

Comunicação assertiva: uma aprendizagem efectiva e salutar na relação com os pares

Ana Mesquita - Carolina Paulino - Catarina
Galante - Soraia Alves

Resumo

As primeiras pesquisas realizadas por Olweus na década de 70 divulgaram que 15% dos alunos entre os 7-16 anos se envolviam em comportamentos de bullying ^[17]. Alguns dados europeus revelam que "o bullying é um problema mundial que afecta cerca de um terço de crianças por mês"^[18]. Os fenómenos de violência e comportamentos inibitórios vividos pelos alunos nas escolas europeias constituem nos tempos actuais uma alteração ao ambiente seguro. Os mesmos, poderão interferir com a saúde global e, em particular com a saúde mental das crianças e adolescentes, se sentidos como ameaça. A vivência de perturbação sentida pelas crianças e adolescentes, poderá incorrer em processos de doença, se manifestados através de um conjunto de sinais e sintomas psicossomáticos. Estes, resultam da necessidade destas se protegerem da adversidade vivida e, funcionam como estratégia de fuga à escola.

O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que deve ter uma intervenção fundamental, colaborativa com os profissionais da educação e serviço social, na promoção da saúde e

protecção das crianças e adolescentes que vivem em constante medo e ameaça. Através de uma intervenção multiprofissional nas escolas, poderá perspetivar-se um clima e cultura escolares de maior segurança. Nesta perspectiva, este artigo apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre a temática da violência e apresenta, também, um conjunto de estratégias promotoras duma cultura de bem-estar, enquadradas na abordagem salutogénica da escola promotora de saúde.

Palavras-chave: bullying, adolescentes, saúde mental, enfermeiro, paradigma salutogénico, escola promotora de saúde.

Abstract

Research conducted by Olweus in the 70s reported that 15% of students between 7-16 years engaged in bullying behaviors^[17]. Some European data show that "early bullying is a worldwide problem affects about one third of children per month"^[18]. The phenomena of violence and inhibitory behaviors experienced by pupils in European schools, constitute a change in current times of safe environment. They may interfere with overall health and particularly with the mental health of children and adolescents, if it is felt as a threat. The experience of disturbance felt by children and adolescents may incur disease processes, if expressed through a set of signs and psychosomatic symptoms. These result from the need to protect themselves from adversity experiences and work as a strategy to escape from school.

Nurses are health professionals who must have a key intervention in health promotion and protection of children and adolescents who live in constant fear and threat at

schools, in collaborative action with education and social service professionals. Through a multidisciplinary intervention in schools it's possible to promote a safety climate and culture at school. In this perspective, this article presents a brief literature review on the topic of violence and also presents a set of strategies that promote a culture of wellness, framed in salutogenic approach from health promoting school.

Keywords: bullying, adolescents, mental health, nurse, salutogénic paradigm, health promoting school.

INTRODUÇÃO

Os fenómenos de violência e comportamentos inibitórios nas escolas europeias constituem nos tempos actuais uma alteração ao ambiente seguro podendo interferir com a saúde das crianças e adolescentes, se sentidos como ameaça. Não implicam somente vítimas e agressores mas igualmente todos os observadores^[17], sendo considerado um fenómeno multidimensional.

As primeiras pesquisas realizadas por Olweus na década de 70 divulgaram que 15% dos alunos entre os 7-16 anos se envolviam em comportamentos de *bullying*: 9% como vítimas e 7% como agressores^[17].

Dados europeus referidos nos relatórios Internacional da Saúde Mundial e da UNICEF^[23], revelam que "o *bullying* é um problema mundial que afecta cerca de um terço de crianças por mês. Para cerca de 11% das crianças, este tipo de abuso, praticado pelos seus companheiros, é severo (várias vezes por mês)"^[18].

Dados portugueses ^[19] revelaram que no ano lectivo 2008/2009 existiram um número total de ocorrências de violência na escola de 5134, das quais 1609 no exterior e 3525 no interior da escola^[19]. Neste último, verificou-se que a maior parte das situações de agressão foram praticadas entre alunos (1029), seguido de professores (284) e funcionários (184). Ainda nesse ano lectivo, o Relatório da Escola Segura revela que 44,7% das ocorrências foram actos contra a liberdade e integridade física das pessoas; 20,6% foram actos contra os bens e equipamentos escolares; 14,2% foram actos contra os bens e equipamentos pessoais (telemóvel, extorsão de dinheiro e material audiovisual^[19]) e 10,5% foram actos contra a honra e bom nome das pessoas^[19]. Além destes atos, *também se verificam situações de violência sexual*"^[20].

Em território nacional, o estado procurando garantir protecção e manutenção de ambientes escolares seguros e salutareis apresentou em 2010, enquanto proposta de lei, um aditamento ao Código Penal, artigo 152.º-C, especificando a violência escolar como crime ^[22, 24]. A referida proposta de Lei não reuniu consenso e foi indeferida.

Atualmente, atos de violência na escola participados judicialmente, são regidos legalmente por outras leis, entre as quais pela lei tutelar de menores.

