

A utilização da televisão e do vídeo para a educação e promoção da saúde

TELMO MOURINHO BAPTISTA (1), (2)

O século XX é testemunha de alguns dos mais espectaculares avanços da medicina e da saúde pública. Eliminámos ou controlámos doenças que tinham atormentado a humanidade durante séculos, mas cada ano somos confrontados com um enorme número de mortes que são atribuíveis a doenças de escolha e não doenças de sorte (Matarazzo, 1983). Quer isto dizer que a maioria das causas de morte se relaciona com estilos de vida que são prejudiciais à saúde (Matarazzo, 1982). Os estilos de vida estabelecem-se durante as etapas de desenvolvimento pessoal (Bruhn, 1988) e mantêm-se por longos períodos de tempo (ou durante toda a vida) embora possam sofrer mudanças significativas. Mas, uma vez estabelecido, o estilo de vida é muito resistente à mudança.

Alguns dos factores que desempenham um papel importante no desenvolvimento do estilo de vida são: a influência da família e de outras pessoas impor-

tantes (pais, irmãos, colegas, especialmente através da modelagem dos comportamentos), e a educação formal. Os aspectos culturais influenciam as atitudes e o comportamento, e os determinantes sócio-económicos actuam como constrangimentos sobre as atitudes e comportamentos do indivíduo relativamente à saúde (Green e Johnson, 1983). Dados estes aspectos não podemos deixar de nos surpreender que a televisão e o vídeo não tenham sido mais utilizados para comunicar mensagens acerca da saúde.

A televisão, devido à sua larga cobertura, tem atraído programas sobre saúde e diversos tipos de campanhas. O enorme número de pessoas que podem ser alcançadas pela televisão é simultaneamente uma vantagem e uma desvantagem. Vantagem porque oferece uma grande audiência, e a maior parte das campanhas têm como objectivo toda a população. Desvantagem porque a generalidade da sua cobertura torna difícil ser suficientemente específico no curto espaço de um «spot» publicitário ou programa. O tempo em televisão é precioso, e por isso muito caro. No entanto, dentro de certas condições (como a existência de uma cadeia de televisão do Estado ou de certas leis que dão tempo igual a anúncios que publicitam produtos prejudiciais à saúde e avisos acerca da saúde), a televisão pode contribuir com sucesso para a educação para a saúde.

Kay e Punchak (1988) descobriram que 82% de uma amostra de 100 pacientes com artrite reumatóide tinham a televisão como principal meio de informação, para além de outras fontes como livros,

1. Assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa/Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva.

2. Comunicação apresentada na 2ª Convenção dos Psicólogos Portugueses, Conferência Internacional: A Psicologia e os Psicólogos Hoje, 23-26 Novembro de 1989, Reitoria da Universidade de Lisboa, no âmbito do simpósio da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva: «Intervenções comportamentais e cognitivas: da prática individual às intervenções grupais e comunitárias».

A correspondência respeitante a esta comunicação deve ser enviada para a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1600 Lisboa.

brochuras, panfletos, revistas, rádio e jornais. Sessenta e sete pacientes queriam mais informação acerca da sua doença, especialmente acerca do controlo, prognóstico, causas e curso da doença. E queriam informação escrita adicional para poderem guardar, ler e rever. Este estudo ilustra três aspectos importantes que merecem especial atenção: a) as pessoas recolhem cada vez mais informação acerca das suas doenças a partir da televisão; b) esperam saber cada vez mais acerca da sua doença e c) têm preferência por um programa multi-media (como por exemplo, a utilização de vídeo mais informação escrita). A investigação pode lançar luz sobre os hábitos e preferências das pessoas no que diz respeito a assuntos de saúde, e podemos utilizar estes resultados para criar campanhas que vão ao encontro das preferências e dos hábitos das pessoas enquanto fazemos educação para a saúde. Esta tentativa de aplicação pragmática tem sido testada no âmbito do que se tem designado por «marketing social» (veja-se, por exemplo Manoff, 1985).

Um projecto bem conhecido de promoção de saúde foi o programa finlandês «Keys to Health» realizado por Puska e associados (1987). Baseado na modelagem social procura mudanças de comportamentos em relação à saúde entre a população, tais como: cessação de fumar, redução do consumo de gorduras e de sal, aumento do consumo de vegetais e aumento da actividade física. Estes programas utilizavam pessoas normais que tentavam modificar os seus hábitos em relação à saúde com o auxílio de peritos. As sessões de aconselhamento eram filmadas e difundidas procedendo-se a uma montagem mínima. Os resultados foram muito bons para as pessoas envolvidas no programa, mas não devemos esquecer que estas pessoas estavam numa posição privilegiada e tinham apoio directo (e pressões) para desenvolverem comportamentos mais saudáveis. Mais importante foi o esforço conjunto na comunidade à medida que o projecto recebia apoio da televisão, jornais, centros de saúde, supermercados, escolas, locais de trabalho e líderes de opinião. Este tipo de intervenção permite melhores resultados porque não é uma acção isolada mas um esforço global que é partilhado por muitas entidades, públicas e privadas. Os resultados do projecto foram muito satisfatórios, não apenas na comunidade específica envolvida directamente no projecto, mas também ao nível nacional. Por exemplo, a taxa de sucesso permanente para as pessoas que deixaram de fumar foi de 20-25%. Os autores apontam para o facto de que alguns aspectos da popu-

