

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE MARÍLIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS

Fernanda Lins e Freitas

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PREVENÇÃO
PRIMÁRIA AO TABAGISMO EM ESCOLA PÚBLICA**

Marília
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FERNANDA LINS E FREITAS

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PREVENÇÃO
PRIMÁRIA AO TABAGISMO EM ESCOLA PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília, para Exame de Qualificação em Educação (Área de concentração: Ensino na Educação Brasileira)

Orientadora: Dra. TÂNIA MORON SAES BRAGA

Marília
2008

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Marília, dezembro de 2008.

Fernanda Lins e Freitas

Ficha catalográfica elaborada pelo
Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – UNESP – Campus de Marília

	Freitas, Fernanda Lins e.
F866i	Intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo em escola pública / Fernanda Lins e Freitas. – Marília, 2008. 175 f. ; 30 cm.
	Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2008. Bibliografia: f. 112-122 Orientador: Profº Drº Tânia Moron Saes Braga
	1.Tabagismo. 2. Intervenção educativa. 3. Análise do comportamento. 4. Habilidades Sociais I. Autor. II. Título.
	CDD 371.7

FERNANDA LINS E FREITAS

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PREVENÇÃO
PRIMÁRIA AO TABAGISMO EM ESCOLA PÚBLICA**

Membros componentes da Banca Examinadora de Defesa:

Presidente e Orientadora: Dra. Tânia Moron Saes Braga
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília

1º Examinador: Dr. Raul Aragão Martins
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília

2º Examinador: Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Bauru

Marília, 09 de Dezembro de 2008.

Dedicatória

*Aos meus pais, Antonio e Petty, pela compreensão
e incentivo durante todo o meu percurso acadêmico,
além da tranquilidade e do amor que me servem
de modelo para superar cada desafio...*

*...e a todo estudante que busca ajudar a Ciência
a compreender melhor o ser humano, dedico.*

Agradecimentos

À *Deus* do meu coração e da minha compreensão, por me dar força e fé para perseverar na busca do Conhecimento.

Em especial, à minha amiga e orientadora, *Dra. Tânia Moron Saes Braga*, que acreditou em mim, participando de cada etapa deste trabalho; pela aprendizagem, pelo incentivo e pelas transformações pessoais que em mim ocorreram pelo simples fato de elaborar a presente dissertação. Muito obrigada!

Aos mestres, *Dr. Raul Aragão Martins* e *Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva*, pelas importantes contribuições feitas durante o Exame de Qualificação, contribuindo com a riqueza de seus conhecimentos e experiências para a redação final deste trabalho. Agradeço também aos mestres *Dra. Lourdes Morales Horiguela* e *Dr. Paulo Sérgio Teixeira do Prado*, que muito gentilmente aceitaram participar do Exame de Avaliação do presente trabalho como professores suplentes.

Aos meus amigos e familiares, que sempre me incentivaram e deram apoio em todos os momentos, tolerando minha recorrência pertinente ao assunto. Em especial aos meus pais, *Antonio e Petty*, e ao meu irmão, que não pouparam esforços e carinho nas horas difíceis.

Ao meu querido noivo *Eduardo* que, apesar de minhas ausências, sempre me deu apoio e muito amor para dividir esperanças e desafios em nossas vidas.

À minha cunhada *Vanessa*, por me ajudar na tradução do resumo e dividir anseios, otimismo e muitas risadas nos fins de semana em que me dedicava ao curso de mestrado.

À amiga e colega de trabalho e pós-graduação *Rosana Akemi Kawashima*, que me incentivou prontamente a retornar às atividades acadêmicas, acreditando em minhas capacidades.

Às mestres do Grupo de Estudos e Pesquisa em Análise do comportamento, *Patrícia Ferrari*, *Carmen Corrêa* e *Cláudia Detregiachi*, por compartilharem experiências e servirem de modelo positivo de aperfeiçoamento e perseverança.

À doutoranda *Rosicler Moreno Castanho*, por sua amizade, sugestões e palavras de carinho que nunca me deixavam sentir só.

Aos demais colegas de pós-graduação estudantes da área da Análise do Conhecimento, *Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal*, *Jáima Pinheiro*, *Thais Pondaco Gonsalez*, *Silene El-Fakhouri*, *Edinalva Nascimento*, *Fausto Flor*, *Daniele Ado*, pelo companheirismo, pelas sugestões e por compartilhar bons momentos de estudo.

À minha coordenadora *Sueli Rebelato* e a todos os profissionais do CRI, pelo incentivo, carinho e permissão em estender as ações de controle ao tabagismo para o âmbito escolar, tornando possível a realização desta pesquisa.

Aos que gentilmente aceitaram o convite de participar da etapa de coleta de dados, *Cristiane Tayar*, *Fátima Serradilha*, *ator Danilo* e alunos do Curso de Enfermagem e Medicina da FAMECA, contribuindo com suas formações na transmissão de conhecimentos e na realização da intervenção educativa em questão.

À profa. *Adriana*, pela amizade e pelo tempo dedicado a dicas de redação e correção deste texto.

Às diretoras das escolas participantes, *Lydia e Célia*, por abrir as portas de suas escolas e permitir o acesso às suas crianças.

Aos alunos participantes e seus familiares, por dividirem suas “realidades”, transformando-as em efetivas contribuições científicas.

E a todos que de alguma forma participaram e contribuíram para a consecução desta pesquisa, obrigada!

*"Já podaram seus momentos
Desviaram seu destino
Seu sorriso de menino
Quantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
Nova aurora, a cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que vida nos dê flor e fruto...
...Há que se cuidar da vida
Há que se cuidar do mundo..."*

(Milton Nascimento)

RESUMO

O tabagismo define-se como uma doença epidêmica, pediátrica, crônica e contagiosa, relacionando-se a uma das maiores causas mundiais de morbi-mortalidade. O contexto escolar apresenta-se como principal local para o desenvolvimento de medidas preventivas de caráter primário, tendo como alvo a população pré-adolescente. O treino de habilidades sociais pertinentes à exposição tabágica, bem como o uso da instrução verbal na aquisição de conhecimentos relativos aos malefícios do cigarro parecem indicar fatores de proteção à iniciação ao tabagismo. Esta dissertação caracteriza pré-adolescentes da 5ª série de duas escolas públicas e seus familiares quanto aos conhecimentos prévios sobre tabagismo, perfil sócio-econômico e história tabagística, e avalia, por meio de delineamento de pesquisa quase-experimental, a eficiência de uma intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo nas escolas participantes, sendo uma caracterizada como grupo Experimental (n=27) e a outra, grupo Controle (n=34). Foram realizadas avaliações com os pré-adolescentes distribuídos por sexo, antes e após a intervenção por meio de um Instrumento de Avaliação de Conhecimento e pela medida de auto-relato do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC-Del-Prette). A intervenção educativa constituiu-se de 8 sessões, com duas horas de duração cada, às quais ocorreram com frequência de duas vezes por semana. As sessões foram intercaladas quanto ao conteúdo abordado, sendo as sessões ímpares de caráter informativo (utilização da técnica da instrução verbal) e, as pares, de caráter vivencial (realização do treino de desempenhos sociais adequados para lidar com exposição tabágica). Os resultados obtidos indicam diferença estatisticamente significativa entre os grupos Controle e Experimental nas fases pré e pós-intervenção nas medidas de Avaliação do Conhecimento; porém não demonstram diferença significativa entre estes grupos no auto-relato de frequência dos comportamentos sociais do IMHSC, nos diferentes momentos estudados e entre gênero. Tais resultados parecem convergir sobre a eficiência da instrução verbal como procedimento de ensino capaz de induzir o pré-adolescente a se comportar em função do que foi ensinado; enquanto questionam, também, o uso exclusivo do auto-relato como medida fidedigna das auto percepções de pré-adolescentes quanto a mudanças em seus desempenhos sociais. Outro fator relevante a não-verificação de diferença significativa no auto-relato do IMHSC se encontra associado ao planejamento e estrutura das sessões interventivas, os quais se apresentaram aquém do preconizado pela literatura da área de treinamento em habilidades sociais devido a dificuldades na realização de estudos com maior duração junto aos currículos escolares. Além disso, verificou-se certo grau de semelhança entre os grupos analisados, principalmente no que se refere ao perfil sócio-econômico, história tabagística e conhecimento prévio dos pré-adolescentes e de seus familiares. Conclui-se pela efetividade parcial da intervenção educativa em estudo, apontando-se para a necessidade de futuras intervenções preventivas capazes de planejar e obter resultados ao longo do tempo e que se generalizem para diferentes contextos e demandas interpessoais.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; Intervenção Educativa; Prevenção Primária; Análise do Comportamento; Habilidades Sociais.

ABSTRACT

Smoking is defined as an epidemic, pediatric, chronic and contagious disease, relating to one of the major worldwide causes of morbi-mortality. The school context is presented as the main place for the development of preventive measures that are primary, targeting the preadolescent population. The social skills training relevant to tobacco exposure and the use of verbal instruction in the acquisition of knowledge concerning the harm caused by cigarette seem to prevent smoking initiation. This dissertation characterizes preadolescents in the 5th grade of two public schools and their families as to previous knowledge about smoking, social-economic profile and smoking history, and evaluates, through design of quasi-experimental research, the efficiency of an educational intervention for primary prevention of smoking among the participating schools, being characterized as Experimental group (n = 27) and the other, Control group (n = 34). Evaluations were conducted with preadolescents distributed by sex, before and after an intervention through a Knowledge Assessment Instrument and through the self-report measure of Multimedia Social Skills Inventory for Children (MUSSIC – Del-Prette). The educational intervention consisted of 8 sessions, with the duration of two hours each, which occurred twice a week. The sessions were interspersed according to the discussed subject, the odd sessions had an informative character (using the verbal instruction technique) and, the even ones, living character (realization of social performance training appropriate to dealing with smoking exposure). The results show a statistically significant difference between the Experimental and Control groups in pre and post-intervention stages of the Knowledge Assessment measures, but did not show significant difference between these groups in the self-report of social behavior frequency of MUSSIC in the different studied periods and between gender. These results seem to converge on the effectiveness of verbal instruction as the teaching procedure capable of inducing the preadolescent to behave according to what was taught, while questioning, also, the exclusive use of self-report as a reliable measure of preadolescents' self-perception about changes in their social performance. Other relevant factor to the non-verification of significant difference in self-report of MUSSIC is associated with the planning and structure of interventional sessions, which are presented according to what is recommended in the area literature of social skills training because of difficulties in carrying out longer duration studies in school curricula. Moreover, there was certain degree of similarity within the examined groups, especially about socio-economic profile, smoking history and prior knowledge of preadolescents and their families. It is concluded by the partial effectiveness of educational intervention in study, pointing to the need of future preventive interventions capable to plan and obtain results in the long run that generalize to different contexts and interpersonal demands.

KEYWORDS: Smoking; Educational Intervention; Primary Prevention; Behavior Analysis; Social Skills.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição percentual dos pais ou responsáveis por grau de escolaridade e por grupo C e E.....	70
Figura 2 – Distribuição percentual de pais ou responsáveis fumantes e não fumantes por grupo C e E.....	71
Figura 3 – Distribuição percentual de pais ou responsáveis fumantes em algum momento da vida, por grupo C e E.....	73
Figura 4 – Distribuição percentual etária de experimentação tabágica de pais ou responsáveis por grupo C e E.....	74
Figura 5 – Comparativo dos índices percentuais de acertos nos itens relativos ao conhecimento prévio do tema tabagismo por parte dos pais ou responsáveis, distribuídos por grupo C e E.....	74
Figura 6 – Distribuição percentual dos alunos por sexo nos grupos C e E.....	76
Figura 7 – Distribuição percentual de pais separados por grupo C e E.....	77
Figura 8 – Distribuição percentual do auto-relato de experimentação tabágica dos alunos por grupo C e E.....	77
Figura 9 – Distribuição percentual relativa à presença de fumantes na família por grupo C e E.....	79
Figura 10 – Distribuição percentual de categorias de familiares fumantes por grupo C e E.....	79
Figura 11 – Distribuição percentual de exposição tabágica em sala de aula por grupo C e E.....	82
Figura 12 – Distribuição percentual de exposição tabágica nas dependências escolares (exceto sala da aula) por grupo C e E.....	82
Figura 13 – Distribuição percentual de fumantes em contexto escolar por grupo C e E.....	83
Figura 14 – Distribuição percentual de respostas relativas à existência de cigarros não prejudiciais à saúde, por grupo C e E	85
Figura 15 – Distribuição percentual de respostas relativas ao prejuízo da fumaça do cigarro aos não fumantes, por grupo C e E.....	86
Figura 16 – Distribuição percentual de respostas relativas à dependência/vício como resultado do comportamento de fumar, por grupo C e E.....	87

Figura 17 – Distribuição percentual de respostas relativas à veiculação de informações verdadeiras em propagandas, por grupo C e E87

Figura 18 – Distribuição percentual de respostas relativas à existência de mensagens de advertência nas propagandas de cigarros, por grupo C e E.....88

Figura 19 – Comparativo dos índices percentuais de acertos nos itens relativos ao conhecimento prévio do tema tabagismo por parte dos alunos, distribuídos por grupo C e E.....89

Figura 20 - Comparativo do índice médio de acertos na avaliação de conhecimento por grupo C e E.....91

Figura 21 - Comparativo dos índices médio de acertos na avaliação de conhecimento, por grupo C, E e por sexo.....92

Figura 22 - Comparativo do escore médio da frequência de auto-relato do comportamento socialmente habilidoso por grupo C e E.....96

Figura 23 - Comparativo dos valores de escore médio de frequência do auto-relato do comportamento socialmente habilidoso, por grupo C, E e por sexo.....97

Figura 24 - Comparativo do escore médio da frequência de auto-relato do comportamento não habilidoso passivo por grupo C e E.....99

Figura 25 - Comparativo dos valores de escore médio de frequência do auto-relato do comportamento não habilidoso passivo, por grupo C, E e por sexo.....99

Figura 26 - Comparativo do escore médio da frequência de auto-relato do comportamento não habilidoso ativo por grupo C e E.....101

Figura 27 - Comparativo dos valores de escore médio de frequência do auto-relato do comportamento não habilidoso ativo, por grupo C, E e por sexo.....102

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Conjunto de habilidades sociais avaliadas pelo IMHSC.....	57
Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo sexo e idade nos grupos C e E.....	53
Quadro 2 - Descrição da intervenção educativa realizada na escola experimental.....	64
Tabela 2 - Distribuição de valores descritivos relativos à idade e ao sexo da amostra de pais ou responsáveis dos alunos.....	68
Tabela 3 - Distribuição e classificação sócio-econômica dos alunos e seus familiares.....	69
Tabela 4 - Cruzamento crosstabs dos dados de frequência absoluta e relativa do auto-relato de iniciação tabágica dos alunos com o relato de familiares fumantes.....	81
Tabela 5 - Análise descritiva dos índices de acertos da avaliação de conhecimento por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).....	90
Tabela 6 - Análise de Variância Multivariada (MANOVA) com medidas repetidas para os índices de acertos na avaliação de conhecimento por grupo C, E e por sexo, comparadas antes e após a intervenção.....	93
Tabela 7 - Análise descritiva do auto-relato de frequência do comportamento socialmente habilidoso, por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).....	95
Tabela 8 - Análise descritiva do auto-relato de frequência do comportamento não habilidoso passivo, por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).....	98
Tabela 9 - Análise descritiva do auto-relato de frequência do comportamento não habilidoso ativo, por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).....	100
Tabela 10 - Análise de Variância Multivariada (MANOVA) com medidas repetidas para o auto-relato de frequência de comportamentos habilidosos e não habilidosos por grupo C, E e por sexo, comparadas antes e após a intervenção.....	103

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento Perfil do pai ou responsável pelo aluno.....	124
Apêndice B – Instrumento Perfil do(a) Aluno(a)	128
Apêndice C – Instrumento de Avaliação do Conhecimento (Versão inicial).....	133
Apêndice D – Instrumento de Avaliação do Conhecimento (Versão Final).....	136
Apêndice E – Consentimento da Secretaria Municipal da Saúde para realização da presente pesquisa.....	139
Apêndice F – Consentimento da Direção Administrativa da escola E para realização da presente pesquisa.....	140
Apêndice G – Consentimento da Direção Administrativa da escola C para realização da presente pesquisa.....	141
Apêndice H – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido de Pesquisa para responsáveis dos alunos do grupo E.....	142
Apêndice I – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido de Pesquisa para responsáveis dos alunos do grupo C.....	143
Apêndice J – Aulas Expositivas sobre tema Tabagismo (Versão em CD-ROM).....	144
Apêndice L – Descrição da peça de Teatro 1.....	145
Apêndice M – Descrição da peça de Teatro 2.....	146
Apêndice N – Vídeo da Campanha Anti-Tabagismo (Versão DVD).....	147
Apêndice O – Descrição da vivência “A caixinha de sentimentos”.....	148
Apêndice P – Descrição da vivência “O sim e o não”.....	149
Apêndice Q – Descrição da vivência “Fazendo pedido ao prefeito”.....	150
Apêndice R – Descrição da vivência “Entrada no paraíso”.....	151

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Perfil do professor (GOLDFARB, 20000).....	153
Anexo B – Perfil do aluno (GOLDFARB, 20000).....	157
Anexo C – Roteiro de áudio e vídeo do IMHSC (DEL PRETTE DEL PRETTE, 2005).....	162
Anexo D –Ficha de resposta do IMHSC.....	169
Anexo E – Parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP de Marília.....	170
Anexo F – Cartaz com alternativa de resposta <i>sempre</i> para frequência dos desempenhos sociais avaliados pelo IMHSC.....	172
Anexo G – Cartaz com alternativa de resposta <i>às vezes</i> para frequência dos desempenhos sociais avaliados pelo IMHSC.....	173
Anexo H – Cartaz com alternativa de resposta <i>nunca</i> para frequência dos desempenhos sociais avaliados pelo IMHSC.....	174
Anexo I - Reações sociais do IMHSC segundo ordem de apresentação.....	175

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
C – Grupo Controle
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
E – Grupo Experimental
F - Feminino
IMHSC – Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças
INCA – Instituto Nacional do Câncer
IARC – International Agency for Research on Cancer
M – Masculino
MESSY - The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters
MS – Ministério da Saúde
N – Frequência absoluta
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAHO – Pan American Health Organization
PNCT – Programa Nacional de Controle ao Tabagismo
PTA – Poluição Tabagística Ambiental
SMHSC – Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças
SPA – Substâncias Psicoativas
THS – Treinamento de Habilidades Sociais
USDHHS – United States Department of Health and Human Services
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 A pandemia do tabagismo	19
1.2 Experimentação tabágica: um risco à adolescência	21
1.3 Programa nacional de controle ao tabagismo	23
1.4 A educação e os procedimentos de ensino segundo a análise do comportamento.....	26
1.5 Programas e intervenções preventivas em contexto escolar.....	32
1.6 O campo teórico das habilidades sociais na infância/adolescência sob a ótica da Análise do Comportamento	39
1.7 O campo prático das habilidades sociais na infância/adolescência sob a ótica da Análise do Comportamento.....	45
2 JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS	51
3 METODOLOGIA.....	53
3.1 Local	53
3.2 Participantes	53
3.3 Recursos Humanos	54
3.4 Equipamentos e Materiais	54
3.5 Instrumentos	54
3.5.1 Avaliação do perfil dos pais ou responsáveis	54
3.5.2 Avaliação do perfil do aluno	55
3.5.3 Avaliação de conhecimento sobre o tema tabagismo	55
3.5.4 IMHSC: Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças	57
3.6 Delineamento da pesquisa	59
3.7 Procedimentos da coleta de dados.....	59
3.7.1 Procedimentos preliminares à coleta de dados da pesquisa	59
3.7.2 Procedimentos da coleta de dados da pesquisa	60
3.7.3 Procedimentos da coleta de dados da intervenção educativa	62
3.7.4 Procedimentos de análise dos dados coletados	66
3.7.4.1 Análise dos dados coletados referentes ao perfil dos pais ou responsáveis e ao perfil do aluno	66

3.7.4.2 Análise dos dados coletados referentes ao conhecimento dos alunos sobre o tabagismo	66
3.7.4.3 Análise dos dados provenientes da aplicação do IMHSC: auto-avaliação do aluno.....	67
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1 Perfil dos pais ou responsáveis	68
4.2 Perfil do aluno	76
4.3 Conhecimento sobre o tabagismo	90
4.4 Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para crianças (IMHSC).....	95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
APÊNDICES	123
ANEXOS	152

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o uso de substâncias psicoativas (SPA) apresenta-se como uma das maiores chagas da sociedade contemporânea. Apesar das drogas não serem uma invenção do século XX, foi em suas últimas décadas que o seu uso indiscriminado alcançou enorme amplitude, levando à inclusão do abuso de tais substâncias na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 sob os códigos F1X.0 a F1X.1 (OMS, 1993).

Analisando este fenômeno da modernidade, pode-se dizer que são poucos os que acarretam tantos custos à justiça e à saúde, tantos transtornos sociais e tantas notícias negativas na mídia quanto o uso abusivo de SPA. Neste contexto, ressalta-se a aceitação social do uso das drogas lícitas, conhecidas como “oficiais” ou “permitidas por lei”. No caso do Brasil, como na maior parte do mundo, o álcool e o tabaco ocupam posição de destaque nesta categoria de drogas.

Embora não sejam tão alardeadas, as drogas lícitas são as mais consumidas e as que trazem os maiores prejuízos à saúde pública em todo o mundo. Num país como o nosso, onde os meios de comunicação imperam como principal fonte de informações, campanhas publicitárias cada vez mais sofisticadas estimulam ao uso do álcool e do cigarro, associando-os à beleza, sucesso profissional, sedução do sexo oposto e riqueza, além de mascarar os inúmeros problemas sociais decorrentes do consumo abusivo destas substâncias (PRATTA; SANTOS, 2006; NOTO; GALDURÓZ, 1999).

Almeida e Mussi (2006) atentam para o fato de que, embora igualmente precoce, o início do consumo de drogas ilícitas apenas ocorre aproximadamente 1 ano e meio após o primeiro “trago” ou o primeiro “gole”. Ou seja, o consumo de drogas legais e socialmente aceitas se caracteriza por ser a porta de entrada para o uso de drogas ilícitas, aparentemente em todo o mundo.

Enquanto o uso abusivo de álcool pode gerar comportamento social inconveniente, o mesmo não se observa diante do consumo abusivo de tabaco, fato que reforça a melhor aceitação deste último junto à sociedade. Devido a isto, durante muito tempo os efeitos danosos do tabagismo passaram despercebidos pelos profissionais da saúde, por se manifestarem de forma silenciosa e quase sempre a longo prazo, cerca de 20 a 40 anos após o início do hábito aparentemente inofensivo. Diferente do efeito produzido pela ingestão de outras SPA, o tabaco não está associado a intoxicações

agudas de seus usuários, conhecidas comumente como “*overdoses*”. As conseqüências recorrentes da exposição e uso do tabaco são tardias, e se manifestam das mais diversas formas (CANDEIAS, 1979).

1.1. A pandemia do tabagismo

O tabagismo é um relevante problema de saúde pública em todo o mundo, cuja amplitude excede os limites da bioquímica e da ciência médica nos dias de hoje. Este termo pode ser definido como: “doença epidêmica, pediátrica, crônica e contagiosa, transmissível através da propaganda e publicidade.” (MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006, p.173).

Dentre a diversidade de substâncias psicoativas disponíveis atualmente, o tabaco destaca-se por ser a maior causa isolada de adoecimento e morte evitável em todo o mundo. Soma-se a isso a verificação de que o tabagismo é uma doença pediátrica em expansão, apesar das estimativas referentes à doença e morte se manifestarem entre adultos. Cerca de 100.000 jovens todos os dias começam a fumar, sendo que 80% destes vivem em países em desenvolvimento. Além disso, sabe-se que 150 a 300 milhões de jovens fumantes irão morrer devido à comorbidades relacionadas ao uso do tabaco (WORLD BANK, 1999; WHO, 2001).

Segundo os dados mais recentes publicados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008a), o consumo abusivo de tabaco é responsável pela morte de uma pessoa a cada 6 segundos, além de ser fator de risco para 6 das 8 maiores causas de morte no mundo. Se considerarmos todos os fumantes existentes, sabe-se que um terço à metade destes morrerá devido ao uso de tabaco, com expectativa de vida de 15 anos a menos, em média, quando comparados aos não fumantes.

Caso não sejam tomadas medidas urgentes para controlar o avanço do tabagismo, cerca de 500 milhões de pessoas vivas atualmente morrerão devido a doenças tabaco-relacionadas, sendo que durante todo o século XXI, o tabagismo pode ser fatal para pelo menos 1 bilhão de pessoas (WHO, 2008a).

As estatísticas mostram que o tabagismo contribui para 5,4 milhões de mortes anuais no mundo (WHO, 2008b), sendo que destas 70% devem ocorrer nos países em

desenvolvimento, onde as conseqüências decorrentes desta doença devem dividir espaço com outros problemas básicos de saúde como desnutrição, doenças infecto-contagiosas e falta de saneamento básico e de água potável (WHO, 1999).

Estudos realizados em vários países demonstram altos índices de correlação entre o comportamento de fumar, a baixa renda e baixo nível de escolaridade. No Brasil, a probabilidade na incidência de tabagismo entre brasileiros com baixa escolaridade mostrou ser 5 vezes maior quando comparada à de brasileiros com formação superior (WORLD BANK, 2003).

Apesar da ampla divulgação dos malefícios do cigarro para a saúde, estes são tantos que a maioria das pessoas desconhece sua extensão. Em 1999, a Organização Mundial da Saúde constatou que o tabagismo é responsável por 20% das mortes causadas por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos de idade; 75% das mortes causadas por doenças pulmonares obstrutivas crônicas (como bronquite, enfisema etc); 90% a 95% dos casos de câncer no pulmão; 40% a 45% das mortes decorrentes por outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo do útero). Estes índices totalizam 200 mil mortes por ano apenas em nosso país (PAHO, 2002).

Somam-se a estes malefícios, aqueles causados pela inalação da fumaça dos derivados do tabaco (poluição tabagística ambiental - PTA) por indivíduos não-fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados, popularmente conhecido como tabagismo passivo. A PTA possui, em média, 3 vezes mais nicotina, 3 vezes mais monóxido de carbono e 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo próprio fumante após passar pelo filtro do cigarro. Atualmente, as estimativas mostram que o tabagismo passivo tornou-se a terceira causa de morte evitável em todo o mundo (IARC, 1987).

Um recente levantamento realizado pelo INCA e pelo Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro sobre mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população brasileira demonstrou que cerca de 2655 mortes anuais no Brasil são atribuíveis a doenças relacionadas ao tabagismo passivo, sendo estas câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração e acidentes vasculares cerebrais (BRASIL, 2008a).

Portanto, com amplas e bem-sucedidas estratégias de publicidade, o tabagismo arrastou, ao longo do século XX, quase um terço da população mundial a fumar cigarros, tornando-se assim, uma pandemia. O público-alvo da indústria do tabaco

caracterizava-se, primeiramente, pela população masculina, porém nos dias atuais a população jovem tem sido o principal alvo da propaganda, com ênfase para as mulheres. Dentre as estratégias utilizadas pela atual publicidade tabagística para atingir jovens mulheres destacam-se a associação do tabagismo com o desejo por independência, liberdade e beleza, por meio da ênfase dada aos múltiplos papéis sociais das mulheres na sociedade contemporânea e às características próprias da dependência biológica e social neste gênero, moldando e estimulando seu comportamento de fumante (ARAÚJO et al, 2006).

1.2. Experimentação tabágica: um risco à adolescência

Os adolescentes vivem uma fase do desenvolvimento humano caracterizada pela transição entre a infância e a vida adulta e por inúmeras adaptações e mudanças intra e inter-pessoais (WAGNER; OLIVEIRA, 2007). Tais mudanças relacionam-se à aquisição de identidade sexual, expressão de sentimentos conflitantes e necessidades de maior integração social, auto-afirmação e independência individual.

A adolescência é, de longe, o grupo etário que maior preocupação suscita quando se refere ao consumo de substâncias psicoativas, e tem mobilizado grandes esforços na produção de conhecimento a esse respeito. Isto se deve principalmente às mudanças de caráter biológico, cognitivo e sócio-emocional que caracterizam esta fase do desenvolvimento humano (BREINBAUER; MADDALENO, 2005).

A adolescência é um momento especial na vida do indivíduo. Nessa etapa, o jovem não aceita orientações, pois está testando a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo. É um momento de diferenciação em que "naturalmente" afasta-se da família e adere ao seu grupo de iguais. Se esse grupo estiver experimentalmente usando drogas, o pressiona a usar também. Ao entrar em contato com drogas nesse período de maior vulnerabilidade, expõe-se também a muitos riscos. O encontro do adolescente com a droga é um fenômeno muito mais freqüente do que se pensa e, por sua complexidade, difícil de ser abordado. (MARQUES; CRUZ, 2000, p. 32)

Um levantamento realizado entre jovens portugueses, estudantes do Ensino Médio (AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999) constatou a importância dos fatores conhecimento sobre os efeitos colaterais do fumar e crença relativa à imagem social do tabaco, em influenciar o comportamento de escolha dos adolescentes a se tornarem fumantes ou não.

A quase totalidade dos fumantes relata ter adquirido o hábito durante a fase da adolescência. As estratégias de marketing veiculadas até os dias atuais associam o uso de cigarros a temas como modernidade, independência, estilo, sofisticação e boa forma (USDHHS, 1994). A indústria do cigarro se vale da informação de que quanto mais precoce o início do consumo de cigarros, maior a dificuldade do indivíduo conseguir parar de fumar do que aquele que inicia o consumo na idade adulta (GRANERO; SÁNCHEZ, 2006).

O mais recente levantamento nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública realizado nas 27 capitais brasileiras (CEBRID, 2005) mostra que, em relação à faixa etária dos jovens pesquisados no estado de São Paulo, as menores médias de idade para o primeiro uso ou experimentação são encontradas para o álcool e o tabaco (12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente). No caso do tabagismo, destaca-se a verificação de maior incidência de uso abusivo para a faixa etária dos 16 aos 18 anos (34,9%).

A constatação da dependência à nicotina se estabelece, na grande maioria dos casos, durante a fase da juventude e adolescência, indicando que este fenômeno ocorre muito antes da permissão legal para se obter cigarros (MARQUES et al., 2001). Este fato é corroborado por estudos de Malcon e Menezes (2002), onde

O tabagismo na adolescência pode ser compreendido se considerarmos o espírito de experimentação do novo e de contestação, a identificação com seu grupo, o fácil acesso à droga e o estabelecimento da dependência à nicotina num curto espaço de tempo. (MALCON; MENEZES, 2002, p. 81).

Devido à dimensão multifatorial do problema tabagismo (econômica, política, biológica e social), a literatura apresenta uma diversidade de variáveis sociais que se caracterizam como os principais fatores de risco para a iniciação tabágica entre adolescentes. Dentre estas, destacam-se: o baixo desempenho escolar, o fato de um dos pais fumar, possuir colegas fumantes, trabalhar e estudar no período noturno, pertencer

a classe social inferior e encontrar-se na fase da adolescência. (BARBOSA, CARLINI-COTRIM; SILVA-FILHO, 1989; GIGLIOTTI; CARNEIRO; FERREIRA, 2001; GIGLIOTTI; LARANJEIRA, 2005 e AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999).

Tradicionalmente, a fase experimental do fumar estava associada a certos fatores como: meio de afirmação da maturidade e expressão de rebeldia pelos adolescentes, imitação de ídolos, desafio às autoridades, modelos de amigos e familiares fumantes e associação do ato de fumar com pessoas bem sucedidas no âmbito profissional, financeiro e sexual (CHATKIN, 2006). Porém, recentemente, alguns estudos demonstram que muitos desses fatores deixaram de apresentar tanta importância no processo inicial do comportamento de fumar. Tais estudos apontam como principal fator determinante para a fase da experimentação e curiosidade do fumar o círculo de convívio social dos adolescentes, com ênfase especial para a pressão de colegas fumantes (HORTA et al., 2001; PINTO; RIBEIRO, 2007; WAGNER; OLIVEIRA, 2007). Nestes casos, o comportamento de fumar parece reforçar a importância das relações de proximidade entre os jovens (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006).

Machado Neto e Cruz (2003) afirmam que, quanto mais cedo ocorrer a iniciação tabágica, maior é o risco de dependência e adoecimento. Um dos principais problemas relacionados à precocidade do hábito é a dificuldade de cessação. Estes autores concordam que o ponto forte para resolução deste problema seria um alto investimento pelas entidades governamentais em programas preventivos em âmbito escolar.

1.3. Programa nacional de controle ao tabagismo

Embora seja o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo (CAVALCANTE, 2005), o Brasil, por meio do MS e do INCA, vem desde 1989 investindo em medidas de controle à epidemia do tabagismo, como forma de obter melhores níveis de saúde para a população brasileira. Tais esforços culminaram na criação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo - PNCT (MS, 2004), de caráter abrangente e intersetorial.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2004), as ações desenvolvidas pelo PNCT objetivam reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, bem como a

respectiva morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Para a consecução destes objetivos, o PNCT envolve 2 grandes grupos de ações:

- a) *Ações Educativas de Caráter Preventivo*, às quais visam prevenir a iniciação tabágica entre crianças e adolescentes;
- b) *Ações de Promoção e Apoio à Cessação do hábito de fumar e conseqüente proteção ao não-fumante.*

Ambas as ações são asseguradas por políticas e iniciativas legislativas, econômicas e de comunicação social (BRASIL, 2001). Vale ressaltar os avanços da legislação brasileira relativos ao controle do tabagismo, destacando-se: a promoção de meios de divulgação para informar os cidadãos sobre os riscos relativos ao uso dos produtos derivados de tabaco e meios de proteção a exposição à poluição tabagística ambiental e à indução ao consumo (medidas de restrição à publicidade e de proibição da venda de cigarros para menores de idade).

Tais ações surgiram como medidas de contracontrole após um longo período de campanhas publicitárias que visavam estimular a iniciação e o uso de cigarros por meio da mídia, realizadas continuamente pela indústria do tabaco (das quais existem relatos desde a década de 1950, aproximadamente). Apesar de grande parte dos países, nos tempos atuais, terem desenvolvido ações de restrição às propagandas dos derivados do tabaco, a indústria de cigarros continua se utilizando de novas estratégias de marketing, desenvolvendo diversos formatos, cores e numerações estampadas nas embalagens de seus produtos com o objetivo de conquistar seus consumidores por meio de idéias falsas de liberdade, vanguarda, existência de cigarros *suaves* ou considerados menos nocivos à saúde, entre outras (MS, 2008; CORRÊA, 2006; CAVALCANTE, 2005).

Diante dessa nova estratégia da indústria do tabaco, profissionais da saúde passaram, recentemente, a desenvolver campanhas de mídia em massa de caráter anti-tabagista, para veicular mensagens de saúde por meio de jornais, revistas, rádio e televisão. Estudos canadenses e australianos do início deste século XXI demonstraram que o uso de fotos, imagens e vídeos aversivos, considerados de alto impacto devido à constatação de aversão imediata por grande parte da população, foram os que se apresentaram mais eficazes na prevenção da iniciação tabágica, bem como resultam em maior probabilidade para motivar ou estimular a atitude à cessação do hábito de fumar, quando impressos nos maços de cigarros (MS, 2008).

O teor de alto impacto destas imagens parece estimular pensamentos e emoções negativas sobre os efeitos deletérios do tabaco (AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999) e justificam a preconização por parte do Ministério da Saúde em parceria com o INCA, de se utilizar tais imagens e vídeos como materiais educativos, metodologias de capacitação e meios de divulgação de informação pela mídia, dirigidas principalmente a população de crianças e adolescentes e permitindo dar sustentação ao processo de expansão nacional do programa de controle ao tabagismo em nosso país (CAVALCANTE, 2008, no prelo). A seguir, trataremos apenas das ações educativas de caráter preventivo por sua pertinência ao tema da presente dissertação.

Meirelles e Cavalcante (2006) e Cavalcante (2005) apresentam dois tipos de estratégias de intervenção que podem ser utilizadas nas ações educativas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo estas:

- *Intervenções Pontuais:* Constituídas por campanhas de conscientização realizadas nas datas comemorativas alusivas ao tema Tabagismo (31 de Maio – Dia Mundial de Combate ao Tabaco e 29 de Agosto - Dia Nacional de Combate ao Fumo); organização de eventos comunitários e divulgação de informações pela mídia. Tais atividades devem ser realizadas com o intuito de sensibilizar a população sobre os principais malefícios do tabaco conhecidos atualmente.
- *Intervenções Contínuas:* Implantação de programas educativos previamente estruturados nas escolas (Programa Saber Saúde), em unidades de saúde (Programa Saúde e Coerência) e em ambientes de trabalho (Programa Prevenção Sempre). Desta forma, estes Programas visam à prevenção da iniciação tabágica, à criação de ambientes livres de tabaco e à sensibilização de profissionais da saúde sobre a importância da abordagem e tratamento do fumante nos diversos setores da Saúde Pública.

O Programa Saber Saúde, por sua vez, prevê a inclusão de estratégias, no currículo escolar, capazes de promover estilos de vida saudáveis, com ênfase principal à prevenção tabagística junto a alunos, professores e funcionários do contexto escolar (MS, 2004).

É importante lembrar que as ações propostas pelo Programa Saber Saúde encontram-se em total coerência com os pressupostos nos quais se baseiam os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998), os quais reivindicam a inclusão do

tema Saúde dentre os temas transversais propostos pelo MEC a constituir os currículos da totalidade das escolas brasileiras.

Dessa forma, o envolvimento das escolas em ações educativas de caráter preventivo, conforme proposto pelo PNCT, visa possibilitar a inclusão de conteúdos no currículo escolar sobre os danos do tabagismo e os fatores de proteção à exposição tabágica (por meio de instruções e atividades interativas), proporcionando melhores condições de vida saudável entre os jovens (MS, 2004).

1.4. A educação e os procedimentos de ensino segundo a análise do comportamento

A educação é o estabelecimento de comportamentos vantajosos para o ser humano e para seus descendentes no futuro (SKINNER, 1970; SKINNER, 1972 e ZANOTTO, 2000). Desta forma, planejar uma política educacional é, também, planejar o homem do futuro.

Segundo pressupostos da análise do comportamento, a função do educador não deve se limitar apenas à dimensão técnica do lecionar, mas deve, em última instância, buscar a dimensão social que permeia todo processo educativo. O educador, portanto, torna-se um importante agente de mudança do processo evolutivo da cultura: antecipa, a longo prazo, perspectivas para a sociedade e planeja condições futuras com maiores possibilidades de sobrevivência para o homem. Sendo assim, a maior contribuição para a sobrevivência da espécie humana e de sua respectiva cultura é a avaliação da relevância social de toda intervenção educativa realizada (ZANOTTO, 2000).

Para Skinner (1970), uma das formas de se investigar e compreender um comportamento operante (aquele que opera sobre o meio para gerar conseqüências) é classificar as variáveis das quais ele é função, observando se a alteração de uma dessas variáveis decorre em posterior alteração do comportamento em questão.

Em geral, o comportamento de experimentar uma SPA relaciona-se a uma expectativa de se obter seus efeitos positivos ou evitar efeitos negativos externos (SKINNER, 1970). No caso da nicotina, buscam-se seus efeitos estimulantes e/ou o alívio da ansiedade, sendo, desta forma, utilizada, no primeiro caso, como um reforçador positivo e, no segundo, como reforçador negativo. O comportamento de fumar torna-se tão poderosamente reforçado (comumente chamado de *hábito*) que leva

a um tipo especial de privação, onde o indivíduo apenas se satisfaz com a repetição deste mesmo comportamento (*um novo trago*).

Por outro lado, o tabagismo produz punições, porém tais conseqüências negativas (doenças respiratórias, cardiovasculares e câncer, por exemplo) aparecem bastante postergadas, o que caracterizam a ineficiência de aconselhamentos e advertências que apelam para estas razões, pelo simples fato de se encontrarem distantes da realidade do fumante ou iniciante no tabagismo. Segundo Abib (2001), para eliminar comportamentos inadequados, de um ponto de vista operante, torna-se necessário modificar as contingências pelas quais o comportamento é função e, no caso da iniciação tabágica, destaca-se a eficiência em programar conseqüências aversivas imediatas, como por exemplo, o uso de imagens de alto impacto emocional negativo (seção 1.3). Estudos recentes evidenciam que esta parece ser a melhor forma de prevenir o consumo de cigarros por crianças e adolescentes, bem como uma tentativa de induzir o fumante a parar de fumar. Esta metodologia atualmente está sendo utilizada por diversos países para combater a propaganda da indústria de cigarros (MS, 2008; CAVALCANTE, 2005; CORRÊA, 2006).

Considerando as afirmativas citadas acima, vale destacar que o educador, responsável por desenvolver ações educativas de prevenção primária ao tabagismo, deve buscar no contexto de vida dos adolescentes, os antecedentes e os conseqüentes do qual o comportamento de fumar é função. Tais fatores ambientais devem ser o alvo do programa de intervenção, destacando-se: identificação de normas, valores e relações interpessoais significativas que os adolescentes vivenciam; a verificação do comportamento do adolescente em seu meio social, bem como de suas prováveis conseqüências.

Portanto, o comportamento de fumar se estende além de variáveis biológicas determinantes do consumo inicial e posterior aquisição de consumo nocivo, característicos da dependência química. Já as variáveis externas ou ambientais relacionam-se aos aspectos do ambiente físico, sociodemográficos e psicossociais. Dentre essas, as mais influentes referem-se aos estímulos ambientais estressantes e ao suporte social caracterizado pelo comportamento das pessoas significativas de seu meio (ocorrência de conseqüências positivas e reforçadoras em suas relações sociais), devido à importante função potencializadora, inibidora ou reguladora dos comportamentos do indivíduo em questão.

Fica evidente a relevância de se investigar a inter-relação entre os aspectos culturais e sociais na fase de iniciação ou experimentação tabágica e o comportamento de fumar, ou seja, a inter-relação entre ambiente e comportamento, definido por Skinner como contingências de reforço (SKINNER, 1972; SKINNER, 1980; MOREIRA; MEDEIROS, 2007; ZANOTTO, 2000; BAUM, 1994).