Consideramos que mais importante do que as decisões legais instituídas por cada estado, devem ser discutidas e equacionadas propostas promotoras de climas de segurança nas escolas. Alguns autores *"alertam para a fatura global elevada que o envolvimento em bullying representa para os indivíduos, no que respeita à sua saúde mental e física enquanto alunos,*

bem como para as suas famílias, as escolas e as sociedades, dado que tanto os agressores como as vítimas tendem mais a necessitar de diversos apoios, seja a nível de saúde mental, justiça, ou educação especial, entre outros”^[17].

No âmbito da saúde, o interesse dos enfermeiros sobre o fenómeno da violência na escola relaciona-se com a vivência de perturbação sentida pelas crianças e adolescentes, conduzindo-as a processos de doença ^[2,7,9]. Vários estudos identificam o aumento de queixas psicossomáticas pelos alunos, cada vez mais frequentes como estratégia de fuga à escola, devido à vivência de mal-estar.

Quando estas estratégias deixam de surtir efeito e a criança/adolescente regressa ao meio escolar, pode recorrer a comportamentos mais extremos, como o suicídio^[2].

A vivência de mal-estar e as situações de saúde alteradas das crianças e adolescentes nas escolas preocupam os enfermeiros, defendendo-se a necessidade de co-construir culturas saudáveis no meio escolar.

Nesta perspectiva, este artigo apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre a temática da violência e apresenta, também, uma proposta de estratégias promotoras da cultura de bem-estar, enquadradas na abordagem salutogénica da escola promotora de saúde.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Maria do Céu Antunes Martins (2005) nos dias de hoje, a saúde é considerada como “o bem mais precioso” de cada pessoa, observando-se a progressiva passagem “do

investimento na prevenção da doença para o investimento na promoção da saúde”^[6].

Esta alteração de pensamento encontra-se patente na dualidade dos paradigmas da saúde: paradigmas *patogénico* versus *salutogénico*.

No primeiro é valorizada a doença e a sua prevenção.

Ao invés, no paradigma salutogénico o enfoque pretende capacitar a pessoa a proteger ou melhorar o seu nível de saúde suportado na aprendizagem de capacidades de âmbito pessoal. Mas também decorrente da promoção de ambientes salutareos resultantes da implementação de políticas, culturas e climas organizacionais centrados na elevação do bem-estar^[6].

A mudança de pensamento sobre o conceito de saúde já referida anteriormente, surge resumida e clarificada no quadro seguinte, ilustrando as principais diferenças entre os dois paradigmas aqui apresentados.

Do paralelismo estabelecido, verificamos que cada um dos paradigmas evidencia um pensamento, abordagens, estratégias, acções, questões e resultados diferentes, perspectivando-se os conceitos de ângulos distintos^[6].

Importa salientar que a aceitação do paradigma salutogénico não implica a rejeição do paradigma patogénico^[6], ocorrendo actualmente influência de ambos nas políticas de saúde, com tradução consequentemente nos comportamentos de saúde pessoais e das organizações. Este artigo, centra o enfoque do pensamento dos autores na perspectiva salutogénica da saúde.

	Paradigma Patogénico (Prevenir a doença)	Paradigma Salutogénico (Promover a saúde)
Origem etimológica	* Prevenir: do latim, <i>pro-venire</i> , ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar.	* Promover: do latim, <i>pro-movere</i> , ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (o grupo, a organização).
Questão Principal	* Como evitar os riscos? (prevenção primária); * Como tratar a doença ou reparar a incapacidade? (prevenção secundária ou controlo da duração da doença ou gravidade do acidente); * Como atenuar os seus efeitos? (prevenção terciária).	* Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) de um ambiente em constante mudança?
Tipo de informação predominante	* Quantitativa (exemplo: dados clínicos e epidemiológicos).	* Qualitativa (exemplo: conhecimentos, valores atitudes, comportamentos).
Tipo de Avaliação	* Ênfase nos resultados imediatos.	* Ênfase no processo e “nas boas práticas”.
Estratégias de Acção	* Baseada numa disciplina (<i>unidireccional</i>).	* Baseada em diversas disciplinas (<i>multidireccional</i> e <i>multisectorial</i>).
Actores / Protagonismo	* Profissionais de Saúde.	* Trabalhadores e seus representantes; * Profissionais de saúde; * Outros, como por exemplo agências públicas e consultores Externos.
Papel funcional predominante	* Especialista.	* Todos: Promotor, prestador, especialista, decisor, agente de mudança, participante.
Conceito de Saúde	* Negativo; * Redutor.	* Positivo; * Multidimensional.
Modelo de Intervenção	* Médico ou clínico; * Orientado para o indivíduo e não para grupos.	* Participativo; * Orientado para o indivíduo, grupos e comunidade.
População	* Grupo de risco (exemplo: grávidas, menores).	* Todos no contexto do seu dia-a-dia profissional e extra – profissional.
Modelo de Decisão	* Racionalista, centrado mais na solução do que nos problemas; * Ênfase na informação.	* Estratégico, sequencial, centrado mais nos problemas do que nas soluções; * Ênfase na negociação e obtenção de consensos.
Resultados Esperados	* Eliminação ou redução dos <i>factores de risco</i> específicos; * Imediato ou a curto prazo; * Cumprimento da legislação.	* Mudanças operadas a nível do indivíduo (saúde, bem-estar, satisfação, conhecimentos, competências) e do seu ambiente físico e psicossocial de trabalho; * A longo prazo; * Análise de custo/benefício e <i>custo/efectividade</i> .

