Carta de Ottawa que define a promoção da saúde como *o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da sua saúde, no sentido da sua melhoria* e na qual são contemplados os seguintes objectivos: definição de políticas públicas que promovam a saúde; criação de ambientes físicos e sociais de suporte; reforço da participação activa da comunidade; desenvolvimento das competências individuais; reestruturação dos serviços de saúde. Mais tarde, decorria o ano de 1995 em Dublin, o Departamento Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa e o Comité Europeu para o Desenvolvimento da Promoção da Saúde realizaram uma declaração de consenso sobre a Promoção da Saúde e as reformas do Sistema de Cuidados de Saúde, observando-se a ampliação da Carta de Ottawa ao serem consideradas áreas de intervenção para a promoção de uma vida mais saudável sobre as quais se desenvolveriam actividades que incluíssem o reforço da capacidade das comunidades para alcançarem uma vida salutar e a melhoria das capacidades dos indivíduos para cuidarem da sua própria saúde.

A construção de atitudes e a adopção de comportamentos favoráveis à saúde e à qualidade de vida, devem ser implementadas nas idades precoces da vida, infância, adolescência e juventude, já que, têm um efeito determinante e positivo na saúde do adulto. Para que a promoção da saúde seja uma prática corrente e de todos os grupos etários é necessário que os indivíduos tenham acesso à informação, ao conhecimento e saibam escolher e desenvolver estilos de vida saudáveis, pondo de lado os estilos de vida de vertigem, compreendam a importância da manutenção de comportamentos salutareis e/ou a necessidade de mudar para obter uma melhor qualidade de vida individual e de grupo.

A *Saúde Para Todos* (Health for All, WHO, 1996) quer dizer, criar condições de forma a que as pessoas usufruam, durante as suas vidas, do respeito de um direito fundamental, por conseguinte, tem como base o respeito pelos valores que defendem: o reconhecimento do direito universal da saúde; a aplicação da ética de saúde, investigação e provisão do serviço; a incorporação de uma perspectiva do sexo nas políticas de saúde e estratégias a serem adoptadas.

A saúde é um indicador de bem estar, já que, quem (indivíduo, família, grupo social ou um povo) a possui sentir-se-á mais forte para alcançar os seus objectivos. Contudo, para além de uma observação atenta dos indivíduos saudáveis é preciso ajudar aqueles que descuidam a sua saúde ou enveredam por um comportamento de risco; proporcionando-lhes momentos de orientação através da aprendizagem/desenvolvimento/motivação facilitadores de uma vida mais feliz.

A prevenção de algumas doenças reduziu grandemente a mortalidade na infância e hoje as pessoas vivem mais tempo. Na realidade, hoje mais do que nunca, existe uma preocupação em manter a saúde central no desenvolvimento e os ganhos de saúde podem ser observados nas actividades facilitadoras do acesso universal à qualidade dos cuidados de saúde e da equidade de saúde, entre e com os países. No entanto, estas situações convivem com outros problemas da sociedade contemporânea, como são os casos, do aumento da pobreza e do desemprego, do aparecimento de uma nova geração devido ao número elevado de indivíduos longevos e, ao mesmo tempo, a falta da preparação da sociedade para os receber, da diminuição dos nascimentos, do perigo das dietas, do incremento do número de jovens que morre ou fica com lesões devido ao acidentes de viação, do aumento do consumo de tabaco e de álcool pelas gerações mais novas, do aparecimento de novas doenças infecciosas e das acções terroristas ou de guerras que de um dia para o outro afectam não só as populações locais mas o mundo em geral. Assistimos ainda a outros fenómenos relacionados com a globalização, as viagens e a migração dos povos (facilitadas pelos meios de transporte); a tecnologia; a comunicação na sociedade da informação; a publicidade e o *marketing*; que aceleraram nestas últimas décadas. Por conseguinte, estes acontecimentos definem mudanças para o futuro e obrigam a novas estratégias de actuação ao nível individual, social e mundial.

Se a saúde que temos hoje é em parte um legado do passado então a saúde que temos no futuro é também o resultado do nosso estilo de vida do presente. Tomar consciência desta situação parece ser vital, não só para as gerações mais jovens da sociedade como também para as restantes. Se aceitamos que este pensamento está correcto é bom que nos preocupemos com o modo como vivemos o dia de hoje, pois somos responsáveis não só pelo nosso amanhã, mas pelo dos futuros cidadãos do planeta azul. Esta formação de uma consciência de saúde obriga a processos interactivos que visam os relacionamentos interpessoais. A comunicação considerada nas suas duas vertentes intra- e inter-individual, circunscritas à vivência de saúde, considera o *feedback* que se estabelece entre o próprio EU e o EU-OUTRO. Ambos se constituem como produtores de saúde, pelo que têm algo a dizer e a fazer pela construção do nosso e do seu próprio bem-estar, no entanto, implicados na tarefa da saúde para todos encontram alguns obstáculos, nomeadamente, o da motivação para a saúde. Para ultrapassar a carência de uma motivação intrínseca para comportamentos saudáveis é preciso criar intervenções no sentido de providenciar a motivação extrínseca ou o reforço, no entanto, só através de um trabalho responsável sustentado pelo empenhamento e o esforço conjunto de especialistas dos vários domínios da ciência que apresentem como qualidade primordial a capacidade de cooperar numa equipa multidisciplinar poderemos levar a bom porto uma sociedade geradora de saúde.

A investigação e a *praxis* em Psicologia da Saúde constituem um contributo de peso para a construção de ambientes de bem-estar individual e social. Se os doentes devem saber lidar com a sua doença até encontrarem o estado de saúde, os saudáveis são estimulados a manterem o seu estado de equilíbrio dinâmico salutar. Para desenvolver seres humanos saudáveis é preciso ensiná-los a tomar opções de vida equilibradas e promotoras de bem-estar, daí a importância de uma Psicologia da Saúde e de uma Educação para a Saúde.

Ligar a Educação à Saúde ou vice versa, é uma tarefa que implica a participação de vários especialistas e uma multiplicidade de espaços/tempos de desenvolvimento que apostem na qualidade de vida dos cidadãos e nos seus ganhos de saúde, que permitam aos seres humanos caminhar no sentido do bem-estar. Neste campo, “ensinar a prevenir, “ensinar o valor da saúde”, “ensinar a resolver problemas” é uma forma da instituição de educação (do ensino pré-primário ao ensino ao longo da vida) participar mais activamente na construção da personalidade de cada aluno(a) com maior eficácia (Faria, 1998, 1999 b, 1999 c; Faria & Gonçalves, 1999) possibilitando o registo de vivências de saúde e de bem-estar subjectivo.