Hanna e Ribeiro (2005) defendem que todo comportamento pode ser visto como um comportamento de escolha. Diante deste paradigma, pode-se inferir que o autocontrole é mais um tipo de controle ambiental, onde o comportamento de escolha de uma recompensa maior no futuro é preferível à escolha de recompensa menor no momento presente.

Quando “agimos com responsabilidade”, “para ser educado”, “para prevenir doenças” ... é possível que não estejamos fazendo “aquilo que mais desejaríamos naquele momento”, e sim pensando ou agindo em função das oportunidades futuras de ações e suas conseqüências. (HANNA; RIBEIRO, 2005, p. 175)

Parece incontestável a relevância de pesquisas que buscam compreender o fenômeno do autocontrole, principalmente nos casos de abuso de SPA, ao identificar nas contingências de reforçamento presentes e passadas as causas deste comportamento. A finalidade de tais investigações possibilita a realização de avanços e a produção de tecnologia comportamental aplicada a comportamentos de preservação à saúde e meio ambiente, bem como a manutenção do equilíbrio social.

Por sua vez, o papel do educador analista do comportamento é o de programar as contingências, tornando possível a emissão de comportamentos progressivamente mais próximos do comportamento final desejado, sem que para aprender o indivíduo necessite cometer erros e sofrer punições no meio em que vive. Esta forma de ensinar visa promover o desenvolvimento adequado de habilidades comportamentais e de autocontrole para lidar com situações-problema (tais como: exposição tabágica e pressões sociais favorecedoras ao consumo de cigarros), do ponto de vista afetivo, emocional, cognitivo e social, dentro e fora do contexto escolar (SKINNER, 1972; ZANOTTO, 2000; KELLER, 1972).

Enquanto a menor parte de todo comportamento humano aprendido deve ser atribuída ao *comportamento modelado por contingências* (ou seja, controle do comportamento por estímulos discriminativos não verbais, como ocorre com os

animais), a maior parte atribui-se às contingências de reforçamento sociais e mais complexas chamadas culturas (consequência do *comportamento controlado por regras*). Tal fato evidencia a importância atribuída pelos analistas do comportamento ao papel da agência educacional como principal agência de controle na construção de uma cultura com mais chances de sobrevivência (ZANOTTO, 2000).

O *comportamento controlado por regras* se encontra sob controle do estímulo *regra*, ou seja, é controlado por discriminações que envolvem enunciados verbais (falados ou escritos). Já o *comportamento modelado por contingências* aborda os comportamentos modelados e mantidos diretamente por consequências imediatas, sem envolver enunciados verbais (BAUM, 1994).

Teóricos da análise do comportamento definem o termo *regra* como um estímulo discriminativo verbal que indica uma contingência, estabelecendo consequências comportamentais mais eficazes: consequência reforçadora quando a regra é seguida e consequência punitiva por não a seguir (SKINNER, 1970; BAUM, 1994; KERBAUY, 2000; MEYER, 2003). Porém, sabe-se que a regra apenas pode envolver dois tipos diferentes de contingências, sendo estas:

- a) Contingência última: contingência que atua em um prazo relativamente longo, a qual se pode verificar depois muito tempo;
- b) Contingência próxima: contingência que atua em um prazo relativamente curto, próxima ao reforço por cumprir a regra.

Ao abordar este assunto, Baum, (1994) afirmou que as contingências últimas, embora distantes, são de maior importância ao processo de aprendizagem humano, pois referem-se a consequências favoráveis à saúde, bem-estar e sobrevivência a longo prazo.

É necessário que apenas uma única pessoa entre em contato com a contingência última para que esta, a partir de então, se encontre presente em uma determinada cultura. Este fato ocorre por meio da evolução do processo de condicionamento operante, o qual, primeiramente, promove a ocorrência de repertórios individuais mais adaptados a um ambiente em constante modificação. A evolução dos ambientes sociais ou culturas ocorre, em segundo lugar, quando um indivíduo adquire novos comportamentos por meio do comportamento de outros integrantes de seu ambiente. Portanto, o comportamento de formular e seguir regras é um componente essencial da cultura humana (BAUM, 1994; ZANOTTO, 2000).

A garantia da evolução da cultura é a ocorrência de práticas cujas conseqüências são favoráveis ao sucesso do grupo, tais como: aceitar conselhos, observar regras, considerar avisos, seguir instruções etc. É neste momento que se destaca o papel fundamental do comportamento verbal, por meio do qual se torna possível o acúmulo e a transmissão de conhecimentos (ZANOTTO, 2000).

O comportamento verbal, para Baum (1994), é uma classe de comportamento operante que necessita da presença de um ouvinte, pelo menos, para ser reforçado. É por meio do comportamento verbal que os homens podem cooperar entre si e se beneficiar do que outros já aprenderam (ZANOTTO, 2000). Dentre as diversas classes de comportamento verbal utilizadas no contexto de ensino como veículos transmissores do conhecimento já adquirido por determinada cultura, destaca-se a *instrução*, a qual se caracteriza pela

... substituição de contingências naturais por estímulos discriminativos verbais capazes de “indicar” (to prime) o comportamento, seja verbal, seja não-verbal, do aluno. Por induzirem o aluno a se comportar substituindo as contingências naturais por estímulos verbais, as instruções são eficazes em situações como as de ensino, em que as conseqüências naturais são demoradas ou ineficientes. (ZANOTTO, 2000, p. 84)

Del Prette e Del Prette (1999) situam as instruções como uma técnica cognitivo-comportamental, consistindo de explicações objetivas e claras sobre a forma que o ouvinte deve se comportar em determinada situação interpessoal. Pode ser utilizada visando: a) sinalizações para a emissão ou mudanças de comportamento do outro e b) esclarecer/informar o ouvinte sobre as variáveis do qual seu comportamento é função.

A instrução direta é a principal classe do comportamento verbal empregada na escola fundamental, sendo a única associada com a maioria das afirmações de eficiência (OGILVY, 1994). É por meio dela que se pode tornar explícito o que o aluno deve fazer. O educador, ao se comportar verbalmente, produz a mudança no comportamento verbal ou não verbal do aluno, correspondendo à aquisição de um novo repertório comportamental neste último diante das situações que vivencia.

Para Catania (1999 apud ZANOTTO, 2000), a mais importante função da linguagem é a instrução, pois permite que os indivíduos digam o que fazer e o que dizer, uns aos outros, mudando tanto comportamentos verbais como não verbais de uma determinada cultura. Corroborando com essa idéia, Skinner (1972) afirma que as

políticas que se preocupam em ampliar as instruções recebidas por cada membro de uma mesma cultura apresentam mais chances de sobreviverem satisfatoriamente.

Classes de comportamento verbal, como a instrução, devem ser utilizadas como meio de emitir conseqüências relativamente imediatas e consistentes para o comportamento humano, às quais devem atuar como se as conseqüências mais remotas estivessem disponíveis no momento presente à emissão do comportamento verbal em questão (SKINNER, 1995).

Portanto, o comportamento de formular e seguir regras (e em especial, a instrução verbal), parece ser uma das principais ferramentas utilizadas por agências de controle para a formação de autocontrole nos indivíduos, devido a sua eficiência na sobrevivência das culturas. Segundo Abib (2001):

Cabe à sociedade, às comunidades, aos grupos sociais, à escola, à família e às pessoas tomarem a si a responsabilidade de formação das crianças e dos jovens nos valores éticos e políticos. Com efeito, são essas agências de controle e essas pessoas que ensinam os controles necessários para o desenvolvimento de valores, e é aí que, ao fim e ao cabo, as crianças e os jovens adquirem autocontrole e dessa maneira tornam-se preparados para enfrentar as tarefas relacionadas com a sobrevivência das culturas. (ABIB, 2001, p. 116)

Evidencia-se, portanto, a urgente necessidade de acabar com o receio dos educadores em admitir que estejam interessados em controlar o comportamento de seus educandos, predizendo sua probabilidade, pois fica clara a evidência de que algum tipo de controle do comportamento humano parece ser inevitável (SKINNER, 1972; SKINNER, 1980; SKINNER; EPSTEIN, 1982). Para isso, vale citar duas frases que justificam sinteticamente a relevância social do uso do controle em procedimentos de ensino com seres humanos em nossas escolas: *“O controle é ético se exercido para o bem do controlado”* (SKINNER, 1995, p. 110); *“... pretendemos ser controlados por acidente, por tiranos ou por nós mesmos em um modelo cultural efetivo?”* (SKINNER; EPSTEIN, 1982, p. 143)

1.5. Programas e intervenções preventivas em contexto escolar

É atribuído à escola o papel de grande agência socializadora, com o objetivo de educar e fornecer condições que promovam não somente a formação acadêmica de seus alunos, como também o desenvolvimento e aquisição de práticas sociais adequadas para o convívio em sociedade (BRASIL, 1996; ÁRON; MILICIC, 1994).

A escola ainda se destaca como a instituição de maior referência para o comportamento e a conduta dos jovens, pois é o local onde o saber é construído por meio de interações de diferentes saberes, entre alunos e educadores. Além disso, possui um caráter irradiador de informações para a comunidade em geral (pais e professores), sendo os alunos a interface entre o saber popular e o científico (GOLDFARB, 1999).

Del Prette e Del Prette (2001a) afirmam ser o ambiente escolar um contexto social privilegiado, visto como o lugar onde as relações sociais possuem caráter educativo e ampliam a inserção do aluno “no mundo dos processos e dos produtos culturais da civilização” (p.54). O papel da escola como instituição social define-se por desenvolver as relações interpessoais dos alunos, revertendo-as na aquisição e construção de conhecimento de formação para a vida em sociedade e exercício da cidadania.

Portanto, de acordo com tais abordagens, a escola reflete em menor escala o sistema social vigente, caracterizando-se pela maneira como se dá o relacionamento de seus integrantes e conferindo-lhe uma determinada estrutura. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a; GUZZO, 2001). O funcionamento da escola deve facilitar o desenvolvimento de todos os educandos que nela se encontram, além de despertar em seus educadores a urgente necessidade de desenvolver atividades preventivas. Tais atividades visam promover a saúde psicológica dos alunos como, por exemplo, suas habilidades interpessoais, seu bem-estar, sua satisfação, seu altruísmo etc.

Os resultados encontrados em uma análise da literatura realizada por Ogilvy (1994) sugerem que déficits sociais em crianças e adolescentes são um forte prognóstico para a ocorrência de futuros problemas acadêmicos, psicológicos e sociais, tais como: delinquência, abandono escolar, baixo desempenho escolar, psicoses, uso de drogas e comportamento anti-social. Outra pesquisa que investigou o treinamento em habilidades sociais (THS) demonstrou que adolescentes rejeitados, negligenciados e controversos socialmente apresentaram alta probabilidade na emissão de *comportamentos problemas*

(impulsividade, agressividade, distração e contestação), quando comparados a adolescentes populares e avaliados como competentes socialmente entre seus pares (FRENTZ; GRESHAM; ELLIOTT, 1991).

Pesquisas de Breinbauer e Maddaleno (2005) apontam para a necessidade de intervenções escolares de promoção à saúde na fase da pré adolescência (fase caracterizada, segundo os autores, pelo período de 9 a 12 anos para meninas e 10 a 13 anos para meninos), como forma de encorajar os jovens a tornarem-se agentes de sua própria mudança comportamental, com conseqüências positivas. Entre os conteúdos a serem desenvolvidos em tais intervenções de caráter preventivo, são destacadas, pelos mesmos autores, habilidades de resistência para lidar com a exposição tabágica, sendo estas:

- a) conhecer as conseqüências a curto e longo prazo do uso do tabaco e desenvolver a habilidade de recusa/dizer não;
- b) tornar o pré-adolescente capaz de identificar ao menos um adulto com o qual possa dividir dúvidas sobre o cigarro e experiências de oferecimento e exposição a esta substância;
- c) identificar valores e expectativas dos pais relativos à emissão de comportamentos adequados para lidar com o cigarro;
- d) desenvolver a capacidade de análise crítica diante da exposição tabágica pelos mais diversos meios de comunicação (televisão, filmes, músicas, revistas etc);
- e) sentir-se autorizado a exercitar seus direitos para exigir a utilização de ambientes livres de tabaco nos mais diversos locais onde vive, estuda, trabalha e se diverte.

Nesse mesmo sentido, Tobler e colaboradores (2000, apud GREENBERG et al., 2003) realizaram uma revisão da literatura e examinaram 207 programas escolares de caráter preventivo ao abuso de SPA com adolescentes, no período de 1978 a 1998. Estes autores classificaram os programas estudados em 2 grupos, os quais totalizavam 8 tipos diferentes de programas: 5 destes utilizaram abordagem denominada “*não interativa*”, os quais foram caracterizados pela utilização de conteúdos apenas informativos ou que instruísem seus ouvintes quanto a decisões, valores e atitudes relacionados ao hábito de fumar somente; os outros 3 programas restantes utilizaram abordagem denominada “*interativa*”, a qual incluía, além do conhecimento, práticas de habilidades sociais e habilidades de vida, bem como treino comportamental para lidar com as influências sociais pertinentes à experimentação de SPA. Os resultados encontrados indicaram que

os programas denominados “*não interativos*” (exclusivamente informativos) obtiveram mínimo impacto, enquanto que os programas denominados “*interativos*” (transmissão de informações mais incremento de competência interpessoal) apresentaram maior impacto.

Dentre os programas denominados “*interativos*” por Tobler e colaboradores (2000 apud GREENBERG, 2003) que demonstraram maior efetividade na prevenção ao abuso de drogas, destacaram-se aqueles caracterizados pela promoção das habilidades de vida (com especial ênfase para o treino de habilidades de recusa e enfrentamento, de estabelecimento de objetivos, de assertividade e de comunicação); pela realização de atividades que envolviam as famílias dos estudantes e a comunidade para o qual pertenciam; por programas estruturados com duração mínima de 16 horas ou mais; e por fim, pela utilização da mídia como meio de divulgação de informações e advertências pertinentes ao tema prevenção ao abuso de drogas.

Outro dado relevante apontado nesta revisão de literatura refere-se ao fato de que, os programas cujas intervenções preventivas foram realizadas por profissionais da área de saúde mental, apresentaram efeitos mais positivos quando comparados aos programas cujas intervenções foram realizadas apenas por professores destes alunos. Para os autores (TOBLER et al, 2000 apud GREENBERG et al., 2003), este dado parece indicar a necessidade de considerável treino e suporte junto aos educadores da rede escolar de ensino para que seja possível o desenvolvimento contínuo e permanente de programas preventivos ao abuso de SPA mais efetivos nas escolas. Tais premissas se encontram em concordância com a ênfase dada pelo MS (2004) na importância de capacitações de professores e educadores, visando abordagem e inserção do tema tabagismo nos currículos formais e informais, por meio do plano de implantação do Programa de Controle ao Tabagismo nas escolas brasileiras.

Destaca-se o trabalho pioneiro de Goldfarb (2000) em nosso país, o qual objetivou pesquisar intervenções educativas direcionadas ao controle do tabagismo, caracterizado por um estudo avaliativo da experiência piloto do Programa Saber Saúde. Este estudo foi realizado em 4 escolas do município do Rio de Janeiro, com alunos de 4ª. a 8ª. série do Ensino Fundamental, por um período de 18 meses (de 1997 a 1998). As escolas participantes foram subdivididas em dois grupos (um denominado controle e o outro, experimental, ambos constituídos por escolas públicas e particulares), e avaliadas quanto ao conhecimento, atitudes e comportamento (relativo ao tabagismo), à

prevalência do número de fumantes entre os professores, bem como a prevalência de experimentação tabágica entre alunos (uso na vida, no ano, no mês, etc).

A intervenção realizada por Goldfarb (2000) utilizou abordagem educativa multidimensional, decorrente da combinação de abordagens tradicionais e psicossociais, com maior predomínio desta última. A escolha da abordagem utilizada pela autora baseou-se em estudos prévios, os quais demonstraram maiores índices de efetividade para programas de educação preventiva ao uso de SPA nas escolas cujas práticas adotadas perfaziam uma combinação de diversas estratégias educativas. Com base na abordagem multidimensional, foram elaborados materiais técnico-pedagógicos para desenvolvimento do tema tabagismo em sala de aula, metodologia de capacitação de professores e funcionários das escolas, além de instrumentais de monitoramento do processo de implementação do Programa Saber Saúde.

Dentre os resultados obtidos por Goldfarb (2000), destacam-se: o aumento do conhecimento, mudança de atitude e comportamento relacionados à redução do consumo de tabaco entre os alunos, maior prevalência de professores fumantes nas escolas públicas e diferença não significativa da prevalência da experimentação tabágica por parte dos alunos (sugerindo um efeito positivo do programa em desacelerar a tendência temporal de aumento no consumo). Por fim, a autora aponta para a necessidade de futuros estudos que avaliem o processo de implementação do Programa Saber Saúde, os instrumentos e materiais utilizados, bem como a ampliação destas ações educativas para contextos que excedessem os muros da escola (família e comunidade), os quais também são fatores de risco para a iniciação tabágica entre jovens.

Apesar do alto impacto emocional produzido pelo uso de imagens e fotos aversivas verificado em diversos estudos em diferentes países (MS, 2008; CAVALCANTE, 2005; CORRÊA, 2006), Candeias (1979) acredita que o objetivo de um programa de educação em saúde no contexto escolar deve possuir como pressuposto o enfoque de consistência contingente, ou seja, não se deve abordar exclusivamente as atitudes dos estudantes em relação ao perigo e malefícios do cigarro se os outros significantes de seu meio social possuem e reforçam o hábito de fumar. Este autor se encontra em concordância com pressupostos teóricos da análise do comportamento (SKINNER, 1972; ZANOTTO, 2000; KELLER, 1972), os quais apontam para a necessidade de abordar e intervir sobre todo o ambiente onde a criança se encontra inserida, realizando atividades de contexto extra-escolar, utilizando recursos que

mobilizem a população a modificar sua concepção e aceitação do cigarro, além da intervenção de profissionais da saúde que legitimem a informação transmitida e capacitem os educadores e professores para tornarem-se transmissores formais destes conhecimentos.

Nesse mesmo sentido, Skinner (1971 apud ABIB, 2001) e Goldiamond (1974 apud FERREIRA; MENDONÇA; LOBÃO, 2007) alertam para a necessidade de se realizar análises funcionais do comportamento-alvo em questão, modificando suas contingências culturais, principalmente para os casos onde determinado comportamento ameaça a sobrevivência de uma dada cultura, ou seja, para comportamentos que produzem conseqüências reforçadoras e positivas imediatas, porém resultam também em conseqüências negativas a longo prazo (como é o caso do comportamento de fumar). Segundo os conceitos da análise do comportamento (ABIB, 2001), dentre as mudanças de práticas culturais capazes de promover o controle atual do tabagismo estão: programar novas conseqüências negativas mais imediatas para o comportamento de fumar, tais como taxar cigarros com altos impostos e restringir locais para seu consumo; e programar o fortalecimento de novos comportamentos ou habilidades que substituam as atuais contingências pelas quais o comportamento de fumar é função, reforçando positivamente o indivíduo que não fuma ou que conseguiu parar de fumar (por meio do uso do comportamento socialmente habilidoso “*elogiar o comportamento do outro*”).

Mas o que significa o termo *prevenção*? Por prevenção de SPA, compreende-se um conjunto de estratégias e ações que objetivem a diminuição da demanda que consomem estas drogas (MEYER, 2003). Porém, as ações preventivas podem ocorrer em diferentes níveis de intervenção (dependendo da população-alvo e do perfil das ações realizadas): nível primário, secundário e terciário.

Dentre os três níveis listados acima, deter-se-á apenas nas ações de nível primário, devido à semelhança de suas atribuições ao objeto de estudo da presente dissertação de mestrado. Dessa forma, segue-se abaixo a definição de prevenção primária segundo a Organização Mundial de Saúde (NOTO; GALDURÓZ, 1999, p.148): “um conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou até mesmo de um primeiro uso.”

Este nível de prevenção pode ser realizado sob diferentes enfoques, sendo na maior parte das vezes utilizada apenas e exclusivamente a divulgação de informações ou conhecimento a respeito do tema em questão (NOTO; GALDURÓZ, 1999). Entretanto, Murta (2005) afirma que a prevenção primária, por ser direcionada a grupos de risco,

deve compreender também o treino de habilidades interpessoais como fator de proteção para a ocorrência de maiores problemas em um futuro próximo.

De acordo com pressupostos da Organização Mundial da Saúde, Minto e colaboradores (2006) desenvolveram e analisaram um programa denominado *Ensino de habilidades de vida na escola* junto a grupos de adolescentes, com o objetivo de desenvolver as habilidades de empatia, autoconhecimento, relacionamento interpessoal, lidar com sentimentos e estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico e criativo, tomada de decisão e resolução de problemas. Com esse estudo, pretendeu-se enriquecer o repertório comportamental do adolescente para lidar com situações de risco (evitando a ocorrência de abuso de drogas, gravidez precoce, violência/mortes no trânsito e contaminação de doenças sexualmente transmissíveis) e contribuir com profissionais interessados em desenvolver ações de prevenção primária em contexto escolar.

Um outro estudo, realizado por Almanza e Pillon (2004), demonstrou a relevância da abordagem do treinamento em habilidades sociais em uma intervenção preventiva como fator protetor que auxilia o jovem a evitar o consumo de cigarros e álcool, resistindo às pressões sociais que estimulam o uso e a oferta destas drogas. Nesta investigação, a assertividade e a auto-estima foram temas centrais durante a intervenção preventiva com escolares, ao proporcionar conhecimento, práticas e feedback durante o treino em interações sociais entre os alunos e destes com profissionais da saúde. As autoras concluíram que ao aprender a expressar seus próprios pontos de vista, seus sentimentos sem negar os do outro, em um momento oportuno, aumenta a probabilidade do adolescente adquirir habilidades comportamentais importantes de enfrentamento diante de situações de risco que estimulem o uso e a oferta de drogas.

Neste mesmo sentido, Wagner e Oliveira (2007) verificaram, em vários estudos da língua inglesa, que a prevalência do abuso de SPA entre adolescentes apresentou-se significativamente relacionada a deficiências nas habilidades de resistência ao oferecimento de drogas, bem como à habilidade de dizer não.

Os estudos apresentados até o momento parecem convergir para a evidência da relação entre déficit em habilidades sociais e uso de SPA, particularmente em habilidades de recusa, enfrentamento, assertividade e resolução de problemas. Na grande maioria das vezes, os adolescentes buscam as drogas como meio de fuga ou esquiva a situações aversivas sendo que, ao mesmo tempo, obtêm conseqüências reforçadoras através do reconhecimento e participação em um grupo social contingente

ao seu uso e, muitas vezes, até a sua comercialização (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Embora esta seção trate de intervenções educativas em contexto escolar, vale ressaltar os pressupostos teóricos construcionistas para contextos clínicos preconizados por Goldiamond (1974 apud FERREIRA; MENDONÇA; LOBÃO, 2007), uma vez que este autor também se baseia na abordagem teórica da análise do comportamento, em consonância com a presente dissertação. As intervenções de caráter construcionistas sugerem uma análise funcional do comportamento (ao considerar as contingências ambientais das quais o comportamento é função), orientada para a construção de novos repertórios comportamentais ou para o fortalecimento de repertórios adequados já existentes, opondo-se à eliminação de repertórios comportamentais inadequados. Desta forma, tais intervenções seguem o modelo operante, sendo um exemplo de análise aplicada do comportamento: repertórios comportamentais inadequados provavelmente desempenham importantes funções para o indivíduo que o apresenta, sendo necessário o surgimento de novos repertórios mais adequados que desempenhem a mesma função do anterior, substituindo-o (GOLDIAMDOND, 1974 apud VANDENBERGHE, 2007).

Dentre a diversidade de variáveis relevantes preconizadas acima pela autora desta dissertação, relativas à realização de análises funcionais sob enfoque contingente do tabagismo como comportamento que coloca em risco a cultura humana, fez-se necessário restringir quais as variáveis-alvo a serem investigadas no presente estudo, em função da limitação temporal para conclusão do mesmo, bem como de maior acessibilidade das informações coletadas em contexto escolar. Constituem o conjunto de variáveis-alvo investigadas: o conhecimento sobre o tema tabagismo, características sócio-econômicas, histórico tabagístico familiar e aquisição de comportamentos socialmente adequados para lidar com a exposição tabágica, apenas por parte dos adolescentes participantes. Sugere-se que variáveis como capacitação de professores e educadores e intervenções com pais e comunidade sejam realizadas e avaliadas em pesquisas futuras, fornecendo informações extremamente importantes para compreender o tabagismo mais amplamente, sob diferentes variáveis de contexto.

Portanto, os pressupostos acima parecem convergir para a importância de se desenvolver intervenções educativas que proporcionem a avaliação de múltiplos comportamentos funcionais e promovam a aprendizagem de novos comportamentos funcionalmente equivalentes ao comportamento de fumar dos adolescentes. Como já demonstrado nesta seção, a aquisição de comportamentos socialmente habilidosos pelos

jovens pode ser uma excelente ferramenta comportamental para ampliação de novos repertórios adequados, ao promover a sobrevivência da cultura em que estes se inserem, em oposição aos efeitos deletérios do hábito de fumar.

1.6. O campo teórico das habilidades sociais na infância /adolescência sob a ótica da Análise do Comportamento

A relevância em se estudar o campo teórico-prático das habilidades sociais deve-se ao fato de que, na maior parte das vezes, os seres humanos se comportam mediante relações com outras pessoas, ou seja, em interações sociais. A maior parte das funções que se estabelece em torno de um comportamento humano qualquer (sejam estimulações, reforçadores ou punições), ocorre quase sempre nos relacionamentos uns com os outros (BAUM, 1994). Além disso, a emissão de comportamentos socialmente habilidosos mostra-se bastante satisfatória para os analistas do comportamento (BOLSONI-SILVA, 2002), por favorecerem o aumento de reforçadores e, conseqüentemente, auxiliarem na prevenção e/ou redução de *comportamentos problema*, destacando-se, neste caso, o comportamento de fumar cigarros.

O estudo sobre assertividade, um dos primeiros subgrupos de investigação das relações sociais, possui longa história no campo da Psicologia Americana, e popularizou-se principalmente na década de 70. Para Hargie, Saunders e Dickson (1994) a assertividade deve enfatizar a capacidade de se atingir um equilíbrio entre assegurar os próprios direitos e não infringir o direito alheio, compreendendo 7 classes distintas de respostas: a)expor abertamente a própria opinião (mesmo que esta seja distinta e impopular); b)solicitar mudança de comportamento do outro; c)recusar pedidos abusivos dos outros e fazer pedidos razoáveis aos mesmos; d)reconhecer o próprio erro; e)dar e aceitar cumprimentos; f)iniciar e manter interações sociais; g)expressar sentimentos positivos (evitando conflitos negativos desnecessários).

Teóricos do treinamento assertivo como Alberti e Emmons (1978) e Trower (1995) distinguiram três formas de se comportar nas diferentes situações que requerem as classes de respostas enumeradas acima: a não-assertiva (mais conhecida como passiva), a agressiva e a assertiva. As respostas não-assertivas ocorrem de forma passiva, desrespeitando os próprios direitos e respeitando apenas os direitos dos outros.

As respostas de estilo agressivo levam a ameaças e violações do direito do próximo; as respostas assertivas, por sua vez, valorizam a si próprio (expressão dos próprios sentimentos e opiniões) e aos outros, não desrespeitando nenhuma das partes. As respostas assertivas são consideradas as mais adequadas socialmente (HARGIE; SAUNDERS; DICKSON, 1994): indivíduos assertivos possuem maior controle da própria vida e obtêm maior satisfação em suas relações interpessoais, pois alcançam os objetivos pretendidos com maior frequência.

O comportamento assertivo se encontrou, durante certo tempo, em posição oposta tanto ao comportamento não-assertivo ou passivo quanto ao agressivo, sendo esta uma das contribuições mais significativas dos estudos sobre assertividade, por possibilitar a caracterização do desempenho socialmente competente (ALBERTI; EMMONS, 1978 e DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Apesar de alguns autores (como CABALLO, 1996 e MESTRE, 2001) considerarem os termos assertividade e habilidades sociais como sinônimos; atualmente grande importância é atribuída ao comportamento assertivo como subgrupo integrante do conceito de habilidades sociais sendo que, nos últimos 30 anos, o campo de estudo do comportamento assertivo parece ter se limitado principalmente à afirmação de direitos e a expressão de sentimentos negativos. Dessa forma, o termo habilidades sociais passou a se tornar cada vez mais utilizado no meio científico, por possuir uma abordagem teórica mais abrangente e complexa, além do conceito de treinamento em habilidades sociais aplicar-se a toda e qualquer deficiência de natureza interpessoal, incluindo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação e àquelas concernentes a uma subcultura grupal (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Para melhor compreensão do termo habilidades sociais, faz-se necessário definir primeiramente o termo *desempenho social*, o qual se refere à emissão de comportamento(s) em um contexto social qualquer, podendo caracterizar-se tanto positivamente quanto negativamente. Já o termo *habilidades sociais* compreende a existência de diversas classes de comportamentos sociais competentes no repertório do ser humano diante das demandas de uma situação interpessoal. Porém, em muitos casos, mesmo que o indivíduo possua habilidades sociais em seu repertório, este fato não garante que ele as utilize em seu desempenho. Portanto, a *competência social* permite avaliar os efeitos do desempenho das habilidades sociais, considerando as capacidades do indivíduo em organizar seus sentimentos, pensamentos e ações em função de objetivos e valores próprios diante das mais diversas demandas sociais (DEL PRETTE;

DEL PRETTE, 1996; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1997; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Dentre a multiplicidade de desempenhos sociais emitidos, os que se enquadram como *comportamentos socialmente habilidosos* são aqueles relativos à expressão de sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos adequadamente à situação e ao contexto interpessoal em que ocorrem, respeitando a si mesmo e ao próximo, visando a resolução de problemas situacionais e minimizando a ocorrência de problemas futuros (CABALLO, 1996).

Enquanto o conceito de habilidades sociais apresenta um caráter descritivo, o de competência social, por sua vez, apresenta um caráter mais avaliativo e funcional relativo ao desempenho social. Del Prette e Del Prette (2001a) defendem que as pessoas socialmente competentes são aquelas

...que contribuem na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aquelas com quem interagem [...] o desempenho socialmente competente é aquele que expressa uma leitura adequada do ambiente social, que decodifica corretamente os desempenhos esperados, valorizados e efetivos para o indivíduo em sua relação com os demais. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a, p. 33)

O desempenho social, para ser caracterizado como habilidoso ou não, deve implicar três diferentes dimensões: (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1997; DEL PRETTE, 1999): a cultural, a situacional e a pessoal. A dimensão cultural aborda diferenças e semelhanças em valores, regras e normas sociais, culturalmente estabelecidas, que afetam a avaliação e a competência do indivíduo em seu desempenho interpessoal. A caracterização situacional do desempenho social refere-se ao contexto físico onde ocorre o comportamento, aos eventos antecedentes e conseqüentes do comportamento em questão, bem como da existência de regras implícitas ou explícitas.

A dimensão pessoal aborda tanto os componentes comportamentais abertos do desempenho social (unidades molares e moleculares, ou seja, habilidades globais e específicas), como os encobertos ou cognitivo-afetivos (pensamentos, sentimentos, percepções e expectativas relativos ao desempenho em questão) e fisiológicos (processos sensoriais, batimentos cardíacos, sudorese etc).

Del Prette e Del Prette (2006) apresentam uma forma didática de identificação das características do desempenho socialmente habilidoso, situando-o no centro de um contínuo onde em um dos extremos se localiza o comportamento não habilidoso passivo e, no outro extremo, o comportamento não habilidoso ativo. Essa forma de caracterização do comportamento socialmente habilidoso por estes autores apresenta grande semelhança com os três estilos de comportamento definidos por Alberti e Emmons (1978) e Trower (1995) no treinamento assertivo, já apresentado anteriormente. A seguir, estão descritos os três estilos possíveis de se comportar socialmente nas mais diversas situações interpessoais:

- Comportamentos socialmente habilidosos: comportamentos emitidos pelo indivíduo diante das demandas interativas de seu meio, integrantes de um desempenho socialmente competente, por expressarem coerência entre componentes abertos e encobertos e adequação entre as demandas interpessoais e suas respectivas conseqüências;
- Comportamentos não-habilidosos passivos: comportamentos emitidos pelo indivíduo diante das demandas interativas de seu meio, expressos na forma encoberta devido a sentimentos de incômodo, mágoa, ressentimento, ansiedade e/ou caracterizados por comportamentos de esquiva/fuga e ausência de enfrentamento das demandas interpessoais;
- Comportamentos não-habilidosos ativos: comportamentos emitidos pelo indivíduo diante das demandas interativas de seu meio, expressos na forma aberta da agressividade física e/ou verbal, ironia, autoritarismo, coerção e negativismo.

Embora existam diferenças culturais associadas às diferentes faixas etárias do ser humano, a presente autora desta dissertação de mestrado classificou um conjunto de 7 classes de habilidades sociais relevantes à infância (propostas por DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005 e DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006) como sendo também relevantes para a população adolescente, considerando, primeiramente, a semelhança de problemas e demandas interpessoais entre ambas as populações nos diversos contextos no qual estas se encontram inseridas e, em segundo lugar, o fato do período da

adolescência caracterizar-se como a última fase da infância, pois ambas as fases co-participam do processo de preparação para a vida adulta. Segue-se abaixo o conjunto destas classes de habilidades, seguidas por seus respectivos componentes:

- Autocontrole e Expressividade emocional: controlar a ansiedade e o humor; tolerar frustrações; demonstrar espírito esportivo; identificar e nomear as próprias emoções e as do outro; expressar emoções tanto positivas quanto negativas; falar sobre emoções e sentimentos.
- Empatia: observar, atentar ouvir e demonstrar interesse pelo outro; assumir a perspectiva do outro e inferir seus sentimentos; respeitar as diferenças, compreender sentimentos e situações alheias; oferecer ajuda.
- Civilidade: cumprimentar e despedir-se dos outros; dizer *por favor, com licença, desculpe e obrigado*; fazer e receber elogios; cumprir regras; elaborar e responder perguntas; dirigir-se ao outro pelo nome, aguardando sua vez de falar.
- Assertividade: falar sobre as próprias qualidades e defeitos; expressar desagrado e sentimentos negativos; concordar/discordar de opiniões; lidar com gozações e críticas; pedir mudança de comportamento do outro, defender os próprios direitos, resistir à pressão do grupo de colegas; fazer e recusar pedidos.
- Fazer amizades: fazer perguntas pessoais e aproveitar as informações oferecidas pelo interlocutor; responder perguntas de conteúdo pessoal (auto-revelação); sugerir atividade; cumprimentar e apresentar-se; elogiar e aceitar elogios, cooperar; iniciar e manter conversação; identificar e utilizar jargões apropriados.
- Habilidades sociais acadêmicas: cumprir instruções verbais; prestar atenção; ignorar comportamentos distrativos dos colegas; fazer e responder perguntas do educador; aguardar sua vez de falar; oferecer, pedir e agradecer ajuda; solicitar aprovação de desempenho satisfatório;

reconhecer a qualidade do desempenho do outro; agradecer elogio/aprovação; cooperar e participar de discussões acadêmicas, atender aos pedidos dos educadores.

- Solução de problemas interpessoais: controlar a ansiedade diante de uma situação problema; identificar e nomear diferentes tipos de problemas; refletir antes da tomada de decisão; reconhecer e avaliar possíveis alternativas de solução; escolher, implementar e avaliar uma alternativa; avaliar o processo de tomada de decisão.

Segundo estes autores (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006), diante de um comportamento competente de qualquer uma destas habilidades sociais listadas acima, verifica-se a alta ocorrência de reforçadores no ambiente onde ele ocorre, modelando, mantendo ou fortalecendo o repertório da criança ou adolescente em questão. Tais reforçadores ocorrem quando o desempenho produz uma consequência desejável para este indivíduo (reforço positivo) ou quando afasta uma consequência indesejável (reforço negativo).

Dessa forma, os déficits interpessoais da criança ou adolescente em apresentar habilidades relevantes para lidar com as demandas interativas de seu meio social, podem afetar seu desenvolvimento imediato ou posterior (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005 e DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), além de constituir um fator de risco para problemas comportamentais e/ou emocionais, abuso de SPA, trajetórias anti-sociais e delinquentes, dificuldades de aprendizagem, suicídios, dentre outros.

Dentre a diversidade de fatores responsáveis pela ocorrência de déficits em habilidades sociais, ressalta-se:

- ✓ Restrição de experiências devido ao isolamento social, relação familiar empobrecida ou contingências que reforçam o comportamento dependente, punindo iniciativas;
- ✓ Contingências desfavoráveis à discriminação de sinais sociais e à aprendizagem de comportamentos socialmente competentes ou que favoreçam a emissão de comportamentos concorrentes ao comportamento socialmente habilidoso;
- ✓ Desempenho social caracterizado por sentimentos de ansiedade excessiva;

- ✓ Componentes afetivos ou cognitivos intervenientes na emissão de comportamentos socialmente habilidosos;
- ✓ Deficiências físicas, sensoriais ou mentais.

Por fim, a exemplo do comportamento de consumir ou experimentar cigarros, evidencia-se a presença de fatores restritivos, com ênfase para contingências desfavoráveis entre jovens (tais como modelo de adultos fumantes, pressão do grupo de colegas ou associar o fumar a elegância ou liberdade), às quais dificultam a discriminação de sinais sociais engajados para a sobrevivência da cultura, incluindo a aprendizagem de comportamentos socialmente habilidosos. Neste caso, parece urgente e imprescindível o papel das agências de controle em modificar as contingências ambientais, por meio da programação de conseqüências negativas mais imediatas mediante o comportamento de fumar (medidas restritivas governamentais e legislativas) ou fortalecendo comportamentos alternativos (reforçar a suspensão ou cessação ao tabagismo por meio da aquisição de comportamentos socialmente habilidosos e competentes), tornando-os equivalentes e em condições de substituí-lo (ABIB, 2001; GOLDDIAMOND, 1974 apud FERREIRA; MENDONÇA; LOBÃO, 2007).

1.7. O campo prático das habilidades sociais na infância /adolescência sob a ótica da Análise do Comportamento

Vale ressaltar, nesta seção, o interesse crescente da população, em geral, sobre o tema desenvolvimento interpessoal. Um exemplo disso é o fato das escolas, em diversos países, estarem incluindo as habilidades sociais em seus currículos por meio de cursos especiais (extra-curriculares) ou da disseminação deste tema como conteúdo obrigatório da grade curricular (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000 e DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) visa a superação de déficits no desempenho social e a promoção de desempenhos sociais mais satisfatórios, por meio de procedimentos clínicos e educativos (BOLSONI-SILVA, 2002). A literatura cada vez mais tem registrado uma abrangência de objetivos, de clientela e de contextos de aplicação dos programas de intervenção e promoção de habilidades sociais. A partir da

década de 80, principalmente, verificou-se um aumento nas referências a programas de THS realizados em contextos não-clínicos e associados à busca de padrões mais satisfatórios para a vida em sociedade. Esta nova concepção possibilitou ao THS um caráter mais educativo, destacando principalmente os contextos da família e da escola, bem como a clientela pré-escolar, pré-adolescente e adolescente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

A inserção do THS se justifica por ser este um importante fator de proteção à promoção da saúde psicológica dos indivíduos (MURTA, 2005). No período da adolescência, por sua vez, algumas habilidades interpessoais já presentes no repertório comportamental necessitam ser aprimoradas e refinadas para situações inéditas, com demandas sociais mais complexas. Neste caso, o papel do THS é o de maximizar as habilidades já aprendidas e promover novas habilidades mais adequadas às novas situações interativas dos adolescentes, conforme pressupostos de Goldiamond (1974 apud VANDENBERGHE, 2007) da análise funcional do comportamento humano.

Quanto à estrutura dos programas de HS, estes podem ser direcionados ao estabelecimento de repertórios individuais ou para intervenções em grupo. Del Prette e Del Prette (1996; 1999; 2006) defendem a potencialidade de resultados obtidos em intervenções grupais, destacando-se: o equilíbrio na participação de meninos e meninas para produção de situações cotidianas com o sexo oposto; o envolvimento motivacional de vários participantes no treino de uma mesma habilidade; capacitação simultânea de vários indivíduos em diversas habilidades (pois mesmo que o treinamento se destine a apenas um integrante, os demais também devem participar); aplicação de técnicas que necessitam de cooperação de vários participantes como modelação e ensaio comportamental; maximização do processo de aprendizagem por observação; oferecimento de feedback imediato do facilitador e feedback do próprio grupo (no fim das sessões) sobre o desempenho dos outros participantes e sobre a avaliação da intervenção; baixo custo de materiais utilizados e customização do tempo empregado pelo facilitador, entre outras.

Descrições sobre o tema THS com populações jovens (crianças, adolescentes e universitários) realizada por estes autores (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005 e DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a) demonstraram a eficiência do método vivencial em proporcionar a aprendizagem de comportamentos socialmente competentes por meio da utilização de jogos e brincadeiras. Dessa forma, o

significado do termo *vivência* empregado na abordagem das habilidades sociais refere-se a

...uma atividade de grupo, estruturada de modo análogo ou simbólico a situações cotidianas, que cria oportunidade para desempenhos específicos, permitindo que o facilitador avalie os comportamentos observados e utilize contingências pertinentes para fortalecer e/ou ampliar o repertório de habilidades sociais dos participantes. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006, p.101)

Dentre os requisitos necessários ao profissional que assume o papel de facilitador durante a implementação do formato vivencial do THS, os autores acima (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006) apontam para:

- a) Qualificação na área: experiência em treinamento teórico-prático de habilidades sociais, preferencialmente realizado por psicólogos;
- b) Conhecimento sobre princípios de aprendizagem, segundo abordagem da análise comportamental;
- c) Existência de habilidades específicas, tais como: estabelecimento de relações funcionais entre respostas e condições antecedentes ou conseqüentes, automonitoria, efetiva comunicação verbal e não verbal, controle emocional, empatia junto ao processo de aprendizagem e habilidade em manejar condições que eliciam e conseqüenciam os comportamentos em questão;
- d) Planejamento do THS segundo características dos participantes;
- e) Considerar questões éticas.