Fonte: Adaptado de MARTINS, M. (2005) - A Promoção da saúde: percursos e paradigma in <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>

Do paralelismo estabelecido, verificamos que cada um dos paradigmas evidencia um pensamento, abordagens, estratégias, acções, questões e resultados diferentes, perspectivando-se os conceitos de ângulos distintos^[6]. Importa salientar que a aceitação do paradigma salutogénico não implica a rejeição do paradigma patogénico^[6], ocorrendo actualmente influência de ambos nas políticas de saúde, com tradução consequentemente nos comportamentos de saúde pessoais e das organizações. Este artigo, centra o enfoque do pensamento dos autores na perspetiva salutogénica da saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção de saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, é definida como “o *processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*”^[10]. Este conceito tem implícita a noção de empoderar ou capacitar as pessoas para protegerem/controlarem a sua saúde. No que diz respeito à intervenção dos profissionais de saúde, implicará inevitavelmente habilitar os clientes a identificarem as suas necessidades, realizarem e satisfazerem as suas aspirações, e a modificarem ou adaptarem-se ao ambiente onde estão inseridas.

Apraz-nos neste âmbito, reportar ao conceito de saúde mental entendido como “o *estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere*”^[11].

Determinantes de Saúde Mental

Cada pessoa está sujeita a uma multiplicidade de factores. Os factores biológicos (como os factores genéticos), individuais (como os antecedentes pessoais), familiares e sociais (como o enquadramento social), económicos e ambientais (como o estatuto social ou as condições de vida), inter-relacionados entre si permitem manter em equilíbrio a saúde global e, particularmente a saúde mental das pessoas. No entanto, a ténue fronteira entre a saúde e a doença mental depende da capacidade de adaptação e gestão de todos os factores referidos face a cada vivência pessoal. Neste sentido, poderá afirmar-se que cada pessoa influencia grandemente a sua própria condição mental, condição esquematizada pelo modelo funcional da saúde mental (figura 1)

A descoberta de que a etiologia de diversas doenças tinha origem ambiental e comportamental não sendo unicamente atribuível a microrganismos, trouxe evidência da relação entre o estado de saúde e os comportamentos das pessoas^[6].

Este achado revela a importância da relação dos ambientes em que as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem com a sua saúde. Neste sentido, a escola enquanto ambiente educativo, mas simultaneamente ambiente de interacção social entre crianças, adolescentes e adultos deve considerar-se como um dos *settings* privilegiados para proteger promover a saúde dos seus elementos.

Esta premissa é consubstanciada no Plano Nacional de Saúde Escolar (2006), que a considera um *setting* relevante na promoção da saúde^[25].

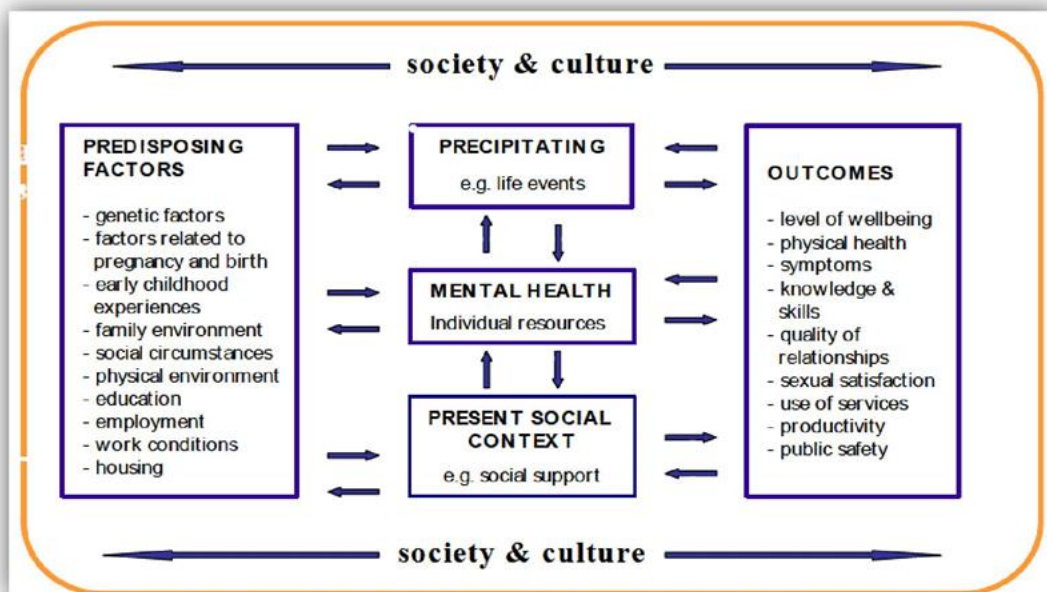


FIGURA 1: Modelo Funcional da Saúde Mental (Livro Verde, 2005)

No entanto, encontram-se alguns fenómenos no ambiente escolar que não são salutar, provocando a vivência de sentimentos de mal-estar não só pelas crianças e adolescentes, como também pelos adultos docentes e não docentes.

Em particular centramo-nos nos fenómenos da indisciplina, comportamento agressivo, *bullying* e violência na escola, contextualizados no âmbito deste artigo em ligação às alterações da saúde das crianças e adolescentes. Estas, como seguidamente explicitamos, sucedem pela ocorrência de perturbação vivida, decorrente das experiências dos alunos nos papéis de vítima, de espectador, ou agressor.

