

Aquisição e Desenvolvimento de Atitudes Face à Saúde na Infância e Adolescência

VIANA V., GUIMARÃES M. J., TEIXEIRA, M. C. BARBOSA M. C.

*Unidade de Desenvolvimento e Psicologia-Departamento de Pediatria do H.S.J. - Porto
Faculdade de Medicina da U. P.
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da U. P.
Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte*

Resumo

Neste trabalho de revisão bibliográfica, os autores procuram descrever alguns aspectos determinantes do desenvolvimento das atitudes face à saúde em crianças e jovens.

Neste domínio sobressaem dois pontos de vista. O primeiro, em que o referente teórico é o da teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget. Neste, os estádios de desenvolvimento e as estruturas cognitivas características contribuem para a construção de patamares em que se alicerçam atitudes face à saúde, típicas de cada fase.

O segundo ponto de vista inclui os que recorrem aos elementos obtidos através da investigação de campo. Onde as influências de factores como a família e as suas atitudes, os pares, a escola e os mass-media se integram e contribuem para a aprendizagem e socialização de atitudes e comportamentos face à saúde.

As duas perspectivas, complementares entre si, devem ser usadas na definição de estratégias de ensino de atitudes e comportamentos protectores da saúde. Estratégias essas a ser implementadas nas crianças e jovens, desde as idades pré-escolares, e nas suas famílias, envolvendo o sistema educativo e os mass-media.

Palavras-chave: Atitudes face à saúde, educação para a saúde, desenvolvimento, prevenção.

Summary

Acquisition and Development of Health Attitudes in Childhood and Adolescence

In this paper of bibliographic review, the authors describe some of the main variables that influence the development of health attitudes in children and youth.

There are two approaches to remark. One follows Piaget's cognitive development theory: developmental stages and their cognitive characteristics determine different stages of attitudes related to health.

The other approach includes those who use data from field research. The influence of family factors and influences from peers, school and media interact and contribute to learning and socialization of different kinds of health attitudes and behaviours.

Both approaches have to be taken in account in order to define educative strategies of health promotion. School system and mass-media have a very important role, and have to be included in the process of health education and their contribution has to be carefully defined.

Key-words: Attitudes to health, health-education, development, prevention.

Introdução

Os hábitos e estilo de vida encontram-se cada vez mais, nos países desenvolvidos, associados a algumas das doenças classificadas como doenças da civilização.

Os hábitos de consumo em que se incluem o tabagismo, o consumo elevado de bebidas alcoólicas, os hábitos alimentares, e também a reduzida actividade física, estão entre as principais causas de morbilidade e mortalidade nos países ocidentais e desenvolvidos.

É sabido que é mais fácil educar no sentido de serem adquiridos hábitos saudáveis na infância e na juventude, do que mudar hábitos já adquiridos e enraizados na idade adulta. No entanto quer o tabagismo quer o consumo

Correspondência: Victor Viana

Dpt. de Pediatria - Hospital S. João
email: victorviana@mail.telepac.pt
Alameda Prof. Hernani Monteiro
4200 Porto

excessivo de bebidas alcoólicas cresce principalmente entre os jovens, tal como acontece com outros comportamentos de risco como o consumo de drogas e actividades e comportamentos susceptíveis de provocar acidentes.

Ao apelo emitido pelo desejo de aventura, de transgressão e até de desafio, que caracterizam a adolescência junta-se o esforço de propaganda exercido pela indústria do tabaco, do álcool, etc. A escola e a família tentam opor-se a esta vaga consumista, muitas vezes com um forte sentimento de frustração perante um previsível insucesso dada a desproporção de meios.

O que se pretenderá com um anúncio publicitário, como muitos dos que podemos ver em "out-doors" nas nossas cidades, em que se lê algo como isto "... a bebida ... é uma aventura! / bebe com moderação" ?

Roberts ⁽¹⁾ refere, por exemplo, que nos E.U.A. o camelo Joe (dos cigarros Camel) era conhecido e identificado por uma percentagem de crianças idêntica à que reconhecia o rato Mickey. Curiosamente, ou nem tanto, Roberts acrescenta que o valor facturado pela venda ilegal de cigarros a jovens, ainda nos E.U.A., era cerca de 1,5 milhões de dólares!

Em Portugal e nos países desenvolvidos em geral, a morbidade entre os adolescentes é atribuída maioritariamente a factores de ordem psicossocial. Os problemas dos jovens agrupam-se principalmente nas seguintes categorias: conduta alimentar, absentismo e insucesso escolar, problemas da esfera do comportamento sexual (gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, entre outros), e comportamentos de risco como o tabagismo e alcoolismo e os comportamentos associados à condução de veículos motorizados (principal causa de morte entre este grupo etário) ⁽²⁾.

O estado de saúde e os comportamentos e hábitos saudáveis, relacionados entre si, dependem em grande parte das atitudes face à saúde interiorizadas ao longo do desenvolvimento ⁽³⁾. O objectivo das acções de educação para a saúde é implementar e desenvolver atitudes que suportem, ao longo do ciclo de vida, comportamentos saudáveis. Os pais e as suas atitudes e acções, em relação a si próprios e aos filhos, a escola e os professores, os companheiros e os meios de comunicação social, em especial a TV, são as mais importantes fontes das atitudes e comportamentos face à saúde.