O método vivencial proporciona à intervenção um contexto educativo de treinamento bastante favorável à ocorrência de comportamentos sociais relevantes, além de proporcionar ao facilitador o uso de técnicas cognitivos-comportamentais, destacando-se a instrução, o ensaio comportamental, o reforçamento, a modelagem, a modelação, o feedback verbal, o relaxamento, as tarefas de casa, o esvanecimento, a reestruturação cognitiva e o ensino incidental (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; GUIMARÃES, 2001; CABALLO, 1996).

Outro ponto importante a ser destacado é que, para ser considerada eficaz, a intervenção deve ser capaz de produzir resultados que se prolonguem no tempo, tornando-se abrangente a novos ambientes e a novas demandas interpessoais

(SKINNER, 1970 e KEARNS, 1989). Para viabilizar a generalização, o programa deve buscar a colaboração da família e da escola, onde as habilidades recém-aprendidas devem ser exercitadas e mantidas. Ao planejar a generalização em um THS, este deve visar: a) promoção de habilidades significativas; b) variações de desempenho da habilidade treinada; c) variações de contexto; d) desvanecimento gradual de conseqüências reforçadoras; e) colaboração de colegas durante a intervenção e e) exercício de auto-aprovação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Murta (2005) realizou uma análise da produção nacional de THS em saúde mental (num total de 17 artigos descritivos), distribuídos entre prevenção primária (N=6), prevenção secundária (N=6) e prevenção terciária (N=5). Porém, a autora alerta para as limitações dos resultados de sua revisão, devido ao elevado número de trabalhos não publicados (o que levaria a vieses dos dados constatados) e ao caráter narrativos dos 17 artigos estudados. Desta forma, Murta (2005) aponta para a dificuldade em conciliar dados provenientes de evidências empíricas com a intervenção bem-sucedida do THS no “mundo real” por meio de futuras avaliações da efetividade destas intervenções a longo prazo, bem como da expansão de situações de aplicação e reaplicação, nas mais diversas situações sociais.

Milan e Mitchel (1996) apontam a relevância das intervenções avaliarem a manutenção dos efeitos do tratamento ao longo do tempo, bem como a respectiva generalização para diferentes lugares daqueles onde o comportamento foi previamente treinado, considerando tais processos como principal objetivo desejável de qualquer intervenção. Além disso, estes autores também se preocupam em diferenciar dois tipos de generalização, sendo estas: a generalização do estímulo (emissão do comportamento aprendido em diferentes locais daquele em que foi primeiramente treinado) e a generalização da resposta (emissão de comportamentos semelhantes porém não idênticos àqueles ensinados).

Para McReynolds (1989), a generalização de comportamentos aprendidos em salas de aula ou em situações clínicas para ambientes naturais não é um resultado automático ou “*natural*” de uma intervenção. Discordar desta falsa hipótese é de suma importância, pois caracteriza a necessidade de planejar e programar procedimentos que resultem em possível generalização, para aumentar sua probabilidade de ocorrência. Para este autor, uma das técnicas de maior garantia da ocorrência da generalização é a modificação seqüencial, a qual se baseia na aplicação seqüencial do treino em condições e ambientes sempre adicionais àqueles onde foram primeiramente treinados.

Corroborando com a idéia da necessidade de educadores planejarem e programarem previamente seus procedimentos de ensino, os estudos de Skinner (1970) mostram que a manutenção efetiva de um comportamento, muitas vezes, depende do resultado de um contínuo processo de modelagem, procedimento caracterizado como arranjo de reforços sucessivos de respostas cada vez mais próximas do que se pretende ensinar.

A ausência dos resultados esperados com a prática da generalização torna qualquer intervenção sem sentido e ineficaz (McREYNOLDS, 1989). O plano de generalização requer esforço e tempo adicionais, além daquele já requerido pela intervenção tradicional. Pesquisadores e estudantes do assunto dispostos a investir recursos e energia em programas interventivos, privilegiam a recompensa potencial relacionada à estimulação, auto-satisfação e vantagens para o repertório do indivíduo em questão.

Tendo em vista que as classes de habilidades sociais podem ser aprendidas e aperfeiçoadas ao longo do desenvolvimento humano, ressalta-se o caráter avaliativo da intervenção, a qual deve priorizar a identificação do repertório de habilidades sociais, bem como o levantamento de possíveis déficits e habilidades presentes no repertório comportamental de um indivíduo. Desta forma, é de suma importância o planejamento dos objetivos da intervenção para a promoção de classes de habilidades sociais relevantes, à qual não deve privilegiar somente a topografia (forma) dos comportamentos em questão, mas articular-se com o arranjo de contingências para que seja possível uma análise funcional do desempenho social, bem como das mais diversas variáveis que o controlam.

Em outras palavras, mesmo que o adolescente apresente comportamentos não habilidosos em seu repertório comportamental e que, ao produzirem conseqüências reforçadoras ou evitarem punições, tornem-se mais freqüentes e integrantes de seu repertório comportamental, é imprescindível o planejamento e a realização de intervenções que utilizem uma abordagem funcional de tais comportamentos não habilidosos, modificando as contingências em vigor que os mantêm na vida dos jovens e, posteriormente, promovendo a aquisição e o aprimoramento de comportamentos socialmente habilidosos e competentes. Portanto, no caso do comportamento de fumar, o foco estaria muito mais na construção de comportamentos mais saudáveis (como não fumar, deixar de fumar ou não experimentar cigarros) por meio da discriminação de novos reforçadores contingentes (elogios quanto à melhora na aparência visual e

olfativa, maiores oportunidades de trabalho para os não fumantes, por exemplo) que possam ampliar a capacidade do indivíduo em lidar com o consumo de cigarros (GOLDIAMOND, 1974 apud FERREIRA; MENDONÇA; LOBÃO, 2007; ABIB, 2001).

É interessante notar que programas de intervenção relacionam-se com a alteração do repertório de comportamentos operantes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a), modificando as relações entre as contingências que se estabelecem, bem como das conseqüências dos comportamentos socialmente inadequados. Assim, evidencia-se a relação positiva estabelecida entre a aquisição de novos repertórios operantes das habilidades sociais e o aumento na probabilidade de obtenção de novos reforçadores (tais como conforto emocional e melhora na qualidade e efetividade das relações sociais).

Por fim, pode-se concluir que intervenções em THS, em geral, se apresentam como uma ferramenta muito útil para a perspectiva da análise do comportamento, promovendo a descrição do repertório comportamental social do(s) indivíduo(s) bem como das conseqüências pelas quais ele é função, possibilitando a utilização de procedimentos com objetivos específicos, principalmente para o trabalho em grupo, no estabelecimento de habilidades deficitárias identificadas em seu repertório comportamental (BOLSONI-SILVA, 2002).

2. JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

Desenvolver intervenções educativas de caráter preventivo no Brasil é, no mínimo, ousado, uma vez que estudos nessa área são poucos, assim como é baixa a receptividade nas escolas a essa proposta. Diante do conteúdo exposto ao longo da seção Introdução, pode se apontar, entre os aspectos mais relevantes ao presente projeto de pesquisa:

- Escassez de estudos de avaliação da efetividade de intervenções de prevenção primária ao tabagismo em nosso país. Além disso, as iniciativas em geral, são isoladas e surgiram somente a partir da década de 1980 (NOTO; GALDURÓZ,1999);
- A amplitude das conseqüências e prejuízos do tabagismo à saúde pública no Brasil e no mundo, caracterizado como uma das maiores pandemias ainda não controlada;
- A alta vulnerabilidade da população adolescente aos fatores de risco relacionados à exposição abusiva de SPA, destacando-se principalmente a exposição tabágica;
- Escassez de estudos que investiguem a relevância de um desempenho interpessoal adequado como agente favorecedor no processo de prevenção ao tabagismo em adolescentes, bem como sua associação com o gênero;
- A importância da escola como principal agência de controle em todo e qualquer processo de ensino-aprendizagem, ao dispor de contingências de reforçamento e adequados procedimentos de ensino (como a instrução) para aquisição e transmissão de conhecimentos.

Dadas as considerações acima, o projeto de pesquisa em questão tem como objetivos principais: a) caracterizar uma amostra de pré-adolescentes estudantes de duas

escolas públicas do ensino fundamental bem como de seus familiares quanto à identificação de conhecimentos prévios sobre o tema tabagismo, perfil sócio-econômico e história tabagística e; b) avaliar, por meio de delineamento de pesquisa quase-experimental, a eficiência de uma intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo, em relação a:

1. Comparação dos índices referentes ao grau de conhecimento sobre o tema tabagismo e à frequência das classes comportamentais de habilidades sociais, por grupo Controle e Experimental e por sexo, antes e após a intervenção educativa;
2. Análise e verificação da viabilidade dos procedimentos utilizados na intervenção educativa, em contexto de sala de aula.

3. METODOLOGIA

O presente projeto de pesquisa pretende contribuir para as ações preventivas do PNCT, anteriormente apresentadas neste trabalho, por meio de intervenções educativas de prevenção primária junto a pré-adolescentes da rede pública de um município do interior do estado de São Paulo.

3.1. Local

Este estudo foi realizado em duas escolas públicas de uma cidade do interior paulista com aproximadamente cento e cinco mil habitantes, onde eram oferecidas aulas para os alunos do ensino fundamental. Vale ressaltar que ambas as escolas participantes se localizavam em uma mesma região periférica do município em questão.

3.2. Participantes

A amostra deste estudo incluiu alunos de duas classes da 5ª série do ensino fundamental durante o ano letivo de 2007, inseridos em escolas diferentes. A escola onde foi aplicada a intervenção deste estudo foi denominada grupo Experimental (E), enquanto a outra, grupo Controle (C). A amostra total de participantes foi de 61 alunos, apresentados na Tabela abaixo segundo sexo e idade.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo sexo e idade nos grupos C e E.

CARACTERÍSTICAS		NÚMERO DE PARTICIPANTES		
		Grupo Controle (n = 34)	Grupo Experimental (n = 27)	TOTAL (n = 61)
SEXO	Masculino	19 (56%)	13 (48%)	32 (52%)
	Feminino	15 (44%)	14 (52%)	29 (48%)
IDADE	10 anos	0 (0%)	2 (7%)	2 (3%)
	11 anos	22 (65%)	17 (63%)	39 (64%)
	12 anos	6 (16%)	4 (15%)	10 (16%)
	13 anos	2 (6%)	3 (11%)	5 (8%)
	14 anos	3 (9%)	1 (4%)	4 (7%)
	15 anos	1 (3%)	0 (0%)	1 (2%)

3.3. Recursos Humanos

Para a coleta dos dados durante a realização da intervenção educativa deste estudo, a pesquisadora contou com a ajuda de uma enfermeira, profissional atuante no PNCT do município onde se realizou o presente estudo. Também participaram de algumas das sessões interventivas, alunos universitários dos cursos de Enfermagem e de Medicina, realizando atividades interativas e vivenciais de caráter educativo como teatros e exposição de peças anatômicas humanas aos alunos participantes. As demais atividades de planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados foram conduzidas pela própria pesquisadora.

3.4. Equipamentos e Materiais

Para a realização deste projeto de pesquisa, foram necessários:

- 1 notebook (com entrada de CD e DVD);
- 1 projetor multimídia;
- 2 caixas de som;
- 1 aparelho de áudio portátil;
- 1 diário de campo, para registro de ocorrências durante a coleta;
- Peças de anatomia humana (“in vitro” e artificiais);
- Figurinos e cenário para realização de peças teatrais;
- Cds e DVDs com apresentações e filmagens sobre o tema tabagismo;
- Lápis preto, lápis de cor, borracha e cartazes.

3.5. Instrumentos

Abaixo, segue a lista dos instrumentos utilizados na etapa de coleta de dados, com sua respectiva descrição:

3.5.1. Avaliação do perfil dos pais ou responsáveis

O Instrumento *Avaliação do perfil dos pais ou responsáveis* (APÊNDICE A) foi elaborado pela pesquisadora e caracterizou-se por um questionário composto por questões estruturadas e fechadas (em sua maioria), visando coletar dados sócio-

econômicos dos participantes, bem como o histórico de tabagismo de seus familiares. Sua elaboração fundamentou-se no instrumento *Perfil do Professor*, utilizado por Goldfarb (2000, ANEXO A) para a coleta dos dados em sua dissertação de mestrado, sendo também preconizado pelo INCA como instrumento padrão para medidas avaliativas realizadas junto ao Programa Saber Saúde (MS, 1998) referentes a hábitos de vida, uso de cigarros e informações sobre os malefícios do tabaco de professores e funcionários das escolas brasileiras.

As alterações e adaptações realizadas no instrumento elaborado previamente por Goldfarb (2000) priorizaram atender somente os objetivos da presente pesquisa, suprimindo itens sobre a identificação do professor e incluindo um novo item referente ao levantamento de dados sócio-econômicos dos familiares dos participantes, com base no Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003). Além disso, também foram excluídos quatro itens de caráter informativo relacionados a fatores de risco para o câncer, sendo mantidos apenas aqueles referentes ao tema tabagismo.

3.5.2. Avaliação do perfil do aluno

Caracterizado por um questionário de questões previamente estruturadas (abertas e fechadas), o instrumento *Avaliação do Perfil do Aluno* (APÊNDICE B) baseou-se no instrumento de mesma nomenclatura elaborado por Goldfarb (2000, ANEXO B) como objeto de estudo de sua dissertação de mestrado, sendo também preconizado pelo INCA como instrumento padrão para o levantamento de dados do Programa Saber Saúde (MS, 1998), referentes ao perfil comportamental de pré-adolescentes e sua relação com o hábito de fumar, bem como avaliação de informações gerais sobre o tema tabagismo.

Foram realizadas pequenas alterações no instrumento *Perfil do Aluno* de autoria de Goldfarb (2000), destacando-se: a supressão de quatro itens relativos a informações sobre fatores de risco do câncer não-relacionados ao tema tabagismo, bem como a exclusão da seção *Avaliação do questionário* (ANEXO B).

3.5.3. Avaliação de conhecimento sobre o tema tabagismo

O instrumento para avaliar o conhecimento dos alunos sobre o tema tabagismo constou de um questionário pré-elaborado contendo 10 questões estruturadas, com 5

alternativas de resposta para cada questão apresentada. A elaboração deste terceiro instrumento foi realizada pela pesquisadora do presente estudo e foi alvo de um estudo piloto em uma escola pública, com uma amostra de 12 alunos. As questões que compunham o instrumento foram avaliadas por 3 juízes, os quais eram professores que ministravam diferentes disciplinas para os alunos em questão.

Tanto os alunos quanto os juízes que participaram do estudo piloto foram escolhidos de forma aleatória, por meio de sorteio. Aos juízes, foi solicitado que realizassem uma avaliação por escrito, avaliando a adequação e o grau de dificuldade das questões componentes do instrumento quando apresentadas para crianças de 11 anos de idade, tanto na linguagem utilizada quanto na formato destas (análise semântica dos itens, conforme preconizado por PASQUALI, 1999). Entre os juízes escolhidos, um era professor de ciências biológicas, outro era professor de língua portuguesa e o terceiro, professor de artes.

Dentre os 12 alunos do estudo piloto, participaram 6 meninos e 6 meninas. A cada um destes participantes foi solicitado responder ao instrumento em questão individualmente, em uma sala pequena e confortável, longe de ruídos. O aluno foi instruído pela pesquisadora para relatar suas dúvidas quanto à incompreensão de palavras ou termos existentes em cada questão do instrumento, e não quanto ao conteúdo abordado pelo mesmo. A pesquisadora registrou as dúvidas e dificuldades relatadas, além de registrar também o tempo gasto por cada aluno para responder todo o questionário.

O tempo médio aproximado gasto pela amostra do estudo piloto para responder ao instrumento de avaliação do conhecimento foi de 13 minutos. Várias alterações foram realizadas, como substituição de palavras e mudança na ordem das questões, alternando questões longas e questões curtas. A questão que sofreu maior alteração foi a questão número 3, devido ao excesso de palavras que tornavam sua leitura longa e cansativa. As alterações podem ser visualizadas comparando-se a versão inicial ou anterior ao estudo piloto (APÊNDICE C) com sua versão final (APÊNDICE D). A elaboração deste instrumento teve como última finalidade abordar os conteúdos relativos ao conhecimento dos alunos sobre os malefícios do tabaco para a saúde e para o meio ambiente, baseados na Cartilha Saúde – Prevenção do Tabagismo e outros fatores de Risco de Câncer (Ministério da Saúde, 2004).

3.5.4. IMHSC: Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

O IMHSC é a versão informatizada do *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças – SMHSC* (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005), o qual permite identificar os recursos e déficits de crianças e adolescentes em habilidades sociais.

O IMHSC é composto por:

- 21 situações de interações sociais entre crianças e entre essas e adultos, abordando habilidades sociais específicas e distintas. O Quadro 1 expõe o conjunto de habilidades sociais avaliadas pelo IMHSC. Todas as situações são acompanhadas por 3 reações expressas pela personagem principal: reação habilidosa, a reação não habilidosa passiva e a reação não habilidosa ativa, às quais se encontram descritas no ANEXO C.
- Fichas de resposta¹, às quais serviam para o registro das avaliações dos participantes da pesquisa diante de cada uma das situações do IMHSC (ANEXO D). Na parte superior da ficha havia um cabeçalho contendo espaços para que os participantes preenchessem com seus dados pessoais (nome, idade e sexo) e com dados da escola (nome da escola, nome da professora e série). A ficha também contém uma lista ascendente de 1 a 21, correspondente a cada uma das situações do IMHSC, com 3 quadrinhos de preenchimento para cada reação apresentada.

Quadro 1: Conjunto de habilidades sociais avaliadas pelo IMHSC (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2005).

Habilidades Sociais específicas e distintas avaliadas pelo IMHSC	
1. Juntar-se ao grupo em brincadeiras	12. Perguntar o porquê (questionar)
2. Recusar pedido de colega	13. Responder à pergunta do professor
3. Expressar desagrado	14. Fazer pergunta ao professor
4. Pedir ajuda a colega na sala de aula	15. Aceitar gozações
5. Solicitar mudança de comportamento do colega	16. Agradecer elogio
6. Pedir desculpas	17. Resistir à pressão do grupo
7. Demonstrar espírito esportivo	18. Consolar o colega
8. Mediar conflitos entre colegas	19. Elogiar objeto do colega
9. Negociar, convencer	20. Defender-se de acusações injustas
10. Oferecer ajuda ao colega	21. Defender o colega de acusações injustas
11. Pedir mudança de comportamento (durante brincadeiras)	

¹ As fichas de resposta são praticamente inevitáveis em aplicações em larga escala.

Os itens do IMHSC foram selecionados de acordo com a análise de outros instrumentos de medida de habilidades sociais pertinentes à literatura da área, como principalmente o MESSY (MATSON; ROTATORI; HELSEL, 1983), além da experiência prévia dos autores do IMHSC com a promoção de habilidades sociais tanto com a população infantil quanto com a adulta (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Este instrumento teve como objetivo contemplar uma diversidade de situações interpessoais que levam a reações de diferentes contextos, demandas e interlocutores, além de abordar tanto a expressão de sentimentos positivos quanto negativos.

Na frente de cada número referente às situações do IMHSC, havia três quadrinhos, onde as crianças deveriam registrar suas respostas relativas à frequência de cada uma das reações apresentadas em ordem aleatória (habilidosa, não habilidosa ativa e não habilidosa passiva). Em cada quadrinho, os participantes deveriam responder à pergunta: *“Vocês costumam fazer como esse menino fez? Sempre, Às vezes ou Nunca?”*, assinalando com as respectivas iniciais S, V ou N.

As reações habilidosas do IMHSC se caracterizam por comportamentos que expressam empatia, assertividade, civilidade, expressão de sentimentos positivos ou negativos de forma adequada, sempre em coerência entre comportamentos abertos e encobertos. As reações não habilidosas ativas, por sua vez, se caracterizam pela agressividade verbal e física, coerção, autoritarismo, ironia, sempre expressos de forma aberta. Por fim, as reações não habilidosas passivas se definem por comportamentos de fuga e esquiva do enfrentamento da situação-problema, caracterizando a forma encoberta do ressentimento, ansiedade, mágoa e incômodo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

As 21 situações do IMHSC podem ser agrupadas em 4 subescalas, sendo que apenas um item não se enquadra em nenhuma destas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006). As subescalas foram nomeadas como: 1)Empatia e civilidade (expressão de sentimentos positivos, solidariedade, companheirismo e polidez social); 2)Assertividade de enfrentamento (habilidades de afirmação e defesa de direitos e da auto-estima); 3)Autocontrole (habilidades de controle emocional diante de reação negativa ou indesejável de colega) e 4)Participação (habilidades de comprometer-se com o contexto social mesmo quando as demandas do ambiente não lhe são diretamente dirigidas).

3.6. Delineamento da pesquisa

Um dos objetivos principais deste presente estudo consiste em uma pesquisa aplicada com delineamento quase-experimental, devido à necessidade de se obter um grau de controle semelhante ao dos delineamentos experimentais, de forma que seja possível inferir sobre o efeito de um dado tratamento (COZBY, 2003). O delineamento quase-experimental é amplamente utilizado em pesquisas de avaliações de programas/intervenções de promoção à saúde, com destaque principal para programas implantados em contexto escolar (GOLDFARB, 2000; COZBY, 2003).

Após a descrição prévia dos instrumentos utilizados, pôde-se verificar que com o delineamento de pesquisa do presente estudo pretende-se avaliar a efetividade de uma intervenção educativa por meio de duas medidas, uma antes e outra após a intervenção. Para esse fim, as escolas participantes foram subdivididas em dois grupos distintos: uma escola serviu como grupo C enquanto a outra, como grupo E, porém ambos não podem ser considerados equivalentes devido à impossibilidade de se distribuir os participantes, no presente caso, de forma aleatória. Portanto, temos um *delineamento pré/pós-teste com grupo controle não equivalente* (COZBY, 2003), considerado de grande utilidade na pesquisa aplicada por tornar possível a comparação entre os escores de ambos os grupos na fase do pré-teste, demonstrando se são equivalentes ou não e, caso não sejam, permite verificar, ao menos, as alterações nos resultados antes e após a intervenção para cada grupo.

3.7. Procedimentos da coleta de dados

3.7.1. Procedimentos preliminares à coleta de dados da pesquisa

Para a realização da coleta dos dados, foi elaborado previamente um cronograma junto aos coordenadores do Projeto Municipal *Educação Saudável*, o qual é resultado de uma parceria das Secretarias da Saúde e da Educação do município de Catanduva, tendo como meta desenvolver atividades educativas sobre os diversos programas de saúde no contexto escolar da rede pública.

Após obtenção de parecer favorável nº 1873/2007 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP/ Marília em 25/07/2007

(ANEXO E), a pesquisadora contatou a Secretária Municipal de Saúde e os diretores das escolas participantes e os informou sobre o tema e os objetivos da presente pesquisa (APÊNDICES E, F e G), enquanto que aos responsáveis pelos alunos participantes foi solicitada autorização para participação durante a coleta de dados, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido de pesquisa (APÊNDICES H e I).

3.7.2. Procedimentos da coleta de dados da pesquisa

Primeiramente foi entregue aos alunos o instrumento *Avaliação do Perfil dos pais ou responsáveis* visando coletar dados sócio-econômicos dos alunos participantes e o histórico de tabagismo de seus familiares. Para tanto, junto ao questionário foi redigida uma carta endereçada aos pais e responsáveis dos alunos, solicitando que respondessem ao mesmo e estabelecendo o prazo máximo de 1 semana para sua devolução nas escolas participantes (APÊNDICE A).

O segundo instrumento (*Avaliação do Perfil do aluno*– APÊNDICE B) era destinado aos alunos para avaliar comportamentos e hábitos relacionados ao tabaco, sendo que sua aplicação se deu na própria sala de aula. A pesquisadora instruiu os sujeitos da pesquisa sobre a forma de preenchimento deste instrumento e estabeleceu uma duração máxima de 15 minutos para a entrega do mesmo devidamente preenchido.

O terceiro instrumento utilizado (*Avaliação de conhecimento sobre o tema Tabagismo* – APÊNDICE D) constou de um questionário pré-elaborado (conforme 2.4.3.) e aplicado em dois diferentes momentos da pesquisa: antes e após a intervenção. Foi esclarecido aos alunos participantes o objetivo de sua aplicação e a forma de preenchimento, estabelecendo um prazo máximo de 20 minutos para que o mesmo fosse respondido. Cada aluno recebia em sua carteira uma cópia do instrumento, sendo solicitados a aguardar em silêncio até que todas as instruções fossem apresentadas e as dúvidas pertinentes, esclarecidas. A partir de então, iniciava-se a aplicação do instrumento em sala de aula, com igualdade de condições para seus respondentes.

Após a aplicação destes 3 instrumentos, os alunos foram convidados a participar de uma auto-avaliação de frequência das situações apresentadas pelo Inventário Multimídia. Este instrumento também foi aplicado antes e após a intervenção, como forma de comparar possíveis diferenças no relato de frequências nas reações contidas no inventário. Inicialmente, a sala era organizada adequadamente para a melhor visualização das situações do IMHSC, pois devia ser pouco iluminada; a parede onde

era projetado o vídeo com as situações deveria apresentar poucos desníveis ou irregularidades e as carteiras deveriam ser dispostas na melhor posição possível. As fichas de resposta também eram distribuídas sobre cada carteira para que as crianças pudessem registrar suas respostas. (ANEXO D).

Quando todas as crianças estavam devidamente acomodadas na sala de aula, a experimentadora explicou que iriam assistir a um “filme” composto por várias situações e, que durante a apresentação deste, teriam que responder a algumas perguntas utilizando apenas lápis preto e borracha para o registro de suas respostas.

Depois que as crianças foram instruídas a preencherem as fichas com seus dados pessoais, foi solicitado que ouvissem atentamente às instruções dadas pela pesquisadora: “Serão apresentadas 21 pequenas histórias diferentes, e em cada uma delas haverá uma criança que será a personagem principal, e ela se comportará de três formas diferentes. A ficha de resposta que se encontra sobre a carteira de vocês possui uma lista que vai do 1 ao 21, os quais correspondem às 21 situações que assistirão a seguir. A cada diferente reação da personagem principal em cada situação apresentada, a imagem será “paralisada” e vocês terão que responder à seguinte pergunta: Vocês costumam fazer como esse(a) menino(a) fez? Sempre, às vezes ou nunca?. Como em cada situação serão apresentadas 3 diferentes reações, diante de cada número da lista de resposta existem 3 quadrinhos onde serão colocadas as letras S, V ou N, de acordo com cada resposta escolhida por vocês.” Cartazes com as respectivas iniciais foram afixados em local visível na sala de aula para auxiliar o preenchimento da folha de resposta. Cada cartaz correspondia a uma das três letras (S, V ou N) a serem utilizadas para o registro dos alunos, seguidas de seu respectivo significado. (ANEXOS F, G e H).

A última instrução dada aos alunos era a de que não havia respostas certas nem erradas, pois a finalidade do estudo era conhecer a frequência comportamental que atribuíam a cada reação apresentada no IMHSC. Também foi solicitado que todos fossem sinceros em suas respostas e que estivessem bastante atentos ao filme exibido.

Aos participantes era apresentada primeiramente a situação, e em seguida, cada reação separadamente. As reações foram apresentadas em seqüências aleatórias para cada situação, de forma a evitar vieses de resposta, conforme seqüência já preconizada pela versão informatizada do IMHSC (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; ANEXO I).

3.7.3. Procedimentos da coleta de dados da intervenção educativa

A intervenção educativa implementada na escola E foi conduzida pela autora desta dissertação, auxiliada por um profissional da saúde integrante do PNCT do município onde se realizou o presente estudo, conforme já citado no item 2.3. Ao todo, foram realizadas 8 sessões, com duração de aproximadamente 2 horas cada, duas vezes por semana, perfazendo um total de 16 horas de intervenção junto aos participantes deste projeto de pesquisa. Dentre as ações educativas programadas para compor a intervenção em questão, foram desenvolvidas:

- a) Realização de palestras informativas e teatros com diferentes profissionais da saúde, abordando a dependência tabágica e os danos para a saúde e o meio ambiente;
- b) Fornecimento de informações aos alunos sobre os veículos de transmissão tabágica, por meio de vivências e exposições referentes às diversas formas e disfarces utilizados pela indústria do tabaco para comercializar produtos danosos à saúde;
- c) Treinamento de habilidades sociais específicas junto aos alunos participantes para lidar com a exposição tabágica;
- d) Realização de práticas escolares que enfoquem o controle ao tabagismo, tais como promover concursos de cartazes e desenhos sobre o tema abordado, convidando os pais e a comunidade à visitação
- e) Utilização de imagens e vídeos para sensibilização dos adolescentes sobre as doenças tabaco-relacionadas e seus malefícios para o meio ambiente.

Quanto ao planejamento das sessões, estas foram intercaladas segundo o conteúdo a ser abordado, sendo as sessões ímpares de caráter informativo e, as pares, de caráter vivencial.

Nas sessões ímpares, priorizou-se o uso de diversas técnicas instrutivas visando promover a aquisição de conhecimentos e informações sobre o tema tabagismo, os quais se encontram descritos na cartilha do *Programa Saber Saúde: Prevenção do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer*, programa elaborado pelo Ministério da Saúde em

parceria com a Secretaria Nacional de Atenção a Saúde e o INCA (MS, 1998, p. 8-66). Nestas sessões também foram desenvolvidas atividades instrucionais de caráter interativo com os alunos, tais como aulas expositivas (APÊNDICE J, com uso de imagens e recursos multimídia), 2 peças de “teatro” (APÊNDICES L e M), vídeos (INCA, 2007; VALADÃO, 2007; APÊNDICE N) e exposição de peças de anatomia humana de fumantes e ex-fumantes (pulmão, estômago, faringe e etc). Tais atividades foram utilizadas como meios de promoção de debates e de reflexões sobre temas relacionados aos malefícios do tabagismo para a saúde e bem-estar do ser humano.

Quanto ao desenvolvimento das atividades vivenciais nas sessões pares, foram selecionadas 4 principais habilidades consideradas mais relevantes socialmente para lidar com a exposição tabágica e com a pressão do grupo de pares entre os pré-adolescentes, do conjunto total de habilidades sociais pertinentes à infância e adolescência preconizadas por Del Prette e Del Prette (2006). São estas: a) habilidades de autocontrole e expressividade emocional; b) habilidades de assertividade; e c) habilidades de resolução de problemas.

Após a seleção das habilidades a serem utilizadas no THS durante a intervenção educativa, foram planejadas e conduzidas 4 vivências contidas no livro *Psicologia das Habilidades sociais na infância: Teoria e prática* DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005), intituladas: *Caixinha de Sentimentos* (APÊNDICE O), *o Sim e o Não* (APÊNDICE P); *Fazendo pedido ao prefeito* (APÊNDICE Q) e *Entrada no paraíso* (APÊNDICE R), às quais parecem contemplar de forma abrangente cada uma das habilidades descritas acima.

Para a apresentação e treino de cada uma das habilidades sociais previamente selecionadas, a pesquisadora firmou um contrato comportamental junto aos participantes do grupo E, além de utilizar técnicas de reforçamento, reforçamento diferencial, discriminação, modelação aberta e encoberta, instrução verbal, orientação do desempenho (prompt ou coaching), feedback verbal, ensaio comportamental e/ou desempenho de papéis, resolução de problemas e tarefa de casa².

A descrição da intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo, realizada por este estudo no grupo E, estão apresentadas no Quadro 2, com seu respectivo conteúdo, objetivo e estratégias de intervenção.

² A tarefa de casa foi a principal técnica encontrada pela autora deste estudo como meio de instigar a generalização e manutenção dos desempenhos sociais aprendidos pelos participantes em diferentes contextos e demandas interpessoais.

Quadro 2: Descrição da intervenção educativa realizada na escola experimental.

Sessões	Conteúdo	Objetivos	Estratégias de intervenção
Sessão 1	Doenças relacionadas ao Tabagismo	- Informar sobre as diversas co-morbidades relacionadas ao Tabagismo ao longo do tempo - Informar sobre os efeitos do tabagismo para gestantes e seus bebês - Sensibilizar as crianças para os danos do tabaco para a saúde	- Aula expositiva com utilização de tecnologia áudio-visual - Vídeo - Exposição de peças anatômicas por estudantes do curso de Medicina
Sessão 2	Habilidades de Autocontrole e expressividade emocional	- Identificar e nomear sentimentos - Identificar situações e comportamentos emotivos - Responder e fazer perguntas - Aceitar gozações	- Instrução verbal - Modelação - Reforçamento positivo - Reforçamento diferencial positivo - Vivência: <i>Caixinha de sentimentos</i> - Tarefa de casa
Sessão 3	Tabagismo: História, conceito e formas de uso	- Conceituar o tabaco e identificar suas diversas formas de uso - Informar sobre as diversas substâncias presentes no cigarro de papel - Apresentar o papel da nicotina na dependência tabágica	- Aula expositiva com utilização de tecnologia áudio-visual - Teatro 1
Sessão 4	Habilidades de Assertividade	- Identificar situações onde SIM e o Não são apropriados - Identificar situações onde o SIM e o NÃO são inapropriados - recusar pedido do colega - resistir às pressões do grupo - Fazer escolhas	- Instrução verbal - Modelação - Reforçamento positivo - Vivência: <i>O Sim e o Não</i> (atividade lápis-papel em grupo) - Tarefa de casa

Quadro 2: Descrição da intervenção educativa realizada na escola experimental.

Sessões	Conteúdo	Objetivos	Estratégias de intervenção
Sessão 5	Tabaco: Seus danos sociais e sua propaganda	- Conceituar o tabagismo - Identificar o papel do tabaco no contexto sócio-econômico mundial - Identificar as estratégias da propaganda tabágica em direção ao público-alvo (jovens) - Conceituar abstinência	- Aula expositiva com utilização de tecnologia áudio-visual - Vídeo
Sessão 6	Habilidades de Assertividade	- Fazer pedidos - Identificar comportamentos assertivos de comportamentos passivos e agressivos - Expressar desagrado - Defender opinião própria - Concordar/discordar - Representar papéis - Refletir sobre o contexto sócio-comunitário	- Instrução verbal - Feedback verbal - Orientação do desempenho - Ensaio comportamental e/ou desempenho de papéis - Vivência: <i>Conversando com o prefeito</i> - Tarefa de casa
Sessão 7	O tabagismo e o meio ambiente	- Relacionar o empobrecimento dos solos pela monocultura de tabaco - Relacionar desmatamento e produção de cigarros de papel - Relacionar a poluição atmosférica e incêndios ao uso de tabaco - Conceituar o tabagismo passivo e compreender o termo <i>Ambiente Livre de Tabaco</i>	- Aula expositiva com utilização de tecnologia áudio-visual - Teatro 2 - Realização de concurso de desenho para exposição junto à comunidade
Sessão 8	Habilidades de Resolução de problemas	- Fazer pedidos - Avaliar, aceitar ou recusar justificativas e/ou pedidos - Aceitar/rejeitar críticas - Argumentar - Pedir desculpas - Persistência para solucionar problemas	- Instrução verbal - Modelação - Reforçamento diferencial - Resolução de problemas - Orientação do desempenho - Ensaio comportamental e/ou desempenho de papéis - Vivência: <i>Entrada no paraíso</i> - Tarefa de casa

Ao fim da etapa de coleta dos dados da intervenção educativa na escola E, ao grupo controle também foram oferecidas aulas expositivas, vídeos e concursos de cartazes contemplando o tema tabagismo, por questões éticas e morais.

3.7.4. Procedimentos de análise dos dados coletados

Esta etapa refere-se ao processo de tratamento dos dados coletados nos seguintes instrumentos: a) *Avaliação do perfil dos pais e/ou responsáveis*; b) *Avaliação do perfil do aluno*; c) *Avaliação do conhecimento sobre o tema tabagismo*; d) *IMHSC* (Auto-avaliação do aluno referente à frequência de comportamentos socialmente habilidosos e não habilidosos).

3.7.4.1. Análise dos dados coletados referentes ao perfil dos pais ou responsáveis e ao perfil do aluno

Ambas as avaliações foram numeradas para posterior identificação dos participantes da pesquisa, segundo ordem alfabética dos nomes de cada aluno, como meio de conservar o anonimato dos sujeitos da amostra. As alternativas de resposta foram pontuadas da seguinte forma: em escala ordinal (de 1 a n), sendo que cada número correspondia a uma opção de resposta, para posterior tabulação dos dados em planilha do programa Excel e SPSS 12.0.

Realizou-se análise descritiva com estes dados (média, desvio padrão, mínimo, mediana, máximo e percentual), reunindo-os em tabelas e gráficos para análise do perfil sócio-demográfico e histórico tabagístico dos sujeitos participantes e de seus pais ou responsáveis. Também foi realizado o cruzamento *crosstabs* dos itens nº 27 e nº 28 pertencentes ao perfil do aluno, para verificar existência ou não de correlação entre estes segundo dados da literatura pertinente ao tema tabagismo.

3.7.4.2. Análise dos dados coletados referentes ao conhecimento dos alunos sobre o tabagismo

Conforme já apresentado anteriormente, este instrumento era composto por 10 questões estruturadas, com 05 alternativas de resposta cada questão, sendo que apenas uma alternativa era correta. Dessa forma, para cada questão correta foi pontuado o valor do escore igual a 1, enquanto que para cada questão errada, o valor do escore era 0. Dessa forma, a pontuação final de cada aluno neste instrumento variava numa escala de 0 a 10.

Estas avaliações também foram numeradas para identificação dos sujeitos, sendo o valor da pontuação final de cada aluno computado e tabulado em planilha. O tratamento dos dados consistiu em análise descritiva dos participantes distribuídos por grupo C, E e por sexo (média, desvio padrão e frequência absoluta dos índices de acertos), além de análise de variância multivariada (MANOVA) com medidas repetidas (teste de hipótese para comparação das diferenças de médias dos índices de acerto), procedimento utilizado para comparar estatisticamente os participantes por grupo C e E e por sexo, em dois diferentes momentos, antes e após a intervenção.

3.7.4.3. Análise dos dados provenientes da aplicação do IMHSC: auto-avaliação do aluno

As fichas de resposta foram numeradas para a identificação dos sujeitos, da mesma forma que foi realizada nos instrumentos anteriores. As alternativas de resposta N(*nunca*), V (*às vezes*) e S (*sempre*) foram pontuadas nos valores de 0, 1 e 2, respectivamente, para posterior tabulação dos escores e valores médios de frequência das reações socialmente habilidosas, não habilidosas passiva e não habilidosas ativa. Sendo assim, a pontuação final de um aluno no IMHSC para cada auto-avaliação de um desempenho social variou numa escala de 0 a 42 (devido ao fato do instrumento ser composto por 21 situações sociais diversas), considerando-se os escores médios que variaram entre os valores de 0 a 10 como de baixa frequência (maior prevalência da resposta *nunca*); escores de 11 a 31 como de média frequência (maior prevalência da resposta *às vezes*); e os escores acima de 32 como de alta frequência (maior prevalência da resposta *sempre*).

Quanto aos resultados obtidos por meio da auto-avaliação da frequência dos desempenhos sociais por cada aluno, estes foram submetidos à análise descritiva (média, desvio padrão e frequência absoluta) e análise de variância multivariada (MANOVA) com medidas repetidas (teste de hipótese para comparação das diferenças dos escores médio de auto-relato em cada desempenho social estudado), com o intuito de verificar a existência de diferenças significativas entre os participantes no auto-relato de frequência dos comportamentos socialmente habilidoso, não habilidoso passivo e não habilidoso ativo, entre os grupos C, E e por sexo, antes e após a intervenção.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, estão descritos os resultados decorrentes da aplicação dos instrumentos:

- ✓ *Avaliação do perfil dos pais e/ou responsáveis*
- ✓ *Avaliação do perfil do aluno*
- ✓ *Avaliação de Conhecimento sobre o Tema Tabagismo*
- ✓ *IMHSC: auto-avaliação do aluno*

4.1. Perfil dos pais ou responsáveis

Nesta seção estão apresentados os dados referentes à caracterização do perfil dos pais ou responsáveis dos alunos participantes do presente estudo, com ênfase para os dados sócio-econômicos bem como para o histórico tabagístico de familiares destes.

Tabela 2: Distribuição de valores descritivos relativos à idade e ao sexo da amostra de pais ou responsáveis dos alunos.

Grupo	Sexo	N (%)	Média (Idade)	Desvio Padrão
C	F	7 (58,33%)	38,7	8,12
	M	5 (41,67%)	35,4	4,28
E	F	16 (100%)	34,7	7,35

Na Tabela 2 pode-se notar que o Grupo C apresentou um percentual ligeiramente maior de mulheres (58%) que responderam ao instrumento quando comparado ao número de homens (aproximadamente 42%), porém essa diferença foi pouco expressiva e demonstrou certo equilíbrio na participação dos pais nas atividades escolares de seus filhos. Já no grupo E, apenas mulheres (100%) responderam ao instrumento em questão, demonstrando o papel expressivo das mães ou responsáveis apenas do sexo feminino na consecução de atividades escolares dos alunos pertencentes a este grupo.

Foi verificado também um total de 12 respondentes ao presente instrumento pertencentes ao Grupo C, representando uma devolutiva de apenas 43% do total de pais ou responsáveis participantes deste Grupo; enquanto que no grupo E, 16 pessoas responderam ao instrumento, representando um índice de 76% de devolutiva. Além disso, a média de idade dos respondentes foi bastante próxima entre os grupos C (38,7 para mulheres e 35,4 para homens) e E (34,7 para as mulheres), dado que parece demonstrar certa semelhança entre os mesmos.

A seguir, a tabela 3 permite observar a distribuição e classificação sócio-econômica dos responsáveis pelos alunos, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ABEP, 2008).

Tabela 3: Distribuição e classificação sócio-econômica dos alunos e seus familiares.