Queremos estabelecer a ponte entre a *Saúde Para Todos* e a *Educação Para Todos*, ir ao encontro do *Bem-estar Para Todos*. Por conseguinte, a grande aposta é colocada na promoção da saúde e na acção preventiva, que numa perspectiva de

Educação e de Psicologia passa a ter um novo entendimento: *Assim, não só se verifica um deslocamento da acção preventiva de um registo centrado no binómio comportamento aprendizagem, como se tematiza a actuação preventiva no contexto mais amplo das características e propriedades específicas dos ambientes e sistemas sociais* (Negreiros, 1998, 47). Consequentemente, é preciso desencadear esforços para proporcionar a génese de saúde, distante do recurso a *intervenções selvagens* (alguém – indivíduo ou grupo – que faz alguma coisa, com boa vontade, mas sem preparação para o fazer) e longe das *operações relâmpagos* (participação pontual de profissionais de saúde sem que se estabeleçam laços vinculativos que permitam um trabalho continuado e devidamente acompanhado).

Em termos de síntese podemos dizer que, se quisermos apostar na qualidade no mundo da saúde, qualquer intervenção deverá ser preparada com o devido cuidado, tendo em conta a população alvo, o acompanhamento, a participação activa e continuada de uma equipa multidisciplinar de especialistas em contextos identificados e favoráveis. A educação pode dar um enorme contributo à saúde do indivíduo ou duma população, quando se preocupa com a formação contínua actualizada ou o ensino de *lifestyles, life skills* e *decision-making skills* de uma personalidade, contextualizada individualmente, em grupo ou na comunidade. O presente e o futuro estão comprometidos com esta dinâmica e o entendimento da personalidade ou da população saudável passa por um esforço em ganhos de saúde, iniciativas e programas de promoção da saúde, prevenção dos riscos e motivação para a manutenção de comportamentos conducentes ao bem-estar. Por isso, é vital desenvolver actividades de promoção e de educação para a saúde nas instituições educativas e implementar programas que visem a aprendizagem-desenvolvimento-motivação para o bem-estar integrados na educação ao longo da vida.

## 2. Perspectivar a Educação para a Saúde

No domínio do comportamento humano, contextualizado no campo da saúde e da doença, cabe à Psicologia da Saúde o estudo do funcionamento psicológico de uma ou várias personalidades na sua relação com a saúde e com a doença, incluindo as personalidades saudáveis que necessitam de ajustamento psicológico (gravidez, infância, adolescência, menopausa, envelhecimento,...) e não implicam uma alteração do estado de saúde.

A Educação para a Saúde (E.P.S.) é uma das áreas de interesse desta ciência, dado que está relacionada com a necessidade de fazer adquirir comportamentos que sejam sustentados e visem a promoção da saúde. A principal preocupação, é a de eliminar os comportamentos de risco para a saúde nas fases mais precoces do desenvolvimento humano, sem contudo esquecer a promoção da saúde ao longo da vida.

É preciso identificar métodos de intervenção comunitária com carácter preventivo e desenvolver programas de investigação sobre os determinantes da aquisição precoce de comportamentos para a saúde (Diekstra, 1990, Teixeira, 1992). Só desta forma, estão reunidas as condições para se poder passar à fase de intervenção em educação orientada para a saúde. Conforme Teixeira e Trindade (1994) a investigação/intervenção podem sistematizar-se em três áreas distintas:

1. **Promoção de saúde** (implementação de práticas de saúde e políticas).
2. **Protecção de saúde** (prevenção de acidentes/segurança no trabalho e saúde ambiental).
3. **Serviços preventivos** (saúde materno-infantil, saúde escolar) enquanto modificação dos estilos de vida e na facilitação da adesão a comportamentos positivos de saúde.

A actividade de promoção de saúde destina-se às pessoas que estão saudáveis e procura criar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar a adopção de estilos de vida que permitam manter e realizar um estado de bem-estar.

De acordo com a informação apresentada pelo *Department of Health, Education and Welfare Task Force on Prevention* (USDHEW, 1978; cit. Greene & Simonds-Morton, 1988), a promoção da saúde é definida em termos de programas de bem-estar e estilos de vida, apresentando doze categorias de comportamento que são alvo das actividades de promoção de saúde:

1. Fumar.
2. Nutrição.
3. Consumo de álcool.
4. Consumo de drogas que criam dependência.
5. Conduzir.
6. Exercício.
7. Sexo anticontraceptivo humano.
8. Desenvolvimento familiar.
9. Gestão de riscos.
10. Gestão de conflitos e tensões.
11. Adaptação/confrontação.
12. Aumentar o valor da auto-estima.

As actividades de promoção da saúde, como as que foram referidas anteriormente, podem implicar mudanças políticas e jurídicas de forma a proporcionar ambientes saudáveis aos humanos do planeta, bem como acções e projectos no âmbito da educação para a saúde. Neste sentido, é realmente difícil encontrar uma definição satisfatória que distinga promoção de saúde de educação para a saúde. Tradicionalmente, a primeira está conotada com uma área positiva de

saúde, enquanto que à segunda é atribuída a saúde negativa. Contudo, não existe nenhuma razão para não relacionar a educação para a saúde com a saúde positiva ou bem-estar, já que, interfere nos estilos de vida dos indivíduos e educa para o bem-estar e a felicidade, respeitando a autonomia e o desenvolvimento dos indivíduos (Downie & Fyfe, 1990; Dowie, 1999, Faria, 1999 c).

Na perspectiva de Darden (1973, *cit.* Greene & Simonds-Morton, 1988) um programa eficaz de E.P.S. deve focalizar-se em ajudar uma personalidade a melhorar a sua auto-compreensão e auto-estima, saber quem é (auto-conhecimento) e a ter respeito por si próprio (auto-respeito), no contexto social em que se movimenta. Neste sentido, o indivíduo deveria ser capaz de alcançar bem-estar e estaria preparado para pensar por si próprio, tomar as suas decisões e fixar metas realistas. Para este autor, a primeira meta da E.P.S. é a da *personalidade*; por isso, salienta na elaboração dos programas o domínio afectivo (atitudes, valores e sentimentos) como abordagem principal. Sem dúvida que, a Escola constitui um espaço e tempo privilegiado para orientar as atitudes e valores no sentido positivo da vida humana, ao longo de toda a escolaridade de cada aluno(a). No entanto, é preciso também distinguir a E.P.S. da outra educação que ocorre na Escola e compreender o contexto escolar, perspectivado numa dimensão ética do valor da saúde.

Muitos dos problemas éticos estão relacionados com o facto da saúde constituir uma parte do todo do estilo de vida individual-familiar-comunitário; por conseguinte, uma intervenção de educação para a saúde na escola, pode provocar uma ruptura ou discórdia entre a criança e o seu estilo de vida actual (Downie & Fyfe, 1990). O tempo e a experiência têm contribuído para o aperfeiçoamento da definição; Greene e Kreuter (1991) consideram a E.P.S. *como qualquer combinação de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.* (Greene & Kreuter, 1991; *cit.* Russel, 1996, 5). Salientando-se a mudança voluntária, a E.P.S. fica distinta de actividades como a propaganda, a manipulação, a coacção, motivações políticas ou comerciais, ameaças ou paternalismo.