O conhecimento das atitudes é particularmente importante visto que alguns comportamentos de risco parecem ser mais frequentes em determinadas idades ou períodos, logo esses serão também os períodos adequados para a intervenção preventiva. O conceito "janela de vulnerabilidade" refere-se ao período em que a criança ou jovem se encontram expostos a um determinado risco, dadas as tarefas desenvolvimentais típicas ⁽⁴⁾. Esse mesmo período implica maior sensibilidade e abertura ao esforço educati-

vo e constitui, por isso, uma "janela de oportunidade".

Neste trabalho de revisão bibliográfica, os autores descrevem alguns factores que influenciam o tipo de atitudes face à saúde das crianças e adolescentes. O objectivo é sensibilizar os especialistas das áreas da saúde educação para a importância do meio sociocultural e afectivo em que a criança se insere, tomando este contexto como uma aliado da prevenção e promoção, tão cedo quanto possível, de estilos de vida saudáveis.

Determinantes dos Comportamentos Saudáveis

Um dos objectivos das campanhas de educação para a saúde é levar as pessoas a adoptarem comportamentos que previnam a ocorrência de algumas doenças. Estes comportamentos são complexos e variados e dizem respeito a tantas situações quantas as doenças que potencialmente evitam. São influenciados por diversos factores que a seguir se descrevem ⁽⁵⁾.

Factores demográficos - referem-se ao grupo de pertença (cultural, étnico, etc.), ao nível sociocultural, às características familiares, ao sexo e idade. Por exemplo, algumas doenças infecciosas são mais frequentes nas classes mais desfavorecidas e com menor educação que não adoptam os cuidados básicos de higiene necessários.

O tabagismo e o alcoolismo são, ainda, classicamente referidos como mais prevalentes nos homens do que nas mulheres, logo estes estão mais sujeitos às consequências destes comportamentos patogénicos.

Outras doenças são mais características de determinados grupos etários: doenças infecciosas na infância, lesão ou morte por acidente na adolescência, doença cardíaca ou cancro na idade adulta, doença cardiovasculares na terceira idade, etc.

Variáveis situacionais - implicam o contexto social associado a um determinado comportamento, a influência dos familiares e amigos, a rede social de apoio, a pressão social, etc.

Percepção de sintomas - muitas vezes as mudanças do comportamento acontecem depois de uma queixa ou sintoma (no próprio ou num seu próximo) que coloca a pessoa de sobreaviso em relação a uma doença. Um primeiro indício ou sintoma pode levar o indivíduo a mudar um comportamento de risco.

Determinantes psicológicos - incluem factores: "cognitivos", por exemplo, a percepção de vulnerabilidade a uma determinada doença aumenta a probabilidade de se desenvolverem comportamentos protectivos; "emocionais", realçam o papel do "stress" ou da ansiedade associados às doenças cardíacas, por exemplo; "valores", como a virilidade associada a certos comportamentos sexuais de risco; as "crenças" como, por exemplo, as associadas à alimentação macrobiótica ou às características milagrosas de

alguns alimentos; As "atitudes", consideradas como posições latentes, favoráveis ou desfavoráveis, constituem motivação para um dado comportamento, assim, por exemplo, uma atitude favorável à prática desportiva aumenta a probabilidade de alguém se envolver em exercício físico.

Aquisição de Atitudes e Comportamentos Relativos à Saúde

As atitudes implicam crenças ou atributos associados ao objecto alvo, sentimentos avaliativos dirigidos ao mesmo objecto, e intenções de comportamento.

As atitudes são adquiridas ao longo do processo de socialização, influenciam profundamente o comportamento, são parte das idiossincrasias e, apesar de alteráveis, tendem a manter-se estáveis. Por isso mesmo as atitudes são importantes enquanto determinantes dos comportamentos saudáveis e não-saudáveis ⁽⁶⁾.

As atitudes relativas à saúde vão sendo adquiridas pela criança desde muito cedo, ao longo do processo de socialização e desenvolvimento, são aprendidas, no contexto familiar, e evoluem por influência dos companheiros, das experiências de vida dos conhecimentos escolares e pela informação obtida através dos meios de informação social. Implicam o comportamento e têm, por isso, consequências no estado de saúde. Por sua vez o estado de saúde interfere com o desenvolvimento das atitudes, dos conhecimentos e dos comportamentos relacionados com a saúde e a doença.

Os conhecimentos da criança a propósito da saúde envolvem a compreensão de alguns dos conceitos e dos mecanismos de causalidade relativos à saúde e à doença. Por atitudes relativas à saúde entende-se o sistema de avaliações positivas e negativas, sentimentos, emoções e tendências a favor ou contra determinado aspecto relacionado com a saúde.

São diversos os factores que intervêm no processo de aprendizagem das atitudes e comportamentos relacionados com a saúde. Em todo o caso a maturação da criança e as suas vivências são importantes. Numa revisão da literatura, Tinsley ⁽⁷⁾ considera duas perspectivas em que se enquadram os trabalhos analisados. O primeiro ponto de vista considera o desenvolvimento cognitivo da criança como o elemento fundamental da evolução de atitudes e comportamentos a respeito da saúde. O outro ponto de vista aborda o tema na perspectiva das diferenças individuais e considera as influências da família, dos colegas, da escola e dos meios de comunicação como factores explicativos dessas diferenças.

Passamos a descrever, com algum pormenor, a formação e evolução na criança e no jovem, das atitudes e comportamentos relativos à saúde de acordo com as duas perspectivas referidas.

