

Educadores de infância promotores de saúde e resiliência: Um estudo exploratório com crianças em situação de risco (*)

GLICÉRIA GIL (**)
JOSÉ ALVES DINIZ (***)

INTRODUÇÃO

Um dos maiores ganhos em termos educativos, nos últimos tempos foi, por um lado, o alargamento do ensino básico obrigatório e, por outro, o aumento da rede da Educação Pré-Escolar, o que contribuiu para acabar com uma pedagogia de exclusão que

mantinha afastadas do sistema educativo as crianças mais problemáticas. Obviamente, esta nova situação tem vindo a colocar aos educadores e professores problemas que antes não se verificavam. Agora, temos nas escolas e jardins de infância as crianças com necessidades educativas e de saúde especiais, as que são negligenciadas, as que recebem maus-tratos, as que são abandonadas, as que apresentam condutas anti-sociais, etc., e quando os professores e educadores questionam o que fazer para intervir junto destas crianças não encontram respostas nem soluções imediatas.

Este assunto parece-nos relevante tendo em conta que, actualmente, políticos, encarregados de educação e os próprios educadores/professores consideram que a frequência das crianças e jovens em estabelecimentos de ensino poderá levá-las a adaptarem-se, quer para o melhor quer para o pior. Conforme referido no estudo desenvolvido pelo Conselho Nacional de Educação (Dias, 2001), os maiores problemas de insucesso educativo e abandono escolar em Portugal verificam-se nas crianças e jovens que apresentam dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento.

Certos indicadores de futuros problemas ao nível do desenvolvimento das crianças emergem em idade precoce. Tal facto é suportado por diversos estudos (e.g. *Metropolitan Educational Research*

(*) Este artigo tem por base um estudo mais alargado no âmbito do II Mestrado em Saúde Escolar (FM-UL) intitulado “Educadores de Infância Promotores de Saúde e Resiliência Junto de Crianças em Situação de Risco: Percepções e Intervenções” elaborado pelo primeiro autor sob a orientação do segundo.

Agradecimentos: Agradecemos à Professora Maria Catalina Pestana pela co-orientação, incentivo e inspiração e à Professora Margarida Gaspar de Matos, à Dr^a Gregória Von Amann e à Dr^a Maria Paula Aguiar que nos ajudaram a confrontar, amadurecer, organizar e elaborar o instrumento de recolha de dados. Agradecemos também à DGRHE – Ministério da Educação, às Direcções Regionais de Educação do Algarve e Alentejo, aos Presidentes dos Conselhos Executivos dos Agrupamentos de Escola do Alentejo, aos participantes que generosamente disponibilizaram o seu tempo e que graças à sua boa vontade contribuíram para a concretização deste estudo.

(**) Jardim de Infância N.º 4 de Portimão, Portugal. E-mail: gliceria@netcabo.pt.

(***) Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal. E-mail: jadiniz@fmh.utl.pt

Consortium, 1992), sendo as dificuldades de aprendizagem evidentes na idade pré-escolar, e daí a necessidade de implementar intervenções nessa área que minimizem essas mesmas dificuldades. Segundo Berrueta-Clement (1992), a Educação de Infância tem um efeito positivo no desempenho acadêmico, reduzindo a integração das crianças em programas de Educação Especial e contribuindo, de igual modo, para a diminuição do abandono escolar.

Por outro lado, Benard e Marshall (2001) salientam que a frequência das crianças, pelo menos dois anos, na Educação Pré-Escolar com um currículo que integre o conceito de resiliência, demonstrou contribuir significativamente para a prevenção da toxicod dependência e comportamentos desviantes na adolescência e idade adulta. Estes programas e seus benefícios têm vindo a ser estudados, através da análise dos factores protectores existentes no ambiente familiar, escolar e comunitário, factores estes que contribuem para a promoção da resiliência nas crianças e jovens (Masten & Coastworth, 1998; Benard, 1997; Garmezy, 1991). Em Portugal, as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (1997) referem o papel do Jardim de Infância na potenciação de um ambiente promotor de bem-estar. De igual modo, o relatório *Court Report DHSS* de 1976 (Kurtz & Thornes, 2000) também considera o bem-estar relacionado com a saúde, como fundamental para otimizar o desenvolvimento das crianças e para que as mesmas possam tirar partido da educação e da frequência na escola.

Esta problemática, quer do ponto de vista da saúde, quer do da resiliência, tem merecido a atenção de vários investigadores, em especial no que respeita às razões que estão subjacentes a este fenómeno, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de diversas intervenções nesta área (Masten & Sesma, 1997, 1999). Por outro lado, nos vários estudos analisados sobre a promoção da resiliência e da saúde em meio escolar, constata-se que a maior parte desses estudos foi realizada, no que respeita ao conceito de resiliência, para identificar as crianças resilientes (Werner & Smith, 1982, 1992; Benard, 1997; Brooks, 1994; Garmezy, 1993; Masten, Best & Garmezy, 1991; Masten, 1997, 1999, 2001, 2002; Werner, 1990, 1993; Waxman, Gray & Pádrón, 2002). Por seu lado, no âmbito da promoção da saúde, os estudos apontam para intervenções que resultam da implementação de programas específicos, como aquelas que incidem na abordagem de temáticas de EpS (Educação para a Saúde) na escola. Todavia, apesar dos inúmeros

progressos que se têm feito nos últimos tempos com o intuito de proporcionar, por um lado, uma escola que se adapte às necessidades expressas pelas crianças/adolescentes (conceito de escola inclusiva) e, por outro, uma escola que promova a saúde e previna a doença (conceito de escola promotora de saúde), continua ainda a existir alguma dificuldade em adequar o ambiente educativo a essas necessidades, de forma a promover o pleno desenvolvimento das crianças. Também Cruz (1995) realça que, na prática, a problemática das necessidades das crianças não tem merecido a devida atenção no que respeita ao delineamento de programas de intervenção, verificando-se que os mesmos respondem de forma pouco adequada e descontextualizada às necessidades evidenciadas.

A consideração e o reconhecimento das necessidades educativas das crianças exige da parte do educador uma mudança profunda de grande complexidade. Essa mudança passa pela percepção dos mesmos face aos programas de intervenção, pelas expectativas quanto ao futuro das crianças e pelo modo como planificam as suas prioridades em termos de intervenção educativa (Bairrão, 1993). Por outro lado, as escolas devem estar cientes que não podem esperar resolver os problemas sociais e culturais que acompanham as situações de risco de muitas crianças e suas famílias. Contudo, existem múltiplas estratégias que são consideradas como favorecedoras de uma protecção cumulativa (*cumulative protection*) para as crianças provenientes de ambientes de alto risco e que se inscrevem no paradigma da Promoção da Resiliência. Os professores e educadores têm que estar preparados para as necessidades multifacetadas destas crianças e para as mudanças de atitudes no que respeita ao modo como se relacionam com os pais das crianças, que demonstram viver em condições muito difíceis e cuja maior preocupação de vida se prende com as necessidades de sobrevivência da sua família (Masten & Sesma, 1999).

Cientes da complexidade desta problemática, alguns investigadores apontam para outras formas de intervenção que tenham em consideração essas necessidades, reforçando a importância de uma análise centrada nas dimensões de risco educacional que caracterizam as vivências das crianças (Bairrão, 1993; Cruz, 1995; Masten & Sesma, 1997, 1999). Por outro lado, também as intervenções a desencadear na área da saúde diferem consoante as características das populações e do ambiente que as envolve (Kurtz & Thornes, 2000), ou seja, as medidas a

implementar devem ter em conta os diferentes contextos sociais e culturais que caracterizam cada nação. Por isso mesmo, as escolas precisam tomar precauções e alguns cuidados no que respeita à adopção de metodologias que obtiveram sucesso noutros países, porque as mesmas poderão não resultar ao serem aplicadas em contextos culturais e educacionais diferentes (Weare, 2000).

Apesar destes aspectos ideológicos comportarem perspectivas teóricas complexas, partimos do princípio que é possível criar nas escolas/jardins de infância um ambiente educativo activador das potencialidades do ser humano através da sustentabilidade de um ambiente resiliente e saudável. Porém, para que tal aconteça, é fundamental o investimento acrescido na preparação dos educadores e professores para trabalharem efectivamente com a diversidade de crianças e jovens que frequentam as escolas (Ruivo & Almeida, 2002; Correia, 1997).