O principal objectivo da E.P.S. consiste em promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, definidos geralmente como o padrão de conduta observável, *as acções e hábitos que se relacionam e conduzem à manutenção, cura e melhoria de saúde* (Russel, 1996, 6). Em particular, esta educação valoriza a motivação para a saúde, foca a sua atenção no processo de decisão por comportamentos salutarés e na sua respectiva manutenção. A E.P.S. consiste numa série de passos, que podem ser formulados através de questões, que darão origem a um programa.

Uma das razões que pode levar a um fracasso de um programa de educação salutar situa-se no domínio da manutenção de comportamentos. A E.P.S. tem como base a motivação e só pode alcançar o êxito quando consegue motivar as pessoas a comportarem-se de maneira diferente, isto é, no sentido da saúde. As teorias da atribuição, nomeadamente a de Weiner, defendem que as pessoas atribuem as causas do seu êxito ou fracasso a elas próprias ou aos outros, em termos de interno-externo, estável-instável, e controlável-incontrolável. Este último, é muito importante para a E.P.S., por exemplo, quando um indivíduo pára de fumar ou perde peso faz uma atribuição e quando deseja mudar um comportamento, necessita de ter controlo sobre a situação.

A E.P.S. tem funções únicas, específicas e importantes consoante se trate de uma promoção de um comportamento específico ou de cada uma das fases de prevenção, tendo em consideração uma psicopedagogia de saúde. Por conseguinte, a E.P.S. como processo exige a participação de profissionais oriundos de meios distintos, formação variada e sempre actualizada, no âmbito das ciências sociais e do comportamento, educação, comunicação e saúde pública. A elaboração de um programa de E.P.S. implica conhecimentos sobre comportamentos e factores que produzem a mudança, pelo que, são construídos tendo como referências as contribuições científicas da psicologia, sociologia, antropologia, comunicação e *marketing* (Russel, 1996).



**QUADRO 1 – TEORIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DA E.P.S.	TEORIA/ MODELO	CONTRIBUIÇÕES DAS TEORIAS PARA A E.P.S.
COMPORTAMENTO INDIVIDUAL DE SAÚDE	MODELO CRENÇA DE SAÚDE (Hochbaum & Rosenstock)	Tem como base a teoria das expectativas e valores e procura compreender porque é que uma pessoa age de forma a evitar ou a controlar uma situação de saúde/doença, analisando o processo a partir das seguintes componentes: percepção da susceptibilidade; percepção da gravidade; percepção dos benefícios, percepção de obstáculos e outras variáveis como diversidades demográficas, sóciopsicológicas e estruturais que num dado momento podem influenciar indirectamente a relação saúde-comportamento.
	TEORIA DA ACÇÃO RACIONAL (Fishbein & Ajzen)	Específica a relação entre opiniões, atitudes e comportamentos através de uma forma matemática. Valoriza a intenção pessoal considerando que todos os outros factores do comportamento se encontram na sua dependência. As intenções de uma pessoa podem ser previstas se identificadas, é preciso conhecer a sua atitude(sentimentos) e a norma subjectiva (percepção das pressões sociais).
	MODELO DO PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO	Valoriza a mensagem em todo o seu percurso, considerando a fonte, o conteúdo, o canal, e o receptor, bem como o mecanismo de retroacção.
COMPORTAMENTO INTERPESSOAL DE SAÚDE	TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL	Focaliza-se sobre o comportamento humano, factores pessoais e influências ambientais; valorizando a aprendizagem pela observação e a modelagem de comportamentos.
INTERVENÇÃO COM GRUPOS OU NA COMUNIDADE	TEORIA SOBRE AS FASES DE ADOÇÃO E DIFUSÃO DAS INOVAÇÕES (Rogers)	Analisa as fases de mudança de um comportamento a nível individual e grupal: conhecimento, interesse, persuasão, decisão e adopção.
	MARKETING SOCIAL	Aplicação dos princípios e técnicas de <i>marketing</i> para realçar a eficácia de programas construídos com o objectivo de produzir mudança social.
	TRABALHO COMUNITÁRIO	É mais um modelo prático do que uma teoria. Apresenta três categorias: desenvolvimento local, planeamento social e acção social.

Fonte: FÁRIA (1999, ) in "Comunicação e Bem-Estar no Século XXI, Conhecer através da relação e orientar para a Saúde".

A teoria da E.P.S. (Quadro 1) tem como ponto de partida ao nível do comportamento individual de saúde o Modelo de Crença de Saúde de Rosenstock apresentado na década de 50; a teoria da Acção Racional desenvolvida por Fishbein e Ajzen dos anos 70 e 80; e o Modelo do Processamento de Informação (ou Estratégia para a Aprendizagem da Mensagem). A Teoria de Educação para a Saúde ao nível do comportamento interpessoal de saúde apoia-se na Teoria da Aprendizagem Social; e no que respeita à intervenção com grupos ou na comunidade tem como suporte teórico a Teoria Sobre as Fases de Adopção e Difusão das Inovações de Rogers (1983), o *Marketing Social* e o Trabalho Comunitário (desenvolvimento local, planeamento social e acção social).

A partir da investigação que tem sido desenvolvido no âmbito da E.P.S. têm surgido outras formas de conhecimento/acção, que têm permitido uma melhoria do planeamento e execução das tarefas implementadoras de comportamentos salutarres. O modelo PRECEDE é um desses casos, já que, permite uma visão integradora das teorias perspectivadas para os domínios individual, interpessoal e comunidade/população. PRECEDE é uma sigla que significa *predispor; reforçar; capacitar; causas; diagnóstico e avaliação educacional* e foi desenvolvido por Greene e seus colaboradores em 1980. O referido modelo apresenta uma série de passos que devem ser respeitados para uma melhor intervenção em E.P.S.; encontrando-se a eficácia da actuação no cuidado em construir um planeamento sistemático e realizar uma avaliação, para verificar se os objectivos propostos inicialmente foram atingidos (Russel, 1996).

Os movimentos de mudança de mentalidades levam tempo (mas não tanto como se pensa) e geram resistências paradoxais (que não são eternas). Conforme Soria (1994, *cit.* Lampert, 1998) o(a) professor(a) deverá ser o(a) *organizador(a) de experiências académicas*, pelo que as mudanças qualitativas da educação partirão da *relação professor(a)/aluno(a)* e das interacções *professor(a)/turma*, e podemos acrescentar que, neste contexto, estamos no domínio do **saber viver com saúde**.

Os Estados Membros da Comunidade Europeia identificaram 10 áreas de interesse comum:

1. Cuidado pessoal, incluindo a higiene pessoal e a saúde dentária.
2. Saúde mental e emocional, incluindo as relações humanas, tanto a nível pessoal como geral.
3. Educação sexual.
4. Educação familiar.
5. Educação dos hábitos familiares.
6. Uso e abuso de substâncias que criam dependência (legais ou ilegais).
7. Actividade física.
8. Ambiente envolvente.