Atitudes e desenvolvimento cognitivo

Diversos autores adoptaram como ponto de partida da abordagem do desenvolvimento das atitudes e comportamentos a teoria de Piaget sobre o desenvolvimento da criança. Assim, é postulado que o indivíduo apresenta um conjunto de crenças e conhecimentos sobre as causas e mecanismos das doenças que é característico do seu nível cognitivo ^(8, 9, 10). De acordo com esta perspectiva, a compreensão das causas das doenças e dos sintomas desenvolve-se ao longo de seis fases que correspondem aos critérios de compreensão das noções de causalidade.

As crianças de idade pré-escolar (entre os 3 e 6 anos), encontram-se no estágio pré-operatório caracterizado por um pensamento pré-lógico, subordinado a uma causalidade mágico-fenomenista. Neste estágio a criança desenvolve uma sequência de dois níveis no seu conhecimento das doenças. Um sintoma começa por ser atribuído a uma causa a ele associada temporalmente. Uma dor de cabeça é associada ao ter estado com a cabeça ao sol. A criança não sabe nada sobre o mecanismo responsável por esta relação, esta é a fase **fenomenista**. Mais tarde a criança atribui a causa do sintoma à proximidade física com um agente por ela identificado, sem que integre na sua concepção qualquer mecanismo que explique a relação causa efeito, a fase do **contágio**. Os sintomas são, também, atribuídos a factores relacionadas com a transgressão do comportamento e à consequente punição. Uma doença pode ser um castigo por não ter cumprido uma regra (e.g. a dor de cabeça sobrevem porque não se pôs o chapéu como a mãe mandou). Igualmente a cura pode ser entendida como o resultado de ser seguido os procedimentos correctos prescritos pela mãe ou pelo médico.

Na idade da escolaridade básica (entre os 7 e 10 anos) - estágio operatório concreto - a criança descobriu algumas leis elementares da lógica mas estas estão subordinadas e limitadas pelo impacto da percepção da realidade concreta. As explicações sobre as causas das doenças implicam a compreensão e associação entre fenómenos consecutivos percebidos independentemente da referência a mecanismos fisiológicos e biológicos subjacentes. As doenças e os sintomas são atribuídos à **contaminação** por alguém já doente ou ao contacto com um agente externo como "micróbios". Mais tarde, a doença é situada no interior do corpo. Uma dor de barriga, por exemplo, é atribuída a algo que se comeu que estava "estragado" ⁽¹¹⁾, esta é a fase da **internalização**.

No início da puberdade e durante a adolescência - estágio do pensamento operatório formal - o pensamento deixa de estar preso à realidade concreta e passa a funcionar de modo abstracto. O jovem acede, nesta fase, a um nível de maturidade intelectual que o torna capaz de perceber as relações complexas de causalidade próprias das doenças.

No início deste estágio o adolescente compreende, já, os mecanismos fisiológicos que explicam, em parte, muitas doenças - **nível fisiológico**. Só, um pouco posteriormente, no **nível psicofisiológico**, será possível a compreensão do processo de interação dos vários mecanismos implícitos como causa da doença. As causas fisiológicas, sociais e psicológicas, assim como o entendimento no que toca às necessidades de prevenção da doença, e as suas interações, são então integradas e compreendidas ⁽¹²⁾.

Outros investigadores têm criticado este ponto de vista, propondo que as crianças, mesmo as mais pequenas, são capazes de um entendimento muito mais complexo das causas das doenças e próximo do entendimento do adulto. Carey ⁽¹³⁾ classifica as interpretações das doenças, fornecidas por crianças, em três tipos: a **Definições nominais** - quando as doenças são definidas apenas por um conjunto de sintomas; b - **Propriedades associadas** - quando as doenças são definidas por conjuntos de sintomas e atributos, cuja presença, no seu todo, não é entendida como necessária mas sim provável. Neste caso diferentes doenças podem apresentar um mesmo conjunto de sinais, enquanto que a mesma doença pode manifestar-se em pessoas diferentes apresentando alguns sintomas diferentes; c - **Definições naturais** - implicam uma compreensão das relações entre as causas e a doença, e a constatação de que nem sempre estando presentes as causas se verificará a doença. Este último tipo de definições parece corresponder às concepções do estágio do pensamento formal, enquanto que as definições nominais serão mais semelhantes às explicações pré operatórias e as propriedades associadas semelhantes às concepções operatórias concretas.

Kalish ⁽¹⁴⁾, adoptando esta tipologia verificou que os adultos e as crianças de idades pré-escolares tendiam a definir predominantemente a doença de acordo com as características do tipo "propriedades associadas", não se distinguindo estas definições entre si. Segundo o autor, tal constatação sugere que a concepção das crianças sobre as doenças é mais complexa do que se pensa, não diferindo assim tanto das concepções do adulto. Posto isto, podem e devem, segundo este investigador, ser fornecidas à criança informações sobre as causas das doenças, com o objectivo de promover nelas atitudes e comportamentos de prevenção.

Desenvolvimento cognitivo e atitudes face aos alimentos

Também no que se refere à nutrição, nomeadamente ao desenvolvimento de aversão a alguns alimentos, a abordagem desenvolvimental se tem mostrado profícua.

Num estudo realizado com crianças dos três aos doze anos, foi demonstrado que as crianças aprendem, ao longo do seu crescimento, a categorizar os potenciais "alimentos" de acordo com algumas categorias psicológicas ⁽¹⁵⁾, com-

paráveis ao que foi dito anteriormente sobre a relação entre a concepção da doença e o desenvolvimento cognitivo.