Face a esta realidade e com o objectivo de criar contextos promotores de saúde, o *Centre for Urban Health of WHO* identificou a importância de assegurar um ambiente saudável na Educação de Infância como um dos dez aspectos mais significativos para o desenvolvimento das sociedades (Wilkinson & Marmot, 1998). Também Vines-Curbow (2001) realçou que investir na EpS será, sem dúvida, uma forma de contribuir para o desenvolvimento saudável das crianças.

Apesar da importância desta temática para o desenvolvimento das crianças, são raros os estudos que incidem na problemática da Promoção da Saúde desenvolvida no contexto da Educação Pré-Escolar (Hayden & MacDonald, 2000). Contudo, apesar da pouca literatura existente sobre o assunto, a avaliação da qualidade da Educação de Infância e os indicadores que dizem respeito aos contextos promotores de saúde parecem ter muito em comum. Ambos incluem a promoção e colaboração intersectorial, grupos de trabalho com as famílias, parcerias e outros aspectos relacionados com actividades orientadas para a família e a comunidade. Assim, a literatura indica que os objectivos e as práticas da Educação de Infância são idênticos àqueles que foram identificados nas práticas consideradas promotoras de saúde. Em 1999, uma equipa da Universidade de *Western Sydney* avaliou 40 estabelecimentos de Educação de Infância, tendo demonstrado que esses centros realizavam muitas actividades/estratégias associadas com a promoção da saúde mas, apesar do bom desempenho evidenciado, as

áreas de participação dos pais e a colaboração com a comunidade não eram devidamente valorizadas e raramente realizadas (Hayden & MacDonald, 2000).

Pela pertinência desta questão, pela necessidade de adequar as práticas educativas às necessidades sociais, educativas e de saúde das crianças, transpõe-se como oportuno conhecer, por um lado, o que pensam os educadores de infância sobre as suas intervenções na área da EpS e, por outro, a sua opinião face à potenciação de mecanismos de protecção, e minimização de mecanismos de risco junto de crianças em situação de risco. Igualmente, pretendemos identificar as inter-relações que poderão existir entre as quatro dimensões que caracterizam o conceito de promoção de saúde e resiliência, nomeadamente a formação inicial e contínua obtida nessa área, as características do contexto do exercício profissional, as intervenções na área da EpS e, finalmente, as percepções face à EpS e à resiliência. Esta última foi estudada através da análise das atitudes dos educadores face aos mecanismos de risco e protecção que caracterizam o ambiente social, cultural e escolar das crianças em situação de risco. Daí que neste estudo, o conceito de resiliência seja entendido como um processo potenciador de mecanismos de protecção e minimizador de mecanismos de risco (Henderson & Milstein, 1996).

Esta nossa investigação resultou do facto de acreditarmos que determinadas intervenções desenvolvidas na Educação de Infância podem contribuir para que as crianças, em especial aquelas que se encontram à partida numa situação educativa desfavorável, sejam capazes de se desenvolverem saudavelmente, em harmonia com os outros e com o ambiente onde se integram. Todavia, é preciso identificar e perceber quais os factores que predis põem à tomada de decisão dos educadores, no que respeita à integração e planificação de práticas pedagógicas que se inscrevem no paradigma da promoção da saúde e resiliência. Eis a razão deste estudo: Conhecer o pensamento e a acção do educador de infância na área da Promoção da Saúde e da Resiliência junto das crianças em situação de risco, mais propriamente no que diz respeito às suas percepções e intervenções nessas áreas. Ao fazê-lo estaremos certamente a contribuir para evidenciar os aspectos mais favoráveis/desfavoráveis da profissão do educador de infância na vertente da promoção da saúde e resiliência, colocando em destaque a importância de uma adequada formação e intervenção nesta área.

METODOLOGIA

Amostra

A nossa amostra é constituída por 274 educadores em exercício de funções no ano de 2002 em jardins de infância da região do Algarve e Alentejo. Dos inquiridos 110 (40%) pertencem ao Distrito do Algarve e 164 (60%) ao Distrito do Alentejo. Do total da amostra, 199 (73%) exercem funções na rede oficial, 13 (5%) na rede particular e 62 (23%) nas IPSS. Dos educadores inquiridos 195 (71%) dizem que integram nas suas salas crianças consideradas em risco de futuro insucesso educativo (crianças com NEE, NSE, abandonadas, negligenciadas, sujeitas a maus tratos, e crianças com comportamentos de risco).

Apesar da constituição da amostra não obedecer a critérios de representatividade, tivemos o cuidado de recolher uma amostra alargada, que pudesse constituir um bom indicador da problemática em estudo e nos possibilitasse responder às questões formuladas. Como referem Golden et al. (1984) e Hill (2000), numa fase exploratória, o número de sujeitos deve ser pelo menos duas a três vezes superior ao número de itens do instrumento utilizado (75), o que implica, que neste caso a amostra tem uma dimensão maior do que esta recomendação (3,6 vezes) e, portanto, compatível com as análises quantitativas e multivariadas realizadas.

PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Tendo em vista os objectivos propostos, optámos pelo método do inquérito por questionário. Para obter as informações necessárias e analisar a variável “promoção da saúde e resiliência” construímos e aplicamos um questionário, a que atribuímos a designação *EIPSR – Escala de Identificação da Promoção da Saúde e Resiliência*. Para a construção deste questionário baseámo-nos nos estudos desenvolvidos por Andrade (1995), Von Amn (1995), Grotberg (1995), Pereira (2000) e Snyder (1999), bem como no modelo de análise multidimensional que elaboramos para o efeito.

Foram realizados estudos de validade interna/externa e estabilidade temporal, tendo-se procedido

igualmente à avaliação da consistência interna da escala.

Na análise teste-reteste, as correlações entre as quatro dimensões da escala de Promoção da Saúde e Resiliência situaram-se entre .958 ($p < 0.1$) e .756 ($p < 0.5$). No sentido de verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem cada secção da escala procedemos ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach tendo sido obtidos valores situados entre .805 e .677. A consistência interna para a escala total foi de .72. Para a obtenção deste valor excluímos as variáveis de classificação¹ (idade, região, anos de serviço, situação profissional, local de trabalho, número de crianças) examinando-se as 75 variáveis factuais ou de opinião associadas ao tema em estudo.

Perante estes resultados concluímos que a consistência temporal e interna das secções das escalas utilizadas foram moderadamente satisfatórias para poderem ser consideradas adequadas. Porém, a secção da escala que diz respeito às “*Percepções dos mecanismos de risco e protecção*” que obteve o valor .67 pressupõe uma análise mais cautelosa e aponta para a necessidade de ser aperfeiçoada.

QUESTIONÁRIO EIPSR – ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E RESILIÊNCIA

O questionário EIPSR foi concebido para identificar o conceito de promoção de saúde e resiliência dos educadores de infância através da análise das suas percepções e intervenções na área da Educação para a Saúde (EpS) e da Resiliência junto das crianças em situação de risco que, de acordo com o modelo conceptual construído para o efeito (vide Figura 1), poderia enquadrar-se em cada uma das dimensões nele propostas (formação em EpS, contexto do exercício profissional, intervenção em EpS e percepção da EpS e resiliência). O EIPSR comporta duas partes: a primeira é constituída por questões que caracterizam os inquiridos relativamente à sua formação inicial e contínua e sobre aspectos específicos do contexto socioprofissional em que se integram.

¹ Conforme distinções apresentadas por Pereira (1987).

Com o estudo destas variáveis pretendemos identificar as condições organizacionais/contextuais mais favorecedoras de uma intervenção na área da Promoção da Saúde e Resiliência.