Classificação	Grupo Controle (%)	Grupo Experimental (%)	Renda Média
A1	0,00	0,00	R\$9.733,47
A2	0,00	0,00	R\$6.563,73
B1	8,3	0,00	R\$3.479,36
B2	16,7	25,00	R\$2.012,67
C1	0,00	37,5	R\$1.194,53
C2	58,3	25,00	R\$726,26
D	16,7	12,5	R\$484,97
E	0,00	0,00	R\$276,70

Em uma análise geral, a Tabela 3 apresenta o grupo C distribuído nas classificações B2, C2 e D, destacando uma concentração expressiva para a classificação C2 (28,3%). Por outro lado, o grupo E apresentou uma maior distribuição nas classificações B2, C1 e C2 (renda mensal variável de R\$726,26 a R\$2.012,67), com destaque para a classificação C1 (37,5%), seguida pelas classificações B2 e C2 (cada uma perfazendo 25% da amostra). Desta forma, pode-se concluir que o Grupo C possui renda mensal pouco menor que a do grupo E, pois neste último a renda se apresentou melhor distribuída em diferentes grupos classificatórios (B2, C1 e C2).

Por sua vez, as Figuras presentes neste subitem 4.1 apresentam a distribuição das respostas dos pais ou responsáveis no preenchimento dos itens restantes do instrumento em questão, considerados passíveis de análise descritiva. Desta forma, foram selecionados apenas os itens 3, 6, 17, 18 e 22, respectivamente considerados relevantes ao presente estudo. A seleção de apenas alguns itens foi necessária devido ao fato de

que maioria dos itens que compunham o instrumento em questão relacionava-se aos hábitos do comportamento de fumar, destinando-se apenas aos respondentes fumantes e possibilitando uma ampla variedade de respostas, consideradas irrelevantes aos objetivos do presente estudo. Além disso, o baixo número de respondentes nestes itens impossibilitou posterior análise e comparação entre suas respostas.

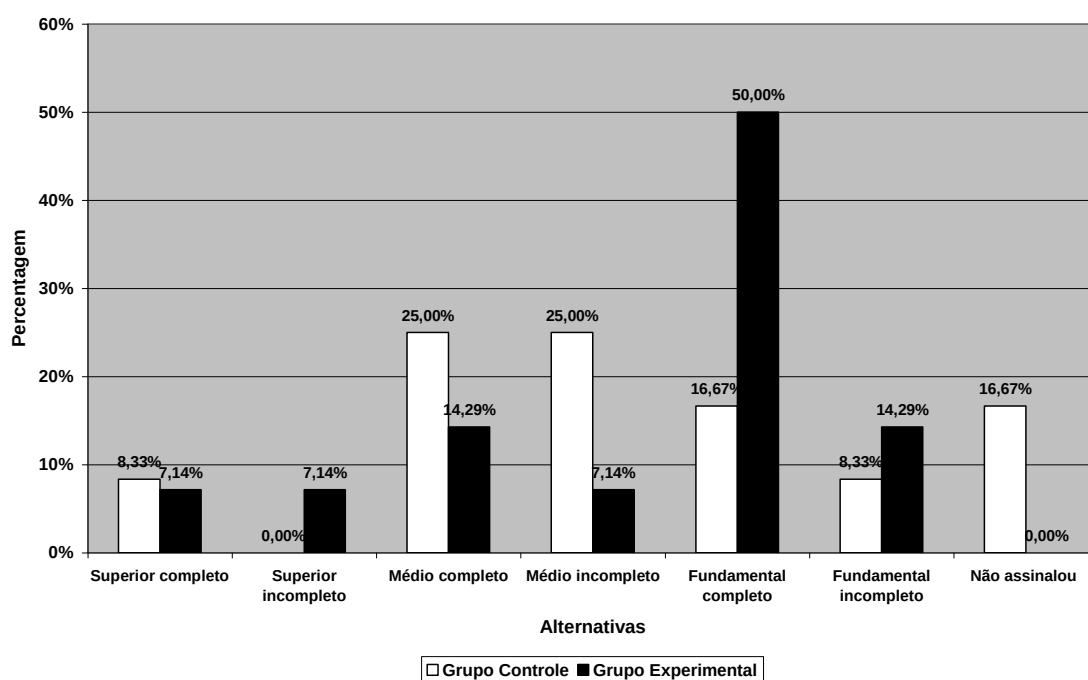


Figura 1: Distribuição percentual dos pais ou responsáveis por grau de escolaridade e por grupo C e E.

A Figura 1 trata da distribuição dos responsáveis por grau de escolaridade, desde o ensino superior completo ao ensino básico ou fundamental incompleto. O grupo C, por sua vez, apresentou maior distribuição de seus respondentes nas alternativas ensino médio completo, ensino médio incompleto e fundamental completo. Já no grupo E prevaleceu que a maioria dos pais respondentes (50% da amostra total) possuíam o ensino fundamental completo.

As pesquisas de levantamento sobre o uso de SPA em vários países demonstram que, atualmente, a prevalência de tabagismo se concentra principalmente nas populações de baixa renda e baixo nível de escolaridade, o que justificou a relevância do presente estudo em realizar a intervenção educativa em questão com populações de níveis sócio-econômicos médio a baixo nas cidades de nosso país (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; MEIRELLES;

CAVALCANTE, 2006). Segundo dados do Banco Mundial, o consumo dos derivados de tabaco aumenta os índices de fome e de pobreza no mundo, levando muitos pais a deixar de comprar alimentos para sua família para comprar cigarros e seus derivados. Pesquisadores da área acreditam que isso ocorre devido o tabaco ser uma das SPA de menor custo para o consumidor, inclusive mais acessível do que a comida em grande parte dos países de terceiro mundo (WORLD BANK, 2003).

Pinto e Ribeiro (2007) atentam para o fato do baixo preço do cigarro e seus derivados serem fatores que facilitem seu acesso por jovens e adolescentes, principalmente aqueles provenientes de famílias de baixa renda. Soma-se ao baixo custo do tabaco a inoperância das atuais agências de controle e de seus procedimentos controladores, caracterizados no presente estudo, pelo governo brasileiro e pelo devido cumprimento de suas leis relativas ao controle do tabagismo. Dentre as diversas medidas de contracontrole atualmente conhecidas em nosso país, destacam-se: a participação cada vez maior de cigarros no mercado ilegal e a inoperância da legislação brasileira que proíbe a venda dos derivados de tabaco a menores de idade (incluindo a facilidade de venda por unidades destes produtos em ambientes freqüentados por adolescentes). Portanto, o controle atualmente exercido pelo governo brasileiro não tem se demonstrado eficaz, gerando comportamentos de fuga e resistência passiva por parte dos controlados, o que caracteriza o fumo como uma das SPA de maior prevalência nos grupos sociais de menor renda no Brasil (SKINNER, 1953).

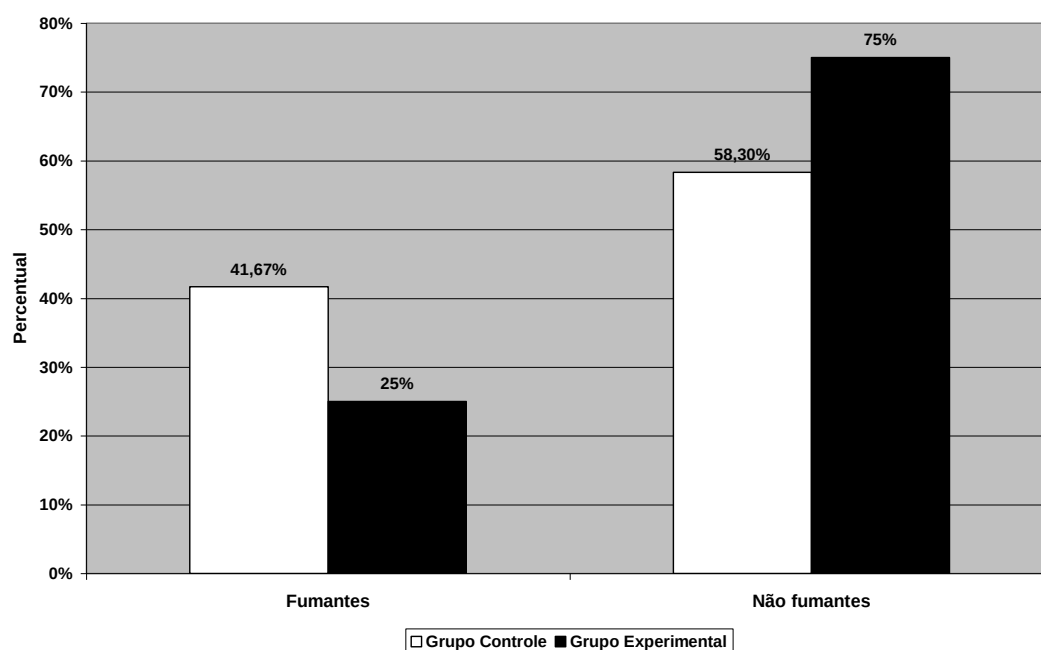


Figura 2: Distribuição percentual de pais ou responsáveis fumantes e não fumantes por grupo C e E.

A Figura 2 demonstra se o respondente é fumante atualmente. O grupo C apresentou um número mais expressivo de fumantes (41,67%) que o grupo E (25%). Porém, é importante ressaltar que este percentual não se refere à totalidade dos pais ou responsáveis, pois a devolutiva do instrumento foi parcial, como já citada anteriormente, refletindo, portanto, apenas uma amostra desta população estudada.

A presença do hábito de fumar em família parece estar relacionada a um dos principais fatores de risco para a iniciação do jovem ao tabagismo, devido a fatores genéticos, influências sociais e ao fácil acesso e disponibilidade de tabaco em seu lar (PRESMAN, 2006). Diversos autores concordam com esse posicionamento, destacando a influência exercida sobre o comportamento do adolescente quando progenitores ou familiares, com quem estes convivem, provêm modelos negativos de comportamento tais como o comportamento de fumar (AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; PRATTA; SANTOS, 2006; PINTO; RIBEIRO, 2007; ALMEIDA; MUSSI, 2006).

Outro dado relevante é a discordância dos resultados verificados nas Figuras 1 e 2 com a alta probabilidade do consumo de tabaco e seus derivados entre brasileiros com baixa escolaridade (WORLD BANK, 2003; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999). No presente caso, apesar da verificação de baixa escolaridade pela amostra em estudo, este não se mostrou diretamente associado com a alta incidência de fumantes. Porém, ao analisar a Tabela 3, constatou-se uma classificação sócio-econômica ligeiramente mais baixa para o grupo Controle (classificação C2) quando comparado ao grupo Experimental (classificação C1). Estes resultados se apresentam coerentes com aqueles verificados na Figura 2, onde a incidência de fumantes é maior no grupo Controle (41,67%) do que no grupo Experimental (25%). Outra hipótese sugerida para a não verificação de alta incidência de fumantes na amostra em estudo pode se resumir ao fato desta se encontrar bastante reduzida, o que pode ter resultado em desacordo com a realidade brasileira sobre fatores de risco ao tabagismo (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006).

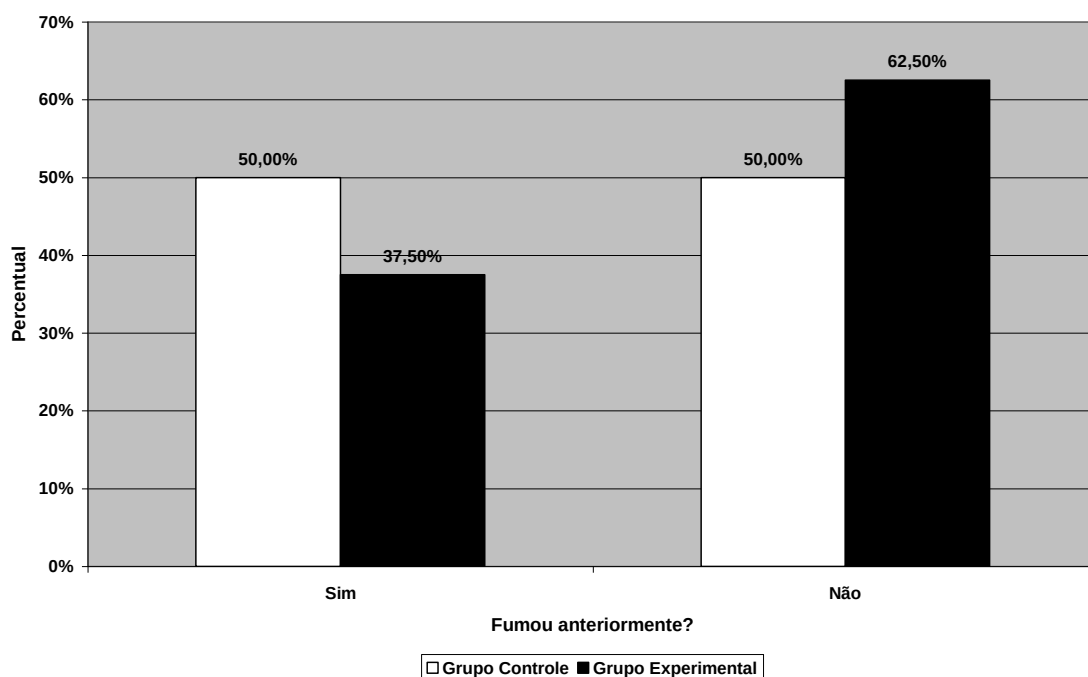


Figura 3: Distribuição percentual de pais ou responsáveis fumantes em algum momento da vida, por grupo C e E.

O próximo item visualizado na Figura 3 perguntou ao respondente se este já fumou cigarros em algum episódio de sua vida. Foi encontrada uma distribuição de 50% no grupo C para a resposta afirmativa, enquanto que no grupo E esta distribuição foi de 37,50%. Esses resultados evidenciam que em ambos os grupos existem pais ou responsáveis que podem ser classificados como ex-fumantes, os quais, segundo Presman (2006) constituem fator de proteção para que seus filhos sejam menos propensos a começar a fumar. Para essa autora, pais ex-fumantes devem relatar a seus filhos sobre sua dificuldade em abandonar o hábito de fumar, mas também enfatizar sobre seu sucesso e ganhos a curto e longo prazo em relação à saúde (como, por exemplo, melhoras na aparência física, no amarelamento dos dentes, no mau hálito, no fôlego, desaparecimento de tosse, melhora no desempenho físico, entre outros).

A Figura 4, abaixo, apresenta a idade de início do comportamento de fumar dos respondentes deste instrumento. Observou-se que a grande maioria não assinalou uma idade específica, mas dentre os que a assinalaram, o maior índice de distribuição foi encontrado por volta dos 14 anos de idade. Estes dados se encontram corroborados com a literatura da área (SCIVOLETTO; FOCCHI, 2006; MARQUES et al, 2001; PRATTA; SANTOS, 2006; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; MARQUES; CRUZ, 2000; FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; PINTO; RIBEIRO, 2007), pois evidenciam que a quase totalidade de adultos fumantes ou ex-fumantes relataram iniciar o consumo

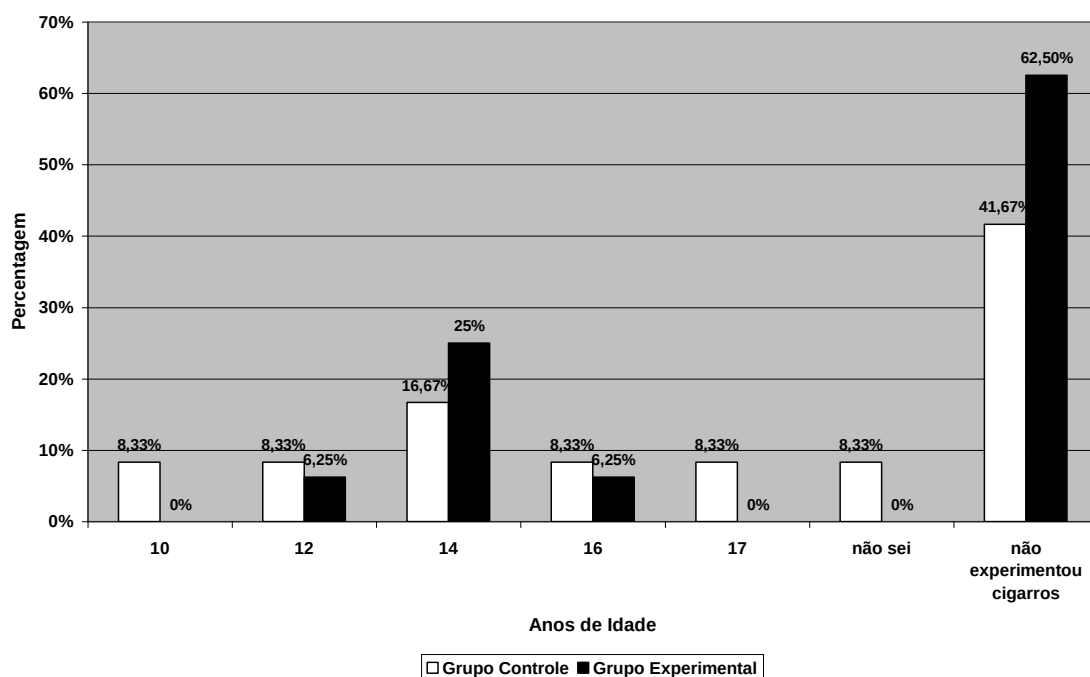


Figura 4: Distribuição percentual etária de experimentação tabágica de pais ou responsáveis por grupo C e E.

de tabaco na fase da adolescência, consumo esse que ocorreu muito antes da permissão legal para se obter cigarros e seus derivados.

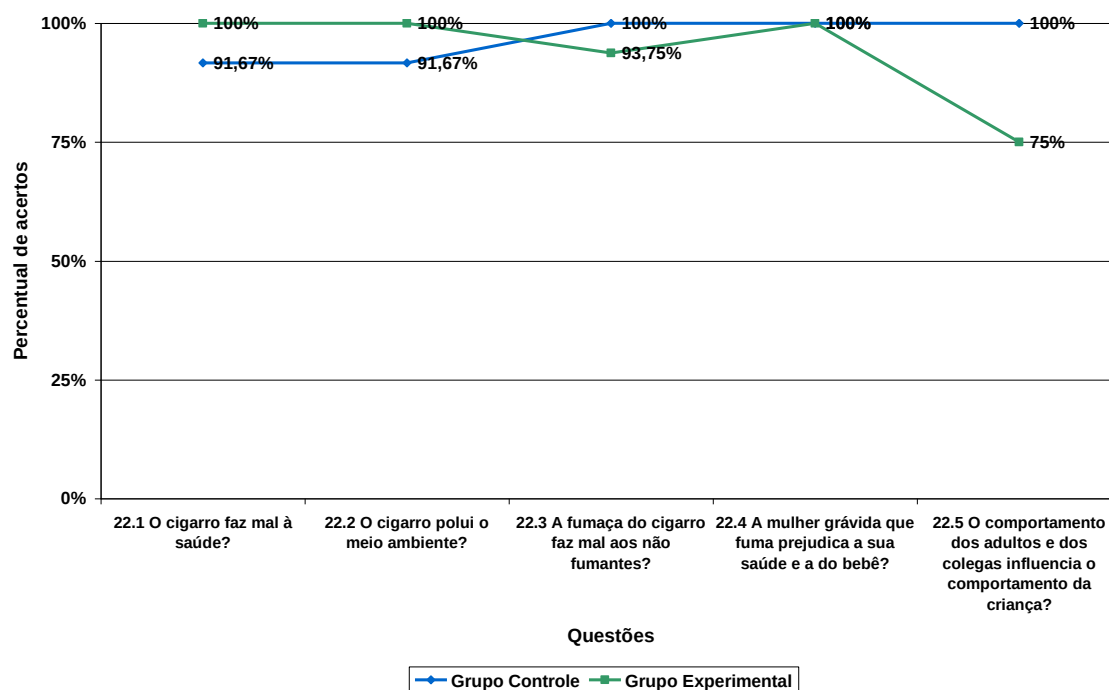


Figura 5: Comparativo dos índices percentuais de acertos nos itens relativos ao conhecimento prévio do tema tabagismo, por parte de pais ou responsáveis, distribuídos por grupo C e E.

Por fim, a Figura 5 pretende demonstrar um comparativo entre os índices percentuais de acertos dos itens relativos à avaliação de conhecimento prévio dos respondentes dos grupos C e E sobre informações relacionadas ao tema tabagismo, apresentadas por meio de 5 alternativas (itens 22.1; 22.2; 22.3; 22.4 e 22.5., respectivamente do instrumento em questão). Os respondentes deveriam assinalar *concordo*, *discordo* ou *não sei* para cada alternativa apresentada, sendo a concordância a resposta correta para todas as alternativas desta questão.

Ao analisar os dados obtidos na Figura 5 em questão, nota-se que em quase todas as alternativas, tanto para o grupo C quanto para o E, o índice de concordância de pais e/ou responsáveis foi superior a 90% em relação às informações apresentadas, demonstrando elevado grau de conhecimento sobre os malefícios do cigarro para a saúde e o meio ambiente por meio destes. A única exceção ocorreu na última alternativa (22.5), onde o grupo E apresentou 75% de concordância, índice aparentemente alto, porém inferior à média de concordância do grupo C nesta mesma alternativa, como também inferior à média de concordância do grupo E em todas as alternativas anteriores.

Porém, os resultados encontrados no presente estudo discordam quanto a verificação de alta associação entre tabagismo e o pouco acesso a informação sobre temas relacionados à saúde, mencionada por extensa literatura da área (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006). Atualmente, no Brasil, este quadro parece estar se revertendo devido a políticas públicas de controle ao tabagismo cada vez mais frequentes e abrangentes visando o acesso a informação sobre os malefícios de seu uso pelos mais diversos meios de comunicação, como televisão, rádio, jornais, revistas e etc. Este fato fica bastante evidenciado na Figura 5, quando se verifica o alto índice de acertos por parte dos pais sobre conhecimento e informações relativos ao tema tabagismo. Por outro lado, sabe-se que o fator conhecimento possui grande influência sobre a iniciação tabágica (por isso sua relevância como procedimento desta intervenção em estudo), porém pouca ou quase nenhuma associação com a cessação ao hábito de fumar (VIEGAS, 2006).

Comparando em linhas gerais os perfis dos pais ou responsáveis dos grupos C e E nesta Figura 5, pode-se verificar uma tendência a semelhança entre estes grupos, com algumas diferenças em determinados itens, porém pouco significantes até o presente

momento. Parece relevante destacar mais uma vez que estes dados referem-se apenas a uma parcela do total de pais ou responsáveis dos participantes desta pesquisa.

4.2. Perfil do aluno

A seguir, estão descritos e agrupados os dados relativos ao perfil comportamental do aluno e sua relação com o hábito de fumar. Além disso, devido à composição do presente instrumento, alguns dados coletados referem-se a informações gerais sobre o tema tabagismo por parte destes alunos.

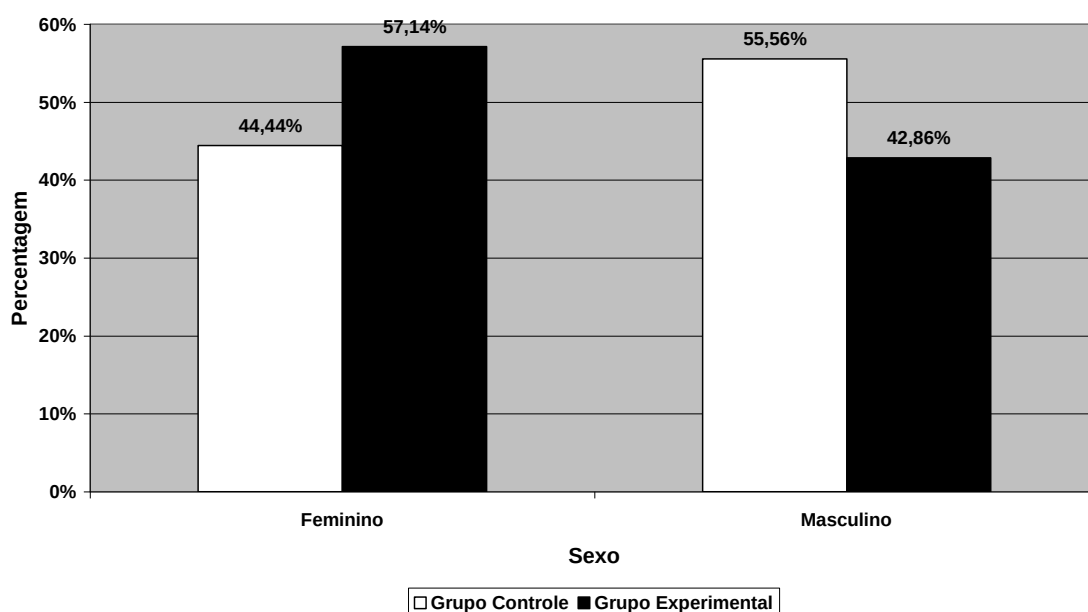


Figura 6: Distribuição percentual dos alunos por sexo nos grupos C e E.

Ao analisar a Figura 6, acima, verifica-se que do total de alunos que responderam ao Instrumento referente ao perfil do aluno no grupo C, 44,44% eram do sexo feminino (N=12) e 55,56%, do sexo masculino (N=15). Enquanto isso, do total de respondentes ao instrumento em questão do grupo E, 57,14% eram do sexo feminino (N=12) e 42,86% do sexo masculino (N=9). A Figura 6 mostra que a diferença entre meninas e meninos em ambos os grupos C e E se encontra bastante equilibrada (distribuição de 12,7% maior para meninas e para meninos nos grupos C e E, respectivamente).

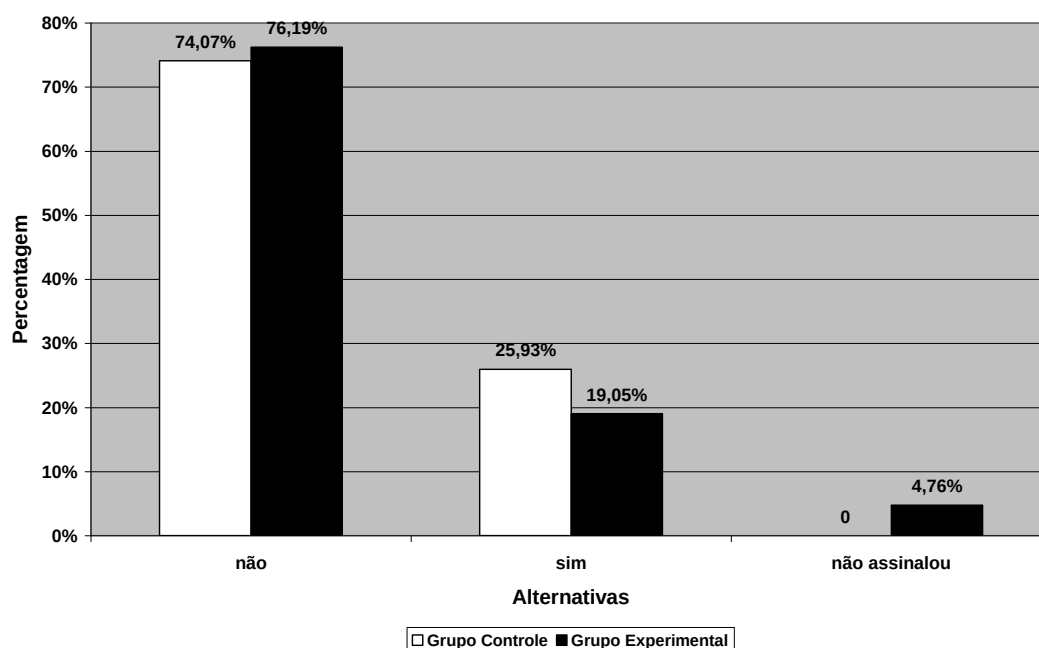


Figura 7: Distribuição percentual de pais separados por grupo C e E.

Por sua vez, a Figura 7 apresenta os índices percentuais de pais separados (condição marital dos pais) por grupo C e E. A análise destes dados demonstra que o grupo C apresentou um índice aparentemente maior de pais separados (25,93%) quando comparado ao grupo E (19,05%). Entretanto, essa diferença não parece ser expressiva entre os grupos, pois o índice de alunos que responderam negativamente a essa questão, tanto no grupo C quanto no E, apresentou-se muito próximo (74,07% e 76,19%, respectivamente).

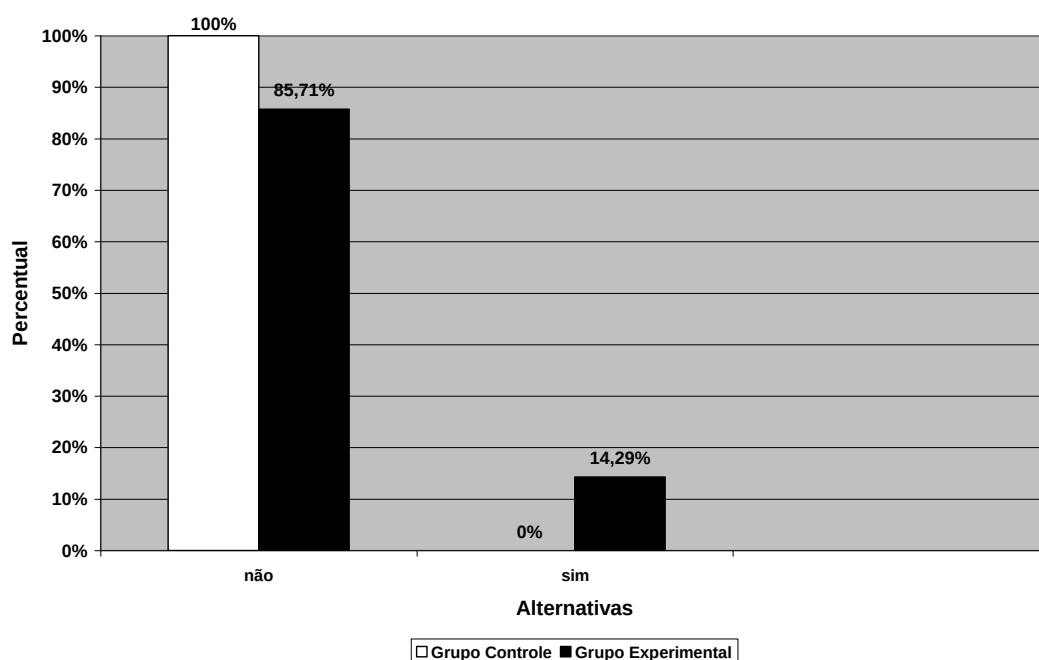


Figura 8: Distribuição percentual do auto-relato de experimentação tabágica dos alunos por grupo C e E.

Os dados visualizados na Figura 8 demonstram que, apenas no grupo E, 3 alunos (correspondentes a 14,29% da amostra) responderam afirmativamente à pergunta: “Você já fumou ou experimentou cigarros em sua vida?”, sendo todos estes do sexo masculino. Tais dados corroboram com o fato da presente pesquisa atender ao requisito prevenção primária, visando retardar ou evitar a iniciação do tabagismo, uma vez que os participantes deste estudo, em sua grande maioria (inclusive em 100% da amostra componente do grupo C) afirmaram nunca ter fumado ou experimentado cigarros anteriormente (OMS, 1992, apud NOTO; GALDURÓZ, 1999; MURTA, 2005; MINTO et al, 2006).

Em contraste com os dados de outros estudos que evidenciam o uso de tabaco cada vez maior pelas meninas, indicando uma tendência já demonstrada em países desenvolvidos (PINTO; RIBEIRO, 2007; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; ARAUJO et al, 2006; BREINBAHUER; MADDALENO, 2005), neste estudo verificou-se somente a prevalência para meninos que disseram já ter experimentado algum cigarro. Porém, vale lembrar que esses autores afirmam que a prevalência maior ainda é para fumantes do sexo masculino, porém o que se verifica nos países em desenvolvimento é que o índice de homens fumantes se encontra cada vez mais decrescente, enquanto o índice de mulheres fumantes, apesar de menor, aumenta a cada ano.

No que diz respeito à associação entre possuir pais separados (Figura 7) e experimentação tabágica entre adolescentes (Figura 8), esta não foi observada no presente estudo, pois nenhum dos 3 alunos que apresentaram o comportamento de fumar em algum momento da vida, relataram possuir pais separados. Portanto, os resultados obtidos neste instrumento não parecem corroborar com aqueles verificados em outros estudos da área como de Fraga, Ramos e Barros (2006); Goldfarb (2000) e Horta e colaboradores (2001); porém, é importante lembrar que a amostra estudada estava caracterizada, em sua grande maioria, por indivíduos que não experimentaram cigarros (caracterizando a abordagem de prevenção primária deste estudo) e, portanto, a escassez de resultados para indivíduos que já experimentaram cigarros (n=3) podem não ter sido suficientes para caracterizar o item “separação de pais” como fator de risco para o início do tabagismo.

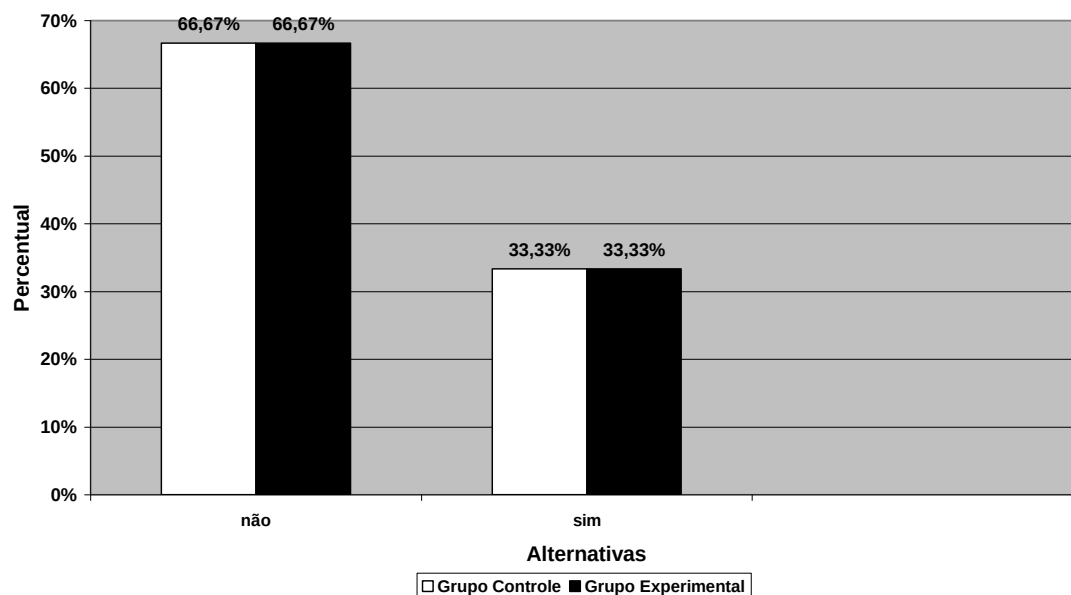


Figura 9: Distribuição percentual relativa à presença de fumantes na família por grupo C e E.

Outro resultado importante verificado na Figura 9 é que, tanto para o grupo C quanto para o E, o valor percentual de respostas negativas e afirmativas foi o mesmo para a incidência de tabagistas entre os familiares dos participantes (66,67% e 33,33%, respectivamente), o que caracteriza a equivalência entre estes grupos para o item em questão.

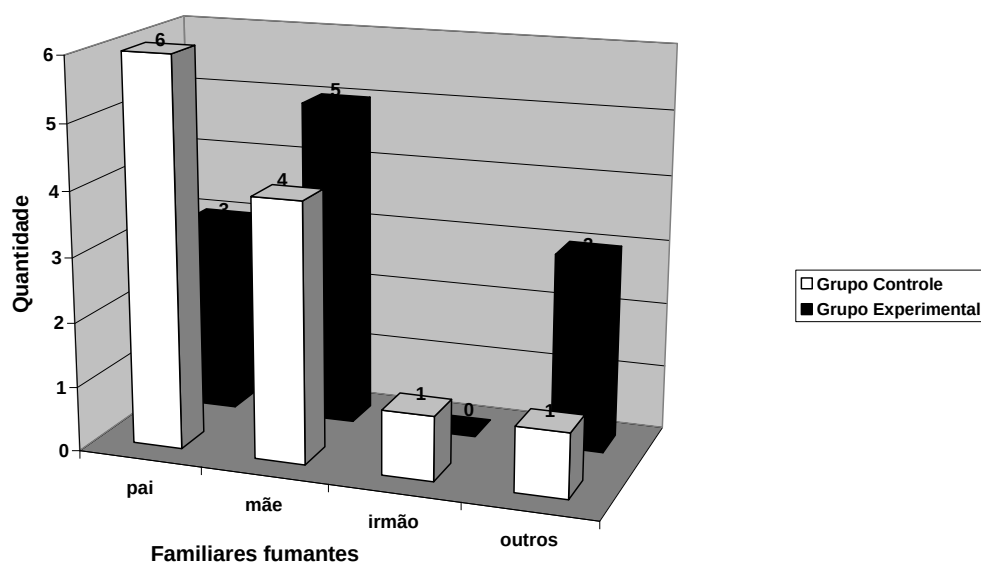


Figura 10: Distribuição percentual de categorias de familiares fumantes por grupo C e E.

Por sua vez, a Figura 10 apresenta a distribuição referente à quantidade de participantes que relataram possuir algum familiar em casa fumante, tanto no grupo C quanto no E, conforme já visualizado anteriormente na Figura 9. Tais respostas estão dispostas por categorias de familiares (análise do item nº 28 do instrumento relativo ao perfil do aluno), sendo desconsideradas as respostas negativas (66,67% da amostra total em ambos os grupos) para familiares fumantes.

Comparando-se, então, o grupo C com o E na Figura 10, constatou-se uma incidência maior de alunos com pai e irmão fumantes no primeiro grupo; enquanto que, no segundo, verificou-se maior incidência para alunos com mãe e outro membro da família fumante. Porém, esse aumento é pouco expressivo, considerando o baixo número da amostra, como também o baixo valor de diferença expresso em percentil quando comparados os grupos C e E, de acordo com a Figura 10.

Em relação ao percentil total de familiares fumantes e por categorias (itens nº 27 e nº 28 relativos ao instrumento perfil do aluno), fez-se necessário e relevante cruzar estes dados com o percentil de iniciação tabágica para os 3 alunos que responderam afirmativamente a este último item. Os resultados provenientes de tais cruzamentos estão apresentados na Tabela 4, a seguir.

Dessa forma, verificou-se que dos 3 alunos que afirmaram já ter experimentado cigarros anteriormente, todos também relataram existir fumantes ativos em sua própria casa, sendo estes pais ou familiares próximos destes alunos (dos 3 alunos em questão, 2 relataram possuir pai e mãe fumantes, e o terceiro relatou possuir avó fumante). Este dado se encontra em total consonância à literatura sobre fatores associados ao uso de tabaco por crianças e pré-adolescentes, já citados na seção 4.1 (ALMEIDA; MUSSI, 2006; MARQUES; CRUZ, 2000; PRESMAN, 2006; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999; FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; PRATTA; SANTOS, 2006; PINTO; RIBEIRO, 2007).

Vale destacar alguns estudos como de Almeida e Mussi (2006), os quais verificaram associação estatisticamente significativa entre a existência de fumante em casa e iniciação ao tabagismo entre adolescentes moradores da cidade de Salvador (BA); e de Marques e Cruz (2000) e de Presman (2006), os quais sugerem que familiares fumantes geram em seus filhos, além do modelo negativo do comportamento de fumar, fatores genéticos ou susceptibilidade associada ao uso, além da fácil disponibilidade ao cigarro dentro de seus próprios lares.

Tabela 4: Cruzamento crosstabs dos dados de frequência absoluta e relativa do auto-relato de iniciação tabágica dos alunos com o relato de familiares fumantes.

Fumam em casa?	Já experimentou cigarros?		Total
	Sim	Não	
Sim	3 18,8% 100,0%	13 81,3% 28,9%	16 100,0% 33,3%
Não	0 0,0% 0,0%	32 100,0% 71,1%	32 100,0% 66,7%
Total	3 6,3% 100,0%	45 93,8% 100,0%	48 100,0% 100,0%
Pai fuma?	Já experimentou cigarros?		Total
	Sim	Não	
Sim	2 22,2% 66,7%	7 77,8% 53,8%	9 100,0% 56,3%
Não	1 14,3% 33,3%	6 85,7% 46,2%	7 100,0% 43,8%
Total	3 18,8% 100,0%	13 81,3% 100,0%	16 100,0% 100,0%
Mãe fuma?	Já experimentou cigarros?		Total
	Sim	Não	
Sim	2 22,2% 66,7%	7 77,8% 53,8%	9 100,0% 56,3%
Não	1 14,3% 33,3%	6 85,7% 46,2%	7 100,0% 43,8%
Total	3 18,8% 100,0%	13 81,3% 100,0%	16 100,0% 100,0%
Irmão fuma?	Já experimentou cigarros?		Total
	Sim	Não	
Sim	0 0,0% 0,0%	1 100,0% 7,7%	1 100,0% 6,3%
Não	3 20,0% 100,0%	12 80,0% 92,3%	15 100,0% 93,8%
Total	3 18,8% 100,0%	13 81,3% 100,0%	16 100,0% 100,0%
Outros fumam em casa?	Já experimentou cigarros?		Total
	Sim	Não	
Sim	1 (Avó) 100,0% 50,0%	0 0,0% 0,0%	1 (Avó) 100,0% 7,7%
Não	1 8,3% 50,0%	11 91,7% 100,0%	12 100,0% 92,3%
Total	2 15,4% 100,0%	11 84,6% 100,0%	13 100,0% 100,0%

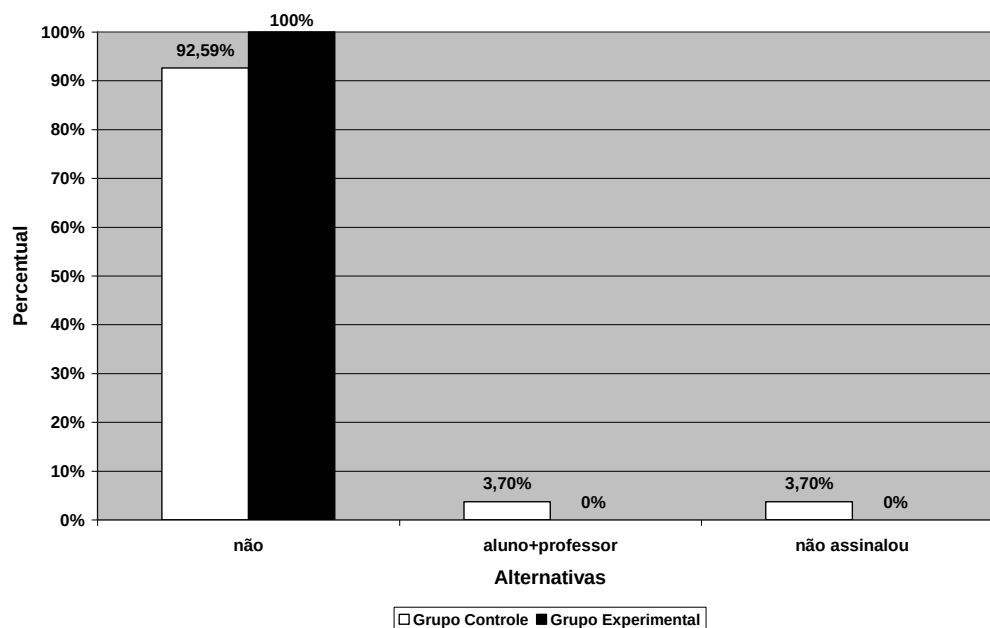


Figura 11: Distribuição percentual de exposição tabágica em sala de aula por grupo C e E.