O fenómeno do *bullying* e a sua relação com a saúde

Existem vários conceitos deste fenómeno, não existindo consenso entre autores sobre o mesmo. Adoptamos o conceito de Neto (2003) por considerarmos que para além de clarificar o fenómeno, apresenta no mesmo a vivência de

perturbação e alteração na saúde, assunto que temos vindo a expor. Assim, segundo este autor o *bullying* "compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais, e repetidas, que ocorrem sem

motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder." [7]

Tem sido também designado, numa forma simples, como maus-tratos entre iguais, distinguindo-se esta forma de violência da agressão ocasional, pela sua persistência ao longo do tempo, e pela desigualdade de poder entre os intervenientes (agressor (*bullie*) e vítima (*bullied*), inscrevendo-se numa relação de poder assimétrico (Olweus, 2000: pp. 9-10) [3].

Podem existir vários tipos de *bullying*.

1) B. Físico – que consiste em atacar fisicamente outra pessoa, roubar e/ou danificar os seus pertences;

2) B. verbal – que consiste em chamar nomes, opor-se com atitude desafiadora, ameaçar;

3) B. indirecto – que consiste em espalhar boatos perjorativos e excluir socialmente as pessoas do seu grupo de pares ou meio (Cerejo, 1999: 133,134) [3].

Olweus, além dos tipos de *bullying* referidos, classifica mais três tipos: o racial, sexual e o cyber (através do telefone ou internet)^[15].

Alguns estudos revelam que *“as crianças que sofrem de intimidação tendem a ter menos amigos, (...) maior tendência para a depressão, a ter menor auto-estima, sendo susceptíveis a vários problemas de desempenho académico e de saúde”*, sendo que algumas das vítimas chegam a cometer suicídio^[2]. Arora e Thompson (1987), verificaram que as agressões físicas, a extorsão de dinheiro e a destruição de objectos pessoais das vítimas eram as situações mais frequentes de *bullying*, provocando sentimentos de impotência e aumentando a vulnerabilidade das vítimas. Outro estudo realizado pela Universidade de Cambrigde (1995) revelou que a prática de *bullying* e o consequente comportamento delinquente estavam directamente associados. Este estudo realizou-se com uma amostra de jovens com idades compreendidas entre os 8 e 10 anos, verificando-se que apresentavam diversos factores de risco susceptíveis de delinquência futura na opinião dos autores, como *“comportamentos anti-sociais na infância, impulsividade, baixos níveis de inteligência e desempenho escolar, criminalidade na família, pobreza e cuidados parentais deficientes”*^[2]. Na sequência dos resultados do estudo, previu-se uma fase de intervenção desenhada para ser implementada no ambiente escolar.

A Saúde Escolar e a Escola Promotora de Saúde

OMS, UNESCO e Oficina Internacional de Educação e da Saúde, recomendam que *“a*

saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”^[5]. Sugerem ser integrada transversalmente nos conteúdos curriculares da escola: a educação para a sexualidade, a alimentação saudável, a saúde oral, a saúde mental, entre outros. Defendem que habilitam os alunos a adquirir conhecimentos e comportamentos saudáveis que favorecem o seu desenvolvimento e bem-estar, bem como a prevenção de doenças, capacitando-os a serem responsáveis e activos na sua saúde e estilo de vida em comunidade^[5].

Desta forma, torna-se importante definir projectos e planos de acção eficazes, assim como prever recursos para *“promover a adopção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais”*^[5]. Estes, para serem eficazes, precisam de nascer das necessidades existentes das crianças e adolescentes da escola, assim como da avaliação inicial dos principais factores determinantes dos estilos de vida dos mesmos ^[5].

Reforçamos a premissa de que *“os estilos de vida estão relacionados com uma complexa constelação e interacção de factores biológicos, psicológicos, micro e macro sociais e ambientais”*^[5]. Mendoza, Pérez e Foguet (1994) cit. por Gomes (2009) referem que a ocorrência de doença está frequentemente relacionada com as decisões das pessoas sobre o seu estilo de vida. Reflectindo sobre estes aspectos numa perspectiva de promoção para a saúde, Lapa e Matos (2008) referem que *“os jovens são um importante alvo, sendo de prever acções específicas para cenários e idades específicas”*, realçando a importância dos sistemas de ensino na acessibilidade a

programas promotores da adopção de comportamentos de protecção da saúde e estilos de vida saudáveis, facilitando o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes^[4]. A implementação de programas e projectos tem sido bastante defendida pelo referencial das Escolas Promotoras de Saúde (EPS)^[1]. Este, apela a uma filosofia de “*escola que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde*”^[4], cujo principal objectivo é contribuir para o desenvolvimento da saúde dos alunos e da comunidade onde se inserem, através de estratégias como a participação, *empowerment*, diminuição da desigualdade na distribuição de factores de risco e aprendizagem de competências^[1]. Para tal, segundo OMS (2001; 2005) ^{[1],[5]}, uma Escola Promotora de Saúde deve:

- Empenhar-se em melhorar a saúde dos alunos, professores, famílias e comunidade;
- Promover a saúde e a aprendizagem a partir dos recursos disponíveis;
- Incentivar a uma participação/acção activa da equipa multidisciplinar;
- Fornecer um ambiente saudável, serviços de saúde escolares e paralelamente

elaborar projectos escola/comunidade, programas de promoção de saúde (alimentação saudáveis, higiene oral adequada, educação física...), e programas de apoio social e de saúde mental;

- Implementar políticas e práticas que respeitem o bem-estar da pessoa e a sua dignidade;

Contudo, a construção e implementação de uma EPS não é um processo fácil, existindo diversos factores que complicam a sua construção. Apontam-se: “*a fraca participação do sector da saúde; a ausência de cursos de formação para professores na área da saúde; a falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projectos de Educação para a Saúde e o pouco envolvimento dos pais nas tomadas de decisão da escola*”^[5]. Ainda assim, existem cada vez mais escolas que pretendem ser Promotoras de Saúde. Neste âmbito, Navarro (1999) clarifica que as escolas que abraçarem esta filosofia devem desenvolver mudanças nas suas dimensões ^[5] (ver figura 2) começando pela dimensão organizacional.

O elemento comum para o sucesso das EPS`s é a interdisciplinariedade, permitindo que a saúde seja um conteúdo transversal, integrado no currículo de cada disciplina.



Figura 2: Esquema das Dimensões das Escolas Promotoras de Saúde

Segundo Gomes (2009), a transversalidade exige o envolvimento da maioria da equipa docente, dos professores e uma coordenação entre as diferentes áreas (actualmente possível através do professor coordenador para a saúde nas escolas). Igualmente reivindica a definição dos conteúdos de saúde (atitudes, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, normas) que se considerem relevantes para a população escolar, a reflexão e formação sobre o que significa *ensinar/aprender saúde*, relacionar o que se ensina com os problemas da vida diária dos estudantes e incorporar os conteúdos referidos a valores, atitudes e hábitos ^[5]. Esta perspectiva deve ser efectivamente complementada pela Educação para a Saúde na Escola, uma vez que na opinião de Sanmarti (1988) citado por Gomes (2009), existem fortes razões para esta poder acontecer, como: 1) dimensão da população-alvo atingida porque todas as crianças a nível nacional passam pelo sistema de ensino; 2) origem dos comportamentos de vida atribuídos à infância é enquanto fase do desenvolvimento, peremptória na construção de hábitos e comportamentos salutareis; 3) potencial e receptividade na aprendizagem e 4) colaboração multidisciplinar na aprendizagem ^[5].

O FENÓMENO NO CONTEXTO NACIONAL

Considerando os dados referidos anteriormente, e procurando realizar um diagnóstico de situação sobre este fenómeno nas escolas portuguesas, realizámos uma visualização de vídeos "caseiros" disponíveis na *internet*. Nesta pesquisa definimos como critério de busca, vídeos inerentes às palavras-

chaves "violência escolar" e "*cyberbullying*", com mais de 50000 visualizações registadas. Constatámos que nas escolas é cada vez mais frequente a adopção de comportamentos agressivos, físicos, verbais ou não-verbais, na resolução de conflitos; que estas situações para além de expostas em sites de acesso mundial, são bastante visualizadas e, aparentemente são fonte de aprendizagem por outros e de repetição do fenómeno.

INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE ESCOLAR

O enfermeiro da equipa de saúde escolar tem um papel fundamental na co-capacitação das crianças e adolescentes na protecção da sua saúde perante vivência de adversidade. A maioria dos estudos sugere ganhos em saúde, através do aumento de competências sociais pelos alunos. Dentro destes, evidência científica enfatiza a aprendizagem de competências de resolução de conflitos e problemas, assim como o treino de comunicação assertiva, como as habilidades mais importantes, com influência na diminuição dos comportamentos agressivos na escola entre pares.

Deste modo, e tendo em conta a intervenção do enfermeiro na escola, questionamo-nos como poderá este profissional promover a aquisição de competências na gestão de conflitos e resolução de problemas. Consideramos que ele pode e deve participar, devendo apresentar uma proposta de intervenção. Esta deve surgir desenhada em resposta às necessidades identificadas pelos alunos e integrada no projeto curricular de escola. E, cumprir a premissa da

interdisciplinariedade, sendo desenvolvida colaborativamente entre os profissionais da saúde, educação e área social.

Parece-nos exequível, neste artigo, apresentar um exemplo de proposta de intervenção que permita a aprendizagem de comportamentos adequados na gestão do conflito vivido, a ser explorada ou desenvolvida em ligação à educação para os valores nas aulas de formação cívica.

Estruturámos esta proposta suportada na teoria de aprendizagem social de Bandura. Este autor explica que as pessoas têm tendência para evitar situações que pensam exceder as suas capacidades julgando-se incapazes de lidar com estas, e evitando envolver-se nelas, disponibilizando-se para enfrentarem outras situações para as quais se julgam capazes de lidar.

Todos estes aspectos estão relacionados com o conceito de auto-eficácia que, segundo Bandura (1977), cit. por Savetti (2007), pode ser definido como *"a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável"* ^[12].

Assim, é em função do julgamento da auto-eficácia que cada pessoa tem ou não motivação para agir e seguir determinada direcção nas suas acções, visto que antecipa mentalmente o que pode fazer para obter determinados resultados ^[16].