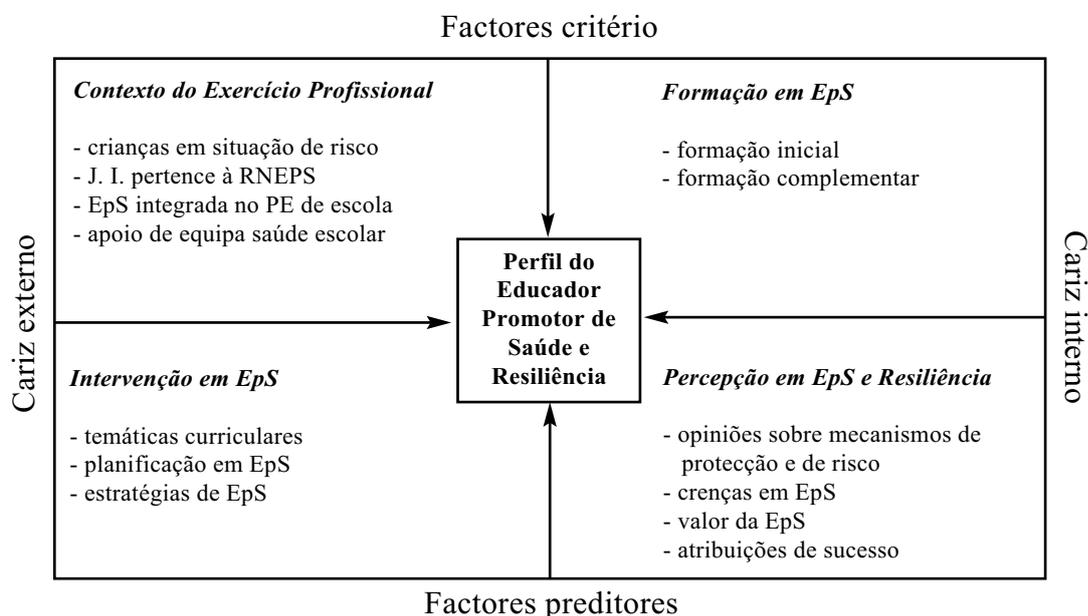
A segunda parte é constituída por uma *rating scale* (escala tipo *Likert* de 1 a 5), com respostas alternativas específicas. De forma a avaliar o empenho, esforço ou dedicação dos educadores de infância no que respeita às actividades profissionais que envolvam o processo de Promoção da Saúde e Resiliência foram elaboradas sub-escalas de medida cujas respostas indicavam, por um lado, a frequência com que abordavam determinadas temáticas das Orientações Curriculares (O. C.), planificavam tendo em atenção a área da EpS e demonstravam estratégias de promoção da saúde e, por outro, as atitudes dos educadores através do grau de concordância/discordância com os mecanismos de protecção e risco, aspectos estes que se pressupõe poderem caracterizar o educador promotor de saúde e resiliência.

UM MODELO PARA O ESTUDO EMPÍRICO

Neste estudo, embora seja relevante procedermos à análise de cada uma das variáveis que definimos, e que se encontram articuladas no modelo empírico (Figura 1) para definir o perfil do educador de infância promotor de saúde e resiliência, não deixa de ser importante a compreensão global da problemática, numa perspectiva de integração teórica que procure conjugar a especificidade e complementaridade das diversas teorias, quer no que respeita à vertente da educação e promoção da saúde, quer na da resiliência.

Do ponto de vista das alternativas metodológicas face à especificidade do nosso quadro teórico de partida, pressupõe-se que este estudo tenha um enfoque metodológico pluridisciplinar, com o recurso a um quadro teórico eficazmente enquadrado nas hipóteses de partida. Assim, optou-se pelo *casamento teórico-empírico* entre dois modelos de análise com

FIGURA 1
Modelo empírico para a análise do perfil de promoção de saúde e resiliência dos Educadores de Infância das regiões do Algarve e Alentejo (variáveis do inquérito por questionário) – Fonte Torres (1997)



características distintas. O primeiro, que diz respeito ao modelo do pensamento e acção do professor (Clark & Peterson, 1986), foi enriquecido, pelo modelo empírico construído por Torres (1997) para o estudo da cultura organizacional da escola.

Reflectindo sobre este modelo e adaptando-o ao nosso estudo pretendemos caracterizar a “cultura” de Promoção de Saúde e Resiliência dos educadores de infância, tomando em consideração que existem constrangimentos que podem induzir a vários posicionamentos e (des)investimentos que são adoptados quotidianamente com reflexos nos resultados educativos e na relação de eficácia que se estabelece entre o educador de infância e a criança em situação de risco.

O modelo empírico desenvolvido pressupõe então, a existência de dois eixos de análise: o primeiro eixo é representado pelos factores critério e predictor do desempenho profissional dos educadores, indicadores do tipo de enquadramento em que se circunscrevem, isto é, da relação tipo predictor-critério entre as condições existentes na profissão e o pensamento do professor na explicação das circunstâncias que levam os educadores a agir e a pensar de determinada maneira na área da Promoção da Saúde e Resiliência. O segundo eixo é representado pelo tipo de qualificação dos atributos daqueles factores, isto é, pela sua natureza especificamente interna e externa. Por exemplo, as características do contexto e da intervenção são atributos externos inerentes à profissão. Já a formação, as atitudes e as opiniões dos educadores face à EpS e Resiliência foram consideradas como atributos internos inerentes ao próprio educador. Cada quadrante representado na figura integra um conjunto de variáveis seleccionadas do inquérito por questionário, que resultam da intersecção entre os factores situados no primeiro eixo de análise e o tipo de atributos que lhes poderão estar subjacentes, representados pelo segundo eixo de análise. O *corpus* do perfil dos educadores, ilustrados graficamente pelo quadrado situado ao centro é resultante da intersecção entre todas estas influências que concorrem para o delineamento de algumas tendências quanto ao perfil do educador promotor de saúde e resiliência.

O modelo empírico delineado pressupõe que todas as variáveis referidas possam ter influência na definição do perfil do educador promotor de saúde e resiliência. Saliente-se, contudo, que os objectivos deste trabalho exigem que consideremos a multiplicidade de influências como um todo e não

fazer prevalecer esta ou aquela relação deterministicamente isolada e sem quaisquer interferências de outras possíveis relações latentes. Isto é, mais do que procurar determinar a influência de cada conjunto de variáveis na emergência da definição dos factores que caracterizam o perfil dos educadores, a nossa preocupação final será a de buscar todas as possíveis relações existentes entre todos os factores subjacentes ao modelo.

Com o estudo destas variáveis procuraremos esboçar um contributo para a caracterização do educador promotor de saúde e resiliência, provavelmente sedimentada quer pelo acumular de vivências no decurso da sua trajectória profissional e pessoal, quer ainda como produto mediatizado pelas intervenções e percepções relativamente à área da EpS e da resiliência. A importância desta abordagem poderá talvez subentender-se, na existência de vários posicionamentos e intervenções pedagógicas que os educadores adoptam quotidianamente, com prováveis reflexos na qualidade e na adequação da intervenção que desenvolvem junto das crianças em situação de risco.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As respostas obtidas no questionário foram codificadas e introduzidas numa matriz de dados. Os dados foram tratados através dos programas Excel ® 97, SPSS versão 10.0 e SPADN versão 3.5 (Cisic, 1998). Para encontrar possíveis associações entre as quatro dimensões do conceito de promoção de saúde e resiliência usaram-se as seguintes técnicas de análise: a Análise Descritiva, a Classificação Automática (*Cluster Analysis*), a Análise de Correspondências Múltiplas (ACM). As questões abertas foram sujeitas a uma Análise de Conteúdo.

As variáveis foram estudadas na totalidade da amostra, sendo a matriz de dados estruturada por 78 variáveis, 365 modalidades (categorias) e 274 indivíduos activos (casos). Submetendo a matriz de partida à retenção de formas activas (ventilando as não respostas), obteve-se uma matriz final com 78 variáveis activas, 298 modalidades activas e 274 pontos-indivíduos. Assim, a aplicação da técnica de correspondências múltiplas foi efectuada sobre uma massa de informação que detém como principais características: i) somatório dos valores próprios= 2.8205; ii) percentagem dos valores próprios do

primeiro factor=0.1028; iii) percentagem de variância dos resultados=3,64.

Num primeiro momento, recorremos à estatística descritiva para a determinação das frequências absolutas e percentagens de frequência nas diferentes modalidades das variáveis. Em seguida utilizámos dois tipos de Análise de Dados: a Classificação Automática (*Cluster Analysis*) e a Análise de Correspondências Múltiplas. A primeira – Classificação Automática, foi utilizada sempre que se pretendeu obter uma caracterização dos grupos definidos pelos estados de uma variável nominal através das restantes variáveis nominais e contínuas. Nesta estatística, os elementos característicos são classificados por ordem de importância com base num critério estatístico que, no caso das variáveis contínuas, é análogo ao *t de student* e, no caso das variáveis nominais, é utilizado o cálculo de probabilidade hipergeométrica.