9. Educação para a segurança e a Prevenção de Acidentes, incluindo os primeiros socorros.
10. Educação do consumidor.

Numa situação ideal, cada Escola estabelece um projecto para cada área em função do grupo etário; no entanto, o mais certo é continuar em fase de futuro, por causa das limitações de tempo para cumprir as exigências curriculares.

A escola pode ter como alternativa viável, estabelecer prioridades para grupos concretos de alunos, que podem ser determinadas em função de três vertentes:

- Necessidades/problemas particulares da saúde a nível local (frequência de acidentes numa classe; um problema de abuso de drogas, álcool ou tabaco; agressividade, um problema interno e/ou externo à escola).
- Etapa da adolescência e desenvolvimento sexual dos alunos e alunas.
- Atender ao que os próprios alunos querem e necessitam.

A experiência mostra que tanto o conhecimento como os hábitos relativos à saúde se adquirem de forma mais eficaz quando os professores no seu trabalho apresentaram as seguintes características:

- Demonstraram um interesse autêntico pelo bem-estar dos alunos e das alunas, sem impor o que eles ou elas devem fazer.
- São capazes de demonstrar a importância do tema no que diz respeito ao futuro das vidas dos alunos e alunas.
- Ajudam e apoiam os estudantes para que eles consigam estabelecer as suas próprias metas e actuem por si mesmos.

Em termos de síntese, podemos dizer que, compreender a Educação para a Saúde numa perspectiva de motivação/desenvolvimento/aprendizagem de competências comunicativas de saúde, implica criar programas educacionais focados no domínio afectivo (atitudes, valores e sentimentos) e considerar prioritária a via da implementação de Escolas Promotoras de Saúde do Jardim de Infância ao Ensino Superior, continuando na educação ao longo da vida. As instituições de educação deverão disponibilizar espaços/tempos de saúde, ao mesmo tempo que se constituem como entidades geradoras de saúde, pelo que necessitam de estar apetrechadas com as condições técnicas e humanas especializadas, de modo a permitir levar por diante a tarefa de promoção de saúde e prevenção do risco. Esta dinâmica que reclama a participação responsável do Eu e dos Outro(s) e a construção de uma consciência de saúde na suas vertentes, individual, social, comunitária e política, é um contributo precioso para estarmos mais próximos da “Saúde Para Todos”.

### 3. Educação para a Saúde no Ensino Superior

Vimos anteriormente que a Educação para a Saúde é o estudo e a prática interactiva do ensino e do desenvolvimento/aprendizagem/motivação salutareas, que quando realizados na Escola oferecem a oportunidade única da articulação da educação e da saúde em sintonia com o desenvolvimento do(a) aluno(a) identificado(a), possibilitando a condução eficaz *in locus* e *just in time* do seu estilo de vida, no sentido da saúde. Esta tarefa deve ser da responsabilidade de profissionais com formação em educação, comunicação e saúde, enquadrados numa equipa multidisciplinar, com vivência e assento na instituição de educação, estabelecendo relações com a comunidade circundante. Uma *apologia da saúde* numa instituição de educação (Faria, 1998), seja ela Jardim de Infância, Escola, Universidade ou Politécnico, só é possível através do diálogo construtivo, da participação responsável e activa dos vários intervenientes, em particular os educadores e professores, e do envolvimento da comunidade educativa, da família e da sociedade, onde se encontra a instituição devidamente identificada, construindo uma *ética prática* (Singer, 2000) que considera o respeito pela saúde.

O Conselho das Comunidades e os Ministros da Educação reunidos no seio do Conselho (1989) referem-se a um *processo pedagógico de conjunto* que atribui responsabilidades no âmbito da E.P.S., às escolas, famílias e comunidade circundante, o que quer dizer, que é preciso agir, tornar realidade o que está escrito e ter em consideração o empenho e o compromisso de todos no cumprimento dos *Deveres de uma Escola Promotora de Saúde* enunciados pela WHO (1990).

A primeira conferência internacional da Rede de Escolas Promotoras de Saúde teve lugar na Grécia em Maio de 1997 e foi patrocinada pelas seguintes entidades: Comissão Europeia, Conselho da Europa e Organização Mundial de Saúde - Região Europeia. Nesta conferência, um grupo diversificado de profissionais oriundos de 43 países debateu o tema da promoção da saúde nas instituições de educação, chegando à seguinte resolução oficial: *Cada criança e jovem, na Europa, tem o direito e deveria ter a oportunidade de ser educada numa escola promotora de saúde.* (Svenson *et al*, 2001, 26).

Em Portugal, é de louvar a iniciativa do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (P.P.E.S.) realizado pelo Ministério da Educação (1997-1999). Em primeiro lugar, porque se tratou-se de um trabalho pioneiro no nosso país, em segundo, porque não é fácil mudar comportamentos e edificar, em todos os estabelecimentos de ensino que integram o Sistema Educativo, uma Escola Promotora de Saúde. Na perspectiva da *promoção de saúde* pretendeu-se capacitar progressivamente os agentes do processo educativo para o desenvolvimento das dimensões curricular; psicossocial; ecológica e comunitária. Na vertente da *prevenção* procurou-se defender a saúde individual e de grupo através do

desenvolvimento da motivação para a saúde. Seria interessante que um projecto deste género contemplasse, num futuro próximo, o ensino superior, e já não estamos tão longe como outrora.

Em Agosto de 1999 foi publicado no Diário da República um documento oficial que cria a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (C.C.P.E.S.) dando continuidade aos objectivos anteriormente considerados no P.P.E.S., possibilitando a promoção da saúde global da população escolar destacando-se a saúde mental e dando especial atenção às relações intra e interpessoais, privilegiando a educação sexual e a prevenção do alcoolismo. O C.C.P.E.S. coordena ainda acções de parceria entre as estruturas da educação e da saúde, nomeadamente nas áreas de intervenção definidas como prioritárias no Despacho Conjunto n.º 271/98 de 23 de Março: alimentação, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação, prevenção do uso de substâncias lícitas e ilícitas e da SIDA. Neste momento a C.C.P.E.S., sensibilizada com as problemáticas relativas ao estudante do ensino superior encontra-se a diligenciar esforços no sentido dos seus objectivos e projectos alcançarem as instituições do ensino superior, em particular as formadoras de educadores e professores, incluindo-as na “Rede de Escolas Promotoras de Saúde”.

Nos últimos tempos, o Ministério da Educação tem também diligenciado esforços no domínio da prestação de apoio psicopedagógico aos estudantes do ensino superior, nomeadamente, a partir do Despacho n.º 6659/99 - 2ª Série, solicitou-se às instituições do ensino superior a realização de estudos que identifiquem as causas de insucesso no ensino superior de forma a despontar o desenvolvimento de medidas remediativas e/ou promotoras de sucesso académico.