As crenças de auto-eficácia podem interferir com os mecanismos psicológicos da motivação do aluno, sendo essencial que este treine um aumento da mesma. Para tal, o professor tem um papel fundamental, devendo estabelecer com os seus alunos uma aprendizagem pro-

activa. Deve proporcionar aos mesmos experiências de êxito, transmitir expectativas positivas quanto às suas capacidades, elogiá-los e fazê-los acreditar no seu potencial ^[16].

Entre várias competências promotoras de auto-eficácia, elegemos as competências comunicacionais e, dentro destas, a comunicação assertiva.

Comunicação Assertiva

Perante os estilos de vida saudáveis adoptados pelos jovens, a assertividade é um estilo de comunicação que pretendemos que os jovens aprendam ao longo da infância e adolescência, visando facilitar as relações com os pares, ter repercussões no seu bem-estar, adequação e integração social.

Assim, a assertividade surge como uma atitude inerente à comunicação humana interpessoal, verbal e não-verbal ^[14]. Entende-se por assertividade uma atitude de consideração, respeito e defesa de si mesmo e do outro; expressar pensamentos, ideias, e sentimentos, de forma clara e autêntica, aceitando-os como parte representativa de si mesmo e da forma como vê o mundo ^[14].

Outro autor, CAROCHINHO (2002) ^[14], centraliza a assertividade em três aspectos: 1) Capacidade de controlar e gerir as próprias emoções na expressão pessoal, de modo a que não influenciem negativamente o desempenho social; 2) Capacidade de realizar uma análise adequada das exigências da situação, para responder-lhe de forma mais apropriada e 3) Pôr ou não em prática determinados comportamentos que se definem como assertivos.

A comunicação assertiva contrasta com outros dois estilos comunicacionais, o estilo não-assertivo/passivo, que integra o comportamento da vítima, e o agressivo que integra o comportamento de *bullying*^[8].

Quando o indivíduo não põe em prática comportamentos assertivos, diz-se que tem défice ou falha ao nível da assertividade, podendo ocorrer dimensões que comprometem o seu desempenho^[14]. Assim, torna-se extremamente importante a promoção de comportamentos assertivos, nomeadamente, na formação inicial e continua de educadores das escolas, bem como a utilização de programas de promoção, como o “*Olá, Obrigado! – Competências sociais e Assertividade*” de P. Moreira (2004), para aplicação em contexto escolar, que comporta materiais especificamente construídos para permitir às crianças, compreender, reconhecer e adquirir competências assertivas^[14]. Desta forma, e em resumo, como futuras profissionais de saúde, consideramos importante a intervenção em meio escolar que fomente a aquisição de competências aos alunos. Defendemos a aprendizagem da comunicação assertiva como uma nova competência facilitadora na relação com os pares, propondo uma intervenção em aula, nomeadamente na Unidade Curricular de Formação Cívica. A proposta de intervenção prevê ser concretizada em quatro aulas, com duração de 45 minutos, cada uma. O capítulo seguinte apresenta, então, a proposta das dinâmicas a realizar com turmas de alunos do 3º ciclo (preferencialmente com turmas dos 7ºs anos).

Exemplo de estrutura da Proposta de Intervenção

Na **primeira aula** propomos:

- Apresentação dos alunos e do enfermeiro, através de uma dinâmica de “quebra-gelo”, facilitadora da relação interpessoal;
- Exposição dos objectivos e das dinâmicas que se irão realizar ao longo de 4 sessões de trabalho;
- Aplicação da escala de avaliação de assertividade (de *Rathus*) em registo de questionário de auto-preenchimento anónimo, a fim de se realizar uma avaliação sistematizada deste fenómeno na turma.

Nota: A avaliação da assertividade dirigida a objectivos mais específicos, pode ser medida através de várias escalas como: a Escala de Assertividade de Wolpe-Lazarus (WLAS, 1966); a Escala de Assertividade de Rathus, traduzida e adequada à população portuguesa por Detry e Castro (1996). E mais recentemente, a Escala de Assertividade para Adolescentes (ASA, Lee, Hallberg, Slemon & Haase, 1985).

Na **segunda aula**, após a análise e interpretação dos dados obtidos no diagnóstico da situação realizado na sessão anterior, a proposta consiste em:

- Convidar os alunos a um desempenho de role-play de uma situação fictícia proposta pelo enfermeiro.

Situação fictícia: Apresentar o seguinte cenário – Esta situação acontece num dos intervalos das aulas, no espaço de recreio da escola. O João (13 anos) estava a falar ao telemóvel, quando à sua frente lhe aparecem o

António (15 anos) e a Inês (14 anos) que lhe pedem o mesmo. O João muito assustado não responde e desliga a chamada. Nesse momento o António tira-lhe o telemóvel da mão e dá-lhe um empurrão, passando o telemóvel à Inês que o guardou. Enquanto a cena se passava, três alunos assistiram a toda a situação sem intervirem;

- Após a dramatização pede-se a cada um dos intervenientes para exporem os sentimentos vivenciados, perante o cenário apresentado;

- Sugerir aos alunos, num registo de participação voluntária, que assumam os papéis dos personagens apresentados e, que repitam a situação, interagindo nos papéis dos personagens do João, do António, da Inês e dos restantes espectadores, trazendo outras

formas de resolução da mesma;