No intuito de preservar ao máximo a natureza complexa da interação dos dados em análise, utilizámos uma estratégia de análise de dados que passou pela realização de uma análise de correspondências múltiplas (ACM) seguida de uma classificação hierárquica, cuja árvore de agregação foi fraccionada em grupos consistentes, cujas características foram analisadas e descritas.

A tentativa de reduzir o enorme conjunto de variáveis em análise a um número restrito de factores falhou pela circunstância de não ter sido possível a obtenção de um número aceitável de eixos factoriais que pudessem condensar uma explicação conveniente da variância dos dados em presença. Assim, optou-se pela manutenção da totalidade dos eixos factoriais como entrada para as análises subsequentes – classificação hierárquica seguida de partição e descrição das classes obtidas.

Todos os resultados da estatística foram analisados, aceitando uma probabilidade de erro máxima de 5%.

RESULTADOS

A recolha de dados processou-se durante os meses de Maio e Junho de 2002, tendo sido enviados questionários para todos os educadores de infância da região do Algarve e Alentejo através dos Presidentes dos Agrupamentos de Escolas.

Os resultados que vamos apresentar reportam-se aos que foram obtidos através da classificação

automática (*Cluster Analysis*) e da análise de correspondências múltiplas – classificação hierárquica.

Na primeira análise dos dados, utilizámos a técnica de Descrição livre de uma variável nominal para a análise das variáveis do conceito de promoção de saúde e resiliência que obtivemos pelos estados assumidos pelas variáveis “EpS na formação inicial”, “Local de trabalho”, “Jardim de infância pertencente à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)”, “Apoio de equipa de saúde escolar” e “EpS integrada no Projecto Educativo (PE) de escola”. A caracterização das modalidades das variáveis inerentes a cada estado da variável permitiu-nos tornar evidentes vários grupos de educadores de infância promotores de saúde e resiliência. Os dados obtidos na prova da descrição livre foram analisados e dessa análise passamos a referir, neste artigo, os resultados globais obtidos para a variável “EpS (ou similar) na formação inicial” e que nos permitiram chegar às seguintes conclusões: entre os educadores que tiveram formação em EpS, e aqueles em que se verificou ausência da mesma, não se evidenciaram diferenças muito significativas, no que respeita ao grau de promoção de saúde e resiliência, comparativamente com as outras variáveis “Local de trabalho”, “Apoio de equipa de Saúde Escolar”, “EpS integrada no PE de escola”, “Pertença à RNEPS”² que foram estudadas. Seria de esperar que os educadores que beneficiaram de uma formação inicial cujo plano de estudos integrasse a temática da Saúde fossem aqueles que abordassem com maior frequência a temática da EpS e outras temáticas com ela relacionadas, nomeadamente a Educação Sexual, Educação do Consumidor e Educação para a Prevenção de Acidentes. Também se esperava que integrassem mais frequentemente a EpS nas suas planificações e que demonstrassem frequentemente atitudes/estratégias de Promoção de Saúde. Porém, como podemos apreciar nos Quadros 1 e 2, são os educadores que não beneficiaram dessa formação, aqueles que com maior frequência planificam integrando o conceito de EpS, o que demonstra uma associação negativa entre estas variáveis.

² Os resultados obtidos para estas variáveis podem ser consultados no documento original que foi realizado para conclusão do mestrado em Saúde Escolar.

QUADRO 1

Número de modalidades que caracterizam o conceito de Promoção de Saúde e Resiliência pela ausência de disciplina de Saúde ou similar na formação inicial

Sub-dimensões	Modalidades obtidas	<i>p</i>
[12*] Temáticas	Educação ambiental (sempre**)	0,037
	Educação Multicultural (muitas vezes)	0,040
[13] Planificação	EpS integrada nas reuniões (muitas vezes)	0,040
	EpS e audiovisuais (algumas vezes)	0,046
[16] Atitudes/estratégias	Promoção de interacções (muitas vezes)	0,019
[18] Percepção (mecanismos de protecção)	Lidar com a frustração (concordo)	0,001
	Tarefas com êxito (concordo)	0,001
	Resistência à adversidade (discordo)	0,034
[18] Percepção (mecanismos de risco)	Baixas expectativas de sucesso (discordo)	0,010
	Pouco interesse dos pais (discordo)	0,046
[15] Características valorativas (crenças face à EpS)	Atitudes dos educadores em EpS (muito importante)	0,014
[14] Características valorativas (valor da EpS)	Equipa saúde escolar (grau 6***)	0,026
	Prevenção de doenças (grau 6)	0,039

$p < 0,05$

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário; ** o nível de frequência e de concordância/discordância entre parênteses refere-se ao que foi obtido nessa categoria; *** entre parênteses regista-se o grau de importância (1 a 6) obtido no respectivo componente do conceito de Saúde.

Outros resultados evidenciaram, porém, que são os educadores com formação em EpS, aqueles que com mais frequência demonstram atitudes/estratégias de Promoção da Saúde e Resiliência comparativamente com os educadores sem formação em EpS. Também são aqueles que se revêem como modelos de referência para as crianças na área da Promoção da Saúde. Estes resultados permitem-nos reconhecer a importância que a formação em EpS parece ter tido na construção e interiorização das atitudes promotoras de saúde dos educadores de infância. Porém, essa formação parece não ter tido um papel importante na adopção de uma prática educativa mais promotora de saúde e resiliência no que respeita às subdimensões “planificação” e “temáticas das Orientações Curriculares”.

Outros dados, também nos levam a concluir que o grau de concordância/discordância que identifica simultaneamente um elevado conceito de promoção de saúde e resiliência nalgumas modalidades, e um baixo conceito de promoção de saúde e resiliência noutras modalidades (cf. Quadro 1) é uma característica que emerge do grupo sem formação em EpS revelando, assim, uma relativa heterogeneidade quanto à percepção dos mecanismos protectores e de risco.

Já para o grupo que beneficiou de formação em EpS, o conceito de promoção de saúde e resiliência situa-se entre um grau muito elevado e muito baixo nas duas dimensões maioritariamente referidas, ou seja, a dimensão “intervenção” e a dimensão “percepção”.

QUADRO 2

Número de modalidades que caracterizam o conceito de Promoção de Saúde e Resiliência pela frequência de disciplina de Saúde ou similar na formação inicial

Sub-dimensões	Modalidades obtidas	p
[12*] Temáticas	Educação Multicultural (muitas vezes**)	0,036
[13] Planificação	EpS na aquisição de material (raramente) EpS e audiovisuais (nunca)	0,041 0,025
[16] Atitudes/estratégias	Promoção Interações (sempre) Promoção competências (sempre) Educador como modelo (sempre)	0,027 0,022 0,047
[18] Percepção (mecanismos de protecção)	Lidar com a frustração (concordo inteiramente) Tarefas com êxito (concordo inteiramente)	0,004 0,011
[18] Percepção (mecanismos de risco)	Não aceitação incondicional (concordo) Pouco interesse dos pais (concordo)	0,033 0,011
[15] Características valorativas (crenças face à EpS)	Objectivos em EpS (muito importante)	0,012

$p < 0,05$

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário; ** o nível de frequência e de concordância/discordância entre parênteses refere-se ao que foi obtido nessa categoria.

CARACTERIZAÇÃO DOS PERFIS DO
CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
RELAÇÕES DE CORRESPONDÊNCIA
MÚLTIPLA E CLASSIFICAÇÃO

Para a reconstrução do perfil de educador de infância promotor de saúde e resiliência seguiu-se a estratégia de análise de correspondências. Esta opção analítica parte de duas noções. Uma que perspectiva os grupos profissionais como detentores de uma predisposição que os orienta na avaliação das práticas de EpS, e outra que toma em consideração que os estabelecimentos de educação pré-escolar integram indivíduos com quadros de referência valorativos próprios, que interferem na construção diferenciada dos perfis simbólico-valorativos que sustentam as práticas que são desenvolvidas. Admite-se, assim, que os inquiridos constroem avaliações sobre as práticas de EpS fundadas em dimensões cognitivas de

frequência/não frequência e concordância/discordância face ao desempenho profissional nessa área.

Assim, todos os itens do questionário foram submetidos a uma análise de correspondências múltiplas, tendo-se obtido uma solução de duas classes: “mais promotores de saúde e resiliência” (60%) e “menos promotores de saúde e resiliência” (40%).