No domínio político, é ainda de salientar a Resolução da Assembleia da República n.º 71/2000 (Diário da República- I Série –A, N.º 257 de 7 de Novembro de 2000). Nos termos do n.º5 do artigo 166 da Constituição, a Assembleia da República pronunciou-se no sentido de organizar um debate aberto sobre as principais áreas em que se expressam os factores e comportamentos de risco na adolescência e na juventude e preparar um Livro Verde sobre os riscos nestas etapas de desenvolvimento, que defina as necessidades de diagnóstico, crie metodologias que o possibilitem e conduza à sua realização, no sentido de delinear soluções e contribuir para a avaliação das necessidades da sua implementação. O Livro Verde tem como principal objectivo ponderar sobre as propostas e sugestões de resposta já diagnosticadas, tendo em consideração as seguintes Áreas:

- *Área de investimento na investigação epidemiológica dos determinantes da saúde* (realização de estudos nacionais sobre a prevalência dos diferentes factores de risco);

- *Área de reforço dos serviços de saúde, de educação, de segurança social; de ONG entre outros, através da criação de unidades antitabágicas e de unidades anticonsumidores excessivos (alcoólicos); presença de um nutricionista e de um psicólogo em pelo menos um centro de saúde por conselho; **criação de gabinetes de apoio aos alunos nas universidades ligados a centros de psicologia e abertos à comunidade**; aumento dos psicólogos das escolas; rentabilização dos jovens a consultas nos centros de saúde; e repensar os serviços de atendimento médico.*
- *Área da prevenção primária (combate ao consumo excessivo de álcool; educação na área da nutrição; inscrições sobre prevenção dos riscos nos manuais escolares).*
- *Área da promoção da saúde e de estratégias integradas de intervenção sobre factores de risco.*
- *Área de conjugação de esforços a nível regional/local e de levantamento dos centros de atendimento a jovens já existente.*

Diante da panorâmica descrita podemos concluir que ainda existe muito trabalho por realizar no âmbito da EPS nas instituições do ensino superior, a começar pelos órgãos que detêm o poder económico, legislativo, científico e executivo. As prioridades no âmbito da Educação Para a Saúde não podem ficar exclusivamente ligadas ao mundo das ideias, porque é preciso passar à acção, nem ao dar a exclusividade às gerações mais jovens da sociedade se temos como objectivo principal construir uma sociedade salutogenica (génesis interactiva da saúde e do bem-estar para todos).

Convém salientar que, apesar das inúmeras dificuldades na implementação de práticas de E.P.S. nas instituições do ensino superior e a falta de apoio real, tais circunstâncias não foram impeditivas do surgimento de estudos, investigação, construção de instrumentos de avaliação psicológica (Inventário Clínico de Auto Conceito, I.C.A.C, Serra, 1985; Inventário de Resolução de Problemas, I.R.P., Serra, 1987; Inventário do Comportamento Interpessoal, I.C.I.P., McIntyre, 1995; Inventário de Desenvolvimento da Autonomia de Iowa, I.S.A., Ferreira & Castro, 1994; Questionário de Vivências Académicas, Q.V.A., Almeida & Ferreira, 1997; Escala de Fontes de Satisfação com a Vida, E.F.S.V., Faria, 1999; Questionário de Relações Interpessoais, Q.R.I., Ferreira & Neto, 2000; Inventário de Separação Psicológica, I.S.P., Graça, 2001;...); ou da organização e implementação de actividades no âmbito da saúde, das vivências académicas e do apoio psicopedagógico ao estudante do ensino superior.

Cada vez mais podemos encontrar preocupações e iniciativas que possibilitam a promoção da saúde e a prevenção dos riscos dos jovens adultos, como é o caso da implementação das dinâmicas dos cerca de vinte e três Gabinetes de Aconselhamento Psicológico ou de Apoio Psico-Pedagógico que proliferaram desde os anos oitenta.

De facto, não podemos ignorar os estudos e a investigação recentes que salientam a importância da criação ou continuidade do trabalho destes gabinetes, que têm aberto o caminho aos projectos de E.P.S. e actividades afins nas instituições do ensino superior de forma a que a educação também vise o desenvolvimento do bem-estar e a prevenção dos comportamentos de risco.

#### 4. Educação, Saúde e Serviços de Aconselhamento Psicológico

De acordo com Santos (2001) tem-se verificado um incremento dos estudos dedicados aos aspectos não cognitivos do desenvolvimento que, de certo modo, estão em sintonia com as preocupações actuais da Educação, que vão para além do desenvolvimento das capacidades cognitivas do estudante colocando a tónica no desenvolvimento do bem-estar psicológico (percepção geral que a pessoa realiza face à interpretação subjectiva dos factos e aos resultados que obtém dos acontecimentos e circunstâncias de vida) e bem-estar físico (expectativa e percepção positiva da saúde física considerando com papel de destaque o corpo e as funções vitais ao organismo) dos indivíduos. Por exemplo, prestemos atenção a alguns estudos mencionados pela autora no âmbito de uma revisão bibliográfica relativa ao bem-estar nos alunos do ensino superior:

- **APOIO SOCIAL** - A existência de redes de apoio social encontra-se relacionada com a adaptação académica bem conseguida, diminuição dos níveis de *stress* e facilidade no estabelecimento de relações interpessoais (Alvan, Belgrave & Zea, 1996).
- **CONSUMO DE ALCOOL** - Os alunos universitários tendem a sobreavaliar a quantidade de álcool consumida pelos seus colegas estabelecendo os limites do consumo a partir da comparação das quantidades ingeridas pelos seus pares, apresentando os alunos maior consumo do que as alunas (Alva, 1998); por outro lado, a motivação para o consumo de álcool por parte dos alunos parece estar directamente relacionado com a sua percepção da ligação entre a quantidade de ingestão dessa substância e os níveis de socialização académica conseguidos (Sands, Archer & Puleo, 1998).
- **NUTRIÇÃO** - Os hábitos alimentares dos alunos parecem estar relacionados com os seus níveis de auto-confiança, pelo estado de desenvolvimento da identidade e pela influencia dos hábitos seguidos pelos seus pares (Sands, Archer & Puleo, 1998), por conseguinte, os distúrbios alimentares observados em estudantes do ensino superior surgem associados a níveis de insegurança e baixa auto-estima vivenciados por estes (Grace, 1997).
- **COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS OU DE RISCO** - A observação de estudantes universitários portugueses mostrou que o bem-estar psicológico é um bom preditor do evitamento de comportamentos de risco, nomeadamente, os estudantes consumidores de drogas apresentam um bem-estar psicológico mais baixo do que os não utilizadores, por conseguinte os comportamentos

saudáveis ou de risco estão ligados a estilos de vida específicos, que de certa forma contribuem para os níveis de saúde actuais e futuros das pessoas (Geada *et al.*, 1994).