- Explorar a discussão sobre os sentimentos vividos e sobre os diferentes formatos que surgiram, de resolver a situação;
- Pedir aos alunos para escreverem uma reflexão sobre a forma que consideraram mais adequada da resposta de cada uma das

Quadro 2: Paralelismo entre os diferentes Estilos de Comunicação

	Assertivo	Não assertivo/ Passivo	Agressivo
Atitude em relação a si e aos outros e tomada de decisão	* Eu estou bem * Tu estás bem * Toma a sua própria decisão	* Não estou bem * Tu não estás bem * Deixa que os outros escolham por ele	* Não estou bem * Tu não estás bem * Escolhe pelos outros
Comportamento face a problemas e tomada de decisão	Directo, confronto leal	Evita, cede	Absoluto, ataque
Comportamento verbal	Claro, <u>formula de forma clara</u> o que pretende; palavras objectivas; conhece os seus sentimentos	Palavras defensivas, prossegue lentamente; rodeia as questões; não consegue dizer exactamente o que quer	Carga de palavras; acusações; atitude de superioridade, palavras arrogantes, rotular a outra pessoa
Comportamento não-verbal	Mensagem confiante, e congruente	Ação em vez de palavras (não diz o que pensa); incongruência entre palavras e comportamentos	Ar de superioridade; estilo irreverente e sarcástico
Voz	Firme, quente e confiante	Fraca, distante, suave, hesitante	Tensa, estridente, elevada, fria, exigente, autoritária, silêncio frio
Olhos	Calorosos, olhar directo e franco	Desvia o olhar, baixa os olhos, lacrimejantes, implorantes	<u>Inexpressivos, frios, semicerrados, olha de frente</u>
Postura	Relaxada	Parada, curvada	Mãos nas ancas, pés afastados
Mãos	Gestos oportunos	Inquietas, frias e húmidas	Punhos apertados ou dando murros
Padrão de relacionamento	Estar bem-disposto sem por os outros mal dispostos	Está abatido	Fica bem-disposto, abatendo os outros
Resposta aos outros	Respeito mútuo	Desrespeito, culpa, zanga, frustração	Mágoa, defesa, humilhação
Consequências do estilo	* Eu ganho * Tu ganhas; * Luta por soluções "ganhadoras" ou não "perdedoras"	* Eu perco * Tu perdes; * Só obtém sucesso por sorte ou caridade dos outros	* Eu ganho * Tu perdes; * Vence a qualquer preço

Fonte: Adaptado de VAGOS, Paula. *Assertividade e Comportamento Assertivo: a Gestão do Eu, Tu, Nós*. Departamento de Ciências de Educação. Universidade de Aveiro. 2006. Acedido em http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade_Paula_Vagos.pdf

personagens, fundamentando a mesma, e trazer esta reflexão para a próxima sessão.

Na **terceira aula**, propomos:

- Pedir aos alunos, num registo de participação voluntária, que partilhem os principais aspectos das suas reflexões;
- Clarificar as suas sugestões de estratégias de gestão de conflitos e anotar as ideias no quadro;
- Confrontar as estratégias de actuação apresentadas por cada aluno sugerindo a sua análise e consequente desafio em transformá-las no estilo de comunicação e/ou comportamento assertivo. Sustentamos a análise dos estilos de comunicação verbal e não verbal com recurso ao quadro seguinte, reportando para o role-play realizado na sessão anterior e para a interpretação partilhada e discutida pelos alunos, das atitudes de cada personagem.

Na **Quarta aula**, propomos:

- Dar continuidade ao treino de competências, da comunicação e comportamento assertivos;
- Realçar os contributos dos alunos e a apresentação de diferentes estratégias para resolver a situação conflituosa do cenário proposto;
- Elogiar o ganho de competências em comunicação e comportamento assertivo em relação a ser uma aprendizagem salutar na relação com os pares;
- Avaliar a sessão escutando os alunos sobre a pertinência do tema, proposta do cenário, metodologia de *Role-playing* e da partilha, discussão e reflexão sobre as estratégias apresentadas e reformuladas.

CONCLUSÃO

O *bullying* é um fenómeno cada vez mais frequente a nível internacional, europeu e nacional, onde o número de crianças e adolescentes vitimados é cada vez mais preocupante. Consideramos de extrema importância o papel do enfermeiro na escola, num registo de trabalho conjunto com os professores, proporcionando aos alunos uma participação activa no seu processo de promoção de saúde pessoal. Neste trabalho sugerimos o desenho de uma proposta de intervenção visando a aprendizagem efectiva de competências comunicacionais e relacionais, pelos alunos, através da aprendizagem do estilo de comunicação assertiva, na resolução de um conflito encenado.

O enfermeiro na equipa de saúde escolar deveria intervir nas escolas precocemente, ou seja, acompanhar os alunos desde o início do seu percurso escolar, com objectivo fulcral de capacitar os alunos para a protecção da sua saúde mental, uma vez que a vivência de medo, ansiedade e insegurança ocorre quando se sentem ameaçados com estes fenómenos de violência.

A aquisição de comportamentos assertivos permite a abertura de uma nova janela de estratégias promotoras da saúde, podendo ser explicados e treinados na escola, e mobilizados pelos alunos tanto em contexto intra como extra-escolar.