O número de classes foi determinado num balanço entre um critério estatístico analisando a inércia interclasses e um critério de clarificação do significado das partições em função do objecto de estudo. Ou seja, dentro das partições que apresentam um critério estatístico aceitável escolheu-se a que torna os resultados mais compreensíveis.

Assim, o grupo 1, que se denominou “os mais promotores de saúde e resiliência”, é caracterizado por aqueles educadores que demonstram um nível mais elevado de concordância com os mecanismos de protecção e discordância com os mecanismos de risco. Outro aspecto que caracteriza este grupo

QUADRO 3

Caracterização das duas classes de educadores promotores de saúde e resiliência na dimensão “Formação e Caracterização Socioprofissional”

Educadores Infância MAIS promotores		Educadores Infância MENOS promotores	
Modalidades obtidas	p	Modalidades obtidas	p
[3*] Educadores vinculados	0,001	[3] Educadores efectivos	0,011
[4] Educadores da rede oficial	0,001	[3] Educadores contratados	0,038
[19] Educadores da região do Alentejo	0,001	[4] Educadores das IPSS	0,001
[7-A] Com formação em EpS no complemento de Formação	0,001	[4] Educadores da rede particular	0,007
[7-D] Com formação em EpS noutra situação (p.e. PPES)	0,001	[19] Educadores da região do Algarve	0,001
		[7-A] Não frequentaram nem receberam formação sobre EpS no complemento de formação	0,001
		[7-D] Não frequentaram nem receberam formação sobre EpS em outra situação	0,001

$p < 0,05$

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário.

QUADRO 4

Caracterização das duas classes de educadores promotores de saúde e resiliência na dimensão “Contexto do Exercício Profissional”

Educadores Infância MAIS promotores		Educadores Infância MENOS promotores	
Modalidades obtidas	p	Modalidades obtidas	p
[9] J. de Infância integrado na RNEPS	0,001	[9] J. de Infância não integrado RNEPS	0,001
[10] A EpS integrada no P.E. de escola	0,001	[10] A EpS não integrada no P.E.	0,001
[11-B] Sem crianças com NSE	0,042	[11-B] Com crianças com NSE	0,042
[11-G] Sem crianças carentes de afecto	0,027	[11-G] Com crianças carentes de afecto	0,027
[8] Com apoio equipa de saúde escolar	0,001	[8] Sem apoio da equipa saúde escolar	0,001

$p < 0,05$

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário.

é a tendência para intervirem mais frequentemente na área da EpS.

O grupo 2, denominado “os menos promotores de saúde e resiliência”, caracteriza-se por um conjunto de educadores que apresentam uma maior concórdância com os mecanismos de risco e que intervêm menos frequentemente na área da EpS.

Alguns dos resultados que obtivemos em cada

uma das quatro dimensões em estudo são expressos nos seguintes quadros, apresentando-se o nível de significância obtido em cada uma das modalidades/ categorias.

No que respeita aos resultados obtidos na dimensão intervenção em EpS, os dois quadros que em seguida se apresentam sugerem um conceito de promoção da saúde dos educadores, que aponta

para a diversidade interventora, só que o grupo 1 apresenta-se como intervindo mais frequentemente e de um modo mais uniforme nos vários aspectos que caracterizam as duas sub-dimensões em estudo (temáticas das O. C. e planificação), pelo que podemos concluir que o grupo 1 é aquele que é constituído pelos educadores mais promotores de saúde por frequentemente abordarem, por um lado, as temáticas das O. C. e, por outro, integrarem com mais frequência o conceito de EpS nas suas planificações.

Dedicando-nos agora à dimensão que pretende, caracterizar a percepção dos educadores face à promoção da saúde e da resiliência, esta foi analisada através das opiniões dos inquiridos sobre os mecanismos de risco e protecção que caracterizam as vivências das crianças em situação de risco.

Os resultados que em seguida se apresentam dizem respeito unicamente aos que foram observados para a dimensão “mecanismos de risco”.

O primeiro aspecto que se evidencia é a heterogeneidade de respostas em três das modalidades

(itens 18O, 18U, e 18Q) da dimensão “mecanismos de risco”. Deste modo, o grupo 1 (mais promotores) demonstra, por um lado, discordar completamente que não se deve implementar programas de prevenção da SIDA e toxicodependência no Jardim de Infância, que os pais das crianças em situação de risco não desenvolvem relações parentais competentes e, por outro, concordam que as crianças provenientes de ambientes de alto risco terão menos oportunidade de serem bem sucedidas. Estes educadores situam-se num *continuum* de inconsistência face a estas questões, demonstrando por um lado uma percepção concordante e por outro uma percepção discordante. Já no que respeita aos aspectos relacionados com a ausência de prevenção do alcoolismo e tabagismo no jardim de infância, à intervenção com o intuito de exclusivamente satisfazer as necessidades básicas e à questão sobre a atenção requerida pelas crianças em situação de risco, estes educadores demonstram discordar completamente com estas afirmações e, ao fazê-lo, revelam a sua percepção favorável à

QUADRO 5

Caracterização das duas classes de educadores promotores de saúde e resiliência na dimensão “Intervenção em EpS (sub-dimensão temáticas das Orientações Curriculares)”

Educadores Infância MAIS promotores		Educadores Infância MENOS promotores	
Modalidades obtidas	p	Modalidades obtidas	p
[12-A*] educação para os valores (sempre)	0,001	[12-A] educação para os valores (muitas vezes)	0,019
[12-B] educação multicultural (muitas vezes)	0,002	[12-B] educação multicultural (algumas vezes)	
		(raramente)	0,001
[12-B] educação multicultural (sempre)	0,017	[12-C] educação estética (nunca)	0,001
[12-C] educação estética (sempre)	0,001	[12-C] educação estética (raramente)	0,036
[12-D] educação para a cidadania (sempre)	0,001	[12-C] educação estética (algumas vezes)	0,046
[12-E] educação para a saúde (sempre)	0,001	[12-D] educação para a cidadania (algumas vezes)	0,003
[12-F] educação do consumidor (muit.as vezes)	0,001	[12-D] educação para a cidadania (muitas vezes)	0,027
[12-F] educação do consumidor (sempre)	0,023	[12-E] educação para a saúde (raramente)	
		(algumas vezes)	0,001
[12-G] educação ambiental (sempre)	0,001	[12-F] educação para o consumidor (raramente)	0,001
[12-H] educação sexual (sempre) (muitas vezes)	0,001	[12-F] educação para o consumidor (nunca)	0,003
[12-I] educação prevenção de acidentes (sempre)	0,001	[12-G] educação ambiental (algumas vezes)	0,008
		[12-G] educação ambiental (raramente)	0,014
		[12-G] educação ambiental (muitas vezes)	0,025
		[12-H] educação sexual (raramente)	0,001
		[12-I] ed. prevenção acidentes (algumas vezes)	0,001

$p < 0,05$

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário.

QUADRO 6

Caracterização das duas classes de educadores promotores de saúde e resiliência na dimensão “Intervenção em EpS (sub-dimensão Planificação em EpS)”

Educadores Infância MAIS promotores		Educadores Infância MENOS promotores	
Modalidades obtidas	p	Modalidades obtidas	p
[13-A*] EpS na org. ambiente educativo (sempre)	0,001	[13-A] EpS org. ambiente educat. (algumas vezes)	0,001
[13-B] EpS nas reuniões e encontros pais (sempre)	0,002	[13-A] EpS org. ambiente educativo (raramente)	0,014
[13-C] EpS na aquisição equip. pedagógico (sempre)	0,001	[13-B] EpS reuniões/encontros pais (raramente)	0,002
[13-D] EpS nas reuniões com colegas (sempre)	0,002	[13-C] EpS no equip. pedagógico (algumas vezes)	0,012
[13-D] EpS nas reuniões colegas (muitas vezes)	0,026	[13-C] EpS na aq. equip. pedagógico (raramente)	0,031
[13-E] vídeo sobre a EpS (muitas vezes)	0,013	[13-D] EpS reuniões com colegas (raramente)	0,015
[13-E] vídeo sobre a EpS (algumas vezes)	0,036	[13-D] EpS reuniões com colegas (raramente)	0,040
[13-F] EpS reuniões outros prof. (algumas vezes)	0,003	[13-E] vídeo sobre a EpS (raramente)	0,011
[13-G] EpS nas festividades/passeios (sempre)	0,001	[13-E] vídeo sobre a EpS (nunca)	0,030
[13-G] EpS nas festividades/passeios (muitas vezes)	0,015	[13-F] EpS reuniões outros profissionais (nunca)	0,001
[13-H] EpS no jornal escolar (algumas vezes)	0,009	[13-G] EpS nas festividades (algumas vezes)	0,018
[13-I] audiovisuais sobre EpS (algumas vezes)	0,014	[13-G] EpS nas festividades (raramente)	0,026
		[13-H] EpS no jornal escolar ou brochura (nunca)	0,030
		[13-I] audiovisuais sobre EpS (nunca)	0,003

p < 0,05

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário.