Assim, pelos quatro anos de idade, as crianças dispõem da capacidade de classificar os alimentos que rejeitam, de acordo com as características **sensório-motoras** dos mesmos, tais como o gosto desagradável (e.g. cerveja) e a perigosidade comunicada por outrém (e.g. venenos).

Na idade escolar e depois dos oito anos, os produtos são rejeitados pelo conceito de que a criança dispõe sobre natureza do mesmo que é, agora, categorizado em função da repugnância que provoca e de ser considerado impróprio para a alimentação. Diversos produtos são classificados por crianças e adultos como repugnantes em consequência da sua natureza ou, apesar de serem comestíveis à partida, por terem estado em contacto com algo "sujo" ⁽¹⁶⁾. Unhas, cabelos ou fezes, por exemplo são considerados repugnantes pelas suas características intrínsecas. No entanto, um sumo num copo, quando tocado por uma mosca ou por um cabelo, pode então tornar-se repugnante por **contágio** ou **contaminação**. Crianças de dois ou três anos de idade serão capazes de beber este sumo, sem dificuldade, depois de removida a mosca ou o cabelo. As crianças de oito anos, pelo contrário, já não serão capazes de o beber por considerarem que o sumo como que adquiriu, por contágio, as características daquilo com que esteve em contacto ⁽¹⁷⁾. Nestas idades as crianças comportam-se, afinal, de acordo com as capacidades cognitivas típicas do período operatório concreto, embora outros autores tenham verificado o mesmo efeito do mecanismo de contágio em crianças alguns anos mais novas ⁽¹¹⁾.

O processo antes descrito poderá explicar o desenvolvimento da capacidade de classificação dos produtos que a criança aceita consumir, de acordo com categorias idênticas às já referidas para a rejeição mas de sinal contrário, tais como gosto agradável e os efeitos benéficos e apropriados para a alimentação.

Atitudes e diferenças individuais

A perspectiva das diferenças individuais, na abordagem de atitudes e comportamentos da saúde na criança, foca a atenção na interação de variáveis relativas à personalidade com variáveis sociais e culturais. De acordo com este ponto de vista, a socialização de atitudes e comportamentos relativos à saúde dependerá mais desses factores do que do processo de maturação cognitiva ⁽⁷⁾.

As variáveis de personalidade são a auto-estima, o locus de controlo, a percepção de vulnerabilidade e a motivação para agir. Está demonstrada a relação entre estas variáveis e a melhor compreensão da doença, melhores atitudes e melhor estado de saúde ^(18, 19, 20). Quanto à motivação, alguns estudos mostram que a saúde não é um valor ou prioridade

significativa para as crianças mais novas ⁽²¹⁾.

Num trabalho realizado com pré-adolescentes, Peterson *et al.* ⁽²²⁾ constataram que os jovens eram incapazes de prever adequadamente as consequências negativas de um acidente com bicicleta e tendiam a desvalorizar o uso dos equipamentos de protecção. A percepção da própria vulnerabilidade poderá estimular o interesse da criança pela saúde e prevenção. O estar doente, pelo menos no que diz respeito às doenças triviais da infância, aumenta a capacidade da criança para compreender as relações entre saúde, doença e comportamento, contribuindo, assim, positivamente para o seu desenvolvimento psicológico ⁽²³⁾.

Factores sociais e culturais

Os factores sociais e culturais desempenham um papel decisivo na formação das atitudes e no desenvolvimento das diferenças individuais. Entre estes factores merecem realce especial a família, a relação com os pares, a escola e os "mass-media", particularmente a TV.

A - Influências familiares

No que diz respeito às influências da família há que considerar diversos aspectos. As características da família, as atitudes dos pais em relação à sua própria saúde e em relação à saúde dos filhos ou as práticas educativas a propósito do ensinar comportamentos saudáveis, parecem ser determinantes. Uma das características mais firmemente associadas às atitudes dos filhos é o nível socioeconómico e cultural dos pais. Quanto melhor este índice melhores e mais saudáveis as atitudes dos filhos. O estatuto socioeconómico surge como o factor que melhor prediz quer as atitudes quer os índices de saúde da família ⁽²⁴⁾. Entre estes factores, o número de anos de escolaridade da mãe, mais do que o do pai, é o que se encontra mais fortemente associado aos índices de saúde dos filhos.

As atitudes e comportamentos dos pais em relação à sua própria saúde têm uma influência profunda nas atitudes e comportamentos dos filhos. Tal influência aumenta conforme aumenta a idade das crianças. Assim, as atitudes dos pais vão repercutir-se nas atitudes e comportamentos dos filhos mesmo quando estes se tornam autónomos e adultos. Os filhos tendem a reproduzir as atitudes e comportamentos que observam nos progenitores. Considera-se, pois, que a família constitui uma unidade social importante para a reprodução pela geração seguinte de atitudes e comportamentos observados e adquiridos na geração anterior. A aprendizagem das atitudes e comportamentos relativos à saúde é realizada de forma marcante no contexto familiar ^(25, 28).