lação filandesa podem ter contribuído para o grau de sucesso verificado, tais como a homogeneidade cultural e racial, a tradição de acção pública, a confiança nos peritos médicos, e o envolvimento em acções colectivas depois de recomendações das autoridades de saúde nacionais. Este aspecto alerta-nos para as especificidades culturais que tanto podem contribuir para o sucesso de uma campanha (ou para o seu insucesso), e põe-nos de guarda contra as tentativas de decalque apressado de modelos que se revelaram úteis entre populações que não as que pretendemos atingir.

Com um formato semelhante, a série da BBC «So you want to stop smoking?» utilizou a estratégia de filmar as tentativas de 4 pessoas para deixarem de fumar. Os resultados apresentados por Sutton e Hallett (1987) não são muito encorajadores. Não existiam provas claras de que o programa fosse melhor do que um filme de controlo, quando aplicado num local de trabalho. Mas os autores compararam os resultados de um pequeno grupo com os resultados da população, o que não é, segundo Winett (1986), uma forma correcta de pôr o problema. O *número absoluto* das pessoas que deixam de fumar é o melhor indicador do impacto, porque uma taxa de sucesso de 10% na população é um bom resultado comparado com os 40 e 50% das clínicas que lidam com um número reduzido de pessoas.

Outro programa para a cessação de fumar que utilizou a televisão e encontros no local de trabalho foi o de Jason et al. (1987). A abstinência de fumar e a manutenção dos resultados por longos períodos de tempo foi promovida adicionando-se à intervenção grupos de apoio, manuais de auto-ajuda e relatos publicados nos meios de informação.

Alguns problemas mais complexos como o *stress* também podem ser tratados em campanhas televisivas. Jason et al (1989) elaboraram uma intervenção para o controlo do «stress» que foi passada na TV todos os dias, durante duas semanas, no noticiário do meio-dia e das nove da noite. O programa tinha apoio de diferentes organizações e cobria diferentes aspectos do «stress» desde a identificação das principais fontes de «stress», até à demonstração de estratégias para lidar com ele, tanto comportamentais como cognitivas. Os espectadores que foram entrevistados relataram a utilização de diferentes estratégias. Mas a descoberta mais interessante foi a de que os espectadores que mais beneficiaram com a campanha foram aqueles que normalmente tinham proble-

mas mais sérios na vida. Num contexto diferente McGarrity et al. (1989) conduziram um programa de despiste público para o cancro colo-rectal com a ajuda de anúncios na televisão. O grande número de «kits» de teste que foram levantados (n= 57.000), e a alta percentagem de devolução (53%) atestam da eficácia de anúncios para promover o despiste em massa para fins relacionados com a saúde.

O bem conhecido Stanford Heart Disease Prevention Program (Maccoby e Solomon, 1981) tinha como objectivo principal a redução das doenças de coração através de cessação de fumar, modificação da dieta e criação de hábitos de exercício. Este programa foi extremamente importante porque cobriu um período de três anos e demonstrou os benefícios de uma intervenção envolvendo mensagens persuasivas, informativas e educacionais via diferentes meios de comunicação (desde a televisão até ao correio directo). Estudaram-se duas comunidades, uma que foi exposta a diferentes «media» e outra que recebeu a informação desses «media» mais um encontro pessoal para instrução de uma sub-amostra de indivíduos de alto risco. No final do primeiro ano os factores de risco de ambas as comunidades decresceram substancialmente e o conhecimento que as pessoas tinham dos factores de risco aumentou. No final do terceiro ano o decréscimo nos factores de risco mantinha-se.

Flay (1987) reviu os resultados de 40 programas de «mass media» para deixar de fumar. As campanhas voltadas para a informação e motivação produziram uma maior consciencialização face ao assunto, aumento do conhecimento e modificação de atitudes. Os resultados dos programas que tinham como objectivo promover actividades específicas de cessação foram pouco concludentes, mas Flay (1987) refere que os programas que utilizavam meios de comunicação e programas comunitários são em média duas vezes mais eficazes do que os programas que utilizam apenas meios de comunicação.

Dos estudos referidos podemos concluir que existe uma forte tendência para desenvolver programas multi-media ou intervenções com componentes múltiplos, pois parecem resultar melhor.

O vídeo, dado ser uma tecnologia mais recente, não está tão bem estudado. No entanto a disponibilidade desta técnica torna-a uma forte candidata a diferentes tipos de utilização na promoção e educação para a saúde.