QUADRO 7

Caracterização das duas classes de educadores promotores de saúde e resiliência na dimensão “Percepção da EpS e Resiliência (sub-dimensão mecanismos de risco)”

Educadores Infância MAIS promotores		Educadores Infância MENOS promotores	
Modalidades obtidas	p	Modalidades obtidas	p
Temáticas de EpS		Temáticas de EpS	
[18-O*] não às temáticas de prevenção da SIDA e toxicod dependência (discordo completamente)	0,001	[18-O] não às temáticas de prevenção da SIDA e toxicod dependência (não concordo nem discordo)	0,038
[18-O] não às temáticas de prevenção da SIDA e toxicod dependência (concordo inteiramente)	0,044	[18-O] não às temáticas de prevenção da SIDA e toxicod dependência (concordo)	0,001
[18-X] as temáticas sobre tabagismo e alcoolismo só no 1.º ciclo do básico (discordo completamente)	0,002	[18-X] temáticas sobre tabagismo e alcoolismo só no 1.º ciclo do ensino básico (não concordo nem discordo)	0,001
[18-T] EpS como abordagem ocasional de uma temática (ex.alimentação) (discordo completamente)	0,001	[18-X] temáticas sobre tabagismo e alcoolismo só no 1.º ciclo do ensino básico (concordo)	0,002
		[18-T] EpS como abordagem ocasional de uma temática (ex: alimentação) (não concordo nem discordo)	0,001
		[18-T] EpS como abordagem ocasional de uma temática (ex: alimentação) (concordo)	0,001
Expectativas família/criança em situação de risco		Expectativas família/criança em situação de risco	
[18-C] menos interesse dos pais pela educação dos seus filhos (concordo inteiramente)	0,013	[18-C] menos interesse dos pais pela educação dos seus filhos (discordo)	0,032
[18-U] famílias não desenvolvem relações parentais competentes com os seus filhos (discordo)	0,017	[18-U] famílias não desenvolvem relações parentais competentes com os filhos (não concordo nem discordo)	0,001
[18-U] famílias não desenvolvem relações parentais competentes com os seus filhos (concordo inteiram.)	0,044		
[18-Q] menos oportunidades de as crianças serem bem sucedidas (concordo inteiramente)	0,023		
[18-Q] menos oportunidades de as crianças serem bem sucedidas (discordo completamente)	0,031		

(continua na página seguinte)

<i>Valorização das necessidades das crianças em situação de risco</i>		<i>Valorização das necessidades das crianças em situação de risco</i>	
[18-R] intervenção somente como satisfação das necessidades básicas das crianças (disc. complet.)	0,001	[18-R] intervenção somente como satisfação necessidades básicas das crianças (não concordo nem discordo)	0,001
[18-E] atenção requerida pelas crianças em risco prejudica o trabalho a desenvolver com as outras crianças (discordo completamente)	0,001	[18-E] atenção requerida pelas crianças em risco prejudica o trabalho a desenvolver com as outras crianças (não concordo nem discordo)	0,019
[18-P] trabalho entre pares e pequenos grupos é mais adequado para as crianças em risco do que o trabalho em grande grupo (concordo inteiramente)	0,001	[18-M] crianças em situação de risco com mais comportamentos perturbadores (concordo)	0,027
[18-J] presença das crianças em risco pode gerar problemas comportamento no grupo (discordo)	0,001	[18-P] trabalho entre pares e pequenos grupos é mais adequado para as crianças em risco do que o trabalho em grande grupo (concordo)	0,014
		[18-J] presença das crianças em risco pode gerar problemas de comportamento no grupo (concordo)	0,002

$p < 0,05$

Legenda: * o número entre parênteses corresponde ao número da questão formulada no questionário.

minimização destes mecanismos de risco. Também a questão relacionada com a aceitação das crianças em situação de risco como crianças que não perturbam o grupo de crianças em geral, revela a inexistência de expectativas negativas face aos comportamentos disruptivos, ou seja, verifica-se uma tendência para as crianças em situação de risco integrarem-se e relacionarem-se positivamente com os seus pares.

Reportando-nos agora ao grupo 2 (menos promotores), os resultados demonstram que este grupo manifesta a percepção que as crianças em situação de risco apresentam mais comportamentos perturbadores do que as outras crianças e que a sua presença na sala pode gerar problemas de comportamento no grupo de crianças, ou seja, parece que para estes educadores poderá existir alguma associação entre o comportamento perturbador das crianças em situação de risco e o modo como estas se integram no grande grupo. Por outro lado, no que respeita à falta de interesse dos pais destas crianças pela sua educação, a opinião destes educadores é discordante. Por outro lado, prevalece neste grupo uma tendência para a neutralidade em alguns aspectos inerentes à sub-dimensão mecanismos de risco.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os educadores têm um papel muito importante para o sucesso na implementação de actividades

promotoras de saúde (Bender et al., 1997) e de resiliência junto das crianças com que trabalham. As suas atitudes e crenças sobre estes tópicos irão influenciar as atitudes e os comportamentos das crianças face à EpS e à adopção de estilos de vida saudáveis (Anspaug & Ezell, 1998; Morel, Hervé & Tonnelet, 2001; Costa & López, 1996). Contudo, perante a integração de crianças em situação de risco no jardim de infância, os educadores terão de ter um maior cuidado no modo como planeiam determinadas actividades, de forma a que todas as crianças, sem excepção, tenham a oportunidade de realizar as suas aprendizagens de acordo com as suas necessidades de desenvolvimento. Os resultados por nós encontrados no estudo da variável promoção da saúde e resiliência, permitiram-nos demonstrar que este conceito é multidimensional. A análise destes componentes levou-nos a concluir que se referem fundamentalmente a aspectos relacionados com as variáveis “intervenção em EpS e percepção de mecanismos de risco e de protecção”.

As referências a estas variáveis centraram-se sobretudo nas atitudes/estratégias favorecedoras de promoção de saúde, na abordagem das temáticas curriculares e na concordância com os mecanismos de protecção. Esta preocupação evidenciada pelos educadores no que respeita à aplicação de determinadas temáticas de EpS no contexto pré-escolar, os aspectos alusivos às parcerias e ao envolvimento das famílias foi também demonstrada noutros estudos,

como aquele que foi desenvolvido por Pereira (2000) sobre as concepções e práticas dos educadores de infância em EpS.

Pelas razões anteriormente apontadas e na medida em que é importante desenvolver uma abordagem planificada, intencional e adequada às problemáticas de saúde inerentes aos dias de hoje, faz sentido que os educadores de infância adequem as suas práticas numa perspectiva de EpS e Resiliência que contribua para que as crianças possam ter a oportunidade de serem educadas para um futuro saudável. Os dados que obtivemos no nosso estudo permitiram-nos, também, verificar que os conceitos de promoção de saúde e resiliência são conceitos que se enquadram tipicamente no conceito das escolas promotoras de saúde, conceito este que foi avaliado através das atitudes/estratégias de EpS, onde se destaca uma atitude positiva face à Promoção da Saúde, quer por parte dos educadores mais promotores, quer dos menos promotores. Todavia, apesar dos resultados demonstrarem que os educadores não integram frequentemente a EpS na planificação das suas actividades, estes revelam atitudes que se inscrevem nesse paradigma, ou seja, os educadores apresentam um pensamento promotor de saúde que não é totalmente congruente com a sua acção estratégica em EpS. Esta interpretação foi consistente com a revisão de estudos que evidenciaram discrepâncias entre o que os professores pensam e as práticas que desenvolvem (Hatch & Freeman, 1998; Spidell-Rusher, McGrevin & Lambiotte, 1992; Clark & Peterson, 1986; Isenberg, 1990).