Quanto à influência das atitudes dos pais relacionadas com a saúde dos filhos, foi verificado que as crenças da

mãe na sua capacidade para guiar o comportamento dos filhos e melhorar a saúde destes, estavam associadas a maior frequência de utilização pelas crianças de comportamentos preventivos e dos serviços de saúde. Bachanas e Roberts ⁽¹³⁾ estudaram factores psicossociais associados às atitudes em relação à saúde e o comportamento durante procedimentos médicos aversivos, em crianças de idades entre 6 e 11 anos. Entre os diversos factores investigados, verificaram que a atitude das mães era o que melhor predizia as atitudes e o comportamento dos filhos, e que as atitudes das crianças prediziam eficazmente o seu comportamento durante os procedimentos aversivos. As crianças que reagiam melhor aos tratamentos dolorosos, eram as que manifestavam atitudes mais favoráveis e também aquelas cujas mães apresentavam atitudes mais adequadas.

Estudando a associação entre os conhecimentos e crenças das mães e as atitudes dos filhos, em relação à SIDA e a crianças contaminadas, concluiu-se que as crenças das mães se assemelhavam às crenças e mitos dos seus filhos ^(27, 28).

Podem dizer-se que quanto mais os pais se preocupam com a saúde dos filhos mais provável se torna que estes, tomando os pais e as suas atitudes como modelos, interiorizem as medidas preconizadas por eles, de modo a que elas se tornem parte do seu repertório.

Quanto às práticas educativas relacionadas com comportamentos especificamente associados à saúde, verificam-se melhores resultados quando os pais apresentam um estilo menos autoritário, usam estratégias educativas menos punitivas, usam mais argumentação racional para convencer os filhos, e permitem-lhes maior autonomia em relação a comportamentos de prevenção como lavar os dentes, cuidados a ter em relação à alimentação, prática de exercício físico e regras relativas às horas de sono. As práticas educativas tolerantes que implicam o reconhecimento da criança como um indivíduo, que a encorajam a ser responsável e estimulam a sua autonomia, têm como consequência uma maior frequência de comportamentos positivos. Pais com um estilo autoritário, que usam estratégias punitivas e não encorajam a responsabilidade e autonomia dos filhos, fazem com que estes adoptem com menor frequência comportamentos de prevenção.

Estudando o processo de socialização das estratégias de "coping", Kliwer e Fearnow ⁽²⁹⁾ verificaram que o ambiente familiar, os comportamentos de "coping" dos pais e as sugestões fornecidas por estes aos seus filhos, estavam muito significativamente associados à qualidade dos comportamentos de "coping" das crianças. Estes investigadores concluíram que há uma relação directa entre os comportamentos e sugestões dos pais e os comportamentos dos filhos, o que sugere a presença de um processo de aprendizagem por modelagem. O mesmo acontece quanto à relação entre as expectativas ou comportamentos dos

volver as aptidões dos estudantes de modo a estes agirem nos níveis pessoal e social, aumentando as "competências de acção". A influência dos objectivos da educação e promoção para a saúde fazer-se-á sentir, ainda, na própria escola e também no seu envolvente social.

O autor ⁽³⁶⁾ traça uma distinção muito clara entre "comportamento" e "acção". Considera a acção é mais profunda, exige um processo decisional consciente e um "tomar partido" por uma dada opção. Por exemplo os alunos que se envolvem em práticas desportivas são estimulados a investigar as reacções fisiológicas e mudanças do corpo. Outros alunos, sobre a mesma actividade podem investigar os níveis de poluição do ambiente em que a actividade decorre. Os conhecimentos adquiridos a propósito da actividade são integrados nos currículos.

Esta abordagem exige dos professores competências facilitadoras da educação dos outros no domínio da saúde, e grandes níveis de conhecimentos e "insight" orientados para a acção.

D - Influência da TV

Diversos estudos concluíram que, nos EUA, ver televisão é a "actividade" na qual as crianças gastam mais tempo ^(37, 38), e alguns autores contabilizam em 40 horas/semana o tempo assim despendido pelos jovens de áreas urbanas ⁽³⁹⁾. Em Portugal estima-se que uma grande percentagem das crianças e jovens passam cerca de 2 a 3 horas/dia a ver TV ⁽⁴⁰⁾.

É geralmente aceite que os conteúdos transmitidos por este meio de comunicação afectam as crenças, atitudes, conhecimentos e comportamento dos indivíduos. Mesmo antes dos 2 anos de vida, as crianças já prestam atenção a alguns sons e sinais visuais que observam na TV, e aos 2 anos são capazes de discriminar alguns gestos e de os reproduzir por imitação ⁽⁴¹⁾. Aos 4 anos as crianças prestam atenção ao que se passa na TV cerca de 40% do tempo em que ela está ligada e aos 8-10 anos a cerca de 80% do tempo. Uma grande parte dos brinquedos solicitados aos pais pelas crianças são aqueles referidos nos anúncios televisivos ⁽⁴²⁾.

O tipo de programas preferidos varia em função das capacidades cognitivas e, portanto, das capacidades para compreender a informação neles veiculada. A criança de idade pré-escolar gosta dos programas infantis educativos (do género da "Rua Sésamo"), enquanto que a criança de idade escolar escolhe programas humorísticos e desenhos animados, em que o vocabulário e as exigências de compreensão são mais sofisticados. Os rapazes preferem, mais do que as raparigas, programas cujos conteúdos incluem aventuras, acção, desenhos animados e informação sobre desporto. Se, no passado, as crianças viam televisão em casa com a família e suas escolhas eram, afinal, determi-

nadas pelas escolhas dos pais ⁽⁴³⁾, as mudanças crescentes no estilo de vida das famílias dos países desenvolvidos têm levado a uma crescente autonomia nas escolhas das crianças, que dispõe agora da possibilidade de verem o que desejam com implicações complexa no processo de socialização e consumo ⁽⁴⁴⁾.