Acima, na Figura 11, está representada graficamente a distribuição das respostas sobre o fato de alguém fumar dentro da sala de aula. Apenas um aluno do grupo C (o que representa 3,70% da amostra) respondeu afirmativamente a essa questão, o que demonstra uma grande semelhança entre os grupos C e E em relação à exposição tabágica dentro da sala de aula, a qual se mostrou praticamente ausente em ambas as escolas estudadas.

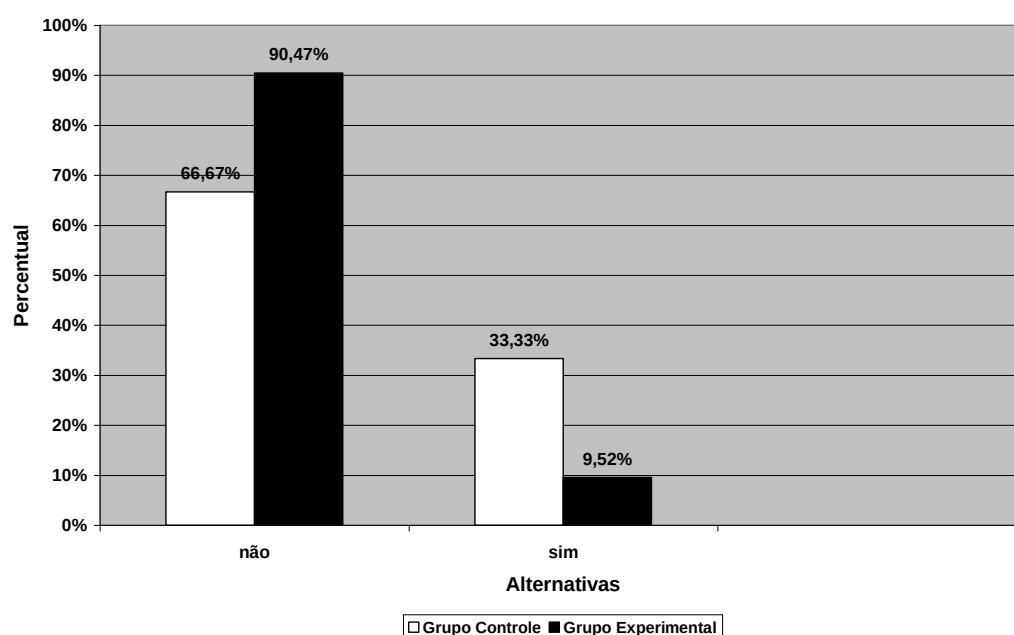


Figura 12: Distribuição percentual de exposição tabágica nas dependências escolares (exceto sala de aula) por grupo C e E.

Por sua vez, a análise da Figura 12 permite observar a exposição tabágica nas dependências escolares, excluindo a sala de aula. Diante desta questão, os alunos do grupo C apresentaram um índice bastante superior de respostas afirmativas quando comparados aos alunos do grupo E. Também é interessante ressaltar o alto índice de respostas negativas por ambos os grupos, com ênfase principalmente para o grupo E, onde aproximadamente 90% dos alunos relataram nunca ter visto ninguém fumar nas dependências escolares.

Considerando os relatos dos alunos de ambos os grupos (C e E) que apresentaram respostas afirmativas conforme observado na Figura 12, pretendeu-se demonstrar graficamente os modelos comportamentais de exposição tabágica mais recorrentes no âmbito escolar segundo relato dos alunos. Sendo assim, a Figura 13, a seguir, permite a visualização destes dados, comparando a distribuição de fumantes em ambiente escolar, para cada grupo em estudo.

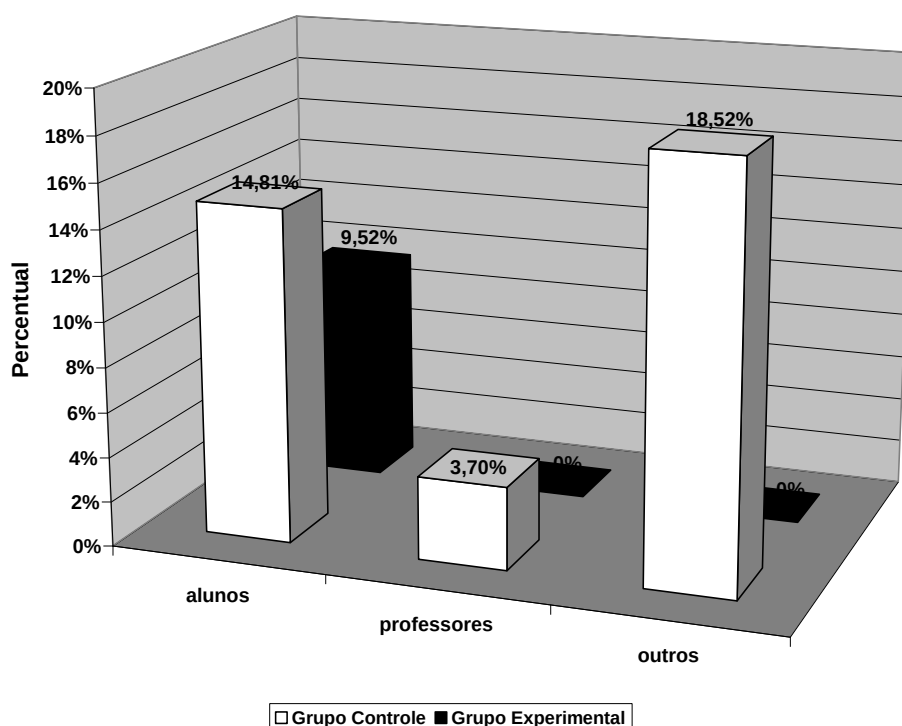


Figura 13: Distribuição percentual de fumantes em contexto escolar por grupo C e E.

A Figura 13 mostra que os alunos do grupo C relataram um índice consideravelmente superior de exposição tabágica no ambiente escolar, sendo esta caracterizada por: 18,52% afirmaram ter visto outros fumando (sendo que 96,3% destes definiram o termo *outros* como funcionários da escola); 14,84% afirmaram ter visto alunos fumando; enquanto 3,7% declararam ter visto professores fumando na escola. O grupo E, confirmando o dado já apresentado na Figura 12 anteriormente, apresentou um baixo índice de exposição tabágica no ambiente escolar, sendo que apenas 9,52% da amostra afirmaram ter visto alunos fumando nas dependências da escola.

Conforme os resultados demonstrados nas Figuras 10, 11 e 12 pode-se constatar que a ocorrência do comportamento de fumar dentro de sala de aula é praticamente nula, porém presente em outras dependências da escola. Este dado foi verificado em ambas as escolas, com prevalência maior para a escola C, a qual apresentou um índice expressivo de funcionários e alunos fumantes em locais como pátio, banheiro, corredores e cantina.

Esses dados apontam para a constatação de diferença entre as escolas investigadas, principalmente sobre o desrespeito à Lei 9.294 de 15/07/1996 (BRASIL, 1996), que proíbe o comportamento de fumar nas dependências de estabelecimentos de ensino, por parte dos funcionários da escola C.

Essa premissa é confirmada por Goldfarb (2000) ao verificar diferenças na administração e direção das escolas públicas, em estudo que serviu como piloto para a elaboração do Programa Saber Saúde, bem como para a aplicação e elaboração do instrumento em questão. A autora destaca para a maior permissividade da diretoria escolar, a falta de obediência à legislação vigente (BRASIL, 1996) e o desrespeito ao não fumante, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes, os quais são mais vulneráveis aos modelos comportamentais de adultos de seu meio de convivência.

Segundo estudo português sobre o uso de tabaco e seus fatores associados com adolescentes estudantes (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006), a escola parece ser o local onde mais se fuma ou onde o comportamento de fumar apresenta-se positivamente reforçado por seus pares ou amigos fumantes. Tais dados indicam a necessidade urgente de se estender programas interventivos para professores e funcionários das escolas, sensibilizando-os para seus papéis de modelo junto aos alunos, bem como informando sobre a legislação vigente e os malefícios do tabaco para o fumante passivo.

As Figuras 14, 15, 16, 17 e 18, a seguir, relacionam-se aos dados obtidos na última seção do Instrumento *Avaliação do Perfil do Aluno*, seção denominada “Informação e Opinião”. Esta seção consistiu de 5 itens compostos por questões fechadas, com 3 alternativas de resposta cada, com as quais pretendeu-se avaliar o nível de conhecimento ou informação prévio em ambos os grupos (C e E) sobre assuntos relacionados ao tabagismo. Apesar de cada um desses itens terem sido submetidos à análise individual, os mesmos 5 itens também sofreram análise em conjunto para melhor verificação e comparação do desempenho dos grupos nesta seção do instrumento (Figura 19).

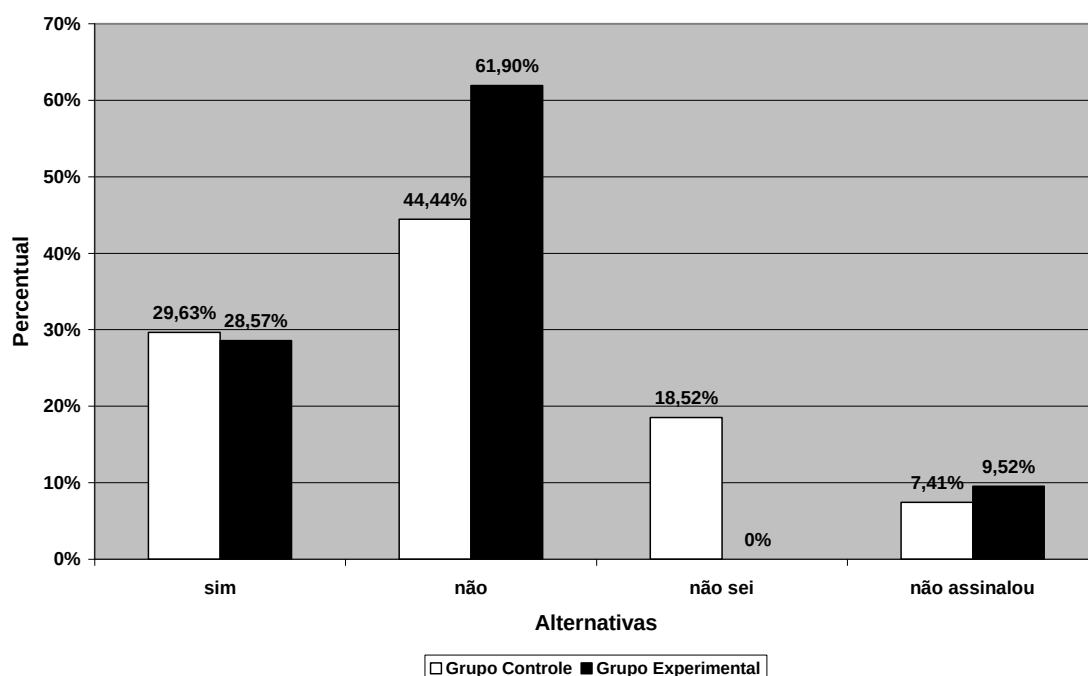


Figura 14: Distribuição percentual de respostas relativas à existência de cigarros não prejudiciais à saúde, por grupo C e E.

Como pode se notar na Figura 14, o grupo E apresentou um índice maior de respostas corretas (61,9%) para este item (alternativa não) quando comparado ao índice do grupo C (44,44%). As respostas emitidas pelo grupo C, de forma geral, mostraram-se mais distribuídas entre as alternativas apresentadas (29,6% para sim; 44,44% para não e 18,52% para não sei), o que pode indicar maior incerteza pelos alunos desta escola ao responderem ao item em questão.

Conforme já citado na metodologia desta dissertação, este instrumento baseou-se em um material já existente, pré-elaborado por Goldfarb (2000) e aprovado pelo INCA, intitulado *Programa Saber Saúde* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) e avaliado como adequado para atender a seus devidos fins avaliativos. Porém, faz-se necessário indagar,

precisamente neste item nº 33, sobre a adequação dos termos que constituem a oração “*Existem cigarros que não fazem mal à saúde?*” Isto se deve ao fato de se utilizar um advérbio de negação (*não*) na elaboração da oração, fato que pode levar a uma interpretação dúbia de seu respondente.

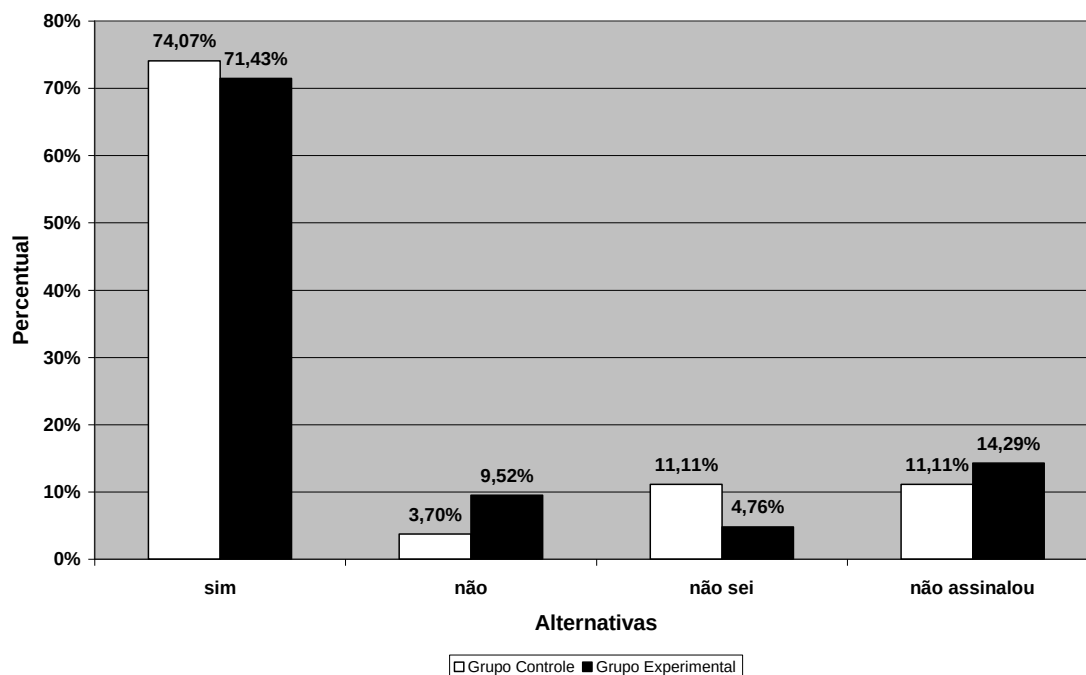


Figura 15: Distribuição percentual de respostas relativas ao prejuízo da fumaça do cigarro aos não fumantes, por grupo C e E.

Em relação à Figura 15, é importante destacar que ambos os grupos C e E obtiveram altos índices de resposta correta (74,07% e 71,43%, respectivamente), a qual se caracterizou pela resposta afirmativa. Este dado parece indicar que para ambos os grupos são conhecidos os malefícios da fumaça do cigarro para os não fumantes. Embora as alternativas restantes também tenham obtido índices de respostas nos dois grupos estudados, seus valores se mostraram inexpressivos quando comparados aos da alternativa correta.

Ao analisar a Figura 16, a seguir, vale ressaltar a ausência de respostas negativas nos dois grupos, C e E. Além disso, apesar da maioria dos alunos assinalarem a alternativa sim (alternativa correta), um índice bastante expressivo de alunos optou por não assinalar nenhuma das alternativas existentes. Estes resultados parecem demonstrar que, entre os alunos que possuíam dúvidas sobre o fato do cigarro causar dependência ou vício para o ser humano, estes optaram ou por assinalar a alternativa afirmativa ou por não assinalar alternativa alguma. O enunciado verbal “*O cigarro não causa dependência/vicia*” pareceu não ser adequado para ser expresso socialmente.

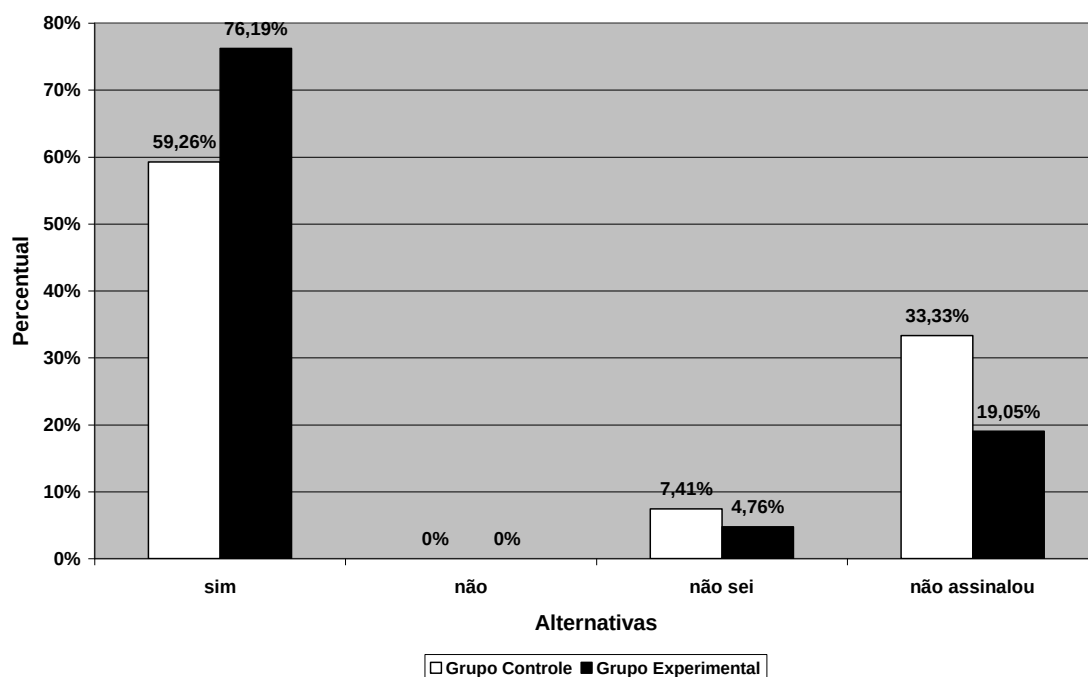


Figura 16: Distribuição percentual de respostas relativas à dependência/vício como resultado do comportamento de fumar, por grupo C e E.

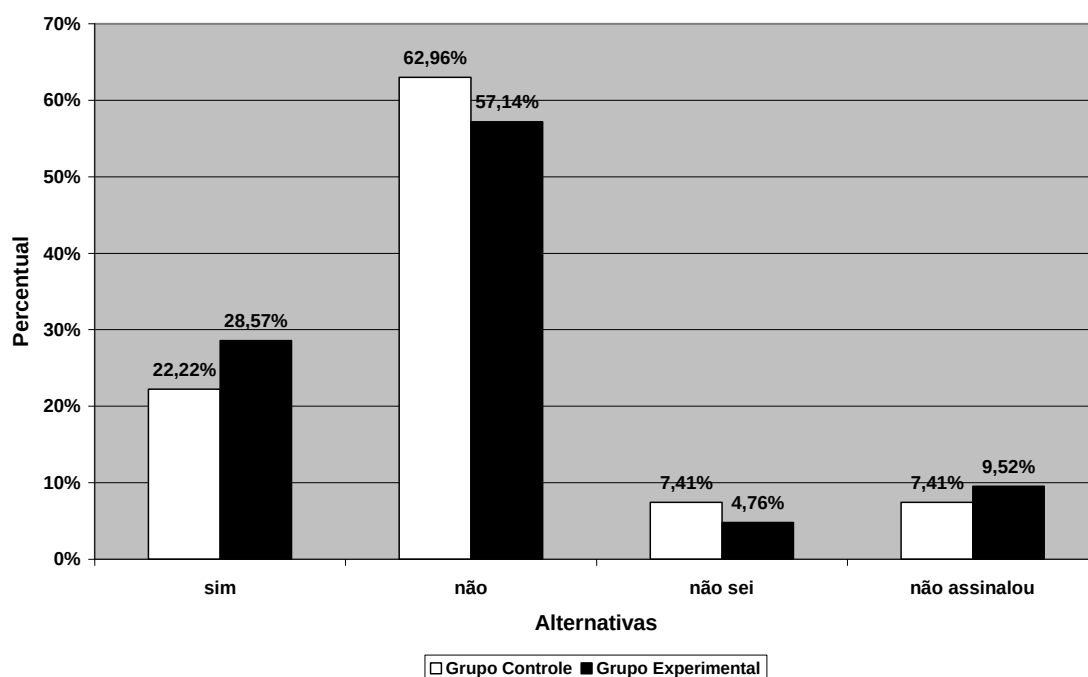


Figura 17: Distribuição percentual de respostas relativas à veiculação de informações verdadeiras em propagandas, por grupo C e E.

Diante da Figura 17, verificou-se uma alta tendência nos dois grupos para a escolha da negativa da pergunta (62,96% no grupo C e 57,14% no grupo E). Também vale notar que, apesar do baixo índice de respostas afirmativas, este se apresentou

bastante superior à escolha das alternativas não sei ou ausência de resposta (classificado como não assinalou). Isso mostra que a maioria dos alunos em ambos os grupos optou pelo sim ou pelo não, sendo poucos os que relataram não saber responder ao presente item. Porém, a afirmativa de que o uso de cigarros é uma dependência ou vício parece ainda bastante confusa entre os pré-adolescentes em estudo, o que pode evidenciar certo preconceito relativo ao uso de SPA, pois ainda grande parte de nossa sociedade parece considerar o comportamento de consumir drogas como unicamente característico da *vontade* ou *propósito* de seu usuário.

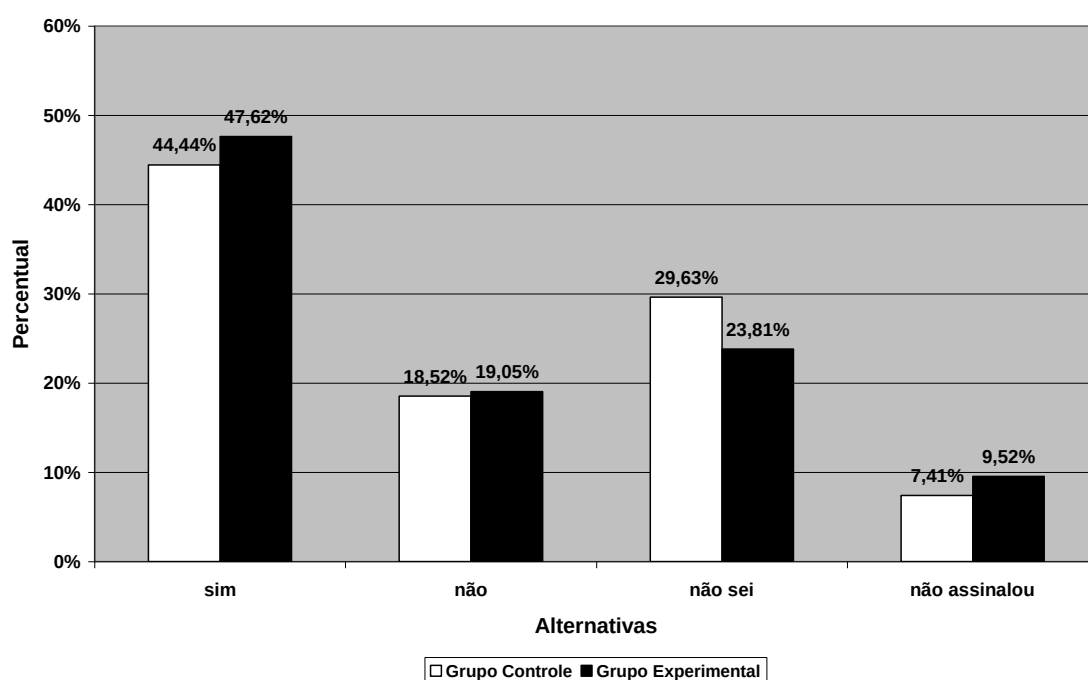


Figura 18: Distribuição percentual de respostas relativas à existência de mensagens de advertência nas propagandas de cigarro, por grupo C e E.

Por fim, analisando os dados encontrados na Figura 18, observou-se maior incidência para a resposta correta (alternativa sim) para os grupos C (44,44%) e E (47,62%). Em contrapartida, também parece interessante notar que a alternativa não sei apresentou um índice bastante expressivo, inclusive o maior relativo ao conhecimento prévio de tabagismo quando comparado com os encontrados anteriormente (Figuras 14, 15, 16 e 17). Este dado parece sugerir que este item, dentre os 5 itens pertencentes à seção “Informação e Opinião” do Instrumento *Perfil do aluno*, foi o que gerou maior desconhecimento entre os alunos participantes.

Conforme já explicado anteriormente, a Figura 19 foi elaborada com o intuito de comparar os índices de acertos entre os grupos C e E nos itens n° 33, 34, 35, 36 e 37 do

instrumento em questão. Por sua vez, os itens nº 34, 36 e 37 apresentaram os grupos C e E com índices muito próximos de acertos, indicando certo grau de semelhança entre os mesmos. Já nos itens 33 e 35, houve diferença no percentual de acertos, porém esta não se apresentou muito expressiva. Vale destacar que nenhum dos grupos C ou E apresentou um melhor desempenho no conjunto avaliativo, sendo que nos itens 34 e 36, o grupo C prevaleceu quanto ao maior número de acertos, enquanto nos itens restantes, prevaleceu o grupo E.

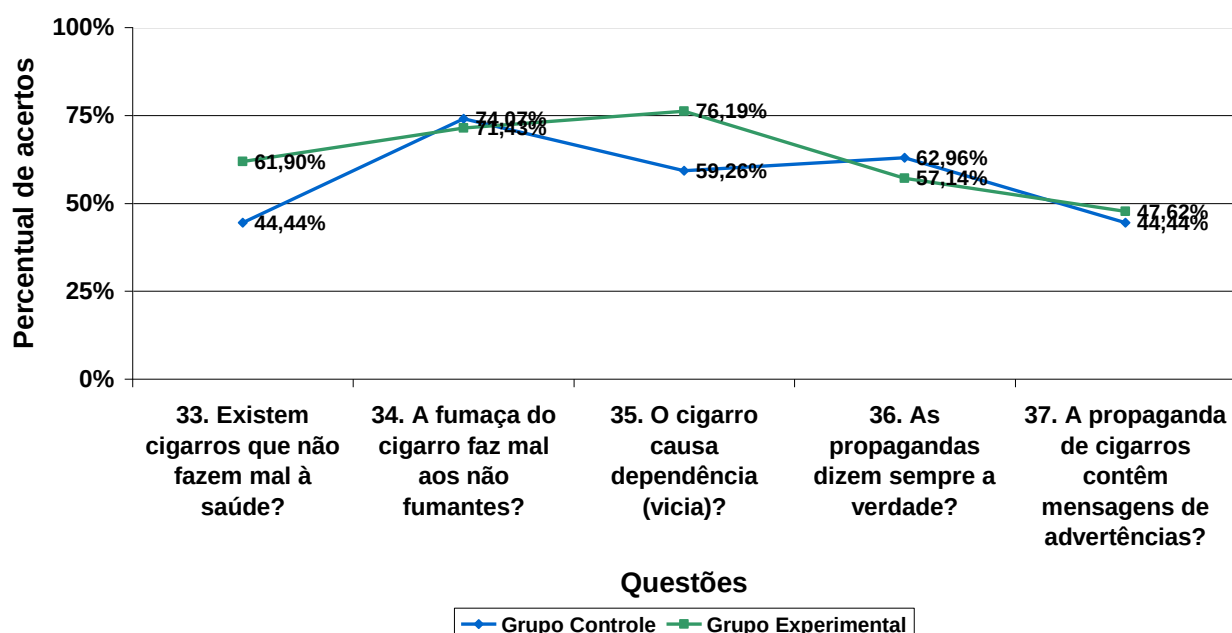


Figura 19: Comparativo dos índices percentuais de acertos nos itens relativos ao conhecimento prévio do tema tabagismo por parte dos alunos, distribuídos por grupo C e E.

É interessante ressaltar que os itens que apresentaram menor índice de acertos (itens 33, 36 e 37, ao analisar cada grupo (C e E) separadamente), foram elaborados para medir o impacto do trabalho publicitário da indústria tabagística sobre a concepção dos jovens quanto aos malefícios do cigarro (GOLDFARB, 2000). Ao reduzir teores de alcatrão e nicotina e produzir os cigarros denominados *light*, a indústria se utilizou de conceitos sobre os quais tais cigarros seriam considerados não maléficis á saúde, e inclusive, benéficos (CAVALCANTE; PEREZ, 2006; GOLDFARB, 2000; CAVALCANTE, 2005).

4.3. Conhecimento sobre o tema Tabagismo

A seguir, serão apresentados os dados obtidos no Instrumento de Avaliação do Conhecimento pelos alunos participantes, tanto no grupo C quanto no E, distribuídos também por sexo. Primeiramente serão visualizados, na Tabela 5, os dados descritivos (Média, desvio padrão e frequência absoluta) obtidos por estes sujeitos no instrumento em questão, relativos ao valor médio de pontuação de acertos para cada grupo estudado, nos momentos de aplicação e replicação. É importante ressaltar que o número de acertos possíveis variou em uma escala de 0 a 10 pontos (como já explicado anteriormente na seção 3.7.4.2), considerando o escore 1 para a resposta correta e o escore 0 para a resposta incorreta.

Tabela 5: Análise descritiva dos índices de acertos da avaliação de conhecimento por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).

	Grupo	Sexo	Média	Desvio Padrão	N
Antes		Feminino	4,62	1,502	13
		Masculino	3,54	2,145	13
		Total	4,08	1896	26
	Controle	Feminino	4,50	1,314	12
		Masculino	3,78	1,563	9
		Total	4,19	1,436	21
	Experimental	Feminino	4,56	1,387	25
		Masculino	3,64	1,891	22
		Total	4,13	1,689	47
Depois		Feminino	4,69	1,702	13
		Masculino	3,23	1,739	13
		Total	3,96	1,843	26
	Controle	Feminino	7,75	2,094	12
		Masculino	6,22	1,986	9
		Total	7,10	2,143	21
	Experimental	Feminino	6,16	2,427	25
		Masculino	4,45	2,345	22
		Total	5,36	2,515	47

Analisando a Tabela 5, pode-se notar que o grupo E obteve um aumento considerável no valor médio de acertos neste instrumento quando comparados os índices antes e depois da intervenção (aumento de 2,91 no índice de conhecimento), diferentemente da diferença obtida pelo grupo C (-0,12), o qual apresentou, inclusive, um pequeno decréscimo no valor médio do índice de conhecimento em sua fase de replicação. Tais resultados parecem demonstrar um efeito positivo da intervenção, o qual pode ser melhor visualizado na Figura 20, a seguir.

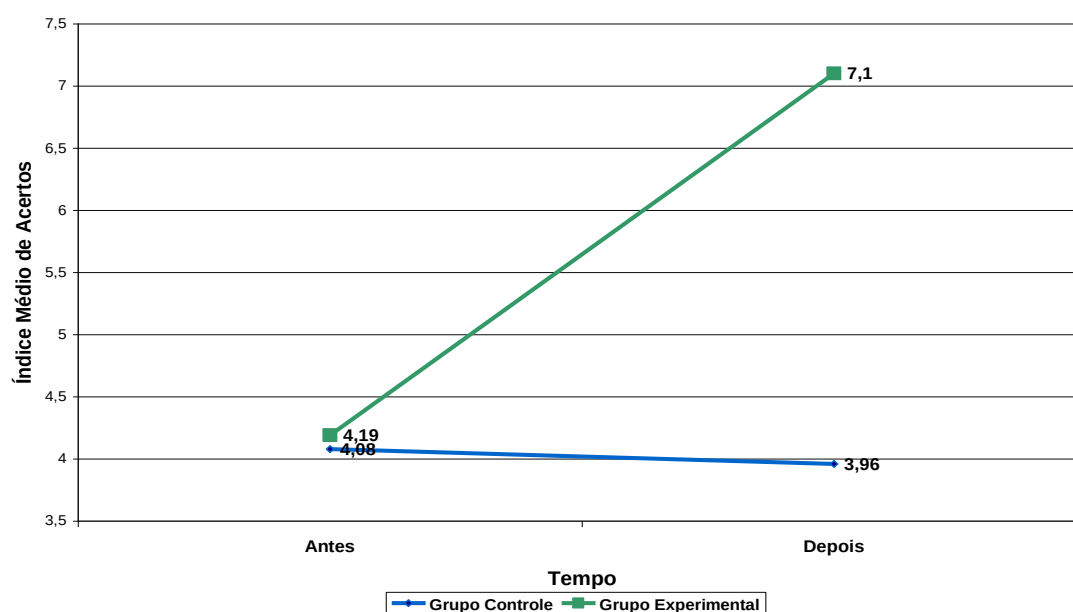


Figura 20: Comparativo do índice médio de acertos na avaliação de conhecimento por grupo C e E.

A Figura 20 demonstra, graficamente, a diferença do índice médio obtido pelos grupos C e E nos momentos antes e após a intervenção. Desta forma, pode-se observar claramente a ascendência do índice médio de conhecimento obtido pelos alunos pertencentes ao grupo E após a intervenção, enquanto os alunos do grupo C não demonstraram diferença expressiva do índice de conhecimento entre estes dois momentos. Por sua vez, a Tabela 5 também apresenta os valores médios dos índices de conhecimento distribuídos por gênero como também por grupo C e E, os quais podem ser observados graficamente na Figura 21.

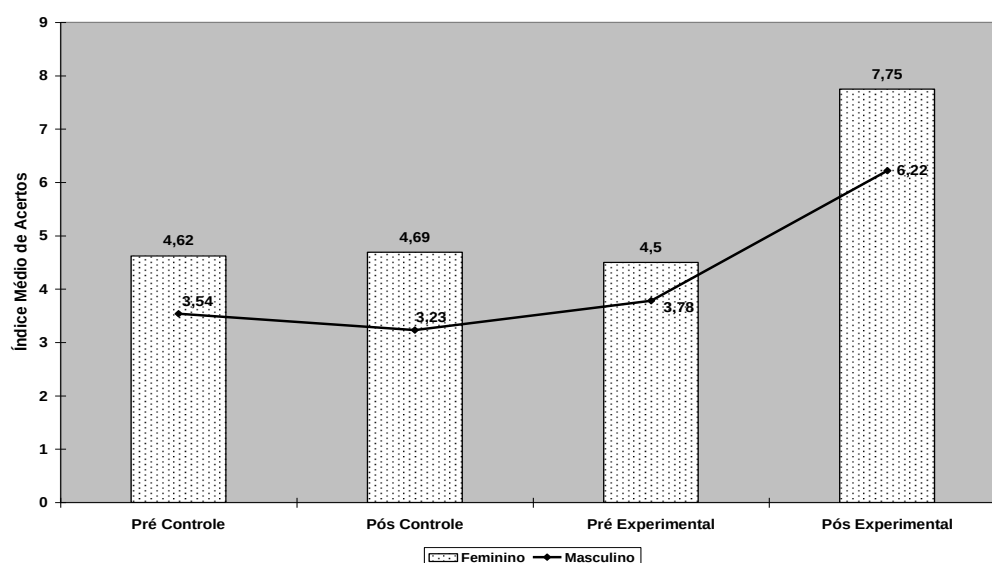


Figura 21: Comparativo dos índices médio de acertos na avaliação de conhecimento, por grupo C, E e por sexo.

Como pode ser observado na Figura 21, as meninas, em geral, apresentaram um índice superior de conhecimento quando comparadas aos meninos, em ambos os momentos avaliativos e em ambos os grupos C e E, com índice de acertos equivalentes a 1 ou 2 itens corretos a mais que os meninos, em média, na avaliação de conhecimento desta dissertação. Além disso, verifica-se que o grupo C, em geral, não apresentou diferença no índice médio de acertos entre o pré e o pós teste, tanto para meninos quanto para meninas, enquanto o grupo E apresentou um aumento considerável deste índice no pós-teste para ambos os sexos.

Devido à escassez de estudos que investiguem o conhecimento de pré-adolescentes sobre os efeitos deletérios do cigarro (para a saúde do indivíduo e de seus familiares, bem como para o meio ambiente) e sua relação com o sexo, não foi encontrada literatura em concordância ou discordância com os resultados apresentados acima. Vale destacar que o instrumento de conhecimento foi elaborado pela autora da presente dissertação, em vista da necessidade de um instrumento único que avaliasse de forma mais específica os temas abordados na intervenção em questão. Apesar dos instrumentos perfil dos pais/responsáveis e perfil do aluno, elaborados por Goldfarb (2000), possuírem uma seção intitulada “Opinião e Informação”, seus itens componentes se apresentaram insatisfatórios e muito abrangentes para uma avaliação mais precisa e fidedigna dos temas abordados por meio da instrução verbal.

Para uma descrição e análise mais precisa dos dados apresentados na Tabela 5 e nas Figuras 20 e 21, realizou-se o teste de variância multivariada (denominado

MANOVA) para medidas repetidas, teste que permite avaliar a existência ou não de diferença estatisticamente significativa entre a proporção de diferenças dos índices médio de acertos dos participantes antes e após a intervenção, distribuídos por grupo C, E e por sexo.

Tabela 6: Análise de Variância Multivariada (MANOVA) com medidas repetidas para os índices de acertos na avaliação de conhecimento por grupo C, E e por sexo, comparadas antes e após a intervenção.

Fontes de Variação	Avaliação do conhecimento		
	MQ	Índice	p
Tempo	42,855	F=17,050	0,000
Tempo x Escola	50,401	F=20,052	0,000
Tempo x Sexo	2,034	F=0,809	,373
Tempo x Escola x Sexo	0,254	F=0,101	,752

Os resultados da análise de variância mostram diferença estatisticamente significativa para o índice de conhecimento obtido antes e após a intervenção (variável *tempo*), entre os grupos C e E (variável *escola*). Porém, não demonstra diferença significativa quando comparado os índices das variáveis *tempo* e *sexo*, bem como de *tempo*, *sexo* e *escola* (grupos C e E). Esses dados parecem corroborar positivamente para a aquisição de mudanças no repertório conhecimento pelos alunos pertencentes ao grupo E quando comparados aos resultados obtidos pelo grupo C, em um mesmo intervalo de tempo entre as avaliações.

Observa-se, portanto, que o procedimento de ensino denominado *instrução* utilizado na intervenção em questão mostrou-se eficiente quanto à aquisição de novos conhecimentos sobre o tema tabagismo, junto à população estudada.

A instrução verbal é considerada, por alguns autores, como uma técnica bastante eficiente, pois parece potencializar o indivíduo para mudanças comportamentais, por meio de descrições, explanações e definições sobre um determinado assunto (seja este concreto ou abstrato), às quais resultam em incitar e impelir o ouvinte a agir em função do conteúdo aprendido (BEDELL; LENNOX, 1977; GRESHAM, 1995).

Skinner (1995) defende o uso da instrução como importante ferramenta do comportamento de ensinar, ao afirmar que, nas escolas e entidades educativas, as

contingências instrucionais são planejadas como forma de preparar o aluno para as futuras contingências de reforçamento que encontrarão em suas vidas. A relevância das instruções, portanto, se deve pela ausência ou escassez de reforçadores naturais disponíveis no meio ambiente, sendo necessário inventá-los e programá-los para a ocorrência de aprendizagem do que se pretende ensinar (SKINNER, 1995).

Em acordo com tais resultados, Baum (1999) classifica as instruções como regras explícitas, com as quais se pretende: a) indicar a contingência relacionada a um determinado comportamento (neste caso, o fumar) e suas prováveis conseqüências (efeitos danosos à saúde do ser humano) e; b) indicar algo de *maior relevância*, ou seja, a contingência indicada ocorre sempre a longo prazo, da qual apenas se pode aprender com a própria experiência depois de muito tempo.

Azevedo, Machado e Barros (1999), em estudo português que avaliou a prevalência e os determinantes comportamentais para o hábito de fumar entre adolescentes, reconheceram a importância de promover o conhecimento sobre os malefícios do cigarro e de discutir as crenças sobre a imagem social do tabaco entre jovens, como um dos principais fatores de proteção à iniciação tabágica. Além disso, estes autores também observaram que, apesar da maioria das pessoas já ter sido instruída sobre o aspecto prejudicial do cigarro, faz-se necessário modificar o formato e o teor das mensagens preventivas regularmente, com ênfase para a escola como o local mais favorecedor para este tipo de intervenção educativa.

Quanto ao caráter e ao teor da campanha anti-tabagismo em nosso país, vale citar que o Ministério da Saúde em parceria com o INCA (MS, 2008) estão programando modificar a metodologia das ações preventivas de controle ao tabagismo, com novos vídeos e imagens de advertência e de caráter mais aversivos para o ano de 2009, com intuito de combater mais eficientemente a propaganda tabagística que veicula atualmente nas embalagens de cigarro.