No nosso entender, compreender o pensamento e a acção do educador é crucial para o entendimento do conceito de educador promotor de saúde e resiliência. As crenças dos educadores são importantes na medida em que contribuem para a emergência de uma prática educativa que promova as competências nas crianças (Henderson & Milstein, 1996), favoreça os processos de interiorização das mesmas (Dunn & Kontos, 1997), questões estas que fazem parte de um processo mais abrangente de promoção da resiliência (Benard, 1993) que nas últimas décadas tem merecido a atenção de vários investigadores (Werner & Smith, 1982, 1992; Masten, 1994; Henderson & Milstein, 1996; Rutter, 1984; Garnezy, 1991, 1994; Grotberg, 1995, 1996).

Assim, procurámos através da análise das opiniões dos educadores compreender as razões que os conduzem a desenvolver determinadas acções e a tornar compreensível o processo interventivo.

Mais propriamente, no nosso estudo observámos que muitos dos educadores de infância raramente divulgam as práticas de EpS através de jornal escolar ou brochura e pouco utilizam os meios audiovisuais para a realização de actividades de EpS com as crianças, famílias e comunidade. Por outro lado, também referem que realizam algumas vezes actividades de EpS que envolvem a comunidade (comemoração de eventos e outros acontecimentos), trabalho de equipa com colegas e reuniões com pais e com outros profissionais. Conclui-se que o grupo de educadores por nós inquirido não manifesta uma “cultura” de participação e cooperação profissional no que respeita à sua intervenção como educadores promotores de saúde. Consequentemente, neste aspecto, o quarto discurso em Educação para a Infância que apela à participação e colaboração tal como foi referido por Hayden e Macdonald (2000) só se aplica parcialmente a estes educadores.

Porém, existem outros aspectos que nos pareceram significativos na análise que realizámos sobre as percepções dos educadores face aos mecanismos de protecção e risco. No que respeita a estes últimos, os educadores revelaram opiniões diferentes e um maior grau de neutralidade. Três aspectos ressaltaram da análise realizada. O primeiro revelou que os educadores de infância reconhecem os processos/mecanismos de risco que estão subjacentes às vidas de muitas das crianças em situação de risco. O segundo demonstrou a consciência profissional de que ao educador compete estar atento às necessidades e dificuldades das crianças, de modo a que possa intervir atempadamente no que respeita ao despiste e encaminhamento para os serviços sociais e de saúde. Finalmente, o terceiro aspecto, que induz o reconhecimento da potenciação dos mecanismos de protecção e a minimização dos mecanismos de risco e a sua relação com a promoção da resiliência.

Todos estes aspectos caracterizam um processo de mudança na Educação de Infância que tem vindo a evoluir progressivamente, assim como a “cultura profissional” dos educadores de infância tem vindo a sofrer alterações. Algumas evidências já são visíveis neste estudo, quando verificamos que alguns educadores tiveram a oportunidade de frequentar acções de formação complementares sobre a EpS, receberam o apoio da equipa de saúde escolar e da RNEPS, e passaram a integrar-se nos agrupamentos de escolas e, consequentemente, a trabalhar em parcerias. Desejável será que estas “condições” possam cons-

tituir-se como uma realidade para todos os educadores, independentemente de trabalharem na rede oficial, particular ou IPSS.

Neste sentido, foi importante para o nosso estudo saber como é que os educadores, através desta “cultura profissional” que têm vindo a construir e reconstruir demonstram as suas crenças, os seus valores, a importância dada a determinadas estratégias incidentes na área da promoção da saúde e da resiliência.

Outra questão que nos mereceu a atenção tem a ver com a constatação que as expectativas dos professores sobre o desempenho académico dos alunos podem ter efeitos nos comportamentos das crianças e no sucesso educativo (Snyder, 1999). Se as crenças sobre o processo educativo se tornarem explícitas, os professores e educadores estarão mais conscientes para avaliarem as relações entre as intenções e os resultados obtidos, reflectirem sobre as suas práticas e, conseqüentemente, a melhorarem o seu desempenho profissional.

Tivemos a oportunidade de conhecer as expectativas dos educadores face à educação proporcionada pela família; vimos, também, que essas expectativas não são igualmente favoráveis para todos os inquiridos. Muitos educadores não tiveram grande dificuldade em diferenciar a falta de interesse dos pais das crianças que se encontram em situação de risco, pela educação dos filhos que, por omissão ou por dificuldades relacionadas com os seus modos de vida, não podem assumir positivamente o seu papel parental. Perante este facto, duas questões se colocam: a primeira tem a ver com a perspectiva de que a escola “sozinha” não está em condições de resolver todos os problemas das crianças e suas famílias. A segunda pretende encontrar a solução para a questão levantada anteriormente, ou seja, se a escola não pode resolver esses problemas familiares, o que poderá então fazer? Fechar os olhos ao problema será uma solução que perpetuará as crenças dos educadores de que essas famílias de risco não se interessam, não se interessarão, nem precisarão de se interessar pela educação dos filhos, porque os mesmos não terão oportunidade de alcançar o sucesso educativo, tal como alguns educadores o evidenciaram. Outra solução será aquela que aposta na formação dos educadores, proporcionando-lhes as condições para que possam, através dos conhecimentos adquiridos, do trabalho desenvolvido em parcerias, minimizar os efeitos mais ou menos nefastos de um ambiente familiar problemático. Os educadores terão de tomar determinadas

decisões, não pela simples razão de que devem tomar decisões, inerentes à sua condição profissional, mas sim porque a aprendizagem formativa lhes mostra os caminhos que devem percorrer para tornarem a sua intervenção educativa mais eficaz e adequada ao contexto em que se irá desenrolar.

Outro aspecto que, para nós, está “nas mãos” dos educadores é aquele que se refere à aceitação incondicional das crianças, quer elas tenham NEE, NSE, tenham sido abandonadas, negligenciadas, maltratadas ou apresentem comportamentos de risco. Que origens estarão nas dificuldades de relacionamento entre um adulto e “determinadas” crianças? O que esperam os educadores destes seus alunos ou o que deveriam esperar de modo a que se verificasse uma aproximação relacional positiva? Custa-nos colocar no lugar daquela criança que frequenta o jardim de infância, e a quem o adulto não manifesta o carinho e a amizade que manifesta pelas outras crianças. E, mais ainda, se essa criança, que não é incondicionalmente aceite, não tiver “outro” alguém que a estime, como se sentirá como cidadão do mundo?

Outras questões se evidenciaram no estudo desenvolvido, contudo, julgamos que estas são as questões mais prementes, aquelas por onde devemos começar já. Se a Educação Pré-Escolar é um começo, que seja um bom começo para todas as crianças e, mais ainda para aquelas que tiveram um mau começo logo ao seu nascimento, **as crianças em situação de risco.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde – Guia para professores e educadores* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Anspaugh, D., & Ezell, G. (1993). *Teaching today's health*. New York: Maxwell Macmillan Publishing Group.
- Bairão, J. (1993). *A educação pré-escolar em zonas desfavorecidas. Encontro sobre Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Benard, B. (1993). Fostering resilience in kids. *Educational Leadership*, 51, 44-48.
- Benard, B. (1997). Turning it around for all youth: From Risk to Resilience. [ERIC document reproduction n.º ED412309].
- Benard, B., & Marshall, K. (2001). *Opportunities for child-initiated learning: long-term follow-up studies of preschool programs*. Minnesota: National Resilience Resource Center, University of Minnesota.