A importância deste trabalho para o grupo, esteve relacionado com a aprendizagem de conhecimentos que nos permitiram estruturar uma proposta de intervenção, passível de ser desenvolvida em contexto de ensino clínico em saúde escolar, adequada à população com maior incidência de casos de violência – os

alunos do terceiro ciclo, sugerindo a continuação da implementação da mesma no futuro. Também com a aprendizagem de apresentar o trabalho em formato de artigo e de aprofundarmos um tema no âmbito da promoção da saúde mental em contexto escolar. Terminamos, deixando um pensamento que consideramos chave, apelando à adoção de uma atitude assertiva.

"A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota"^[21]

(Jean-Paul Sartre *in* Situações III)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] CLIFT, S. ; JENSEN, B. (2005) – **The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice**, Copenhagen: Danish University of Education Press. ISBN: 87-7684-012-3 in http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111117/E90358.pdf (acedido dia 12.11.10; 00h44)
- [2] DEBARBIEUX, É. ; BLAYA, C (2002) – **Violência nas Escolas: dez abordagens europeias**, capítulo 10, Brasília: UNESCO. ISBN: 85-87853-64-3, pp.247-253.
- [3] FREIRE, I.; Simão, A.; Ferreira, A. (2006) - **O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico — um questionário aferido para a população escolar portuguesa**. Revista Portuguesa de Educação, 19(2), pp. 157-183. Universidade do Minho, Universidade de Lisboa, Portugal in <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v19n2/v19n2a08.pdf> (acedido dia 01.12.2010, pelas 12h)
- [4] GASPAR, M. (2008) – **Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola**, 4ªed, Lisboa: FMH Edições. ISBN: 972-735-118-2 in http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf (acedido dia 10.11.10; 15h48)
- [5] GOMES, J. (2009) - **As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar**, artigo publicado pela Revista Educação, vol. 32, n. 1, p. 84-91 in <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/848/84812709012.pdf> (acedido dia 07.11.10; 01h54)
- [6] MARTINS, M. (2005) - **A Promoção da saúde: percursos e paradigma** in <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf> (Acedido no dia 01.12.2010 pelas 13h15)
- [7] NETO, A.; FILHO, L.; SAAVEDRA, L. (s.a.) - **Programa de redução de comportamentos agressivos entre**

estudantes in <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf> (acedido dia 01.12.2010 pelas 12h35)

- [8] RILEY, J. (2004) - **Comunicação em Enfermagem**, 4ª ed, Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-81-9
- [9] RUIZ, R. (s.a.) - **Intervención educativa: El Proyecto Sevilla Anti-Violencia Escolar. Cuadernos de Pedagogía**, Nº 270, Junho in http://www.elkarrekin.org/files/pub/Proyecto_Sevilla_Anti-violencia_escolarCP270_p60.pdf (acedido no dia 01.12.2010 pelas 13h)
- [10] s.a (1986) - **Carta de Ottawa**; Ottawa: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde in <http://www.dgs.pt/>
- [11] s.a (2005) - **LIVRO VERDE - Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**; Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias in <http://www.dgs.pt/>
- [12] SAVETTI, M. et al. (2007) - **Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crónica**. Artigo publicado na Revista Psiquiatria Clínica 34 (3); 111-117
- [13] TEIXEIRA, J. (2004) - **Como poderemos fazer Psiquiatria Preventiva**; artigo publicado em Editorial, vol. VI, n.6, p.7-8 in http://www.saude-mental.net/pdf/vol6_rev6_editorial.pdf
- [14] VAGOS, P. (2006) - **Assertividade e Comportamento Assertivo: a Gestão do Eu, Tu, Nós**, artigo publicado pelo Departamento de Ciências de Educação: Universidade de Aveiro in http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade_Paula_Vago_s.pdf
- #### REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS
- [15] <http://www.olweus.org/public/bullying.page> (Acedido no dia 01.12.2010 pelas 13h25)
- [16] <http://des.emory.edu/mfp/Bzuneck2.pdf> (Acedido no dia 1.12.2010, pelas 22h30)
- [17] http://cie.fc.ul.pt/membrosCIE/feliciano_veiga/Textos%202/Texto%207.pdf (Acedido no dia 02.12.10, pelas 02h38)
- [18] http://aaa.fpce.ul.pt/documentos/seminario_bullying/Resumo_Ana_Tomas_de_Almeida.pdf (Acedido no dia 02.12.10, pelas 03h06)
- [19] http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=5263&fileName=relatorio_escolaSegura_2008_2009.pdf (Acedido dia 02.12.10, pelas 02h01)
- [20] <http://pt.shvoong.com/social-sciences/education/206688-viol%C3%A2ncia-nas-escolas/> (Acedido dia 02.12.10; 02h38)
- [21] <http://www.citador.pt/citacoes.php?cit=1&op=8&theme=282&firstrec=0> (Acedido no dia 15.12.10, pelas 20h03)
- [22] <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/ensino/violencia-escolar-e-crime-publico> (Acedido no dia 01.12.2010; 02h14)
- [23] http://www.unicef.org/publications/files/Machel_Study_10_Year_Strategic_Review_EN_030909.pdf (Acedido no dia 01.12.2010; 02h00)