- **OBJECTIVOS DE VIDA** - A percepção de bem-estar psicológico encontra-se em sintonia com o atingir satisfatoriamente os objectivos de vida previamente definidos pelos estudantes (Solano & López, 2000).
- **BEM-ESTAR** - Existe consenso entre os autores relativamente ao facto do bem-estar geral, psicológico, físico, mental, satisfação com a vida e coragem/robustez estarem relacionados com construtos perceptivos (Adams *et al.*, 1997).
- **RESULTADOS ACADÉMICOS** - Os alunos do 1º ano com melhores classificações têm tendência apresentar um conjunto de características, tais como serem mais motivados para o sucesso, uma percepção baixa/moderada de dificuldade e uma baixa orientação afiliativa (Rego, 1998).
- **AUTO-CONCEITO ACADÉMICO** - As várias dimensões do auto-conceito (académica, social e global) dos estudantes universitários estão directamente relacionadas com vivências académicas adaptativas, em particular o auto-conceito académico (Castro & Almeida, 2000).
- **DISPOSIÇÃO OPTIMISTA** - Os indivíduos do sexo masculino surgem como mais optimistas do que os indivíduos do sexo feminino, verificando-se que as mulheres percebem mais afectos negativos apresentando maior insegurança ao nível do auto-conceito académico (Diener *et al.*, 1999). Hipoteticamente, as mulheres terão diferentes expectativas sobre o ensino superior, dando valor à componente humana e de desenvolvimento pessoal enquanto os homens salientam uma preferência pela dimensão técnica e profissionalizante da licenciatura que pretendem adquirir (Castro & Almeida, 2000).

Considerem-se ainda outros estudos, em particular aqueles que se debruçam sobre determinadas problemáticas em contextos das vivências pessoais, sociais e académicas que ocorrem no âmbito das instituições de ensino superior e que, para além de direccionarem os investigadores para a definição de novos construtos, evidenciam também a sua preocupação em trabalhar em áreas específicas, nomeadamente, sobre a qualidade do ensino superior ministrado, êxito académico, vivências académicas e de bem-estar experienciadas pelos estudantes:

- **MOTIVAÇÃO** - A crença na saída profissional do curso parece determinante para o grau de motivação para os estudos, pelo que a desmotivação neste contexto pode estar relacionada com a mudança de curso e abandono definitivo da vida académica (Gonçalves, 2000).
- **CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE** - Perspectivando o desenvolvimento psicossocial do estudante do ensino superior numa sequência de sete vectores do desenvolvimento verifica-se que a resolução dos primeiros (tornar-se



competente; integrar e desenvolver as emoções; desenvolver a autonomia; estabelecer a identidade; desenvolver as relações interpessoais) são necessários para o desenvolvimento da identidade e permitem a resolução favorável dos dois últimos vectores (desenvolver ideais; desenvolver a integridade) (Chickering & Reisser, 1993, *cit.* Ferreira & Neto, 2000).

- **SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO** - Os principais motivos que levam os alunos a recorrer ao Serviço de Apoio ao Estudante numa instituição do ensino superior são a tristeza, a desmotivação e o insucesso escolar, sendo o problema da adaptação ao novo contexto social de vida (ausência dos pais, dos amigos mais próximos) o principal desencadeador dos sintomas (Costa, 2000).
- **CONFORTO ACADÉMICO** - O conforto académico assenta eventualmente em sete dimensões (institucional; relacional; pedagógica; periescolar; pessoal) que estão presentes nos momentos iniciais da entrada e frequência numa instituição do ensino superior, pelo que se depreende que o conjunto de experiências recolhido pelo caloiro determinará o futuro do percurso académico do estudante; a constatação de tal facto obriga a uma maior responsabilização por parte das instituições do ensino superior na recepção e acompanhamento dos novos estudantes promovendo um clima de confiança, empenho e rendimento (Nico, 2000).
- **ADAPTAÇÃO ACADÉMICA** - As três dimensões da adaptação académica dos alunos do ensino superior (pessoal, de realização e contextual) estão relacionadas com o rendimento académico e apresentam-se diferenciadas por curso frequentado (Almeida, Soares, Araújo & Vila-Chã, 2000).
- **BEM-ESTAR ACADÉMICO** - O apoio social instrumental e expressivo, as fontes de satisfação com a vida, a saúde geral e a qualidade das vivências académicas desempenham um papel determinante na vida das personalidades em devir; daí que, possam ser considerados indicadores de bem-estar, constructos muito úteis para um melhor conhecimento do desenvolvimento do estudante ao longo do seu percurso no Ensino Superior (Faria, 1999; Almeida & Ferreira, 1997; Almeida, Soares & Ferreira, 1999).
- **VIVÊNCIAS ACADÉMICAS** - Os alunos sem funções associativas apresentam melhor rendimento académico, percepções de maior bem-estar físico e melhor gestão dos recursos económicos; por outro lado, os alunos que desempenham funções académicas ou associativas apresentam percepções de uma melhor adaptação à universidade e os alunos que exercem funções estritamente académicas têm percepções de um melhor relacionamento com os professores e objectivos vocacionais bem definidos (Leandro, Soares, Vasconcelos, Capela, Vasconcelos, Corais & Fernandes, 2000).
- **AUTONOMIA PESSOAL** - Ao considerar a Autonomia Pessoal como importante para o Bem-Estar Académico, verificou-se que esta parece estar em sintonia com o tipo de relacionamento que os alunos estabelecem com os professores e respectiva instituição de Ensino Superior, a sua percepção de

bem-estar físico e psicológico, autoconfiança e percepção de competência manifesta pelos estudantes, bem como com o seu envolvimento nas actividades extracurriculares, emprego, projecto de vida e desenvolvimento de carreira (Faria, Oliveira & Gonçalves, 2001).

- **FONTES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA** - Os estudantes do 1º ano do ensino superior politécnico consideram como fontes prioritárias de satisfação com a sua vida, a vida em família, a saúde e a amizade, pela ordem apresentada (Faria, Oliveira & Gonçalves, 2001).
- **INTERACÇÃO AMOROSA** - Nos jovens estudantes universitários a capacidade para a interacção amorosa referenciada às dimensões de auto-estima da imagem sexuada, segurança e independência no relacionamento amoroso e capacidade de iniciativa encontram-se associadas de forma directa com o bem-estar psicológico (Graça, 2001).
- **STRESS** - Em situações de *stress* quando uma pessoa se sente invadir por emoções que provocam tensão pode optar por determinados comportamentos que lhe proporcionem mais conforto, e com o andar do tempo, alguns deles podem constituírem-se numa fonte secundária de *stress*, como é o caso do recurso a drogas ilícitas, o consumo excessivo de tabaco, café e bebidas alcoólicas ou de comida (Vaz Serra, 1999).
- **INTERACÇÃO** - Os ex-alunos consideram importante o estreitamento dos laços entre a universidade e os recém-licenciados, nomeadamente, esperam que a instituição do ensino superior lhes proporcione mais formação, mais eventos, mais comunicação, mais intercâmbio, maior ligação às empresas e maior apoio aos estágios e às saídas profissionais; por conseguinte a interacção entre a instituição do ensino superior e os seus ex-alunos constitui uma mais valia mútua (Gonçalves, 2001).
- **EDUCAÇÃO PELOS PARES** - No que diz respeito à epidemia da SIDA, a maioria das novas infecções observam-se na população juvenil em idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. O Plano Europeu de Acção Conjunta para Educação pelos Pares (EUROPEER) na área da VHI/SIDA é dirigido aos jovens, estejam eles ou elas dentro e fora do sistema escolar, e constitui um sistema eficaz de divulgação/partilha de informação e experiência entre os europeus que se encontram empenhados no trabalho da prevenção da infecção pelo VHI/SIDA e da promoção da saúde. (Svenson, 2001).