- Bender, S., Neutons, J., Skonie-Hardin, S., & Sorochan, W. (1997). *Teaching Health Science*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Brooks, R. B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545-553.
- Clark, C. M., & Peterson, P. L. (1986). Teachers' thought processes. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (3rd ed., pp. 255-296). New York: Macmillan.
- Correia, L. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Costa, M., & López, E. (1996). *Éducación para la salud – Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Cruz, I. (1995). Um programa de intervenção pré-escolar centrado na comunidade. *Psicologia*, 10, 91-106.
- Dias, N. (2001). *Observatório dos apoios educativos*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Dunn, L., & Kontos, S. (1997). Developmentally appropriate practice: What does research tell us? [ERIC document reproduction n.º ED 413 106].
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Paediatric Annals*, 20, 459-466.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience and development. In R. J. Haggerty, R. Sherrod, N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions* (pp. 1-17). New York: Cambridge University Press.
- Golden, C. J., Sawick, R. F., & Franzen, M. D. (1984). Test construction. In G. Goldstein, & M. Herson (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment* (pp. 19-37). New York: Pergamon Press.
- Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *Early childhood development: practice and reflections*, 8. Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. (1996). Resilience and culture/ethnicity. Examples from Sudan, Namibia, and Armenia. *Annual Convention of the International Council of Psychologists*, 1997, Italy. [ERIC document reproduction n.º ED 417 860].
- Hatch, J., & Freeman, E. (1988). Kindergarten philosophies and practices: perspectives of teachers, principals and supervisors. *Early Childhood Research Quarterly*, 3, 151-166.
- Hayden, J., & McDonald, J. J. (2000). Health promotion: A new leadership role for early childhood professionals. *Australian Journal of Early Childhood*, 25 (1), 32-41.
- Henderson, N., & Milstein, M. (1996). *Resiliency in Schools – Making it happen for Students and Educators*. California: Corwin Press, Inc.
- Hill, C. (2000). A descriptive analysis of south Carolina's first-year elementary classroom teacher's perceptions of their competence to teach health education based on the National Health Education Standards. Tese de doutoramento apresentada na Universidade de Carolina do Sul.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Isenberg, J. P. (1990). Teachers' thinking and beliefs and classroom practice. *Childhood Education*, 66, 322-327.
- Kurtz, Z., & Thornes, R. (2000). *Health needs of school age children*. *Young Minds*. URL: <http://www.wiredforhealth.gov.uk/healthy/Kurtzmarch00.pdf>.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: successful adaptation despite risk. In G. Wang (Ed.), *Risk and resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Masten, A. S. (1997). Resilience in children at risk. *Research/Practice*, 5 (1), 4-6.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: reflections on the past and outlook for the next generation of research. In J. Glantz (Ed.), *Resilience and development positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic – Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A. S., Best, K., & Garnezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. S., Sesma, A., Si-Asar, R., Lawrence, C., Miliotis, D., & Dionne, J. A. (1997). Educational risks for children experiencing homelessness. *Journal of School Psychology*, 35, 27-46.
- Masten, A. S., & Coastsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. S., & Sesma, A. (1999). Risk and Resilience among children homeless in Minneapolis. *Cura Reporter*, 29 (1), 1-6.
- Masten, A. S., & Reed, M. G. (2002). Resilience in development. Forthcoming in C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 3-39). Oxford: Oxford University Press.
- Metropolitan Educational Research Consortium (1992). A qualitative study of resilient at-risk students. [ERIC document reproduction n.º ED 389 779].
- Ministério da Educação (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pacheco, J. A. (1995). *O pensamento e a acção do professor*. Porto: Porto Editora.

- Pereira, M. M. (2000). Promoção da saúde na educação pré-escolar em Portugal: concepções, e práticas de educação dos educadores de infância em educação para a saúde. [Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa].
- Pereira, H. G. (1987). Tratamento informático de questionários: o ponto de vista da análise factorial das correspondências. *Análise Social*, 23 (98), 733-746.
- Ruivo, J. B., & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo de práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Rutter, M. (1984). Resilient children why some disadvantaged children overcome their environments, and how we can help. *Psychology Today*, March, 56-65.
- Snyder, M. (1999). *Head teachers' beliefs and practices about risk and resilience*. Tese de doutoramento apresentada na Universidade de George Mason, Fairfax, Virginia.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Spidell-Rusher, A., McGrevin, C., & Lambiotte, J. (1992). Belief systems of early childhood teachers and their principals regarding early childhood education. *Early Childhood Research Quarterly*, 7, 277-296.
- Torres, L. (1997). *Cultura Organizacional Escolar*. Oeiras: Celta Editora.
- Vines-Curbow, T. L. (2001). *Effectiveness of an experiential learning based health education curriculum on fifth grade children's health behaviors*. Tese de doutoramento apresentada na Universidade de Arkansas.
- Von Amann, G. (1995). *A integração escolar de alunos com NEE e NSE*. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Waxman, H. C., Gray, J. P., & Padrón, Y. (2002). Resiliency Among Students At Risk of Academic Failure. *Yearbook of the National Society for the Study of Education*, 101 (2), 29-48.
- Weare, K. (2000). *Mental, Emotional + Social Health – a Whole school approach*. London and New York: Routledge.
- Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: high risk from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (1998). *Social determinants of health*. Copenhaga: OMS.
- Winfield, L. (1994). Developing Resilience in Urban Youth. URL: www.ncrel.org/sdrs/areas/issues/educatrs/leadrshp/leOwin.htm .

RESUMO

Estima-se que em Portugal 11% das crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos apresentam Necessidades Educativas Especiais (NEE) e 37% das crianças vítimas de maus-tratos e abandono, sujeitas a processo tutelar em 1996, tinham idade inferior a 6 anos. A presença de crianças consideradas em situação de risco e vulnerabilidade no que respeita à sua saúde psicossocial e à sua qualidade de vida implica, quer uma interrogação permanente sobre a natureza dos problemas que contribuem para definir essas situações, quer um notável desafio para aqueles que, nas escolas e jardins de infância, lidam com essas crianças e têm de desenvolver uma prática educativa que vá ao encontro das necessidades diagnosticadas. A Promoção da Saúde e Resiliência junto de crianças em risco tem demonstrado resultados positivos no que respeita à prevenção de comportamentos de risco na adolescência e idade adulta.

No presente artigo assume-se a multidimensionalidade do conceito de promoção de saúde e resiliência e apresenta-se uma investigação empírica desenvolvida com o objectivo de identificar e especificar a importância dessas dimensões no desenvolvimento das práticas educativas dos educadores de infância.

Trata-se de um estudo transversal e exploratório que abrangeu 274 sujeitos, 164 da região do Alentejo e 110 da região do Algarve. Através da análise de correspondências múltiplas seguida de uma classificação hierárquica identificaram-se duas classes de educadores – “mais” e “menos” promotores de saúde e resiliência. Os resultados sugerem que a integração de crianças em situação de risco não é condição imprescindível para que os educadores sejam considerados mais promotores de saúde e resiliência. Do mesmo modo, parece também não existir associação entre a disciplina de Educação para a Saúde (EpS) ou similar, presente na formação inicial, e uma prática mais promotora de saúde e resiliência. Contudo, exercerem funções na rede pública, trabalharem em Jardins de Infância pertencentes à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), a EpS integrada no Projecto Educativo (PE) de escola e o apoio de equipa de saúde escolar são elementos impulsionadores para uma intervenção nesta área.

Palavras-chave: Educador de infância, crianças em situação de risco, promoção de saúde e resiliência.

ABSTRACT

It is estimated that 11% of Portuguese children under 6 years old exhibit Special Educational Needs and 37% of abused and/or abandoned children, under the tutelar proceeding in 1996, were also under six years

old. The existence of children considered at risk and vulnerable, when it comes to their psychosocial health and quality of life, implies a continued questioning of the factors that lead to those situations, as well as a challenge to those who work with these children, and must find ways to match educational practices to the children's needs. Intervention, with children at risk, in the area of Resilience and Health Promotion has been one of the most effective programs in preventing risk behavior in adolescence. This article assumes the multidimensionality of the resilience and health promotion concepts, and presents an empirical investigation aiming to the identification and specification of the importance of those dimensions in the development of educational practices among preschool teachers.

We will refer to a transversal and exploratory study using a questionnaire, involving 274 subjects, 164 working in Alentejo and 110 in Algarve. Through multiple corres-

pondence analyses, followed by a hierarchical classification technique, it was possible to identify two types/classes of resilience and health promoting educators: more and less promoting. The results suggest that, in order to consider a teacher as belonging to the more promoting type, it is not obligatory that there are children at risk integrated in his/her class. Also, there seems to be no relation between the subject of Health Promoting during the teachers education and a more resilience and health promotion oriented practice. However, the following variables are considered important to an educational practice aiming to the health and resilience promotion: working in the public schools; working in a network of Health-Promoting Schools (NHPS); having Health Education integrated in the curriculum; and the support of the Health Services.

Key words: Pre-school teacher, children-at-risk, health and resilience promotion.