A atenção dos investigadores tem-se focado nos efeitos da televisão relacionados com três aspectos. O efeito da propaganda nos comportamentos da saúde, a influência da publicidade no consumo de alimentos, e o papel da televisão na modelagem das respostas de risco de acidente ou da sua prevenção.

O "efeito da propaganda nos comportamentos da saúde" é considerada pouco relevante, pois este media tem sido pouco usado com esse objectivo ⁽⁷⁾. O segundo e terceiro aspectos são tratados a seguir.

Publicidade e consumo de alimentos

A influência da TV enquanto meio difusor de modelos de comportamento alimentar é tida como muito importante. Existe presentemente uma extensa bibliografia acerca dos efeitos da publicidade no consumo dos produtos alimentares ⁽⁴⁵⁾.

As crianças e jovens parecem ser particularmente sensíveis aos anúncios sobre alimentos, nomeadamente os produtos com alta densidade calórica e ricos em açúcar mas pobres em nutrientes ⁽⁴⁶⁾. A análise de conteúdo dos anúncios sobre alimentos, mostrados nos programas infantis, revela que estes na sua maioria têm a ver com o açúcar. Tal tipo de publicidade tem implicações negativas no conhecimento, nas atitudes e no comportamento alimentar das crianças e dos jovens, cuja consequência parece ser o aumento do consumo de alimentos pobres do ponto de vista nutricional e ricos em glicose ^(47, 48, 49).

Os anúncios ou campanhas que têm por objectivo melhorar os hábitos alimentares das crianças e jovens, revelam ser eficazes em melhorar os seus conhecimentos dietéticos mas não revelam o mesmo sucesso na mudança dos comportamentos. No entanto, foi verificado que crianças de idades pré-escolares (3-6 anos) que visionaram anúncios sobre bolos, caramelos, cereais de pequeno almoço com açúcar, etc., e anúncios sobre alimentos naturalmente doces, como frutos e outros vegetais doces, diminuíram o consumo dos alimentos artificialmente enriquecidos em açúcar quando a exposição aos anúncios foi seguida por comentários realizados por um adulto, nos quais se valorizavam as qualidades e efeitos para saúde dos alimentos naturalmente doces. Quando os comentários incidiam apenas sobre as implicações negativas para a saúde dos produtos enriquecidos em açúcar, não se verificava nenhum decréscimo do consumo destes alimentos ⁽⁵⁰⁾.

A criança necessita de adquirir algumas regras a propósito do consumo de alimentos doces dos quais gosta

naturalmente. Estas normas e proibições são interiorizadas lentamente e são raramente cumpridas. O encorajamento ao consumo de alimentos doces e pobres em nutrientes que a criança observa na publicidade da TV, vai colidir com as regras impostas pelos pais e acentuar a importância do factor prazer associado ao consumo. No momento de decidir quais os alimentos a ingerir, o prazer adquire primazia em relação às normas e determina a escolha⁽⁵¹⁾.

Grande parte dos anúncios sobre alimentos refere-se a produtos ricos em açúcar, salgados e de elevado valor calórico mas pobres do ponto de vista nutricional. A observação frequente dos anúncios sobre produtos alimentares parece encorajar, nas crianças, um maior consumo deste tipo de alimentos.

Influência da TV na modelagem dos comportamentos de risco

Sobre os efeitos da TV nos comportamentos de risco e agressividade, diversos autores referem a existência de uma associação entre o comportamento das crianças e jovens e a exposição prévia a conteúdos referentes a esse comportamento^(52, 53).

Se a TV pode modelar comportamentos negativos é de esperar que provoque igualmente alterações positivas na conduta dos observadores. Ao estudar o efeito de conteúdos televisivos na implementação de comportamentos de prevenção em crianças de ambos os sexos, dos 5 aos 8 anos de idade⁽⁵⁴⁾, verificou-se que os rapazes, em geral, mostravam maior desejo de se envolver em situações de risco do que as raparigas. Os investigadores constataram, ainda, que quando viam filmes onde eram mostradas situações de risco de acidentes e eram adoptados os procedimentos protectivos, as crianças exprimiam menos desejo de se envolverem em situações do mesmo tipo ficavam mais conscientes dos perigos decorrentes de situações comuns. Segundo os autores, estes resultados demonstravam o efeito da aprendizagem a que as crianças foram sujeitas.

O aumento da capacidade para identificar consequências das situações de risco poderá dever-se ao efeito do acesso à informação sobre os comportamentos protectivos. Esta informação terá sido suficiente para modificar a disponibilidade da criança produzir raciocínios relevantes sobre protecção de modo a identificar possíveis riscos resultantes de situações do quotidiano.

O impacto da TV na socialização das crianças, o efeito marcante dos seus programas, quer sejam educativos, recreativos ou publicidade, faz pensar na necessidade de se definirem políticas que visem tirar partido da sua utilização e limitar os seus efeitos negativos⁽⁴³⁾.