Apesar de grande parte da literatura sobre o tabagismo destacar o papel fundamental das instruções em programas de prevenção ao uso de tabaco entre crianças e adolescentes (ALMEIDA; MUSSI, 2006; GOLDFARB, 2000; MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006; PRESMAN, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), um estudo nacional com adolescentes de uma escola pública da cidade de Salvador (ALMEIDA; MUSSI, 2006) alertou para a ausência de regularidade nas intervenções preventivas ao tabagismo, dentre as poucas instituições de ensino que proporcionam tais atividades nos currículos escolares daquele município.

4.4. Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para crianças (IMHSC)

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do IMHSC, em dois diferentes momentos para ambos os grupos C e E, distribuídos também por sexo. Convém ressaltar que a aplicação deste inventário, no presente estudo, viabilizou a auto-avaliação dos alunos em relação à frequência de emissão de comportamentos socialmente habilidosos, não habilidosos passivos e não habilidosos ativos (estes últimos, também conhecidos como agressivos).

A Tabela 7, a seguir, permite visualizar e comparar os dados descritivos (média, desvio padrão e frequência absoluta) referentes ao auto-relato da frequência do comportamento socialmente habilidoso antes e após a intervenção, com os participantes distribuídos por grupo C, E e por sexo.

Tabela 7: Análise descritiva do auto-relato de frequência do comportamento socialmente habilidoso, por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).

	Grupo	Sexo	Média	Desvio Padrão	N
Antes		Feminino	24,00	5,180	13
		Masculino	23,00	4,882	13
		Total	23,50	4,958	26
	Controle	Feminino	25,67	6,272	12
		Masculino	22,56	4,275	9
		Total	24,33	5,607	21
	Experimental	Feminino	24,80	5,672	25
		Masculino	22,82	4,542	22
		Total	23,87	5,215	47
Depois		Feminino	25,69	6,033	13
		Masculino	25,62	3,990	13
		Total	25,65	5,012	26
	Controle	Feminino	24,42	7,179	12
		Masculino	22,00	5,196	9
		Total	23,38	6,376	21
	Experimental	Feminino	25,08	6,499	25
		Masculino	24,14	4,764	22
		Total	24,00	5,180	13

Em relação aos dados encontrados nos grupos C e E, pode-se notar que o grupo C obteve um aumento (2,15) no escore médio do auto-relato do comportamento socialmente habilidoso na diferença entre pós e pré-teste do IMHSC, enquanto o grupo E apresentou um pequeno decréscimo (0,95) do escore médio após a intervenção. Estes resultados também estão representados graficamente, na Figura 22, a seguir.

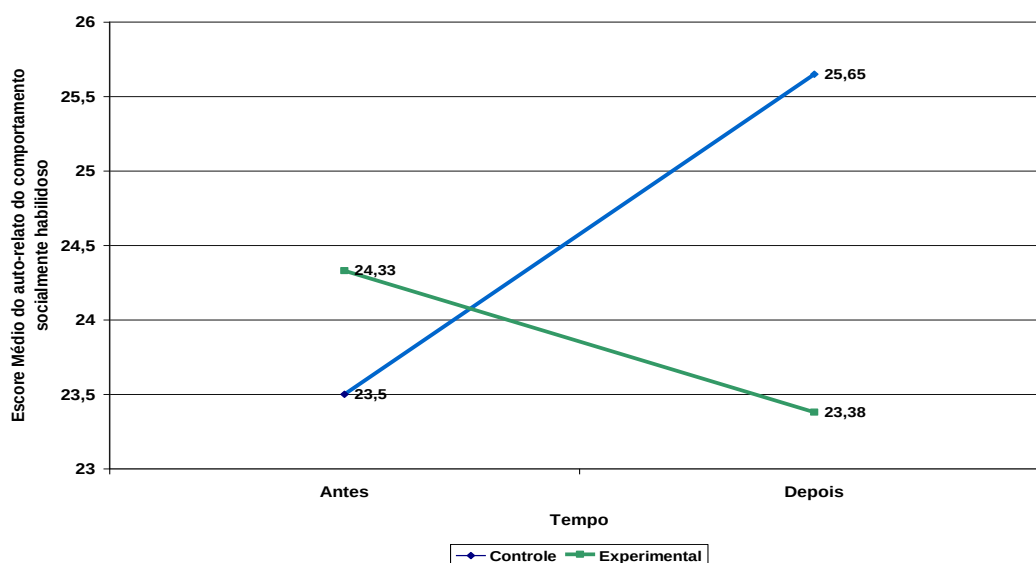


Figura 22: Comparativo do escore médio da frequência de auto-relato do comportamento socialmente habilidoso por grupo C e E.

Conforme análise da Figura 22, a intervenção educativa parece ter obtido efeito negativo sobre o auto-relato de frequência do comportamento socialmente habilidoso, pois apenas o grupo C obteve um discreto aumento no escore médio do auto-relato deste comportamento na fase de replicação do IMHSC. O grupo E, por sua vez, apresentou-se praticamente estável, com um decréscimo mínimo deste escore médio após a intervenção. Apesar disso, tanto o grupo C quanto o grupo E apresentaram valores para o escore médio muito próximos, indicando maior prevalência da resposta às vezes (frequência média) para o desempenho do comportamento socialmente habilidoso em ambos os grupos como para os momentos antes e depois da intervenção, levando-se em consideração que a escala de pontuação possível variava de 0 a 42, e que os valores encontrados se aproximavam da pontuação 21 (23,5 e 25,65 para o grupo C e 24,33 e 23,38 para o grupo E).

A Figura 23, abaixo, apresenta os valores para o escore médio de frequência do auto relato do comportamento socialmente habilidoso dos alunos distribuídos por sexo e por grupo C e E, nas fases de pré e pós-teste.

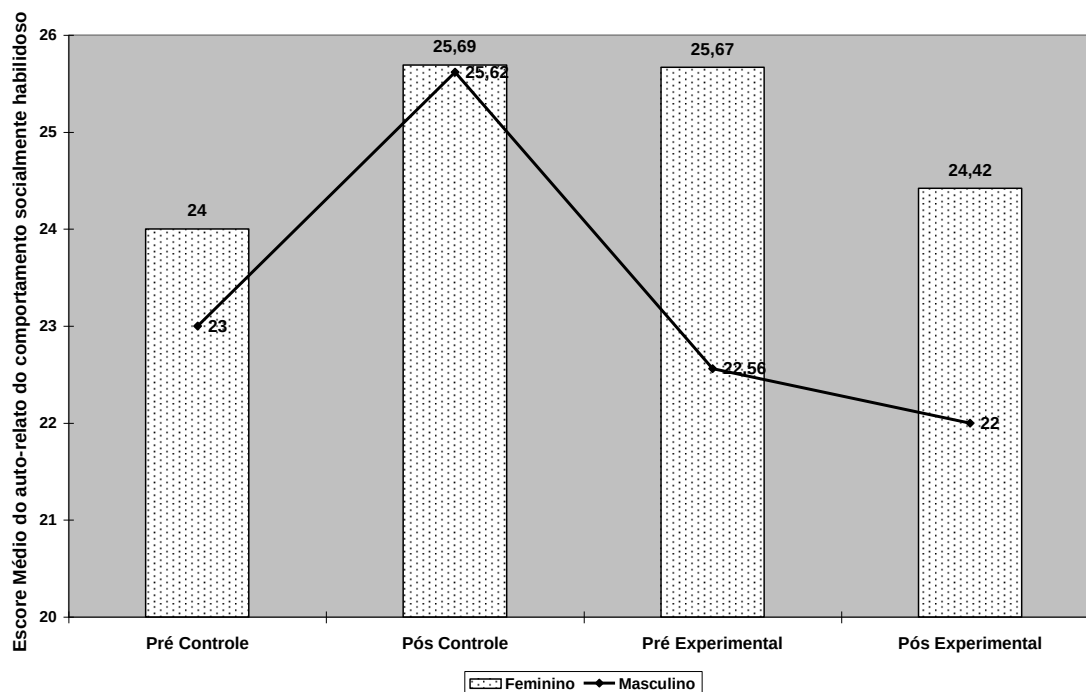


Figura 23: Comparativo dos valores de escore médio de frequência do auto-relato do comportamento socialmente habilidoso, por grupo C, E e por sexo.

Pode-se notar que as meninas, de forma geral, apresentaram um escore médio superior ao dos meninos para o auto-relato do comportamento habilidoso, tanto nos grupos C e E quanto no momento de aplicação e replicação do instrumento. Isto parece indicar uma tendência maior de auto-relato do comportamento socialmente habilidoso entre pré-adolescentes do sexo feminino, na amostra estudada. Elliot, Racine e Busse (1995) atentam para o fato de existir poucos estudos no mundo que analisem a relação entre habilidades sociais e o gênero. Em estudo sobre assertividade (HARGIE; SAUNDERS; DICKSON, 1994) ficou demonstrado que essa habilidade (componente das habilidades sociais) parece ter maior interesse e prevalência pela população feminina, fato que pode ser inclusive explicado culturalmente, pois estes autores acreditam que a sociedade, de forma geral, reforça mais positivamente o comportamento assertivo quando emitido por mulheres.

No grupo C, por sua vez, o escore médio no pós-teste foi superior ao encontrado no pré-teste, tanto para meninas quanto para meninos, com aumento de 1,69 e 2,62, respectivamente. Vale destacar também que os meninos do grupo C apresentaram um escore médio na fase de pós-teste muito próximo ao verificado pelas meninas, indicando certa equivalência entre a amostra de meninas e meninos no segundo momento

avaliativo para este grupo. Já no grupo E (onde seria esperado o efeito da intervenção), houve um decréscimo do valor do escore médio no pós-teste, sendo este de 1,25 para as meninas e de 0,56 para os meninos. Tais resultados demonstram que a intervenção utilizada no presente estudo parece não ter sido suficiente para produzir mudanças no auto-relato dos alunos quanto ao aumento da frequência do comportamento socialmente habilidoso, bem como da discriminação deste comportamento nas diversas situações sociais avaliadas pelo IMHSC.

A Tabela 8, por sua vez, mostra os dados descritivos (média, desvio padrão e frequência absoluta) da auto-avaliação dos participantes em relação à frequência do comportamento não habilidoso passivo apresentado no IMHSC, comparando o escore médio entre meninos e meninas e grupo C e E.

Tabela 8: Análise descritiva do auto-relato de frequência do comportamento não habilidoso passivo, por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).

	Grupo	Sexo	Média	Desvio Padrão	N
Antes	Controle	Feminino	17,08	3,174	13
		Masculino	18,69	6,019	13
		Total	17,88	4,786	26
	Experimental	Feminino	19,00	5,461	12
		Masculino	18,33	4,359	9
		Total	18,71	4,911	21
	Total	Feminino	18,00	4,435	25
		Masculino	18,55	5,289	22
		Total	18,26	4,807	47
Depois	Controle	Feminino	17,62	4,292	13
		Masculino	17,08	6,048	13
		Total	17,35	5,145	26
	Experimental	Feminino	15,92	8,107	12
		Masculino	16,78	5,357	9
		Total	16,29	6,915	21
	Total	Feminino	16,80	6,331	25
		Masculino	16,95	5,644	22
		Total	16,87	5,955	47

Ao analisar os valores totais para o escore médio de auto-avaliação do comportamento não habilidoso passivo entre grupos C e E, percebe-se um decréscimo para ambos no momento após a intervenção, sendo este mais acentuado no grupo E (2,42) quando comparado ao grupo C (0,53). Este resultado sugere um discreto efeito

positivo da intervenção sobre o grupo E, o qual apresentou uma pequena diminuição no escore de auto-relato do comportamento não habilitado passivo, porém maior do que a observada no grupo C, o qual se manteve praticamente estável. Portanto, estes dados parecem indicar que os alunos do grupo E apresentaram maior prevalência na discriminação do comportamento não habilitado passivo em comparação aos alunos do grupo C, os quais podem ser melhor visualizados na Figura 24, a seguir.

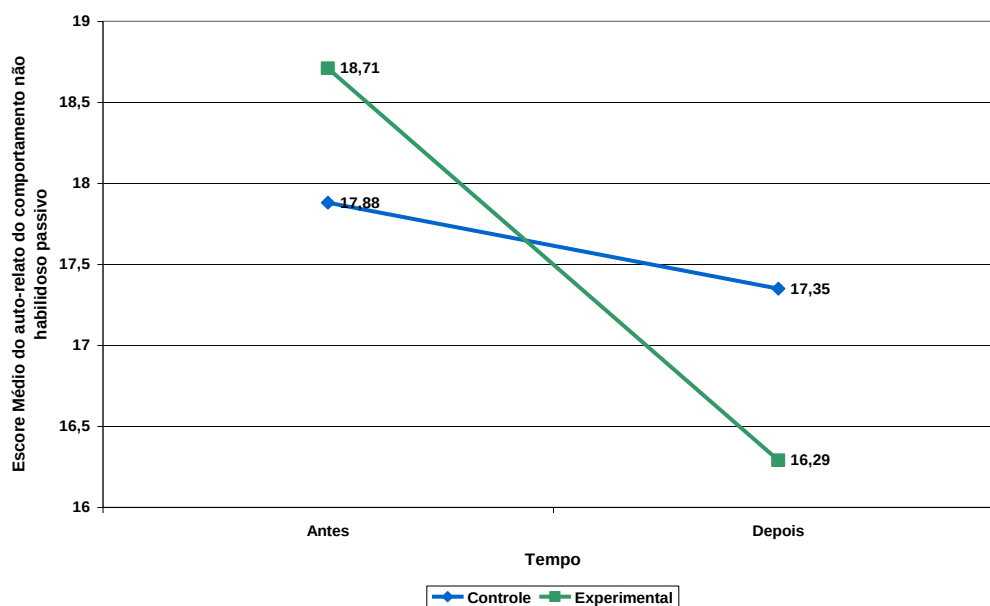


Figura 24: Comparativo do escore médio da frequência de auto-relato do comportamento não habilitado passivo por grupo C e E.

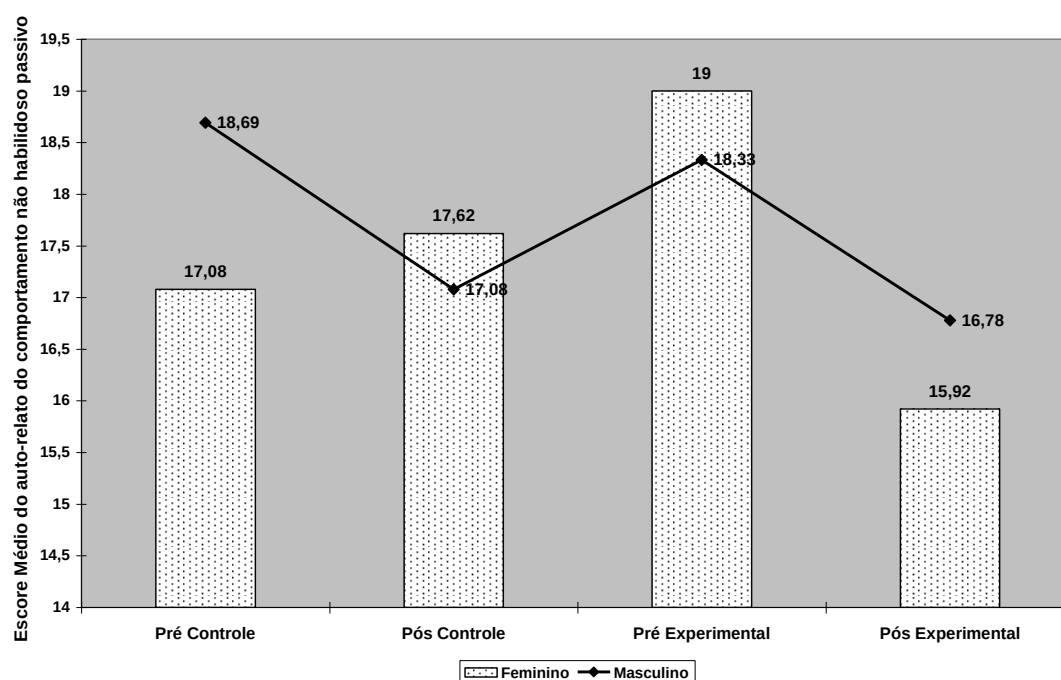


Figura 25: Comparativo dos valores de escore médio de frequência do auto-relato do comportamento não habilitado passivo, por grupo C, E e por sexo.

Comparando-se o escore médio dos alunos, distribuídos por sexo e por grupo C e E, no auto-relato do comportamento não habilidoso passivo do IMHSC, a Figura 25 mostra que as meninas do grupo C apresentaram um aumento no auto-relato deste comportamento, enquanto os meninos apresentaram um decréscimo no auto-relato do mesmo durante a fase de pós-teste. De forma inversa, no grupo E foi verificado um decréscimo no escore médio do comportamento não habilidoso passivo após a intervenção, tanto para meninas (3,08) quanto para meninos (1,55), sendo este mais acentuado para o sexo feminino. Apesar destes resultados, é importante atentar para os valores obtidos no escore médio em ambos os grupos C e E, os quais variaram entre 16 e 19, aproximadamente. Tais valores refletem uma tendência de frequência média ao comportamento não habilidoso passivo (prevalência da alternativa *às vezes*), inclusive bastante próxima à verificada no comportamento socialmente habilidoso (Figura 23). Tais valores estão em concordância com resultados encontrado em um estudo que investigou a percepção de escolares sobre a adequação de desempenhos agressivos, passivos e socialmente habilidosos (FREITAS, 2002), onde a autora sugere que o comportamento passivo é, em grande parte das vezes, considerado “adequado” em

Tabela 9: Análise descritiva do auto-relato de frequência do comportamento não habilidoso ativo, por sexo e por grupo C e E, em dois diferentes momentos (antes e depois da intervenção).

Escore Médio	Grupo	Sexo	Média	Desvio Padrão	N
Antes	Controle	Feminino	7,38	5,470	13
		Masculino	17,46	5,651	13
		Total	12,42	7,490	26
	Experimental	Feminino	12,00	8,614	11
		Masculino	17,67	10,630	9
		Total	14,55	9,747	20
	Total	Feminino	9,50	7,307	24
		Masculino	17,55	7,830	22
		Total	13,35	8,509	46
Depois	Controle	Feminino	8,15	5,942	13
		Masculino	15,31	9,160	13
		Total	11,73	8,398	26
	Experimental	Feminino	10,09	7,190	11
		Masculino	13,78	8,715	9
		Total	11,75	7,920	20
	Total	Feminino	9,04	6,471	24
		Masculino	14,68	8,801	22
		Total	11,74	8,103	46

nossa cultura, sobretudo em situações que envolvem o contexto escolar (como é o caso do IMHSC).

Por sua vez, a Tabela 9, acima, apresenta os dados descritivos (média, desvio padrão e frequência absoluta) referentes ao auto-relato do comportamento não habilidoso ativo dos alunos, subdivididos por grupo C, E e sexo, nas fases de pré e pós-teste do IMHSC.

Observando os resultados expostos na Tabela 9, verifica-se que tanto o grupo C quanto o grupo E apresentou decréscimo no escore médio da auto-avaliação do comportamento não habilidoso ativo, cujos valores obtidos tiveram diferença de 0,69 e 2,8, respectivamente. A Figura 26 (abaixo) demonstra esta diferença graficamente, evidenciando um efeito positivo da intervenção sobre a maior prevalência de discriminação do comportamento não habilidoso ativo pelos alunos do Grupo E, nas 21 situações componentes do IMHSC.

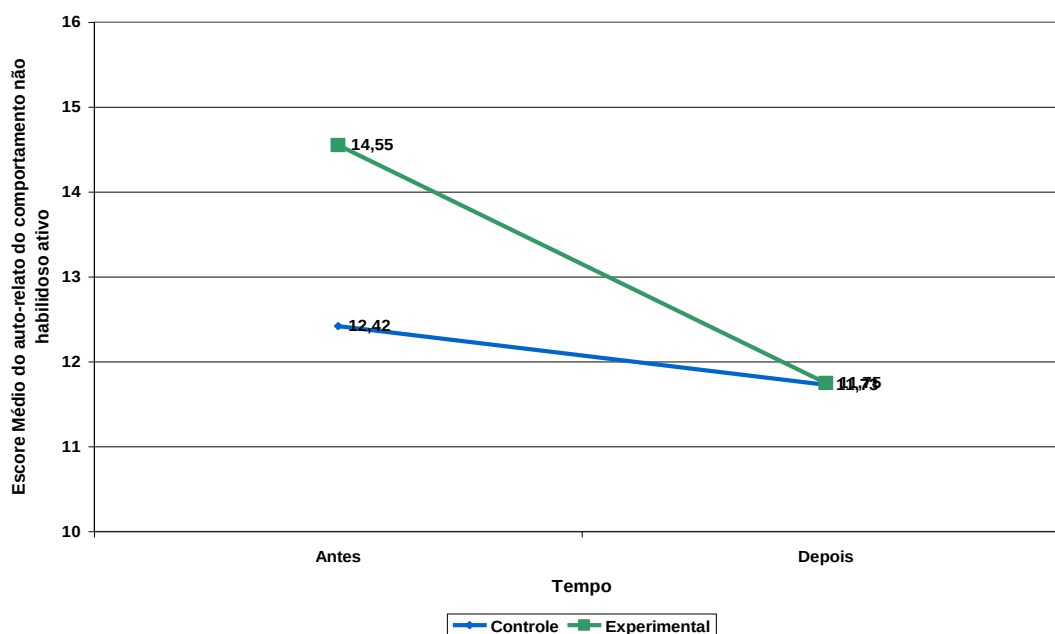


Figura 26: Comparativo do escore médio da frequência de auto-relato do comportamento não habilidoso ativo por grupo C e E.

Por outro lado, nota-se na Figura 26 que na fase de pós-teste do IMHSC, os grupos C e E obtiveram praticamente o mesmo escore médio para o auto-relato do comportamento não habilidoso ativo (aproximadamente 11,75), mostrando-se equivalentes neste momento avaliativo. Devido à acentuada diminuição do grupo E em oposição ao grupo C, tais resultados permitem afirmar que os grupos C e E não eram equivalentes na fase de pré-teste do instrumento em questão, tendo o grupo E

demonstrado maior freqüência no auto-relato do desempenho agressivo (outra denominação do comportamento não habilidoso ativo) que o grupo C.

Além disso, o valor aproximado de 11,75 do escore médio após a intervenção para ambos os grupos C e E demonstra que o comportamento não habilidoso ativo apresentou uma tendência à baixa prevalência entre os jovens participantes deste estudo.

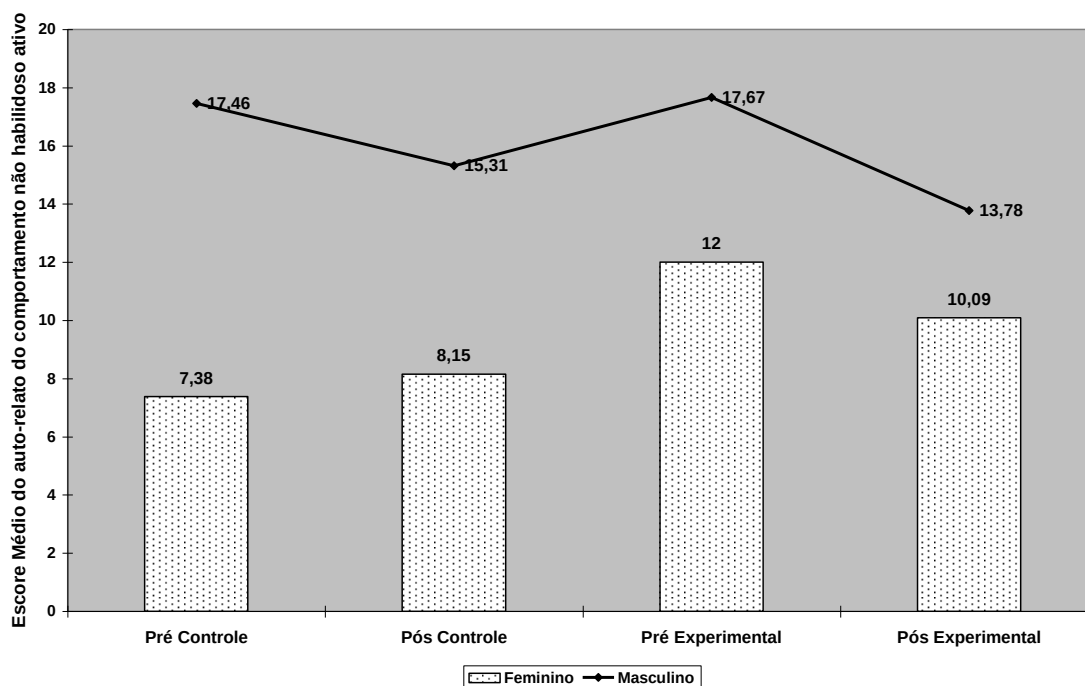


Figura 27: Comparativo dos valores de escore médio de freqüência do auto-relato do comportamento não habilidoso ativo, por grupo C, E e por sexo.

Quando comparados os grupos C e E, subdivididos por sexo, quanto ao índice médio de auto-relato do comportamento não habilidoso ativo (Figura 27), pode-se perceber que as meninas, de um modo geral, apresentaram um escore menor quando comparadas aos meninos, tanto nos grupos C e E quanto nos momentos pré e pós-teste. As meninas do grupo C, por sua vez, obtiveram um pequeno aumento do escore médio (0,77), enquanto as meninas do grupo E apresentaram um decréscimo desta medida (1,91). Já os meninos apresentaram diminuição do valor do escore médio tanto para o grupo C (2,05) quanto para o grupo E (3,89). Faz-se relevante observar que os alunos integrantes do grupo E, meninos ou meninas, apresentaram uma diminuição mais acentuada do auto-relato de freqüência no desempenho do comportamento não habilidoso ativo, o que pode indicar um efeito positivo da intervenção educativa em estudo.

Dentre os poucos autores que investigaram a associação da variável gênero,

destacam-se os estudo de Matson, Rotatori e Helsel (1983) e Buss e Purry (1992 apud HARGIE; SAUNDERS; DICKSON, 1994), os quais apontam para maior prevalência de comportamentos agressivos e socialmente inadequados na população masculina, tanto entre crianças, jovens como entre adultos, indicando, aparentemente, certa valorização cultural para a sobrevivência deste comportamento entre os homens.

A análise dos possíveis efeitos da intervenção educativa em estudo no auto-relato de comportamentos socialmente habilidosos e não habilidosos foi realizada, considerando como variáveis o *tempo* (medidas antes e após a intervenção), a *escola* (grupos C e E) e o *sexo* (meninos e meninas). Dessa forma, realizou-se análise estatística de variância multivariada (MANOVA) com medidas repetidas, sendo que os resultados estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10: Análise de Variância Multivariada (MANOVA) com medidas repetidas para o auto-relato de frequência de comportamentos habilidosos e não habilidosos por grupo C, E e por sexo, comparadas antes e após a intervenção.

Fontes de Variação	Comportamento Habilidadeoso			Comportamento Não Habilidadeoso Passivo			Comportamento Não Habilidadeoso Ativo		
	MQ	Índice	p	MQ	Índice	p	MQ	Índice	p
Tempo	177,495	F=1,893	0,174	46,901	F=3,414	0,072	72,48 5	F=4,087	0,050
Tempo x Escola	299,392	F=3,193	0,079	18,214	F=1,326	0,256	27,36 7	F=1,543	0,221
Tempo x Sexo	149,874	F=1,598	0,211	0,563	F=0,041	0,841	33,77 4	F=1,904	0,175
Tempo x Escola x Sexo	107,430	F=1,146	0,289	19,458	F=1,416	0,241	1,250	F=0,070	0,792

Conforme se observa na Tabela acima, apenas o comportamento não habilidoso ativo apresentou efeito significativo entre o momento da aplicação e replicação do IMHSC ($p = 0,050$); entretanto, ao se considerar apenas a variável tempo. Não se pode afirmar que este resultado seja um efeito positivo da intervenção educativa em questão, pois são muitas as possíveis variáveis que podem ter influenciado tal resultado ao longo do tempo (interação social com pares, discriminação do comportamento inadequado socialmente, instruções verbais sobre desempenhos sociais por parte de pais, professores e educadores em geral). Ao se desconsiderar a variação exclusiva do tempo entre o pré e o pós-teste, em nenhum dos comportamentos estudados (socialmente habilidoso, não habilidoso passivo e não habilidoso ativo) foi verificado efeito na

relação entre *tempo*, *sexo*, e *escola* para o auto-relato de frequência destes desempenhos sociais por parte dos pré-adolescentes participantes. No entanto, com relação à passividade, vale ressaltar que as meninas do grupo E apresentaram decréscimo maior no auto-relato de frequência de respostas passivas, quando comparado ao grupo C. Efeito semelhante ocorreu quanto à agressividade (ou comportamento não habilidoso ativo), onde os meninos do grupo E relataram menor frequência de respostas agressivas após a intervenção, em relação ao grupo C. Porém, esses índices de respostas se mostraram insuficientes para demonstrar diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas, entre os grupos C e E, e nos momentos antes e após a intervenção.

Portanto, estes resultados mostram que o THS componente da intervenção educativa em estudo, conforme elaborado e realizado junto à amostra pré-adolescente participante, não se mostrou eficiente para aumentar o auto-relato de frequência de comportamentos socialmente habilidosos, bem como para diminuir o auto-relato de frequência de comportamentos não habilidosos passivo e ativo.

A ausência de diferença significativa entre o escore médio de frequência nos três desempenhos comportamentais abordados pelo IMHSC pode ser resultado do pequeno tamanho das subamostras dos grupos C e E (os quais perfaziam um total de apenas 34 e 27 alunos, respectivamente), podendo ter influenciado nos resultados do teste de variância apresentado na Tabela 10. Além disso, as Figuras 22, 24 e 26 demonstraram que os grupos C e E apresentaram índices próximos na fase de pré-teste em cada desempenho social avaliado, porém os grupos não se apresentaram equivalentes, pois o grupo E relatou maior frequência para os comportamentos não habilidosos (passivo e ativo) quando comparado ao grupo C.

Outra hipótese provável para o indício de baixa efetividade do THS por meio da comparação de resultados de auto-relato pré e pós-intervenção do IMHSC neste presente estudo pode estar relacionada à possibilidade de sensibilização da maioria dos participantes do grupo C quanto aos objetivos da pesquisa (COZBY, 2003) durante a primeira aplicação do IMHSC (fase pré-teste), levando-os a responderem de acordo com a aceitação social, desprezando a auto-avaliação de frequência dos comportamentos sociais em questão. Pasquali (1996) também alerta para a ocorrência de vieses de respostas nos instrumentos de medida psicométrica, dentre os quais falseiam os dados, destacando-se principalmente a tendência a respostas estereotipadas, como parece ter ocorrido no presente caso.

Diversos autores apontam críticas à utilização da auto-avaliação como única medida avaliativa, advertindo principalmente sobre os riscos das medidas de auto-relato ser influenciadas pela desejabilidade social, prover pouca informação sobre antecedentes e conseqüentes do comportamento social e resultar em mínimo impacto imediato sobre o comportamento de seus respondentes (PASQUALI, 1996; VAUGHN; HAAGER, 1994; BEDELL; LENNOX, 1977; FRENTZ, GRESHAM; ELLIOTT, 1991; MATSON; SEVIN; BOX, 1995).

Tais críticas condizem com o posicionamento de Ogilvy (1994) sobre a necessidade de se utilizar mais de um procedimento avaliativo quando empregadas medidas de pré-teste para identificação de déficits individuais específicos ou como medidas de eficácia do treino. Dentre estes procedimentos, o autor defende a coleta de dados por diferentes fontes, tais como: relato de colegas, pais e professores, além das medidas de auto-relato, observação comportamental direta das interações sociais em estudo, entrevistas e promoção de tarefas comportamentais análogas, também conhecidas como técnica de *role-playing*.

Del Prette e Del Prette (2006) afirmam que o sucesso das intervenções em THS depende, em grande parte, da integração de esforços de todos que lidam com adolescentes (sejam familiares, colegas e educadores). Além disso, estes autores também defendem como mais indicados e efetivos para a obtenção de resultados satisfatórios, programas com duração mínima de 30 horas, preferência pelo formato individual (quando este se dirige a adolescentes) ou, se não for possível ou viável a intervenção individual, que os grupos sejam constituídos por no máximo 15 participantes.

Infelizmente, as medidas utilizadas no IMHSC se restringiram apenas às mudanças ocorridas no contexto escolar ao qual o inventário se destina, deixando de fora mudanças generalizadas para diferentes ambientes e demandas sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006; OGILVY, 1994; VAUGHN; HOGAN, 1994; MATSON; SEVIN; BOX, 1995; GRESHAM, 1995). Portanto, devido a curta duração do THS constituinte da intervenção educativa em questão, é provável que os participantes do grupo E tenham concentrado sua aprendizagem principalmente na topografia (forma) de novos comportamentos sociais, deixando em segundo plano a funcionalidade ou efetividade dos mesmos em contextos sociais distintos.

Por fim, a autora considera relevante citar aqui um dado relativo ao índice de assiduidade em ambos os grupos (C e E) nos dois diferentes momentos de aplicação

dos instrumentos de avaliação de conhecimento e do IMHSC: após a intervenção, houve o comparecimento e participação de 100% da amostra total de alunos integrantes do grupo E. Este dado parece sugerir certo grau de comprometimento e efetiva participação destes alunos com a intervenção educativa em questão, a qual é objeto de estudo da presente investigação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suporte teórico da presente dissertação fundamentou-se em preceitos da análise do comportamento, onde o ensino efetivo é visto como o arranjo planejado de contingências, opondo-se à concepção de aprendizagem como um processo que ocorre unicamente de forma espontânea e natural.

Somando-se às considerações acima a relevância de desenvolver programas interventivos de controle ao tabagismo devido à amplitude mundial de seus efeitos danosos à saúde do ser humano, a hipótese geral que orientou o desenvolvimento da pesquisa em questão previa caracterizar uma amostra de pré-adolescentes e seus familiares quanto ao nível sócio-econômico, conhecimento prévio e histórico tabagístico, além de avaliar a eficiência de uma intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo, dirigida a estes pré-adolescentes. Esta intervenção foi alvo de planejamento prévio e delineamento quase-experimental pré e pós-teste, com grupo controle não equivalente, a qual se constituiu de: instrução verbal, procedimento de ensino que visava à aquisição de conhecimentos pertinentes ao tabagismo; e do treinamento das habilidades sociais, utilizado como principal ferramenta de promoção de desempenho social adequado para lidar com a exposição tabágica no contexto social da amostra participante.

Os resultados relativos à identificação do perfil sócio-econômico dos pré-adolescentes e seus familiares demonstraram, em termos gerais, que a maior parte da amostra investigada em ambos os grupos C e E possuía grau de escolaridade variável entre ensino básico a médio completo e pertencia a classe média baixa, com rendas mensais de R\$726,26 em maior parte do grupo C e renda variável de R\$726,00 a R\$2000,00 na maioria da amostra componente do grupo E, aproximadamente. Tais dados comprovam a relevância social de se intervir nestas populações, pertinentes a indícios da literatura sobre a alta vulnerabilidade de populações de baixa renda e baixo nível de escolaridade à exposição tabagística e ao consumo de tabaco e seus derivados (PINTO; RIBEIRO, 2007; WORLD BANK, 2003; MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006; FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; AZEVEDO; MACHADO; BARROS, 1999).

Os dados permitiram também caracterizar o perfil dos alunos e seu histórico familiar sobre o hábito de fumar, destacando-se: identificação, em ambos os grupos, de

um índice significativo de familiares fumantes e ex-fumantes (acima de 30% em ambos os grupos), com maior prevalência de iniciação ao hábito de fumar por volta dos 14 anos de idade; além de baixa prevalência de pré-adolescentes que relataram já ter experimentado cigarros alguma vez na vida (apenas 3 alunos do grupo E), sendo interessante ressaltar que nenhum participante relatou fumar com frequência diária. Estes resultados apresentam-se em concordância com a finalidade deste estudo, o qual pretendeu dirigir-se a grupos expostos a fatores de risco (com ênfase para a ocorrência de pais ou responsáveis fumantes), porém ainda não acometidos ao hábito de fumar constantemente.

A verificação de fumantes nas dependências escolares apresentou-se diversamente distribuído em ambos os grupos estudados. No grupo E, essa verificação foi pequena e constituída por alunos fumantes em sua totalidade (apenas 9% da amostra relataram observar alunos fumando na escola); enquanto no grupo C, verificou-se um índice maior de fumantes (30% afirmaram já ter visto alguém fumando no contexto escolar), caracterizados principalmente por alunos e funcionários. Tais resultados evidenciam a importância de se estender os objetivos de tais programas interventivos nas escolas, incluindo a participação de docentes e de funcionários da rede educacional, sendo estes importantes modelos comportamentais para os alunos com os quais convivem.

As concepções e conhecimentos prévios identificados nos instrumentos avaliativos sobre o perfil do pai ou responsável (4.1) e perfil do aluno (4.2) apresentaram-se diferentemente para os pré-adolescentes e seus familiares. Em relação aos pais ou responsáveis, ambos os grupos apresentaram índices elevados de conhecimento sobre os itens em questão (em sua maioria superior a 90%), o que demonstrou um elevado repertório informativo por parte destes; quanto aos pré-adolescentes, estes índices não se apresentaram tão elevados (variando de 44% a 76% , aproximadamente), porém com pequenas diferenças entre os grupos C e E (com exceção apenas do item 35). Isto evidenciou certa semelhança quanto ao conhecimento prévio sobre tabagismo entre os grupos investigados, tanto em relação à amostra de pré-adolescentes quanto à de seus familiares.

Este dado também corrobora com a hipótese de que os adultos estiveram, durante um período de tempo maior, expostos às advertências e informações sobre os efeitos danosos do cigarro; porém, para aqueles que já adquiriram a doença da dependência à nicotina, o fator conhecimento nem sempre parece ser suficiente para

ajudá-los a parar de fumar. Enquanto isso, a faixa etária juvenil caracteriza-se como alvo principal da indústria do tabaco, a qual se utiliza de associações do comportamento de fumar a códigos e símbolos do mundo adulto, como forma de atrair estes pré-adolescentes (MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006). Sendo assim, o conhecimento parece ser um fator de maior importância e repercussão comportamental para a população de jovens quando comparada a população adulta.

A técnica da instrução verbal foi a que apresentou o resultado mais expressivo e altamente significativo na intervenção educativa em estudo. Verificou-se, no grupo E, um aumento no índice de acertos do instrumento de avaliação de conhecimento estatisticamente significativo ($p=0,000$), além deste instrumento demonstrar também um alto grau de semelhança entre os grupos C e E e entre meninos e meninas no momento anterior à intervenção.

Portanto, os dados permitiram demonstrar que a instrução, conforme utilizada neste estudo, aparentemente se apresentou como um procedimento de ensino altamente eficiente a induzir os pré-adolescentes a se comportarem em função do conteúdo aprendido. Além disso, Skinner (1990, apud ZANOTTO, 2000) atribui o aumento na possibilidade de mudança que um indivíduo pode exercer sobre o comportamento do outro por meio do comportamento verbal (como no caso da instrução em questão), dentre um dos principais aspectos evolutivos do comportamento humano, por ele definido como *controle operante da musculatura vocal*.

Por sua vez, a comparação pré e pós-intervenção dos índices referentes ao auto-relato de frequência das classes de desempenho sociais (comportamento socialmente habilidoso, não habilidoso passivo e não habilidoso ativo) do IMHSC, não demonstraram resultados estatisticamente significativos antes e após a intervenção que demonstrassem um efeito positivo do THS, tanto para as escolas C e E quanto para o sexo feminino e masculino.

Apesar da não verificação de significativos resultados junto ao IMHSC, a autora sugere a hipótese de aparente tendência do grupo C em emitir respostas de auto-relato socialmente mais aceitáveis, o que pode ter ocorrido devido a possíveis vieses de resposta e/ou sensibilização desta amostra aos objetivos da pesquisa, durante a etapa de pré-teste. Enquanto isso, os dados de auto-relato dos integrantes do grupo E parecem ter sido expressos de forma mais fidedigna, inclusive devido à observação de maior comprometimento dos mesmos (fato que o alto índice de assiduidade destes durante o desenvolvimento da pesquisa parece comprovar, além da constatação de diferenças mais

acentuadas entre os escores médios de desempenhos sociais antes e após a intervenção, verificadas neste grupo), podendo, inclusive, representar um produto direto e positivo da própria intervenção educativa em estudo.

Uma sugestão para a obtenção de dados mais fidedignos sobre o repertório de habilidades sociais de pré-adolescentes para intervenções similares é a utilização de procedimentos de coleta que envolvam diferentes informantes (o próprio adolescente, seus pares, pais e professores), além de outras medidas avaliativas, como a observação do comportamento em estudo, a entrevista e o role playing. O uso exclusivo de medidas de auto-relato parece não refletir acuradamente as auto-percepções dos pré-adolescentes da amostra em estudo, devido a sua relação com a desejabilidade social (OGILVY, 1994; PASQUALI, 1996; VAUGHN; HAAGER, 1994; BEDELL; LENNOX, 1977; FRENTZ; GRESHAM; ELLIOTT, 1991; MATSON; SEVIN; BOX, 1995).

Outra sugestão relevante verificada neste estudo para futuras pesquisas de promoção à saúde em contexto escolar utilizando o THS relaciona-se ao planejamento e estrutura das sessões interventivas. A duração e o número de sessões destinadas ao treino de habilidades sociais bem como o número de participantes do THS apresentaram-se bastante aquém do preconizado pela literatura da área (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006); porém, vale ressaltar que a utilização de técnicas vivenciais foi um ponto forte verificado durante o processo interventivo, por viabilizar e treinar desempenhos sociais relevantes nas relações interpessoais entre pré-adolescentes em contexto de sala de aula, além de possibilitar condições favoráveis à análise e intervenção sobre esses desempenhos.

Considerando a relevância científica desta pesquisa, vale citar suas contribuições ímpares para futuros estudos na área de prevenção ao tabagismo em território brasileiro, por investigar: a) elaboração e avaliação de uma intervenção educativa de prevenção primária sob os pressupostos teóricos e práticos da análise do comportamento; b) avaliação de um breve THS para pré-adolescentes por meio da relação entre auto-relato do desempenho social e a iniciação tabágica; c) a associação da iniciação tabágica e o gênero de pré-adolescentes relativo às variáveis habilidades sociais e conhecimento dos efeitos danosos do tabaco.