A revisão bibliográfica apresentada anteriormente pretende mostrar a importância que tem sido dada ao desenvolvimento harmonioso da personalidade do (a) estudante das instituições do ensino superior, perspectivado de uma forma holística. Podemos constatar que para além das dificuldades da adaptação e de obtenção de bons resultados académicos, os factos, as observações quotidianas e os estudos efectuados sobre as vivências académicas e o bem-estar académico dos jovens que frequentam o ensino superior têm demonstrado como muitos deles se encontram desprotegidos para a resolução de problemas do seu dia a dia e

desconhecedores da melhor orientação a dar aos seus comportamentos, atitudes e sentimentos, de modo a que estes conduzam a estilos de vida saudáveis, gratificantes e promotores do bem-estar global.

Nas instituições de ensino superior é importante criar espaços e tempos de qualidade que possibilitem uma orientação para o bem-estar pessoal e social, seja através do aconselhamento psicológico ou do apoio social e psico-pedagógico. Os profissionais destes *gabinetes* de apoio psico-pedagógico e/ou de aconselhamento psicológico deverão poder contar com uma diversidade de especialistas no terreno e organizar o seu plano de actividades. Ao considerar uma abordagem bio-psico-sócio-cultural-ecológica, parte-se do pressuposto que só através da partilha de conhecimentos-perspectivas-prática-técnicas e do trabalho de uma equipa multidisciplinar identificada e com sentido de responsabilidade, é possível conhecer e dominar o real, prevenir o risco, promover a saúde e a autonomia dos jovens adultos, futuros profissionais da sociedade contemporânea.

Se quisermos conhecer a oportunidade e desenvolvimento dos serviços de aconselhamento psicológico no domínio do ensino superior somos obrigados a recuar até à década de sessenta, época em que se assistiu à proliferação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico na Europa, primeiro no Reino Unido e depois um pouco por todo o lado. Contudo, coloca-se um destaque particular para o ano de 1988, a um acontecimento a que é dado relevo e que diz respeito ao Forum Européen d'Orientation Académique (F.E.D.O.R.A.), que na actualidade conta com a participação de todos os países da Comunidade Europeia. Os membros desta organização de apoio aos estudantes do ensino superior movimentam-se no âmbito dos serviços de carreira e/ou serviços de apoio psicológico. As áreas de intervenção e de colaboração entre os vários serviços de apoio ao estudante do ensino superior alargaram as perspectivas dos serviços e para além das questões académicas, vocacionais e educacionais, focalizaram-se em domínios do foro do desenvolvimento pessoal e social da personalidade em devir, colocando uma aposta na prevenção e na implementação de ambientes salutarés.

Em Portugal, o enquadramento destes serviços nas instituições de ensino superior tem sido uma tarefa que tem exigido muita persistência e voluntariado, até encontrar um possível enquadramento legal ou institucional que fundamente a sua criação, o espaço desejável de funcionamento, a formação e o tipo de contratação do(a) psicólogo(a) e a modalidade de funcionamento destes serviços de aconselhamento psicológico, que também têm trabalhado no domínio da promoção e educação para a saúde. Nos últimos vinte anos, vimos surgir e construir cerca de 23 Gabinetes de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal que constituem a Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior (R.E.S.A.P.E.S.). Os serviços de aconselhamento psicológico têm como principal objectivo geral apoiar os estudantes nos processos de ensino, aprendizagem,

desenvolvimento e saúde numa perspectiva holística da personalidade em devir pessoal, social, académico e profissional.

A Resolução da Assembleia da República nº 71/2000 (Diário da República- I Série –A, Nº 257 de 7 de Novembro de 2000) referida anteriormente, deu uma esperança para a viabilidade da conquista, do reconhecimento e autonomia destes gabinetes, bem como reforçou o valor da promoção e educação para a saúde na juventude. No presente, os serviços portugueses encontram-se a reunir e diligenciar esforços no sentido da sua constituição como parte integrante das instituições de ensino superior, tendo como base os pressupostos da “World Declaration on Higher Education” (1998); no futuro, sentir-nos-emos satisfeitos por observar o nosso investimento e a mais valia de saúde conseguida pelos antigos estudantes das instituições do ensino superior ao longo das suas vidas, nessa altura profissionais assertivos, com estilos de vida saudáveis e promotores de saúde, que apesar das dificuldades vivenciadas não desanimam, confiam e podem até ser modelos a seguir pelos estudantes da época.

### **Conclusão**

Ao longo deste trabalho procurámos salientar a importância do investimento no capital de saúde do indivíduo e do grupo. Edificar uma sociedade salutar passa por uma aposta na prevenção de comportamentos de risco, na promoção do bem-estar e na educação para a saúde que realizados em contexto escolar não poderão ignorar as instituições superiores formadoras dos profissionais do amanhã. Por conseguinte, é necessário disponibilizar profissionais especializados para trabalhar na educação pelos pares no âmbito da promoção de estilos de vida salutar e da prevenção de estilos de vida de vertigem das gerações mais jovens, (re)consciencializar os meios de informação e comunicação para a dinamização da prevenção do risco e da promoção da saúde na sociedade contemporânea, realizar de acções de formação contextualizadas de informação/sensibilização nas áreas consideradas prioritárias de manutenção/mudança de comportamentos que são implementados no sentido da optimização do desenvolvimento pessoal e social, no feminino e no masculino. Ao reflectir sobre os resultados de estudos recentes e ao tomar conhecimento de alguns projectos interventivos no terreno, podemos concluir que já iniciámos o trajecto da saúde, contudo, temos consciência do muito que ainda está por fazer, de quanto ainda temos de caminhar para viabilizar a cultura do bem-estar na Escola e tornar realidade a constituição das instituições do ensino superior como universidades e politécnicos promotores de saúde.