Macdowall e Wellings⁽⁵⁵⁾ referindo-se ao uso dos "mass media" em geral, TV, rádio, jornais e revistas, como veículos de informação sobre a saúde, consideram que estes têm pontos fortes e fracos. Entre os primeiros enu-

meram: contribuem para colocar assuntos da saúde na agenda social e política; reforçam os esforços para consciencializar a comunidade acerca da saúde; veiculam informação útil. Como pontos fracos identificam eficácia reduzida quando: a informação transmitida é muito complexa, se visa o ensino de aptidões, e se pretende mudança de atitudes e crenças. Os autores realçam a necessidade e importância de se realizarem estudos para testar a eficácia das estratégias e os resultados.

Conclusão

A primeira abordagem que descrevermos consideramo-la como clássica tendo em conta, por um lado, a sua antiguidade e, por outro lado, o peso e a importância da teoria do desenvolvimento cognitivo que lhe está subjacente e de onde, de resto, retira a sua pertinência. A segunda abordagem alicerça-se nos dados da investigação mais actual que confirmam a sua validade. Esta perspectiva permite-nos compreender os factores, e a forma como estes interagem, que influenciam ou determinam um dado resultado no âmbito dos comportamentos protectores da saúde.

Nas sociedades desenvolvidas, é cada vez maior a pressão no sentido dos consumos servirem objectivos ligados cada vez mais ao prazer e menos às funções de manutenção da vida. Cada vez mais cedo somos confrontados com a necessidade de escolher. Muitas vezes esta decisão, não sendo totalmente dicotómica, implica optar entre o saudável versus o menos saudável. É, por isso, fundamental que se realize um esforço educativo no sentido da promoção da capacidade de escolher com responsabilidade. A saúde ou a doença na idade adulta, em muitos casos, dependerá cada vez mais das escolhas realizadas na infância e na adolescência.

Os pais e a família, assim como a escola, tem um papel inequívoco na socialização das atitudes das crianças e jovens relativas ao estilo de vida.

Dos elementos descritos neste trabalho ressalta a importância de serem ensinadas, às crianças e jovens, atitudes e comportamentos positivos. Ressalta, ainda, a importância da estrutura familiar como sistema mediador e reguladora da integração da criança e jovem no grupo dos iguais.

Com o propósito de prevenir a doença, levando a adoptar tão cedo quanto possível comportamentos protectivos, importa planear e promover acções educativas que terão, na nossa opinião, que ser dirigidas não só a criança mas também ao contexto socioafectivo envolvente.

No planeamento das acções a realizar pelos agentes educativos e da saúde, visando populações com características socio-demográficas e psicossociais específicas, importa ter em consideração o nível de maturação da criança e as características e contexto cultural da família.

Também a escola, ao longo dos seus diversos níveis constitui um contexto fundamental de intervenção preventiva.

Aproveitar as potencialidades dos "mass-media", em especial da TV, considerando a definição de políticas e estratégias sólidas a desenvolver a longo termo, visando os objetivos anteriormente descritos, é algo difícil de obter mas um objectivo prioritário a atingir.