Por fim, conclui-se a favor da efetividade parcial da presente intervenção educativa, salientando a necessidade de futuras intervenções capazes de produzir resultados que se prolonguem no tempo e que se generalizem para diferentes contextos e demandas interpessoais. Para isso, é imprescindível que os programas interventivos

planejem e incluam medidas que demonstrem a generalização por longos períodos de tempo (manutenção), em diferentes ambientes (casa e escola, por exemplo), por meio de diferentes tarefas comportamentais (desempenho dos comportamentos em ambiente real e em situação de role-playing) e diferentes relações interpessoais (relação pai-filho, professor-aluno e entre pares); caso contrário, é alta a probabilidade de tais conseqüências não ocorrerem naturalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L. *Comportamento assertivo: Um guia de auto-expressão*. (Tradução feita por Jane Maria Corrêa). Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
- ALMANZA, S. E. E.; PILLON, .S. C. Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol em estudiantes de educación media. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. esp. P. 324-332, abr. 2004.
- ALMEIDA, A. F.; MUSSI, F. C. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40 (4), p.456-463, 2006.
- ARAÚJO, A. J. et al. Abordagem de populações especiais: Tabagismo e mulher. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, 107-128.
- ARÓN, A. M.; MILICIC, N. *Viver com os outros: Programa de desenvolvimento de habilidades sociais*. Campinas: Workshopsy, 1994.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP) *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)*, 2008. Disponível em: < http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf > Acesso em 10 fev 2008.
- AZEVEDO, A.; MACHADO, A. P.; BARROS, H. Tobacco smoking among portuguese high-school students. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 77 (6), p. 509-514, 1999.
- BARBOSA, M. T. S.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. R. O uso do tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições de estatística multivariada para a compreensão do fenômeno. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 401-409, out. 1989.
- BAUM, W. M. Pensamento e comportamento controlado por regras. In: _____. *Compreender o behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.

- BEDELL, J. R.; LENNOX, S. S. Self-awareness: A foundation for communication and problem-solving. In: BEDELL, J. R.; LENNOX, S. S. *Handbook for communication and problem-solving skills training: A cognitive-behavioral approach*. New York: John Wiley ; Sons, FNC, 1977, p. 41-74.
- BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, v.6 (2), p.233-242, 2002.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, Ribeirão Preto, v.7 (2), p.227-235, 2002.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Atualidades em tabagismo: INCA divulga estimativa de mortalidade de não fumantes expostos à fumaça do tabaco*. Rio de Janeiro, Divisão de Comunicação Social do INCA, 2008a.
- _____. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001*. Rio de Janeiro, INCA, 2001.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Terceiro e quarto ciclos: Apresentação dos temas transversais*. Brasília, MEC, 1998.
- _____. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. (Lei nº 9394/96)*. Brasília: Imprensa Oficial, Diário Oficial, v. 134, n. 248, 23 de dezembro de 1996 (1996a).
- _____. *Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4 do artigo 220 da Constituição Federal (Lei nº 9294/96)*. Brasília: Imprensa Oficial, Diário Oficial, 15 de julho de 1996 (1996b).
- BREINBAUER, C.; MADDALENO, M. *Choices and change: Promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington DC: Pan American Health Organization, 2005.
- CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. In: _____. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo, Editora Santos, 1996, p. 361-398.

- CANDEIAS, N. M. F. Fumo durante a gestação: Aspectos educativos de um problema comportamental. *Revista de saúde Pública*, São Paulo, v.13, n.3, p. 244-253, set. 1979.
- CAVALCANTE, T. M. *O programa de controle ao tabagismo no Brasil: Avanços e desafios*, no prelo. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/control_e_tabagismo.pdf>. Acesso em 04 nov 2008.
- _____. O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32 (5), p. 283-300, 2005.
- CAVALCANTE, T. M.; PEREZ, C. Controvérsia na dependência química: cigarros de baixos teores. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, 161-170.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). *V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
- CHATKIN, J. M. Genética do tabagismo: Em busca da droga certa para o paciente certo. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, p. 97-106.
- CORRÊA, P. C. R. P. Quais políticas de controle ao tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, 191-197.
- COZBY, P. C. Delineamentos quase-experimentais, delineamentos com sujeito único e delineamentos de pesquisas sobre desenvolvimento. In: _____. *Métodos de pesquisa em ciência do comportamento*. Tradução de Paula Inez Cunha Gomide e Emma Otta. São Paulo, Atlas, 2003. cap.8, p.171-193.
- DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades Sociais de crianças com e sem dificuldades de aprendizagem: Explorando a tecnologia multimídia. *Projeto de pesquisa encaminhado ao CNPq* (Processo 523913/96-6) e à FAPESP (Processo 97/12509-0), 1999.
- DEL PRETTE, Z. A. P. ; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes, 2006.

- _____. *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC-Del Prette): Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- _____. *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes, 2001a.
- _____. Habilidades sociais e educação: Pesquisa e atuação em Psicologia Escolar Educacional. In: Z. A. P. DEL PRETTE (Org.) *Psicologia, Saúde e Qualidade de vida*. Campinas: Alínea, 2001b.
- _____. Treinamento em habilidades sociais: Panorama geral da área. In: HAASE, V.G. et al.(Orgs.) *Psicologia do desenvolvimento: Contribuições interdisciplinares*. Belo Horizonte: Health, 2000, p. 249-264.
- _____. *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. Habilidades sociais e construção de conhecimento em contexto escolar. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.) *Sobre comportamento e cognição* (v. 3, cap. 30). Santo André: ARBytes, 1997, p. 234-250.
- _____. Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 9 (2), p. 233-255, 1996.
- ELLIOT, S. N.; RACINE, C. N.; BUSSE, R. T. Best practices in preschool social skills training. In: THOMAS, E. M. A.; GRIMES, J. (Orgs) *Best practices in school psychology III*. Washington DC: The National Association of School Psychologists. 1995, p. 1009-1020.
- FERREIRA, E. A. P.; MENDONÇA, M. B.; LOBÃO, A. C. Adesão ao tratamento de urticária crônica. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), p. 539-549, 2007.
- FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), XX-XX, 2006.
- FREITAS, F. L. *A percepção de escolares quanto à adequação de desempenhos agressivos, passivos e socialmente habilidosos e sua relação com o gênero e a dificuldade de aprendizagem*. 2002. 139f. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de São Carlos.

- FRENTZ, C.; GRESHAM, F. M.; ELLIOTT, S.N. Popular, controversial, neglected and rejected adolescents: Contrasts of social competence and achievement differences. *Journal of school psychology*, v. 29 (2), p.109-120, 1991.
- GIGLIOTTI, A.; CARNEIRO, E.; FERREIRA, M. Tratamento do tabagismo. In: RANGÉ, B.(Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 351-371.
- GIGLIOTTI, A.; LARANJEIRA, R. Habits, attitudes and beliefs of smokers in four Brazilian capitals. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 267-275, mar. 2005.
- GOLDFARB, L. C. S. *Avaliação de um programa piloto de prevenção do tabagismo em quatro escolas do município do Rio de Janeiro*. 2000. 130p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Endemias, ambiente e sociedade). Ministérios da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.
- _____. Tabagismo: estudo em adolescentes e jovens. Em: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; CASTELLO-BRANCO, V.C. (Eds). *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, v.1, p. 162-179, ago. 1999.
- GRANERO, R.; SÁNCHEZ, M. Câmbios em el uso de tabaco y factores relacionados em estudiantes del sexto al noveno grado, Estado Lara, Venezuela, años 2000 y 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1893-1899, set. 2006.
- GREENBERG, M. T. et al. Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist*, vol.58 (6-7), p. 466-474, jul, 2003.
- GRESHAM, F. M. Best practices in social skills training. In: THOMAS, A.; GRIMES, J. *Best practices in school psychology*. Washington (DC): The National Association of School Psychologists, 1995, p. 1021-1030.
- GUIMARÃES, S. S. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: RANGÉ, B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 113-130.
- GUZZO, R. L. Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia da escola: Desafios do novo milênio. In: DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.) *Psicologia escolar, saúde e qualidade de vida*. Campinas: Alínea, 2001.

- HANNA, E. S.; RIBEIRO, M. R. Autocontrole: Um caso especial de comportamento de escolha. In: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. (Orgs.) *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 175-188.
- HARGIE, O.; SAUNDERS, C.; DICKSON, D. Assertiveness. In: *Social skills interpersonal communication* (cap. 12). Londres: Routledge, 1994.
- HORTA, B. L. et al. Tabagismo em adolescente de área urbana na região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 35 (2), p. 159-164, 2001.
- INCA. Vídeos para Campanha Anti-Tabagismo. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=multimedia&link=videos.swf> Acesso em 06 ago 2007.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Environmental carcinogens Methods of Analysis and Exposure Measurement: Passive smoking. *Scientific Publications*, Lyon, v. 9 (81), 1987.
- KEARNS, K. P. Methodologies for studying generalization. In: McREYNOLDS, L. V. ; SPRADLIN, J. E. *Generalization strategies in the treatment of communication disorders*. Toronto: B.C. Decker Inc., 1989, p. 13-30.
- KELLER, F. S. Adeus, mestre! *Ciência e cultura*, v. 24 (3), p. 207-217, 1972.
- KERBAUY, R. R. Autocontrole: acertos e desacertos na pesquisa e aplicação. In: _____. (Org.) *Sobre comportamento e cognição*, v. 5. Santo André: SET, 2000, p. 192-200.
- LOPES, A. L. M. *Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese*. Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- MACHADO-NETO, A. S.; CRUZ, A. A. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 264-272, out. 2003.
- MALCON, M.; MENEZES, A. M. B. Tabagismo na adolescência. *Pediatria*, São Paulo, v.24 (3/4), p. 81-82, 2002.

- MARQUES, A. C. P. R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23 (4), p. 200-214, 2001.
- MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22 (supl II), p. 32-36, 2000.
- MATSON, J. L.; ROTATORI, A. F.; HELSEL, W. J. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior research and therapy*, 21, p.335-340. 1983.
- MATSON, J. L.; SEVIN, J. A.; BOX, M. L. Social skills in children. In: O'DONOHUE, W.; KRASNER, L. (Eds.) *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications*. New York: Allyn and Bacon, 1995, p. 36-53.
- McREYNOLDS, L. V. Generalization issues in the treatment of communication disorders. In: McREYNOLDS, L. V. ; SPRADLIN, J. E. *Generalization strategies in the treatment of communication disorders*. Toronto: B.C Decker Inc., 1989, p. 1-12.
- MEIRELLES, R. H. S.; CAVALCANTE, T. M. Quais políticas de controle um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, 171-189.
- MESTRE, M. Habilidades sociais e comunicação. *Psicologia Argumentativa*, v. 19 (29), p. 33-37, out 2001.
- MEYER, M. *Guia prático para programas de prevenção de drogas*. São Paulo, Sociedade Beneficente Israelense Brasileira Hospital Albert Einstein, 2003. Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>> (Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein). Acesso em 26 out. 2006.
- MEYER, S. Análise funcional do comportamento. In: COSTA, C. E.; LUZIA, J. C.; SANT'ANA, H. H. N. *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*. Santo André: ESETec, 2003, p. 75-91.
- MILAN, A. M. ; MITCHEL, Z. P. A generalização e a manutenção dos efeitos do tratamento. In: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo, Editora Santos, 1996, p. 111-130.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Brasil: Advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009*. Rio de Janeiro, INCA, 2008.

_____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Implantando e avaliando o Programa de Controle de Tabagismo e outros fatores de risco de câncer nas escolas*. Rio de Janeiro, INCA, 2. ed. 2, 2004.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Saber Saúde – Prevenção do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer*. Rio de Janeiro, MS/INCA, 1998.

MINTO, E. C. et al. Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11 (3), p. 561-568, set/dez 2006.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. A análise funcional: aplicação dos conceitos. In: _____. *Princípios básicos da Análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 145-164.

MURTA, S. G. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18 (2), p.283-291, 2005.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência ; Saúde Coletiva*, v. 4 (1), p. 145-151, 1999.

OGILVY, C. M. Social skills training with children and adolescents: A review of the evidence on effectiveness. *Educational Psychology*, v. 14 (1), p.73-83, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Health in the Americans*, Washington, DC, PAHO – Scientific Publication, 2002.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. (Org.) *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999, p. 37-71.

- _____. Medida psicométrica. In: PASQUALI, L. (Ed.) *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: INEP, 1996, p. 73-116.
- PINTO, D. S.; RIBEIRO, S. A. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém – PA. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(5), p.558-564, 2007.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11 (3), p.315-322, 2006.
- PRESMAN, S. Tabagismo e suas implicações na família. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, 147-159.
- SCIVOLETTO, S.; FOCCHI, G. R. A. Abordagem de populações especiais: Adolescentes. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, p. 135-145.
- SKINNER, B. F. O papel do meio ambiente. In: _____. *Contingências de reforço*. São Paulo: Abril Cultural, 1980, p. 9-27.
- _____. *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas, Papirus, 1995.
- _____. *Tecnologia do ensino*. São Paulo: Herder/EDUSP, 1972.
- _____. *Ciência e comportamento humano*. (Tradução de João Cláudio Todorov e Rodolpho Azzi). 2.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1970.
- SKINNER, B. F.; EPSTEIN, R. The science of learning and the art of teaching. In: SKINNER, B. F. ; EPSTEIN, R. *Skinner for the classroom: selected papers*. Champaign Illinois, Research Press, 1982.
- TROWER, P. Adult social skills: State of the art and future directions. In: O'DONOHUE, W.; KRASNER, L. (Orgs.) *Handbook of psychological skills training: clinical techniques and applications*. New York: Allyn and Bacon, 1995, p. 54-80.

- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (USDHHS). *Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of The Surgeon General*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- VALADÃO, S. *Vídeo sobre tabagismo*. Disponível em : http://www.youtube.com/watch?v=D_kOmKszQhw Acesso em 06 fev 2007.
- VANDENBERGHE, L. Terapia comportamental construtiva: Uma outra face da clínica comportamental. *Psicologia USP*, v. 18, p. 221-237, 2007.
- VAUGHN, S.; HAAGER, D. Social assessments of students with learning disabilities: do they measure up? In: VAUGHN, S.; BOS, C. (Eds.) *Research issues in learning disabilities: Theory, methodology, assessment and ethics*. New York: Springer-Verlag, 1994, p.276-311.
- VIEGAS, C. A. A. Abordagem breve. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro, ABP-Saúde, 2006, 21-25.
- WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19 (2), p.101-116, 2007.
- WORLD BANK. *Tobacco ; Health in the developing world: A background paper for the high level table on tobacco control and development policy*. Organized by the European Commission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank, Brussels, 2003.
- _____. *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco control*, Brussels, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Report on the Global Tobacco Epidemic: Fresh and alive MPOWER*. Genebra, WHO, 2008a. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Acesso em 21 ago. 2008.
- _____. *Tobacco Free Initiative*. Genebra, WHO, 2008b. Disponível em: <http://www.who.int/topics/tobacco/en>. Acesso em 29 jul. 2008.
- _____. *Tobacco ; the rights of the child*. Geneve, WHO, 2001.

_____. *Making a difference*. Geneve, World Health Report, 1999.

ZANOTTO, M. L. B. *Formação de professores: a contribuição da análise do comportamento*. São Paulo, EDUC, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Nome do Pai ou Responsável: _____

Nome do Aluno: _____

Perfil do Pai ou Responsável pelo Aluno

Prezado(a) senhor(a),

Este questionário faz parte da pesquisa referida na página anterior sobre AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA AO TABAGISMO NAS ESCOLAS e é destinado aos pais e responsáveis dos alunos participantes de nossa pesquisa, principalmente àqueles que fazem uso de tabaco (cigarros ou seus derivados). Ele ajudará os profissionais da saúde a conhecer melhor os fatores que influenciam a fase de início do uso e experimentação do tabaco pelas crianças e adolescentes. Por isso, seu apoio para responder às perguntas a seguir é muito importante para a consecução da pesquisa em questão.

O questionário foi elaborado de forma que seu preenchimento seja rápido e simples, basta escrever um X na resposta que escolher. As respostas são confidenciais, portanto, não coloque seu nome. Você não será identificado e ninguém jamais saberá suas respostas.

Desde já, agradecemos a sua importante colaboração.

Catanduva, ____ de Outubro de 2007.

Parte I

1.Sexo: 1|_| masculino 2|_| feminino

(siga para a pergunta nº2)

2.Idade: |_|_| anos

(siga para a pergunta nº3)

3.Escolaridade:

1 |_| superior completo

2 |_| superior incompleto

3 |_| médio completo

4 |_| médio incompleto

5 |_| básico completo

6 |_| básico incompleto

(siga para a pergunta nº4)

4. Marque um X à quantidade referida de itens que possuir em sua residência:

ITENS	QUANTIDADE DE ITENS				
	0	1	2	3	4 OU +
Televisão a cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Vídeo Cassete ou DVD					
Geladeira					
Freezer					

(siga para a pergunta nº5)

5.Profissão:

Qual?

(siga para a pergunta nº6)

6.Você fuma cigarros atualmente?

1. |_| sim**(siga para a pergunta nº7)**2. |_| não **(siga para a pergunta nº17)**

7.Quantos cigarros você fuma ?

1. |_| 1 a 10 cigarros (até meio maço) por dia

2. |_| 11 a 20 cigarros (meio a um maço) por dia

3. |_| mais de 20 cigarros (mais de um maço)

4. |_| de um a dez cigarros por semana

5. |_| não sei

(siga para a pergunta nº8)

8. Qual a marca do cigarro que você fuma habitualmente?

Resposta:.....

(siga para a pergunta nº9)

9. Quanto tempo depois de acordar você acende o primeiro cigarro?

1. ☐ na primeira meia hora
2. ☐ mais que meia hora depois
3. ☐ não sei

(siga para a pergunta nº10)

10. Você fuma dentro de casa?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº11)**
2. ☐ não **(siga para a pergunta nº12)**

11. Você fuma perto de seu(sua) filho(a)?

1. ☐ sim
2. ☐ não

(siga para a pergunta nº12)

12. Você pretende parar de fumar?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº13)**
2. ☐ não
3. ☐ não sei **(passe para a pergunta nº13)**

13. Você pretende parar de fumar:

1. ☐ nos próximos 30 dias
2. ☐ nos próximos 6 meses
3. ☐ não pretendo parar de fumar ainda

(siga para a pergunta nº14)

14. Já tentou parar de fumar?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº15)**
2. ☐ não **(passe para a pergunta nº18)**

15. Quantas vezes já tentou parar de fumar?

1. ☐ de 1 a 2 vezes
2. ☐ de 3 a 5 vezes
3. ☐ mais de 6 vezes
4. ☐ não sei

(siga para a pergunta nº16)

16. Na sua última tentativa, quanto tempo você ficou sem fumar?

1. ☐ um dia
2. ☐ dois a sete dias
3. ☐ uma a duas semanas
4. ☐ duas semanas a um mês
5. ☐ um a seis meses
6. ☐ seis meses a um ano
7. ☐ mais de um ano
8. ☐ não lembro

(siga para a pergunta nº17)

17. Você já fumou cigarros anteriormente ?

1. ☐ sim (**siga para a pergunta nº18**)
nº20)

2. ☐ não (**passe para a pergunta**

18. Com que idade começou a fumar?

1. | anos 2. ☐ não sei
(siga para a pergunta nº19)

19. Quantos cigarros você fumou durante a sua vida inteira?

1. ☐ entre 1 e 100 cigarros (até 5 maços)
 2. ☐ mais de 100 cigarros (mais de 5 maços)
 3. ☐ não sei

(siga para a pergunta nº20)

20. Você usa outros derivados do tabaco?

1. ☐ sim (**siga para a pergunta nº21**)
nº22)

2. ☐ não (**passe para a pergunta**

21. Qual?

1. ☐ cachimbo 4. ☐ cigarro de palha
 2. ☐ charuto 5. ☐ cigarrilha
 3. ☐ fumo de rolo mascado 6. ☐ rapé

(siga para a pergunta nº22)

22. Marque *concordo*, *discordo* ou *não sei* com um X para as seguintes informações:

INFORMAÇÕES	Concordo	Discordo	Não Sei
a. O cigarro faz mal à saúde.			
b. O cigarro polui o meio ambiente.			
c. A fumaça do cigarro faz mal aos não fumantes.			
d. A mulher grávida que fuma prejudica a sua saúde e a do bebê.			
e. O comportamento dos adultos e dos colegas influencia o comportamento da criança.			

Agradecemos pela sua atenção

APÊNDICE B

Nome do Aluno: _____ Série: _____

Escola: _____

Data: _____

Perfil do(a) Aluno(a)

Prezado(a) aluno(a),

Este questionário é para uma pesquisa sobre ***prevenção ao tabagismo***, para ser aplicado em estudantes de diferentes escolas. Ele ajudará aos médicos e outros profissionais da saúde a conhecerem melhor os comportamentos e hábitos dos alunos que resultem no uso e experimentação de cigarros e seus derivados. Portanto, precisamos de seu apoio para responder às perguntas a seguir.

As respostas são confidenciais, portanto, não coloque seu nome. Seus pais, professores e outras pessoas jamais saberão as suas respostas.

Se você tiver alguma pergunta para fazer, faça-a aos entrevistadores que terão o prazer em respondê-las.

Desde já, agradecemos a sua importante colaboração.

Parte I - Identificação

1. Sexo: 1 ☐ masculino 2 ☐ feminino

2. Idade: anos

3. Cursando: série do 1º Grau

4. Turno: 1 ☐ manhã 2 ☐ tarde 3 ☐ noite

5. Com quem você fica em casa durante o dia, a maior parte dos dias da semana? (se necessário marque mais de uma alternativa).

- 1 ☐ pai
- 2 ☐ mãe
- 3 ☐ irmão/irmã
- 4 ☐ avó/avô
- 5 ☐ tia (o)
- 6 ☐ sozinho
- 7 ☐ empregada/babá
- 8 ☐ outros Quem?.....

6. Seus pais são separados? 1 ☐ sim
2 ☐ não

7. Seu pai estudou até:

- 1 ☐ não estudou
- 2 ☐ alfabetização
- 3 ☐ até o 1º grau completo
- 4 ☐ até 2º grau completo
- 5 ☐ até 3º grau completo
- 6 ☐ não sei

8. Sua mãe estudou até:

- 1 ☐ não estudou
- 2 ☐ alfabetização
- 3 ☐ até o 1º grau completo
- 4 ☐ até 2º grau completo
- 5 ☐ até 3º grau completo
- 6 ☐ não sei

9. Você trabalha fora? 1 ☐ sim
2 ☐ não

Parte II – Uso de Tabaco

10. Você já fumou cigarros ou experimentou cigarros na sua vida?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**

11. Com que idade isso aconteceu?

- 1 anos 2 ☐ não lembro

12. Quantos cigarros você **fumou durante a sua vida inteira**, até este momento?

- 1 até 5 maços (de 1 a 100 cigarros)
2 ☐ mais de 5 maços (mais de 100 cigarros)
3 ☐ não sei

13. **De um ano para cá** você fumou algum cigarro?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**

14. **De um mês para cá** você fumou algum cigarro?

- 1 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**
2 ☐ sim, fumei de 1 a 5 dias
3 ☐ sim, fumei de 6 a 19 dias
4 ☐ sim, fumei 20 ou mais dias

15. Você fuma cigarros atualmente?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**

16. Os cigarros que você fuma em maior quantidade são:

- | | | | |
|--|-----------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1 ☐ cigarro comum | → Qual a marca? | 1 ☐ Free | 4 ☐ Derby |
| | | 2 ☐ Hollywood | 5 ☐ Plaza |
| | | 3 ☐ Carlton | 6 ☐ outra |
| 2 ☐ cigarro de Bali | | | |
| 3 ☐ cigarro de palha enrolado à mão | | | |
| 4 ☐ outros | | | |

17. Por quê você fuma?

- 1 ☐ acho bonito
2 ☐ acalma
3 ☐ meu grupo fuma
4 ☐ gosto das propagandas
5 ☐ meus pais fumam
6 ☐ outros motivos

Quais?.....

- 7 ☐ não sei

18. Hoje, você fuma mais do que quando começou a fumar?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não, eu fumo a mesma coisa
3 ☐ não, eu fumo menos
4 ☐ não sei

19. Você fuma todos os dias?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não **(passe para a pergunta 21)**

20. Quantos cigarros você fuma por dia?

..... cigarros 2 ☐ não sei

21. Como você consegue cigarros ? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

- 1 ☐ compro
2 ☐ pego escondido dos familiares **(passe para a pergunta 24)**
3 ☐ peço aos outros **(passe para a pergunta**

24)

22. Você compra cigarro :

- 1 ☐ a varejo (“solto”)
2 ☐ por maço
3 ☐ dos dois jeitos

23. Em que local você compra cigarro? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

- 1 ☐ no bar
2 ☐ no banheiro
3 ☐ na cantina da escola
4 ☐ no camelô
5 ☐ em outro lugar.

Qual?.....

24. Você fuma escondido de alguém?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não **(passe para a pergunta 26)**

25. De quem? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

- 1 ☐ pai
2 ☐ irmão/irmã
3 ☐ mãe
4 ☐ tia(o)
5 ☐ avó/avô
6 ☐ professor
7 ☐ outros.

Quem?.....

26. Em que locais você fuma? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

- 1 ☐ em casa
2 ☐ na rua
3 ☐ na escola
4 ☐ em festas
5 ☐ outros

Quais?.....

27. Em sua casa alguém fuma?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não **(passe para a pergunta 29)**

28. Quem? (se necessário, marque mais de uma alternativa)

- 1 ☐ pai
 2 ☐ mãe
 3 ☐ irmão
 4 ☐ _____ outros.
 Quem?.....

29. Na sua sala de aula você vê alguém fumando **durante a aula?**

- 1 ☐ sim, os alunos
 2 ☐ sim, o(s) professor (s)
 3 ☐ sim, os alunos e os professores
 4 ☐ não

30. E fora da sala de aula, você tem visto alguém fumando **dentro da escola?**

- 1 ☐ sim
 2 ☐ não (**passe para a pergunta 33**)

31. Quem? (se necessário, marque mais de uma alternativa)

- 1 ☐ alunos
 2 ☐ professores
 3 ☐ _____ outros
 Quem?.....

32. Onde? (se necessário, marque mais de uma alternativa)

- 1 ☐ pátio
 2 ☐ sala de professores
 3 ☐ banheiros
 4 ☐ sala para fumantes
 5 ☐ corredores
 6 ☐ cantina
 7 ☐ _____ outros
 Quais?.....

Parte III – Informação e Opinião

Leia as perguntas e responda:

33. Existem cigarros que não fazem mal a saúde? 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sei
34. A fumaça do cigarro faz mal aos não fumantes? 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sei
35. O cigarro causa dependência (vicia)? 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sei
36. As propagandas dizem sempre a verdade? 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sei
37. A propaganda de cigarros contém mensagens de advertências? 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 3 ☐ Não sei

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA AVALIAR O CONHECIMENTO DO PROGRAMA EDUCATIVO TABAGISMO (Versão inicial)

Este é um questionário para avaliar seu conhecimento sobre o tema **Tabagismo**. As respostas são de múltipla escolha, sendo que você deverá marcar um X na letra selecionada como alternativa correta.
Boa sorte!

1. O tabaco é uma droga porque provoca dependência de seus usuários. Qual(is) a(s) substância(s) existente(s) no tabaco responsável(is) por causar a dependência?

- a) o alcatrão
- b) a cocaína
- c) o monóxido de carbono e a amônia
- d) a nicotina
- e) a cafeína e o alcatrão

2. O que significa o termo Tabagismo?

- a) é o ato de conviver com fumantes em casa, no trabalho ou na escola e se tornar um fumante passivo.
- b) é o ato de se consumir/fumar cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina.
- c) é a arte de se fabricar cigarros ou outros produtos derivados das folhas de tabaco.
- d) é o conjunto de doenças relacionadas ao uso de cigarros ou ato de fumar.
- e) é o estudo dos malefícios provocados pelo cigarro para o corpo humano.

3. Quais os principais danos que o cigarro pode provocar ao meio ambiente?

- a) o agravamento do efeito estufa devido à liberação de gases como o dióxido de carbono (CO₂) e o CFC (clorofluorcarbono).
- b) a destruição da floresta amazônica, pois é a principal região produtora de tabaco no Brasil.
- c) a morte imediata dos animais que convivem com fumantes.
- d) não provoca danos ao meio ambiente, uma vez que o cigarro apenas prejudica o fumante.
- e) o desmatamento de florestas, o empobrecimento dos solos onde se cultiva o tabaco, grande risco de incêndios e de poluição ambiental produzida pela fumaça e pelo acúmulo de lixo nas ruas (pontas de cigarros).

4. Quem são os fumantes passivos?

- a) são as pessoas que fumam de vez em quando.
- b) são as pessoas que fumam por sentir prazer em fumar.
- c) são as pessoas que convivem com fumantes (em casa, no trabalho ou na escola) e inalam a fumaça do cigarro.
- d) são as pessoas que deixaram de fumar.
- e) são as pessoas que fumam outros tipos de produtos derivados do tabaco, como charutos, cigarro de palha, cachimbo, cigarros de cravo, canela , chocolate, etc.

5. O consumo de cigarros está aumentando em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Sabe-se hoje que o consumo de cigarros agrava a fome e a pobreza no mundo porque:

- a) muitos pais/chefes de família deixam de comprar alimentos e outros bens necessários para a casa e para os filhos para poder comprar seus cigarros.
- b) porque o lucro das indústrias dos cigarros nunca são revertidos para ajudar as pessoas.
- c) porque os governos gastam muito para combater a propaganda dos cigarros e esquecem de seu povo.
- d) porque os governos não estão preocupados com a propaganda dos cigarros, que é totalmente liberada no Brasil.
- e) porque o cigarro é a droga mais consumida no Brasil.

6. Os cigarros estão entre as drogas mais consumidas por crianças e adolescentes. Um dos principais motivos para este fato é:

- a) o cigarro não é prejudicial para as crianças e adolescentes, pois nesta fase se fuma apenas de vez em quando.
- b) a propaganda dos cigarros é especialmente direcionada para as crianças e para os jovens, utilizando imagens de artistas famosos e temas como liberdade, sucesso e realização, os quais as crianças e os jovens querem conquistar.
- c) o cigarro é uma das drogas mais fracas que existe no mundo, sendo muito raros os casos de “overdose”, mesmo entre crianças.
- d) todas as crianças aprendem a fumar por meio de brincadeiras, principalmente por achar bonito e imitar os adultos fumarem.
- e) toda criança que possui um pai fumante possui uma chance maior de ser fumante no futuro.

7. Existem vários tipos de tabaco para se fumar, conhecidos em todo o mundo. O mais consumido/utilizado no Brasil é:

- a) o cigarro de palha.
- b) o cachimbo
- c) o cigarro industrializado ou cigarro de papel.
- d) o rapé.
- e) o charuto.

8. Sabe-se hoje que, além da nicotina, o cigarro possui várias substâncias tóxicas, as quais afetam a saúde do fumante e dos que convivem junto a ele, inalando a fumaça de seu cigarro. Aproximadamente, quantas substâncias tóxicas já foram descobertas em um único cigarro?

- a) 11.240 substâncias.
- b) 53 substâncias.
- c) 1 milhão de substâncias.
- d) 1.560 substâncias.
- e) 4.720 substâncias.

9. Entre as principais doenças conhecidas e relacionadas ao consumo de cigarros estão:

- a) gripe e resfriado.
- b) câncer de pulmão e dor de cabeça.
- c) alergia e febre.
- d) câncer de pulmão, enfisema e doenças vasculares.
- e) sarampo e rubéola.

10. O que se entende por Síndrome de Abstinência do cigarro?

- a) são os sintomas e sinais de irritação que o ex-fumante sente ao parar/deixar de fumar, tais como: tosse, dor de cabeça, tontura, entre outros.
- b) é uma grande vontade de fumar, que dura 3 segundos, mas que é extremamente forte e tentadora para o fumante.
- c) é o período entre um cigarro e outro, em que o fumante fica sem fumar.
- d) são sintomas de bem-estar e tranquilidade, que o ex-fumante sente ao conseguir deixar de fumar.
- e) são reações de esquecimento e falta de memória que todo fumante apresenta por causa da nicotina.

APÊNDICE D

INSTRUMENTO PARA AVALIAR O CONHECIMENTO DO PROGRAMA EDUCATIVO TABAGISMO (Versão final)

Nome: _____ Série: _____

Escola: _____

Este é um questionário para avaliar seu conhecimento sobre o tema **Tabagismo**. As respostas são de múltipla escolha, sendo que você deverá marcar um X na letra selecionada como alternativa correta.

Boa sorte!

1. O **tabaco**, também conhecido como **fumo**, é uma droga porque provoca dependência química de seus usuários. Qual(is) a(s) substância(s) existente(s) no tabaco responsável(is) por causar a dependência?

- a) o alcatrão
- b) a cocaína
- c) o ópio e a cafeína
- d) a nicotina
- e) a cafeína e o alcatrão

2. O que significa o termo Tabagismo?

- a) é o ato de conviver com fumantes em casa, no trabalho ou na escola e se tornar um fumante passivo.
- b) é o ato de consumir/fumar cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina.
- c) é a arte de se fabricar cigarros ou outros produtos derivados das folhas de tabaco.
- d) é o conjunto de doenças relacionadas ao ato de fumar cigarros.
- e) é o estudo da história do tabaco e sua expansão no mundo.

3. Qual(s) o(s) dano(s) que o cigarro pode provocar ao meio ambiente?

- a) o empobrecimento dos solos onde se cultiva as folhas de tabaco.
- b) a destruição e o desmatamento de árvores para a produção do cigarro de papel.
- c) o alto número de incêndios provocados por pontas de cigarro acesas.
- d) a poluição do ar produzida pela fumaça do cigarro, principalmente em locais fechados.
- e) todas as alternativas anteriores estão corretas.

4. Quem são os fumantes passivos?

- a) são as pessoas que fumam de vez em quando.
- b) são as pessoas que fumam por sentir prazer em fumar.
- c) são as pessoas que convivem com fumantes (em casa, no trabalho ou na escola) e inalam a fumaça do cigarro.
- d) são as pessoas que deixaram de fumar.
- e) são as pessoas que não fumam cigarro de papel mas fumam outros tipos de produtos derivados do tabaco como o charuto, o cachimbo, o cigarro de palha, o cigarro de cravo, etc.

5. Existem vários tipos de tabaco para se fumar, conhecidos em todo o mundo. O mais consumido no Brasil é:

- a) o cigarro de palha.
- b) o cachimbo.
- c) o cigarro industrializado ou cigarro de papel.
- d) o tabaco de mascar.
- e) o charuto.

6. Os cigarros estão entre as drogas mais consumidas por crianças e adolescentes, porque:

- a) o cigarro não é prejudicial para crianças e adolescentes, pois nesta fase se fuma apenas de vez em quando.
- b) a propaganda dos cigarros é especialmente direcionada para as crianças e para os jovens, utilizando imagens de artistas famosos e temas como liberdade, sucesso e realização, os quais as crianças e os jovens querem conquistar.
- c) o cigarro está entre as drogas mais fracas que existem no mundo, sendo raras as crianças ou adolescentes que se sentem mal depois de fumar.
- d) os jovens querem imitar todo comportamento dos adultos, inclusive o ato de fumar.
- e) toda criança que possui um pai fumante virá a ser fumante no futuro.

7. O consumo de cigarros está aumentando em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Sabe-se hoje que o consumo de cigarros aumenta a fome e a pobreza no mundo porque:

- a) muitos pais fumantes deixam de comprar alimentos e outros bens necessários para a casa e para os filhos para poder comprar seus cigarros.
- b) porque o lucro das indústrias dos cigarros nunca são revertidos para ajudar as pessoas.
- c) porque o governo gasta muito para combater a propaganda dos cigarros e esquece de seu povo.
- d) porque o governo não está preocupado com a propaganda dos cigarros, que é totalmente liberada no Brasil.
- e) porque o cigarro é a droga mais consumida em todo o mundo.

8. Sabe-se hoje que, além da nicotina, o cigarro possui várias substâncias tóxicas, as quais afetam a saúde do fumante e dos que convivem junto a ele, inalando a fumaça de seu cigarro. Aproximadamente, quantas substâncias tóxicas já foram descobertas em um único cigarro?

- a) 11.240 substâncias.
- b) 53 substâncias.
- c) 1 milhão de substâncias.
- d) 1.560 substâncias.
- e) 4.720 substâncias.

9. Entre as principais doenças conhecidas e relacionadas ao consumo de cigarros estão:

- a) gripe e resfriado.
- b) câncer de pulmão, tuberculose e dor de cabeça.
- c) alergia e febre.
- d) câncer de pulmão, infecções respiratórias e doenças do coração.
- e) sarampo e rubéola.

10. O que você entende por “*Abstinência do cigarro*”?

- a) são os sintomas e sinais de irritação que o ex-fumante sente ao parar de fumar, tais como: tosse, dor de cabeça, tontura, etc.
- b) é uma grande vontade de fumar, que dura 3 segundos, mas que é extremamente forte para o fumante.
- c) é o período entre um cigarro e outro, em que o fumante fica sem fumar.
- d) são sintomas de bem-estar e tranquilidade, que o ex-fumante sente ao conseguir deixar de fumar.
- e) são reações de esquecimento e falta de memória que todo fumante apresenta por causa da nicotina.

APÊNDICE E

Catanduva, 27 de Abril de 2007.

Sra. Secretária,

Gostaria de ver apreciado por esta Secretaria, dirigida por Vossa Senhoria, o projeto de pesquisa AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE AO TABAGISMO NAS ESCOLAS, a ser desenvolvido pela Sra. **Fernanda Lins e Freitas**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga.

Este projeto de pesquisa tem como foco estudantes da 5^A Série do Ensino Fundamental e seu principal objetivo é avaliar os resultados de ações educativas durante a experiência de intervenção do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, verificando se houve mudanças comportamentais e de atitudes em relação a exposição tabágica, além de avaliar o(s) conhecimento(s) adquirido (s) por estes alunos sobre o consumo de tabaco.

Para maiores esclarecimentos, segue em anexo uma cópia do resumo do projeto e a metodologia a ser desenvolvida.

Sem mais no momento renovo protestos de estima e consideração.

Mestranda Fernanda Lins e Freitas
Telefone: (17) 3522-9607/ 9101-7915
e-mail: fer.lins@terra.com.br

Sra. Dra. Tânia Aparecida Ribeiro Botós
Secretária da Educação do Município de Catanduva

APÊNDICE F

Catanduva, 28 de Maio de 2007.

Prezada Senhora,

A Direção da Escola Municipal de Ensino Fundamental Prof. Waldemar Martins Aydar, após leitura do projeto “Ações educativas de prevenção e controle ao tabagismo nas escolas”, a ser desenvolvido por Vossa Senhoria, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP – Campus de Marília, concorda que ele seja desenvolvido nesta escola a partir do ano 2007.

Sem mais no momento, renovo protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof.^a Lydia Munhós Dias Pereira
Diretora da EMEF Prof. Waldemar Martins Aydar

Ilma. Sra.

Fernanda Lins e Freitas

Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP

UNESP – Campus de Marília

APÊNDICE G

Catanduva, 01 de Junho de 2007.

Prezada Senhora,

A Direção da Escola Municipal de Ensino Fundamental Profa. Darci Helena Delgado Januário, após leitura do projeto “Ações educativas de prevenção e controle ao tabagismo nas escolas”, a ser desenvolvido por Vossa Senhoria, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP – Campus de Marília, concorda que ele seja desenvolvido nesta escola a partir do ano 2007.

Sem mais no momento, renovo protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof.^a Célia Maria Belíssimo Serrisse
Diretora da EMEF Profa. Darci Helena Delgado Januário

Ilma. Sra.

Fernanda Lins e Freitas

Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP

UNESP – Campus de Marília

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA

Estamos realizando uma pesquisa na EMEF Prof. Waldemar Martins Aydar, intitulada “AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA AO TABAGISMO NAS ESCOLAS” e gostaríamos que seu(sua) filho(a) participasse da mesma. O objetivo central deste estudo é avaliar os resultados de um Programa de Prevenção Primária ao Tabagismo, em uma escola pública do município de Catanduva (SP).

Participar desta pesquisa é uma opção e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá nenhuma penalidade ou prejuízo a ele(a).

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubessem que o presente projeto visa realizar um conjunto de ações educativas de prevenção e controle ao tabagismo com alunos de 5ª. Série do Ensino Fundamental. Dentre as ações educativas a serem desenvolvidas, pretende-se: a) realizar palestras informativas com profissionais da saúde sobre a dependência tabágica e os danos para a saúde e para o meio ambiente; b) esclarecer os jovens sobre os veículos de transmissão tabágica, por meio de vivências e exposições sobre as diversas formas e disfarces utilizados pela indústria do tabaco para comercializar produtos danosos à saúde; c) treinamento de habilidades de autocontrole para minimizar os riscos de experimentação e iniciação ao tabagismo; d) realizar práticas escolares que enfoquem o controle ao tabagismo, tais como promover concursos de cartazes e desenhos sobre o tema abordado, convidando os pais e a comunidade à visita

Eu, _____ portador do
RG _____ responsável pelo(a) participante
(comunidade) _____ autorizo a participar da
pesquisa intitulada “AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA AO
TABAGISMO NAS ESCOLAS” a ser realizada na EMEF Prof. Waldemar Martins
Aydar. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo
que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorra quaisquer
prejuízos físicos, mentais ou acadêmico para meu(minha) filho(a). Declaro ainda estar
ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto
aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Nome da criança: _____

Data: _____

Este termo de consentimento está sendo assinado em duas vias, uma ficando com o aluno entrevistado, que em caso do surgimento de alguma dúvida poderá procurar os pesquisadores nos seguintes telefones ou endereços eletrônicos (e-mail):

Fernanda Lins e Freitas: 0 17 xx 3522-9607 [-fer_lins@yahoo.com.br](mailto:fer_lins@yahoo.com.br)

Orientadora responsável pela pesquisa
Freitas
Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga

Mestranda Fernanda Lins e

Autorizo,

Data: ____/____/____

(Nome do responsável)

(Nome da criança)

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA

Estamos realizando uma pesquisa na EMEF Prof. Waldemar Martins Aydar, intitulada “AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA AO TABAGISMO NAS ESCOLAS” e gostaríamos que seu(sua) filho(a) participasse da mesma. O objetivo central deste estudo é avaliar os resultados de um Programa de Prevenção Primária ao Tabagismo, em uma escola pública do município de Catanduva (SP).