No presente, encontramos-nos a repensar o ensino superior e as suas pedagogias ao mesmo tempo que nos esforçamos para fundamentar a pertinência evidente e o valor do trabalho que tem sido desenvolvido pelos Gabinetes de Apoio Psico-Pedagógico e de Aconselhamento Psicológico de algumas instituições

inovadoras do ensino superior em Portugal. Uma aposta na defesa da saúde e no incremento do bem-estar académico tem subjacente a visão do bem-estar psicossocial, da saúde e o desenvolvimento holístico dos estudantes do ensino superior, de forma a participar activamente na construção de profissionais sucesso e com qualidade de vida; por isso, é tão importante saber empreender uma *viagem ao futuro* (Leitão *et al.*, 2000) para podermos *building an exciting future on an inspiring past* (Heinscheid, 2000). O sentimento de confiança e de segurança de estarmos presentes no futuro surge com esta imagem prospectiva, que nos faz acreditar e trabalhar para não perder de vista os objectivos e as metas da promoção da saúde para todos os cidadãos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. & FERREIRA, J.A . (1997). *Questionário de Vivências Académicas (QVA)*. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

ALMEIDA, L., SOARES, A . & FERREIRA, J. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes no Ensino Superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas*. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia (Série: Relatórios de Investigação).

ALMEIDA, L., SOARES, A., ARAÚJO, S. & VILA-CHÃ, M. (2000). Questionário de Vivências Académicas: Precisão das subescalas, SOARES, A., OSÓRIO, A ., CAPELA, J., ALMEIDA, A ., VASCONCELOS, R. & CAIRES, S. (Eds) *Transição para o Ensino Superior*. Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico, 82-90.

BUVE, r. (2000). Insucesso e abandono no 1º ano: A experiência da Universidade de Leyden. A. Soares *et. al.* (Eds.).*Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho, 53-68.

COSTA,A. (2000). Os Cursos tecnológicos do Ensino Secundário e o Acesso ao Ensino Superior. A. Soares *et. al.* (Eds.).*Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho, 43-52.

DIAS, M.G. (2001). *Tarefas Desenvolvimentais e Bem-Estar de Jovens Universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência e da Tecnologia.

DOWNIE,R. & FYFE, C. (1990). Health Education in Schools. S. DOXIADIS – *Ethics in Health Education*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 125-144.

DOWIE, J. (1999). Communication for better decisions: not about “risk”. *Health, Risk & Society*, Vol 1(1), 41-54.

FARIA, M.C. (1998). A Apologia da Saúde na Escola. *Actas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*, Braga: M. Almeida, M. Gomes, P. Albuquerque & S. Cairns (Eds.), 216-220.

FARIA, M.C. (1999 a). A Educação Para a Saúde no Ensino Superior: Ficção ou realidade!? J. Precioso (Ed.) – *Livro de Actas do I Congresso Nacional de Educação Para a Saúde*, Braga: Universidade do Minho, Departamento de Metodologias da Educação.

FARIA, M.C. (1999 b). A Prioridade da Educação Para a Saúde na Escola. *Ler Educação*, 21.

FARIA, M.C. . (1999 c). *Comunicação e Bem-estar no limiar do século XX – Conhecer através da Relação e Orientar para a Saúde*. Coimbra: Dissertação de Doutoramento. Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

FARIA, M.C. & GONÇALVES, M.P. (1999). Gabinete de Apoio Psico-Pedagógico (GAPP) do IPB – Para um Futuro Melhor. *Ler Educação*, 21.

FARIA, M.C. (2001a). Apoio Psicopedagógico e Sucesso Académico. *Actas do IV Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior- A relação Pedagógica no Ensino Superior*, Faro: Universidade do Algarve.

FARIA, M.C. (2001b). Bem-Estar Subjectivo e Fontes de Satisfação com a Vida. *Actas do I Encontro Nacional de Promoção e Educação Para a Saúde, “Pontos de Partida para a Qualidade de Vida”*. Beja: Instituto Politécnico de Beja.

FARIA, M.C., GONÇALVES, M.P. & OLIVEIRA, O (2001). Bem-Estar Académico em alunos do 1º ano do Ensino Superior. *Actas do I Encontro Nacional de Promoção e Educação Para a Saúde, “Pontos de Partida para a Qualidade de Vida”*. Beja: Instituto Politécnico de Beja.

FERREIRA, A. & NETO, M. (2000). Inventário de Relações Interpessoais (IRI): Procedimento de construção e de validação. A. Soares *et. al.* (Eds.). *Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho, 91-98.

GONÇALVES, A. (2001). *As Asas do Diploma*. Braga: Universidade do Minho.

GONÇALVES, F. (2000). Movimentação das expectativas dos alunos durante o decurso do seu primeiro ano na universidade. A. Soares et. al. (Edts). *Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho.

GREENE; W. & SIMONDS-MORTON, B. (1998). *Education Para La Salud*. México: Nueva Editorial Interamericana, McGraw-Hill

HEINSCHEID, J. (2000). The university student first-year experience: Building na exiting on na inspiring past. A. Soares et. al. (Edts). *Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho, 29-41.

LAMPERT, T. (1998). A Universidade no Século XXI: Projecções e Desafios. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educação*, nº 2 (vol.2) Ano 2º, 5-14.

LEITÃO, L., PAIXÃO, M., SILVA, J. & MIGUEL, J. (2000). Viagem ao futuro: Program de desenvolvimento vocacional de apoio à transição Ensino Secundário-Ensino Superior. A. Soares et. al. (Eds.). *Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho. 223-230.

NEGREIROS, J. (1998). *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. Instituto de Ciências do Comportamento Desviante. Braga: Lusografe- Braga.

NICO, J. (2000). O conforto académico do(a) caloiro(a). A. Soares et. al. (Eds.). *Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho, 161-166.

OMS (1998). Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au 21º Siècle: une perspective por tous. Genève: OMS.

REDE NACIONAL DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE (2000). *Risco*, Lisboa: CCPES, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 1º Semestre.

RUSSEL, N. (1996). *Manual de Educação Para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral.

SANTOS, I. & ALMEIDA, L. (2000). Vivências e rendimento académicos: Estudo com alunos universitários do 1º ano. A. Soares et. al. (Eds.). *Transição para o ensino superior*. Braga: Universidade do Minho, 99-110.

SANTOS, L. (2001). *Adaptação Académica e Rendimento Escolar*. Braga: Universidade do Minho.

SINGER, P. (2000). *Ética prática*. Lisboa: Gradiva.

SVENSON, G. *et al.* (2001). *Os Jovens e a prevenção da SIDA – Guia Europeu de Educação pelos Pares*. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

TEIXEIRA, J. (1992). Psicologia da Saúde: Estado Actual e perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, 2(X), 149-157.

TEIXEIRA, J. & TRINDADE, I. (1994). Psicologia da Saúde nos Cuidados Primários. *Análise Psicológica*. 2/3 (XII), 345-361.

VAZ SERRA, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra.

WHO (1990). *Health Promoting School-Best of European Schools in. Council of Europe. European Conference of the Promoting of Education for Health Education Schools: A training manual for teachers*, Stransbourg.

WHO Regional Office for Europe. (1995). Health Promotion and health care systems reforms – a consensus statment. WHO Regional Office for Europe.