Bibliografia

1. Roberts M. Prevention/promotion in America: Still spitting on the sidewalk. *J Pediatr Psychol* 1994; 267-281.
2. Levy, M. L. 1995. Adolescência e adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 26, 255-258.
3. Bachanas P, Roberts, M. Factors affecting children's attitudes toward health care and responses to medical procedures. *J Pediatr Psychol*, 1995; 20: 261-75.
4. Taylor, S. Health psychology, 3rd Edition. Singapore, McGraw-Hill, Inc; 1995.
5. Bishop G. D. Health psychology. Integrating mind and body. Boston. Allyn and Bacon; 1994.
6. Serafino, E 1990. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: J.Wiley and Sons.
7. Tinsley B. Multiple influences on the acquisition and socialization of children's health attitudes and behavior: An integrative review. *Child Development* 1992; 63: 1043-69.
8. Perrin, E., Guerry, P. Development of children with chronic illness. *Pediatric Clin North Am*, 1984; 31: 19-31.
9. Keister M, Patterson C. Children's conceptions of the causes of illness: Understanding of contagion and use of immanent justice. *Child Development*, 1980; 31: 839-46.
10. Bibace, R., Walsh, M. 1980. Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.
11. Siegal M. Children's knowledge of contagion and contamination as causes of illness. *Child Development* 1988; 59: 1353-9.
12. Millstein S, Irwin C, Adler N. Health-risk behaviors and health concerns among young adolescents. *Pediatrics* 1992; 89: 422-8.
13. Carey S. Conceptual change in childhood. London: Mathuen 1985.
14. Kalish. Causes and symptoms in preschoolers' conceptions of illness. *Child Development* 1996; 67: 1647-70.
15. Fallon A, Rozin P, Pliner P. The child's conception of food: The development of food rejections with special reference to disgust and contamination sensitivity. *Child Development*, 1984; 55: 566-75.
16. Rozin P, Fallon A. A perspective on disgust. *Psychological Review* 1987; 94: 23-41.
17. Rozin P, Fallon A, Augustoni-Ziskind M. The child's conception of food: Development of categories of accepted and rejected substances. *J Nutr Education* 1986; 18: 75-81.
18. Shagena, M., Sandler, H., Perrin, E. Concepts of illness and perception of control in healthy children and in children with a chronic illness. *J Dev Behav Pediatr* 1988; 9: 252-256.
19. Carracio C, McCormick M, Weller S. Chronic disease: Effect on health cognition and health locus of control. *J Pediatr* 1987; 110: 982-7.
20. Perrin E, Shapiro E. Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness, and their mothers. *J Pediatr* 1985; 107: 627-633.
21. Gochman D. Assessing children's health concepts. In P. Karoly (Ed.); Handbook of child health assessment: 1988. Biopsychological perspectives. New York: Wiley.
22. Peterson L, Oliver K, Brazeal T, Bull C. A developmental exploration of expectations for and beliefs about preventing bicycle collision injuries. *J Pediatr Psychol* 1995; 20: 13-22.
23. Crisp J, Ungerer J, Goodnow J. The impact of experience of children's understanding of illness. *J Pediatr Psychol* 1996; 21: 57-72.
24. Schor E. The Influence of families on child health: Child behaviors and outcomes. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 89-102.
25. Silver E, Stein K, Oadds M. Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. *J Pediatr Psychol* 1996; 21: 43-56.
26. Drotar D. Impact of parental health problems on children: Concepts, methods, and unanswered questions. *J Pediatr Psychol*, 1994;19: 525-36.
27. Osborne M, Kistener J, Helgemo B. Parental knowledge and attitudes toward children with AIDS: Influences on educational policies and children's attitudes. *J Pediatr Psychol* 1995; 20: 79-90.
28. Sigelman C, Mukai T, Woods T, Alfeld C. Parent's contribution to children knowledge and attitudes regarding AIDS: Another look. *J Pediatr Psychol* 1995; 20: 61-77.
29. Kliewer W, Fearnow M. Coping socialization in middle childhood: tests of maternal and paternal influences. *Child Dev* 1996; 67: 2339-57.
30. D'Amico E, Fromme K. Health risk behaviors of adolescent and young adult siblings. *Health Psychology* 1997; 16: 426-32.
31. Kinsman S, Romer D, Furstenberg F, Schwarz D. Early sexual initiation: The role of peer norms. *Pediatrics* 1998; 102: 1185-92.
32. Gauze C, Bukowsky W, Aquan-Assee J, Sippola L. Interactions between family environment and friendship and association with self-perceived well-being during early adolescence. *Child Dev* 1996; 67: 2201-16.
33. Harrel J, Gansky S, McMurray R, Bangdiwala S, Frauman A, Bradley C. School-based interventions improve heart health in children with multiple cardiovascular disease risk factors. *Pediatrics* 1998; 102: 371-80.
34. Jasaitis A. School-based health clinics: The role of nutrition. *J Am Dietetic Asso* 1997; 97 (Supplement 2): s117-s119.
35. Rhyne-winkler M, Hubbard G. Eating attitudes and behavior: A school counseling program. *School Counselor* 1994; 41: 195-8.
36. Jensen B. Health Knowledge and health Education in the democratic Health-promoting school. *Health Education* 2000; 100 (4): 146-53.
37. Roberts D. Media and Youth: Access, exposure, and privatization. *J Adolesc Health* 2000; 27-s: 8-14.
38. Strsburger V. Children, adolescents, and television. *Pediatric Review* 1992; 13: 144-51.
39. Klein J, Brown J, Childers K, Oliveri J, Porter C, Dykers C. Adolescents' risky behavior and mass media use. *Pediatrics* 1993; 92: 24-31.
40. Benedita Monteiro M. Meios de comunicação social e construção da realidade social: Crescer com a violência televisiva. In J. Gomes Pedro (Ed.), Stress e violência na criança e no jovem. FMUL, Lisboa 1999.
41. Meltzoff A. Imitation of televised models by infants. *Child Dev* 1988; 59: 1221-9.
42. Valkenburg P. Media and Youth Consumerism. *J Adolesc Health* 2000; 27-s: 52-6.
43. Huston A, Wright J, Rice M, Kerkman D, St. Peters M. Development of television viewing patterns in early childhood: A longitudinal investigation. *Dev Psychol* 1990; 26: 409-20.
44. Roe K. Adolescent's media Use: A European View. *J Adolesc Health* 2000; 27-s: 15-21.
45. Ortega R M. Publicidad y desórdenes alimentáries. *Actualidad Nutricional* 1994; 17. Madrid, Milupa.
46. Story M, Faulkner P. The prime time diet: A content analysis of eating behavior and food messages in television program content and commercials. *Am J Public Health* 1990; 80: 738-40.
47. Rees J. The overall impact of recently developed foods on the dietary habits of adolescents. *J Adolesc Health* 1992; 13: 389-91.

48. Signorielli N, Lears M. Television and childrens conceptions of nutrition: Unhealthy messages. *Health Communication* 1992; 4: 245-7.
49. Peterson L, Lewis K. Preventive intervention to improve children's discrimination of the persuasive tactics in televised advertising. *J Pediatr Psychol* 1988; 13: 163-70.
50. Galst J. Television food commercials and pro-nutritional public service announcements as determinantes of young children's snack choices. *Child Dev* 1980; 51: 935-8.
51. Kapeferer J. Les effets de la publicité sur le comportement nutritionnel des enfants. *Cahiers Nutrition Diététic*, XX 1985; 4: 269-75.
52. AAP. American Academy of Pediatrics. Media Violence. Committee on Communications. *Pediatrics* 1995; 95: 949-51.
53. Irwin C, Cataldo M, Matheny A, Peterson A. Health consequences of behavioral injury as a model. *Pediatrics* 1992; 90: 798-807.
54. Potts R, Swisher L. Effects of televised safety models on children's risk-taking and hazard identification. *J Pediatr Psychol* 1998; 23: 157-63.
55. Wellings K, Macdowall W. Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods. *Health Education* 2000; 100 (1): 23-32.