Participar desta pesquisa é uma opção e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá nenhuma penalidade ou prejuízo a ele(a).

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubessem que o presente projeto visa realizar um conjunto de ações educativas de prevenção e controle ao tabagismo com alunos de 5ª. Série do Ensino Fundamental. Dentre as ações educativas a serem desenvolvidas, pretende-se: a) realizar palestras informativas com profissionais da saúde sobre a dependência tabágica e os danos para a saúde e para o meio ambiente; b) esclarecer os jovens sobre os veículos de transmissão tabágica, por meio de vivências e exposições sobre as diversas formas e disfarces utilizados pela indústria do tabaco para comercializar produtos danosos à saúde; c) treinamento de habilidades de autocontrole para minimizar os riscos de experimentação e iniciação ao tabagismo; d) realizar práticas escolares que enfoquem o controle ao tabagismo, tais como promover concursos de cartazes e desenhos sobre o tema abordado, convidando os pais e a comunidade à visita

Eu, _____ portador do RG _____
responsável pelo(a) participante
(comunidade) _____ autorizo a participar da
pesquisa intitulada “AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA AO
TABAGISMO NAS ESCOLAS” a ser realizada na EMEF Prof. Waldemar Martins
Aydar. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e
concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que
ocorra quaisquer prejuízos físicos, mentais ou acadêmico para meu(minha) filho(a).
Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente
esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Nome da criança: _____

Data: _____

Este termo de consentimento está sendo assinado em duas vias, uma ficando com o aluno entrevistado, que em caso do surgimento de alguma dúvida poderá procurar os pesquisadores nos seguintes telefones ou endereços eletrônicos (e-mail):

Fernanda Lins e Freitas: 0 17 xx 3522-9607 fer_lins@yahoo.com.br

Orientadora responsável pela pesquisa
Freitas
Profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga

Mestranda Fernanda Lins e

Autorizo,

Data: ____/____/____

(Nome do responsável)

(Nome da criança)

APÊNDICE J

Aulas Expositivas sobre tema Tabagismo
(Versão em CD-ROM)

APÊNDICE L

Teatro 1

Esta peça tratou sobre um adolescente, o qual após assistir propagandas de cigarro com belas mulheres e interagir com fumantes em uma boate noturna, decide experimentar cigarros e iniciar o hábito de fumar. Mesmo se sentindo mal (tontura, dor de cabeça e tosse), ele insiste neste comportamento até resolver fumar diante de outras pessoas. Primeiramente, tenta impressionar uma garota, mas quando ela percebe que ele está cheirando cigarro, diz não se interessar por fumantes, o que o surpreende. O adolescente começa a refletir sobre a opinião da garota sendo que, neste momento, aparecem dois personagens: um ser “angelical” e outro “diabólico”. O primeiro tenta persuadir o adolescente a cessar o tabagismo, argumentando sobre os malefícios deste para a saúde e meio ambiente; enquanto que o segundo, por sua vez, instiga o tempo todo o protagonista a continuar fumando, caracterizando este seu novo comportamento como charmoso, viril e apreciado por mulheres. Por fim, o adolescente se depara com uma garota de rua, maltrapilha e suja, que ao ver seu maço de cigarros aborda-o para pedir um. A garota se espanta ao ver um belo rapaz com cigarros e adverte-o para parar de fumar enquanto é jovem. Ele pergunta o porquê de sua advertência e ela, então, conta sua história de dependência por drogas ilegais, a qual começou com o uso de drogas legais como o cigarro. Por fim, o adolescente decide cessar o tabagismo e ajudar sua nova colega a se tratar e retornar às atividades sociais (estudo, trabalho e família).

APÊNDICE M

Teatro 2

Esta peça tentou retratar os diversos tipos de derivados de tabaco e as diversas formas de seu uso divulgadas pela indústria tabageira: uso comunitário por jovens (narguilé ou cigarros com sabor), pessoas de autoridade fumando charutos como símbolo de poder, trabalhadores rurais fazendo uso do fumo de palha ou de rolo e mulheres fazendo uso de cigarros de baixo teor, também conhecidos como “light”. No fim da peça, a maioria destes personagens se encontra doente devido ao consumo de tabaco, sendo que alguns já nem se encontram vivos para contar sua história. O narrador questiona os alunos sobre a importância de se instruir a atual geração de jovens para não ser enganada pela propaganda tabagística.

APÊNDICE N

Vídeos de Campanha Anti-Tabagismo
(Adaptado de INCA, 2007; VALADÃO, 2007)
Versão em DVD

APÊNDICE O

VIVÊNCIA “A CAIXINHA DE SENTIMENTOS”
(Adaptada de Del Prette, A. e Del Prette, Z. A. P., 2006, p. 123)

Objetivos específicos:

- Identificar e nomear sentimentos;
- Identificar situações e ações relacionadas a sentimentos;
- Falar de si;
- Prestar atenção;
- Responder e fazer perguntas.

Materiais:

- Caneta hidrográfica;
- Caixa de papelão pequena, escrita por fora: CAIXINHA DE _____;
- Tiras de papel com nomes de sentimentos;
- Folha de papel e caneta;
- História “A caixa de Pandora” (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2006, p. 123 – adaptação feita do mito grego de Pandora).

Procedimento:

O facilitador apresenta aos participantes a caixa de papelão fechada, apontando e pedindo para lerem em voz alta o que está escrito nela. Posteriormente, o facilitador narra com bastante expressividade a história “A caixa de Pandora”, já memorizada. Durante a narração, este deve fazer perguntas aos participantes sobre o enredo da história:

O que vocês fariam se recebessem uma caixa para guardar desconhecendo seu conteúdo?

Adivinhem o que Pandora fez?

Quando o deus fez sua pergunta, qual foi o sentimento de Pandora?

Qual sentimento vocês acham que seria o último?

Ao enfrentar toda essa situação, qual sentimento Pandora possuía?

Ao final da narração, o facilitador deve perguntar aos participantes o que eles acham que a caixa contém; diante da resposta correta, deve escrevê-la no espaço indicado para completar (resposta: sentimentos). Da mesma forma que na história, o facilitador abre a caixa e apresenta o seu conteúdo aos participantes: tiras de papel com nomes de diversos sentimentos. Vários participantes são sorteados para demonstrarem, apenas com a expressão de gestos e postura corporal, o sentimento de sua tira de papel para que o restante dos participantes adivinhe qual o sentimento em questão. Depois de retiradas todas as tiras de papel, o facilitador deve enfatizar sobre a importância de conhecer e identificar os próprios sentimentos e saber lidar com eles.

Tarefa de casa: identificar principais sentimentos na relação pai-mãe e filho.

APÊNDICE P

VIVÊNCIA “O SIM E O NÃO”

(Adaptada de Del Prette, A. e Del Prette, Z. A. P., 2006, p. 186)

Objetivos específicos:

- Compreender o significado das palavras sim e não;
- Discriminar situações onde é apropriado ou desapropriado dizer sim;
- Discriminar situações onde é apropriado ou desapropriado dizer não;
- Cooperar, participar;
- Apresentar sugestão em público;
- Fazer escolhas;
- Assumir posição contrária ao grupo.

Materiais:

- Texto intitulado “*Sim, sim; não, não!*” (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2006, p. 187);
- 2 fichas de resposta ((DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2006, p. 188)

Procedimento:

O facilitador apresenta o texto “*Sim, sim; não, não!*”, com exemplos de situações de concordância ou aceitação e discordância ou recusa. Os participantes são subdivididos em 4 grupos (sendo 3 grupos formado por 7 participantes e o último por 6 participantes), sendo a eles incumbida tarefa de escolher um coordenador e um relator em cada grupo. A primeira ficha de resposta é entregue para preenchimento em grupo, solicitando que seus participantes respondam à lista de situações em que deveriam dizer sim e à lista de situações em que deveriam dizer não. Após seu preenchimento, deve-se entregar outra ficha de resposta, a qual se refere à situações em que se diz sim mas deveria dizer não e, à situações em que se diz não mas deveria dizer sim. A duração de preenchimento para cada ficha de resposta é de 10 minutos, e ao fim destas, solicita-se que cada grupo compartilhe com os outros participantes suas respostas. Durante as exposições, o facilitador aponta para os grupos que identificaram respostas semelhantes, sempre oferecendo feedback (positivo ou negativo) aos participantes. Por último, o facilitador solicita a realização de tarefa de casa, onde a metade dos participantes é solicitado que tentem dizer sim em pelo menos 3 situações que considerem adequadas, enquanto para a outra metade, solicita-se que digam não para situações inadequadas. Na próxima sessão, é realizado sorteio dos alunos para que relatem a realização da tarefa de casa para todo o grupo.

APÊNDICE Q

VIVÊNCIA “FAZENDO PEDIDO AO PREFEITO”
(Adaptada de Del Prette, A. e Del Prette, Z. A. P., 2006, p. 190)

Objetivos específicos:

- Conversar com autoridade;
- Fazer perguntas e pedidos;
- Argumentar, defender opinião;
- Conscientizar-se de problemas comunitários;
- Discriminar comportamentos socialmente habilidosos dos não habilidosos (passivos e agressivos);
- Concordar/discordar;

Materiais:

- Caixa de papelão (para representar uma urna) e tiras de papel;
- Folha de instruções;
- 3 Folhas com instruções para cada grupo, sobre a forma como devem se dirigir ao prefeito (socialmente habilidosa, não habilidosa passiva e ativa) (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2006, p. 192);
- Folha sobre como desempenhar o papel de prefeito, diante de cada grupo (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2006, p. 192).

Procedimento:

O facilitador pede aos participantes que se imaginem moradores de um bairro, o qual se encontra em situação bastante precária (ausência de coleta de lixo freqüente e de creches, falta de limpeza de terrenos baldios e aparecimento de insetos e roedores devido ao excesso de mato). Um dos participantes é escolhido para representar o papel do prefeito, enquanto os outros participantes (“os moradores do bairro”) se subdividem em 3 grupos e agendam uma audiência com o prefeito para tratar sobre este assunto. A cada grupo é entregue uma folha com as instruções sobre a forma de se dirigir ao prefeito (socialmente habilidosa, ou não habilidosa ativa ou não habilidosa passiva) e, ao prefeito, é entregue também uma folha de instrução sobre como desempenhar seu papel diante dos 3 grupos. Nesta folha de instruções ao prefeito, sugere-se que este emita comportamentos de esquiva diante das solicitações dos moradores (oferecer cafezinho, perguntar sobre a família, falar sobre os problemas existentes na prefeitura e dizer que vai tentar resolver), reconhecendo a importância de mudanças no bairro apenas diante do grupo socialmente habilidoso. Ao fim da vivência, o facilitador pede aos participantes que registrem na tira de papel qual o melhor grupo representante de seu bairro, e depositem sua opinião na urna. Soma-se os “votos”, e após estes demonstrarem a escolha do grupo com comportamento socialmente habilidoso, o facilitador deve apontar sobre a ineficiência das posturas passiva e agressiva.

Tarefa de casa: Identificar situações em casa e na escola onde o pré-adolescentes apresenta postura socialmente habilidosa.

APÊNDICE R

VIVÊNCIA “ENTRADA NO PARAÍSO”

(Fonte: Del Prette, A. e Del Prette, Z. A. P., 2006, p. 209)

Objetivos específicos:

- Conversar com autoridade;
- Fazer perguntas e pedidos;
- Avaliar, aceitar ou recusar pedidos e justificativas;
- Ser persistente;
- Aceitar a recusa ou frustração;
- Lidar com críticas.

Materiais:

- Ausência de materiais.

Procedimento:

Dois participantes devem desempenhar o papel de guardiões. Enquanto isso, 3 grupos de aproximadamente 3 participantes devem dialogar e argumentar com os guardiões sobre seu possível merecimento para adentrar no paraíso. O restante dos participantes observa o role-playing, e ocasionalmente podem ser chamados para substituir os guardiões ou formar um novo grupo. Os guardiões são instruídos, verbalmente pelo facilitador e longe da presença dos outros participantes, a recusarem pedidos que se caracterizem por pedidos arrogantes e impositivos (comportamento não habilidoso ativo) ou pouco sinceros e cheios de palavras bajuladoras (comportamento não habilidoso passivo). Os guardiões podem, em caso de dúvida, pedir orientação ao facilitador, mas a decisão é feita apenas por eles. Grupos que tiveram seu pedido recusado poderão refazê-los em uma nova tentativa, enquanto que aqueles que obtiverem sucesso para entrar ao paraíso são substituídos por novos grupos. Ao fim do role-palying, o facilitador discute as habilidades envolvidas nesta vivência (fazer, aceitar e recusar pedidos, argumentar, justificar, lidar com a frustração, aceitar e rejeitar críticas).

Tarefa de casa: Relatar situações recentes, na interação com colegas, onde o pré-adolescente necessita aceitar e recusar pedidos, argumentar e lidar com críticas.

ANEXOS

ANEXO A

(GOLDFARB, L. C. S. *Avaliação de um programa piloto de prevenção do tabagismo em quatro escolas do município do Rio de Janeiro*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Endemias, ambiente e sociedade). Ministérios da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000, p. 93).

Perfil do Professor

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos fazendo um levantamento entre os professores/funcionários sobre hábitos de vida e uso de cigarros nesta escola. Gostaríamos que dedicasse alguns minutos para responder às perguntas que se seguem. Lembramos que suas respostas são confidenciais e sua contribuição será de grande importância.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Escola _____

Parte I

1.Sexo: 1|__| masculino 2|__| feminino
(siga para a pergunta nº2)

2.Idade: |__||__| anos
(siga para a pergunta nº3)

3.Escolaridade:
 1 |__|superior completo 2 |__|superior incompleto 3|__|médio completo
 4 |__|médio incompleto 5 |__|básico completo 6|__|básico incompleto
(siga para a pergunta nº4)

4.Profissão:
 Professor? 1. |__| sim 2. |__| não
(siga para a pergunta nº5)

5.Cargo de direção ou coordenação: 1.|__| sim 2. |__| não
(siga para a pergunta nº6)

6.Você fuma cigarros atualmente?
 1. |__| sim 2. |__| não
(siga para a pergunta nº7)

7.Quantos cigarros você fuma ?
 1. |__| 1 a 10 cigarros (até meio maço) por dia
 2. |__| 11 a 20 cigarros (meio a um maço) por dia
 3. |__| mais de 20 cigarros (mais de um maço)
 4. |__| de um a dez cigarros por semana
 5. |__| não sei
(siga para a pergunta nº8)

8.Qual a marca do cigarro que você fuma habitualmente? _____
(siga para a pergunta nº9)

9. Quanto tempo depois de acordar você acende o primeiro cigarro?
 1. |__| na primeira meia hora
 2. |__| mais que meia hora depois
 3. |__| não sei
(siga para a pergunta nº10)

10. Você fuma dentro das dependências da escola?
 1. |__| sim 2. |__| não
(se não, passe para a pergunta12)

11. Você fuma durante a aula?

1. ☐ sim 2. ☐ não

(siga para a pergunta nº12)

12. Você pretende parar de fumar?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº13)**

2. ☐ não

3. ☐ não sei **(passe para a pergunta nº14)**

13. Você pretende parar de fumar:

1. ☐ nos próximos 30 dias

2. ☐ nos próximos 6 meses

3. ☐ não pretendo parar de fumar ainda

(siga para a pergunta nº14)

14. Já tentou parar de fumar?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº15)** 2. ☐ não **(passe para a pergunta nº18)**

15. Quantas vezes já tentou parar de fumar?

1. ☐ de 1 a 2 vezes 2. ☐ de 3 a 5 vezes

3. ☐ mais de 6 vezes 4. ☐ não sei

(siga para a pergunta nº16)

16. Na sua última tentativa, quanto tempo você ficou sem fumar?

1. ☐ um dia 2. ☐ dois a sete dias

3. ☐ uma a duas semanas 4. ☐ duas semanas a um mês

5. ☐ um a seis meses 6. ☐ seis meses a um ano

7. ☐ mais de um ano 8. ☐ não lembro

(siga para a pergunta nº18)

17. Você já fumou cigarros anteriormente ?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº18)** 2. ☐ não **(passe para a pergunta nº20)**

18. Com que idade começou a fumar?

1. ☐|☐ anos 2. ☐ não sei

(siga para a pergunta nº19)

19. Quantos cigarros você fumou durante a sua vida inteira?

1. ☐ entre 1 e 100 cigarros (até 5 maços)

2. ☐ mais de 100 cigarros (mais de 5 maços)

3. ☐ não sei

(siga para a pergunta nº20)

20. Você usa outros derivados do tabaco?

1. ☐ sim **(siga para a pergunta nº21)** 2. ☐ não **(passe para a pergunta nº22)**

21. Qual?

1. ☐ cachimbo 4. ☐ cigarro de palha
 2. ☐ charuto 5. ☐ cigarrilha
 3. ☐ fumo de rolo mascado 6. ☐ rapé

(siga para a pergunta nº22)

22. Marque concordo, discordo ou não sei com um X para as seguintes informações:

INFORMAÇÕES	Concordo	Discordo	Não Sei
a. O cigarro faz mal a saúde.			
b. O cigarro polui o ambiente.			
c. A fumaça do cigarro faz mal aos não fumantes			
d. A mulher grávida que fuma prejudica a sua saúde e a do bebê.			
e. A exposição excessiva ao sol causa câncer de pele.			
f. O comportamento do professor influencia o comportamento dos alunos.			
g. Tomar bebida alcoólica em excesso e freqüentemente pode causar alcoolismo, câncer e doenças do coração.			
h. Uma alimentação rica em fibras e vegetais ajuda a prevenir o câncer e doenças do coração.			
i. O câncer pode ser causado por exposição a substâncias cancerígenas no ambiente de trabalho.			

Obrigada pela sua atenção

Data da aplicação do questionário: __/__/__

ANEXO B

(GOLDFARB, L. C. S. *Avaliação de um programa piloto de prevenção do tabagismo em quatro escolas do município do Rio de Janeiro*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Endemias, ambiente e sociedade). Ministérios da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000, p. 97).

Perfil do Aluno

Prezado(a) aluno(a),

Este questionário é para uma pesquisa sobre hábitos de vida, para ser aplicado em estudantes de diferentes escolas. Ele ajudará aos médicos e outros especialistas a conhecerem melhor estes hábitos para desenvolverem ações que melhorem a qualidade de vida de todos nós. Precisamos de seu apoio para responder às perguntas a seguir.

As respostas são confidenciais, portanto, não coloque seu nome. Seus pais, professores e outras pessoas jamais saberão as suas respostas.

Se você tiver alguma pergunta para fazer, faça-a aos entrevistadores que terão o prazer em respondê-las.

Desde já, agradecemos a sua importante colaboração.

Escola “X” 001

Parte I - Identificação

1. Sexo: 1 ☐ masculino 2 ☐ feminino

2. Idade: anos

3. Cursando: série do 1º Grau

4. Turno: 1 ☐ manhã 2 ☐ tarde 3 ☐ noite

5. Com quem você fica em casa **durante o dia**, a maior parte dos dias da semana? (se necessário marque mais de uma alternativa).

1 ☐ pai 5 ☐ tia (o)

2 ☐ mãe 6 ☐ sozinho

3 ☐ irmão/irmã 7 ☐ empregada/babá

4 ☐ avó/avô 8 ☐ outros Quem?.....

6. Seus pais são separados?

1 ☐ sim 2 ☐ não

7. Seu pai estudou até:

1 ☐ não estudou

2 ☐ alfabetização

3 ☐ até o 1º grau completo

4 ☐ até 2º grau completo

5 ☐ até 3º grau completo

8 ☐ não sei

8. Sua mãe estudou até:

1 ☐ não estudou

2 ☐ alfabetização

3 ☐ até o 1º grau completo

4 ☐ até 2º grau completo

5 ☐ até 3º grau completo

8 ☐ não sei

9. Você trabalha fora?

1 ☐ sim 2 ☐ não

10. Você já fumou cigarros ou experimentou cigarros na sua vida?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**

11. Com que idade isso aconteceu?

anos ☐ não lembro

12. Quantos cigarros você **fumou durante a sua vida inteira**, até este momento?

1 ☐ até 5 maços (de 1 a 100 cigarros)

2 ☐ mais de 5 maços (mais de 100 cigarros)

3 ☐ não sei

13. **De um ano para cá** você fumou algum cigarro?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**

14. De um mês para cá você fumou algum cigarro?

1 ☐ não **(passe para a pergunta 27)** 3 ☐ sim, fumei de 6 a 19 dias

2 ☐ sim, fumei de 1 a 5 dias 4 ☐ sim, fumei 20 ou mais dias

15. Você fuma cigarros atualmente?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 27)**

16. Os cigarros que você fuma em maior quantidade são:

1 ☐ cigarro comum	Qual a marca? 1 ☐ Free	4 ☐ Derby
2 ☐ cigarro de Bali	2 ☐ Hollywood	5 ☐ Plaza
3 ☐ cigarro de palha enrolado à mão	3 ☐ Carlton	6 ☐ outra

.....

4 ☐ outros

17. Por quê você fuma?

1 ☐ acho bonito

2 ☐ acalma

3 ☐ meu grupo fuma

4 ☐ gosto das propagandas

5 ☐ meus pais fumam

6 ☐ outros motivos Quais?.....

7 ☐ não sei

18. Hoje, você fuma mais do que quando começou a fumar?

1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sei

19. Você fuma todos os dias?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 21)**

20. Quantos cigarros você fuma por dia?

..... cigarros 2 ☐ não sei

21. Como você consegue cigarros ? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

1 ☐ compro

2 ☐ pego escondido dos familiares **(passe para a pergunta 24)**

3 ☐ peço aos outros **(passe para a pergunta 24)**

22. Você compra cigarro :

1 ☐ a varejo 3 ☐ dos dois modos

2 ☐ por maço

23. Em que local você compra cigarro? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

1 ☐ no bar 3 ☐ na cantina da escola

2 ☐ no baleiro 4 ☐ no camelô

5 ☐ em outro lugar. Qual?.....

24. Você fuma escondido de alguém?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 26)**

25. De quem? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

1 ☐ pai 5 ☐ avó/avô

2 ☐ irmão/irmã 6 ☐ professor

3 ☐ mãe 7 ☐ outros. Quem?.....

4 ☐ tia(o)

26. Em que locais você fuma? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

1 ☐ em casa 4 ☐ em festas

2 ☐ na rua 5 ☐ outros Quais?.....

3 ☐ na escola

27. Em sua casa alguém fuma?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 29)**

28. Quem? **(se necessário, marque mais de uma alternativa)**

1 ☐ pai 3 ☐ irmão

2 ☐ mãe 4 ☐ outros. Quem?.....

29 Na sua sala de aula você vê alguém fumando durante a aula?

1 ☐ sim, os alunos 3 ☐ sim, os alunos e os professores

2 ☐ sim, o(s) professor (s) 4 ☐ não

30. E fora da sala de aula, você tem visto alguém fumando dentro da escola?

1 ☐ sim 2 ☐ não **(passe para a pergunta 33)**

31. Quem?

1 ☐ alunos

2 ☐ professores

3 ☐ outros Quem?.....

32. Onde? (se necessário, marque mais de uma alternativa)

1 ☐ pátio

5 ☐ corredores

2 ☐ sala de professores

6 ☐ cantina

3 ☐ banheiros

7 ☐ outros Quais?.....

4 ☐ sala para fumantes

Parte III - Informação e opinião

Leia as perguntas e responda:

1. Existem cigarros que não fazem mal a saúde?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

2. A fumaça do cigarro faz mal aos não fumantes?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

3. O cigarro causa dependência (vicia)?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

4. Tomar muito sol pode causar câncer de pele?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

5. Alguns alimentos quando consumidos em excesso podem causar doenças?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

6. Verduras, legumes e frutas devem fazer parte da alimentação diária de qualquer pessoa?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

7. As propagandas dizem sempre a verdade?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

8. A propaganda de cigarros contém mensagens de advertências?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei

ANEXO C
ROTEIRO DE ÁUDIO E VÍDEO DO IMHSC (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2005)

SITUAÇÕES E REAÇÕES	
1. JUNTAR-SE AO GRUPO EM BRINCADEIRAS	
Situação Inicial	Marina observa crianças no pátio da escola, na hora do recreio, brincando de amarelinha. Marina gostaria muito de brincar com as outras crianças. O que Marina vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Marina se aproxima das crianças que estão brincando de amarelinha e quando uma dessas crianças lhe dirige o olhar, Marina pergunta se pode brincar.
Reação Não Habilidade Passiva	Marina se aproxima das crianças que estão brincando, fica parada ao lado do jogo de amarelinha, com a mão na cintura. Marina observa a brincadeira e aguarda o convite de alguma criança.
Reação Não Habilidade Ativa	Marina se aproxima das crianças que estão brincando, tira a pedra da mão da colega que está jogando, a empurra e grita que é sua vez de jogar.
2. RECUSAR PEDIDO DO COLEGA	
Situação Inicial	Yasmim mexe um pouco no estojo procurando seu único lápis, pois precisa usá-lo. Um colega que se encontra na carteira da frente, Renato, pede-lhe emprestado o lápis na mesma hora. O que Yasmim vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Yasmim afirma que não pode emprestar seu lápis, justificando.
Reação Não Habilidade Passiva	Yasmim mostra-se indecisa diante do pedido do colega, um pouco contrariada. Diante da insistência de Renato, Yasmim empresta o lápis mas fica preocupada.
Reação Não Habilidade Ativa	Yasmim afirma que não vai emprestar o lápis, e faz pouco caso com o colega.
3. EXPRESSAR DESAGRADO	
Situação Inicial	Ana ganha uma lapiseira nova de sua mãe. Na sala de aula, seu colega José pede para ver a caneta nova mas a deixa cair no chão. Com a queda, a caneta se quebra e Ana fica muito triste. O que Ana vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Ana expressa sua tristeza pela caneta ter sido quebrada.
Reação Não Habilidade Passiva	José se desculpa pelo estrago da caneta mas Ana nada diz, apenas pensa no quanto gostava da caneta.
Reação Não Habilidade Ativa	Ana reclama gritando com José e não aceita seu pedido de desculpas.

SITUAÇÕES E REAÇÕES

4. PEDIR AJUDA AO COLEGA EM SALA DE AULA

Situação Inicial	A professora se encontra na frente da sala, explicando exercícios de português. Pedro presta atenção mas não compreende a lição. Pedro percebe que seu colega Cássio está compreendendo. O que Pedro vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Pedro se dirige a Cássio e lhe pede ajuda com os exercícios.
Reação Não Habilidade Passiva	Pedro coça a cabeça mas não diz nada. Pedro pensa em pedir ajuda mas não tem coragem.
Reação Não Habilidade Ativa	Pedro joga o lápis com força sobre a carteira, recusando-se a fazer o exercício e ordena a Cássio que empreste seu caderno para copiar a lição.

5. PEDIR MUDANÇA DE COMPORTAMENTO (IGNORAR DISTRAÇÕES)

Situação Inicial	Camila está atenta a sua aula enquanto sua colega Rosana fica lhe chamando para conversar. Apesar de Camila não atender sua colega, Rosana não pára de insistir. O que Camila vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Camila se dirige à colega expressando não gostar do comportamento da colega e fala para a colega que só vai atendê-la quando a aula acabar.
Reação Não Habilidade Passiva	Camila, apesar de contrariada, atende a colega Rosana.
Reação Não Habilidade Ativa	Camila se dirige para a colega e fala que está atrapalhando aos gritos.

6. PEDIR DESCULPAS

Situação Inicial	Juliana está caminhando com uma caneca cheia de suco e esbarra em Carlos, derramando todo o suco na roupa dele. O que Juliana vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Juliana imediatamente recolhe sua caneca e pede desculpas, ajudando Carlos a se limpar
Reação Não Habilidade Passiva	Juliana não diz nada, se afasta de Carlos e finge que nada aconteceu.
Reação Não Habilidade Ativa	Juliana reclama, gritando com Carlos e se afasta.

SITUAÇÕES E REAÇÕES

7. DEMONSTRAR ESPÍRITO ESPORTIVO

Situação Inicial	Rodrigo e Felipe brincam de queda de braços, enquanto os outros colegas assistem e torcem para Felipe. Mas Felipe perde a disputa. O que Felipe vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Felipe estende a mão para Rodrigo e reconhece a vitória do colega.
Reação Não Habilidade Passiva	Felipe abaixa a cabeça, fica frustrado com a derrota e nada diz.
Reação Não Habilidade Ativa	Felipe não aceita a derrota para Rodrigo, fica com raiva do colega e acusa-o de ter vencido de maneira desonesta.

8. MEDIAR CONFLITOS ENTRE COLEGAS

Situação Inicial	No banco do pátio da escola, estão sentadas seis crianças. Clara chama as crianças que estão sentadas, inclusive Paulo, para assistirem a uma briga entre outros dois colegas. O que Paulo vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Paulo se aproxima da briga e pede para os colegas tentarem resolver do outra forma.
Reação Não Habilidade Passiva	Paulo fica observando a briga, torcendo para que a briga acabe, mas nada diz aos colegas.
Reação Não Habilidade Ativa	Durante a briga, Paulo se aproxima dos dois, empurra um para cada lado, e ameaça bater nos colegas caso não parem de brigar.

9. NEGOCIAR, CONVENCER

Situação Inicial	Júlio se interessa pelo álbum de figurinhas de Raul, mas o amigo não quer mostrar seu álbum. O que Júlio vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Júlio insiste em pedir, argumentando com Raul para convencê-lo a mostrar seu álbum.
Reação Não Habilidade Passiva	Júlio fica olhando Raul com seu álbum e pensa no quanto gostaria de ver o álbum, porém sem dizer nada ao colega.
Reação Não Habilidade Ativa	Júlio fica com raiva do colega, pega o álbum das mãos de Raul e sai correndo.

SITUAÇÕES E REAÇÕES

10. OFERECER AJUDA

Situação Inicial	No pátio da escola, Cristina está com o pé quebrado e não consegue subir a escada. Neste momento, o colega Alfredo está passando próximo a Cristina. O que Alfredo vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Alfredo se aproxima de Cristina e lhe pergunta se quer ajuda. Cristina aceita e Alfredo oferece seu braço para Cristina se apoiar durante a subida.
Reação Não Habilidade Passiva	Alfredo olha de forma indiferente para Cristina segue seu caminho.
Reação Não Habilidade Ativa	Alfredo se aproxima de Cristina e começa a rir, fazendo gozação por causa da perna quebrada da colega. Alfredo sobe alguns degraus, continua caçoando de Cristina mas não oferece ajuda.

11. PEDIR MUDANÇA DE BRINCADEIRA

Situação Inicial	No pátio da escola, Marcos está brincando com seus amigos de pega-pega. Porém, Marcos está cansado de brincar de pega-pega e gostaria de trocar de brincadeira. O que Marcos vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Marcos vai para o meio do pátio e propõe para os colegas em voz alta uma nova brincadeira.
Reação Não Habilidade Passiva	Marcos demonstra não estar satisfeito com a brincadeira, pois fica se lamentando. Porém, Marcos continua brincando de pega-pega com os amigos.
Reação Não Habilidade Ativa	Marcos vai para o meio do pátio, interrompe a brincadeira e ordena os colegas a brincarem do que Marcos quer.

12. QUESTIONAR

Situação Inicial	Luis está na hora do intervalo, passeando pelo pátio, quando esbarra em um colega e derruba todo o seu salgadinho no chão. Neste momento, Renata passa perto de Luis e o cumprimenta. Luis responde para a colega de forma muito agressiva. O que Renata vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Renata se dirige a Luis e pede que ele explique o motivo de tratá-la de forma agressiva.
Reação Não Habilidade Passiva	Renata se afasta de Luis e fica bastante magoada com as palavras do colega.
Reação Não Habilidade Ativa	Renata se dirige a Luis gritando e xingando, pois ficou furiosa com o jeito de Luis de responder.

SITUAÇÕES E REAÇÕES

13. RESPONDER PERGUNTA DO PROFESSOR

Situação Inicial	O professora se encontra à frente da classe e pergunta aos alunos se alguém possui uma sugestão para a festinha de dia das crianças. Camila possui uma idéia. O que Camila vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Camila levanta o braço e espera a permissão do professor para responder. Camila, então, apresenta sua sugestão para toda a turma.
Reação Não Habilidade Passiva	Camila fica com vergonha de dizer sua idéia em voz alta e não diz nada, esperando alguém dar uma sugestão.
Reação Não Habilidade Ativa	Camila grita para todos que não vai dar sugestão nenhuma, recusando-se de participar.

14. FAZER PERGUNTAS AO PROFESSOR

Situação Inicial	O professor está escrevendo a lição na lousa e Fernando não compreende o que está escrito. O que Fernando vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Fernando demonstra não entender o que está escrito, chacoalhando a cabeça. Então, Fernando levanta o braço e pergunta sua dúvida ao professor.
Reação Não Habilidade Passiva	Fernando demonstra não entender a lição da lousa, coça a cabeça, mas não pergunta nada porque tem medo dos colegas caçoarem de sua pergunta.
Reação Não Habilidade Ativa	Fernando grita com o professor, reclamando que não consegue entender o que está escrito na lousa. Fernando joga o lápis e ameaça não fazer mais a lição.

15. ACEITAR GOZAÇÕES

Situação Inicial	É a primeira vez que Isabel está usando óculos. Os colegas, ao verem Isabel com óculos, começam a caçoar dela, gritando: Quatro olhos, quatro olhos! O que Isabel vai fazer?
Reação Socialmente Habilidade	Isabel tenta não se importar com o que as outras crianças dizem, pois não quer se aborrecer e sabe que logo elas vão parar de caçoar dela.
Reação Não Habilidade Passiva	Isabel demonstra estar bastante chateada com as gozações dos colegas, abaixa a cabeça e nada diz.
Reação Não Habilidade Ativa	Isabel tira os óculos do rosto e faz cara feia para os colegas. Isabel grita com todos e começa a colocar apelidos em todos os que fizeram gozação com ela.

SITUAÇÕES E REAÇÕES	
16. AGRADECER ELOGIOS	
Situação Inicial	A professora está chamando os alunos e, voz alta par a entrega das notas de uma prova. Primeiramente chama Rafael, que tirou nota baixa e, logo em seguida, chama Cássio que tirou nota 10. A professora parabeniza Cássio por sua nota. O que Cássio vai fazer?
Reação Socialmente Habilidosa	Cássio se dirige a professora e agradece seu elogio, em voz alta.
Reação Não Habilidosa Passiva	Cássio se aproxima da professora, fica vermelho de vergonha, abaixa a cabeça e sai sem dizer nenhuma palavra.
Reação Não Habilidosa Ativa	Cássio se aproxima da professora, demonstra vaidade dizendo em voz alta que a prova estava fácil. Depois, Cássio despreza o colega Rafael, dizendo que ele não foi capaz de tirar um boa nota.
17. RESISTIR À PRESSÃO DO GRUPO	
Situação Inicial	Apresenta-se cinco crianças conversando no pátio, sendo que uma delas, Carlos, diz para os outros que a bola está escondida na sala da professora. Carlos propõe que Bruno vá buscá-la, dizendo aos outros colegas que esta seria uma prova se Bruno era mariquinha ou não. Logo em seguido, todo o grupo pressiona Bruno, reafirmando o que Carlos já havia dito: se Bruno não for, é porque é um verdadeiro mariquinha. O que Bruno vai fazer?
Reação Socialmente Habilidosa	Bruno discorda da opinião do grupo e não vai buscar a bola. Além disso, justifica sua atitude esclarecendo os colegas que uma coisa não tem nada a ver com a outra.
Reação Não Habilidosa Passiva	Bruno concorda com a opinião do grupo e vai buscar a bola, mesmo a contragosto.
Reação Não Habilidosa Ativa	Bruno discorda da opinião do grupo e ameaça bater no colega que chamá-lo de mariquinha novamente.
18. CONSOLAR O COLEGA	
Situação Inicial	Fernanda está isolada no pátio, parecendo triste pois chora muito. Larissa percebe a tristeza da colega. O que Larissa vai fazer?
Reação Socialmente Habilidosa	Larissa caminha em direção a Fernanda e tenta consolar a amiga, perguntando o que está acontecendo.
Reação Não Habilidosa Passiva	Larissa continua a observar a colega Fernanda, mas não se aproxima e nem se importa com o problema da amiga.
Reação Não Habilidosa Ativa	Larissa se aproxima de Fernanda e faz gozação com a amiga pelo fato de ficar chorando pelos cantos.

SITUAÇÕES E REAÇÕES

19. ELOGIAR O OBJETO DO COLEGA

Situação Inicial	Vera mostra a seus amigos sua mochila nova, que é muito bonita. Todos ficam admirando, sendo que Fernando também gostou da mochila de Vera. O que Vera vai fazer?
Reação Socialmente Habilidosa	Fernando se dirige a Vera e fala em voz alta que achou sua mochila muito bonita, elogiando-a.
Reação Não Habilidosa Passiva	Fernando não diz nenhuma palavra, apenas fica olhando para a mochila da colega, pensando no quanto é bonita.
Reação Não Habilidosa Ativa	Fernando despreza Vera e sua mochila nova, dizendo para Vera que a mochila é feia.

20. DEFENDER-SE DE ACUSAÇÕES INJUSTAS

Situação Inicial	Sonia está realizando uma prova que os colegas fizeram no dia anterior. João acusa Sonia injustamente de ter faltado para ter um dia a mais para estudar para a prova. O que Sonia vai fazer?
Reação Socialmente Habilidosa	Sonia defende-se da acusação injusta do colega, justificando o motivo de sua falta no dia anterior.
Reação Não Habilidosa Passiva	Sonia demonstra estar aborrecida com a acusação do colega mas não diz nada.
Reação Não Habilidosa Ativa	Sonia se dirige a João aos gritos, defendendo-se da acusação injusta do colega. Sonia fica muito revoltada e acusa o colega de mentiroso.

21. DEFENDENDO O COLEGA DE ACUSAÇÕES INJUSTAS

Situação Inicial	O inspetor pergunta se alguém sabe de Léo, pois soube (através de Ronaldo) que ele se envolveu em uma briga. O inspetor pergunta a Rafael se este sabe onde está Léo. Rafael sabe que essa história que Ronald inventou para o inspetor não é verdadeira. O que Rafael vai fazer?
Reação Socialmente Habilidosa	Rafael defende seu amigo Léo diante do inspetor, dizendo que o colega estava junto com ele durante o recreio e que este não poderia ter se envolvido em qualquer briga.
Reação Não Habilidosa Passiva	Rafael fica calado e prefere não dizer nada para defender o colega.]
Reação Não Habilidosa Ativa	Rafael acusa Ronaldo junto ao inspetor, dizendo que ele é mentiroso. Rafael ameaça vingar-se contra Ronaldo.

ANEXO D

IMHSC – Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

(Del Prette ; Del Prette, 2005)

Escola: _____	Data: __/__/__
Profa.: _____	Série _____ Exper. _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo _____

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			

ANEXO E

Parecer favorável emitido pelo CEP da UNESP de Marília

ANEXO E

Parecer favorável emitido pelo CEP da UNESP de Marília

ANEXO F

S

SEMPRE

ANEXO G**V****ÀS VEZES**

ANEXO H

N

NUNCA

ANEXO I

Ordem das reações apresentadas no IMHSC (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2005)

Situação 1	Abordar o grupo	Situação 2	Recusar pedido
Reação 1	agressiva	Reação 1	passiva
Reação 2	Passiva	Reação 2	assertiva
Reação 3	Assertiva	Reação 3	agressiva
Situação 3	Expressar desagrado	Situação 4	Pedir ajuda
Reação 1	Assertiva	Reação 1	agressiva
Reação 2	Agressiva	Reação 2	passiva
Reação 3	Passiva	Reação 3	assertiva
Situação 5	Ignorar distrações	Situação 6	Pedir desculpas
Reação 1	passiva	Reação 1	assertiva
Reação 2	Assertiva	Reação 2	agressiva
Reação 3	Agressiva	Reação 3	passiva
Situação 7	Demonstrar espír. esportivo	Situação 8	Mediar conflitos
Reação 1	agressiva	Reação 1	assertiva
Reação 2	passiva	Reação 2	passiva
Reação 3	assertiva	Reação 3	agressiva
Situação 9	Pedir/Argumentar	Situação 10	Oferecer ajuda
Reação 1	agressiva	Reação 1	passiva
Reação 2	assertiva	Reação 2	agressiva
Reação 3	passiva	Reação 3	assertiva
Situação 11	Propor brincadeira	Situação 12	Lidar com raiva do outro
Reação 1	assertiva	Reação 1	agressiva
Reação 2	passiva	Reação 2	assertiva
Reação 3	agressiva	Reação 3	passiva
Situação 13	Responder pergunta prof.	Situação 14	Pedir ajuda do prof.
Reação 1	passiva	Reação 1	assertiva
Reação 2	agressiva	Reação 2	passiva
Reação 3	assertiva	Reação 3	agressiva
Situação 15	Aceitar gozações	Situação 16	Agradecer elogios
Reação 1	passiva	Reação 1	assertiva
Reação 2	assertiva	Reação 2	passiva
Reação 3	agressiva	Reação 3	agressiva
Situação 17	Resistir pressão grupo	Situação 18	Consolar o outro
Reação 1	agressiva	Reação 1	passiva
Reação 2	passiva	Reação 2	assertiva
Reação 3	assertiva	Reação 3	agressiva
Situação 19	Elogiar	Situação 20	Lidar com crítica injusta
Reação 1	assertiva	Reação 1	agressiva
Reação 2	agressiva	Reação 2	passiva
Reação 3	passiva	Reação 3	assertiva
Situação 21	Defender colega		
Reação 1	passiva		
Reação 2	assertiva		
Reação 3	agressiva		

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)