Thelen et al. (1979) realizaram uma revisão de literatura sobre a utilização do vídeo e de filmes em psicologia. Estas metodologias têm sido utilizadas em estudos clínicos de problemas como fobias, ansiedade aos testes, dificuldades nos «skills» interpessoais e «stress» em situações médicas e dentárias. Baseando-se sobretudo na *modelagem simbólica*, especialmente no trabalho de Bandura (1977), estes vídeos e filmes demonstraram o seu potencial como instrumentos em psicoterapia e noutros campos da psicologia. Os resultados têm sido positivos para as fobias, e existem benefícios adicionais quando a exposição ao filme é usada com o treino de relaxamento. Também a ansiedade aos testes é uma condição que parece responder particularmente bem a esta abordagem. Existem resultados menos definitivos no caso de «stress» em situações médicas e dentárias, porque as diferentes medidas de eficácia utilizadas nem sempre são coincidentes. No caso das fobias a exposição a vídeos de modelagem simbólica de comportamentos interpessoais (como o treino assertivo, a interacção social e o desenvolvimento de «skills» sociais) produz bons resultados, quando utilizada em conjunção com outros tipos de intervenção.

Um segundo nível de análise tenta discriminar a eficácia dos componentes da mensagem. Os estudos têm-se debruçado sobre a semelhança de idades entre o observador e o modelo, e a utilização de modelos de mestria versus modelos de «coping». No primeiro caso a semelhança de idade entre uma criança observadora e o modelo é considerada fundamental para a aquisição do comportamento desejado. Os adultos respondem bem quando expostos a um modelo desempenhado por uma criança e as crianças também obtêm bons resultados quando o modelo é uma criança mais jovem. Mas quando a criança é exposta a um modelo adulto não parecem existir benefícios, talvez porque o comportamento do adulto seja difícil de imitar. Este aspecto leva-nos ao segundo tipo de estudos, acerca dos modelos de mestria versus modelos de «coping». Os resultados indicam claramente a supremacia dos modelos de «coping» numa grande variedade de situações (Thelen et al., 1979).

Existem resultados mistos quanto à utilização de narração em filmes e vídeos. No entanto, esta estratégia pode servir para realçar os aspectos principais do comportamento que o experimentador quer ver reproduzido. Se queremos que o observador imite o

comportamento ele ou ela deverão ser capazes de diferenciar os diferentes componentes e a narração pode ajudar este propósito.

O delicado balanço entre contexto e complexidade merece estudos mais detalhados. Um filme ou vídeo devem ter elementos suficientes de contexto, mas se estes forem em número excessivo podem contribuir para a distração. As mesmas regras são aplicáveis à complexidade dos comportamentos que são demonstrados. Se demasiado complexa a mensagem arrisca-se a ser excessiva e difícil de reter ou de imitar.

Melamed e Siegel (1975) utilizaram um filme para reduzir a ansiedade de crianças face a hospitalização para diferentes tipos de cirurgia. A vantagem destes estudos e de outros que se lhe seguiram tem sido a de demonstrar a utilidade destas técnicas em contexto clínico. O filme consistia em 15 cenas que mostravam alguns dos acontecimentos que são mais comuns quando uma criança é hospitalizada e exibiam um modelo a lidar com essas situações. O grupo de controlo viu um filme atraente mas não relacionado com a situação clínica. Houve um decréscimo significativo da ansiedade pré e pós-cirúrgica para as crianças na condição de tratamento tal como medido através de auto-relatos, observação comportamental e pelo índice de Suor Palmar (Palmar Sweat Index). Por outro lado, as crianças que não tinham visto o filme tiveram mais problemas comportamentais no período pós-hospitalar.

Pinto e Hollandsworth (1989) utilizaram o vídeo para preparar crianças para a cirurgia. Empregaram-se duas condições: ver o vídeo acompanhado de um dos pais ou ver o vídeo sozinho. Os procedimentos de tratamento incluíam um vídeo narrado por uma criança, outro narrado por um adulto e um grupo de controlo (sem vídeo). Em geral os resultados favorecem o uso do vídeo na preparação para a cirurgia e não se encontraram diferenças entre o vídeo narrado por uma criança e o vídeo narrado por um adulto, o que parece contradizer estudos prévios sobre narração.

Observou-se um importante efeito nos pais que observaram o vídeo ou cujas crianças tinham observado o vídeo, pois manifestaram menos activação fisiológica antes da operação quando comparados com os pais e crianças que não tinham assistido ao vídeo. Um dos aspectos mais importantes deste estudo é o ter demonstrado algumas das influências mais globais que um vídeo pode ter, não apenas no paciente, mas também noutras pessoas significativas

para o paciente, e que mais tarde o vão acompanhar na sua recuperação.

Fraser e Davies (1981), num projecto envolvendo a educação para a saúde, utilizaram o vídeo para passar informação acerca da prevenção da prisão de ventre. Este método provou ser muito eficaz para o aumento do conhecimento entre jovens mulheres e mães. As pessoas mais velhas não beneficiaram com este tipo de metodologia, provavelmente devido ao aspecto pouco familiar destas tecnologias para este extracto da população. Pessoas que trabalhavam no âmbito da saúde também não aumentaram os seus conhecimentos, presumivelmente porque o seu treino enquanto profissionais pressupõe a aquisição de conhecimentos deste tipo. O vídeo foi mais eficaz quando comparado com a utilização de um folheto apenas. Os mesmos autores demonstraram a superioridade do vídeo dirigido ao treino de médicos na utilização das fitas de teste do sangue para diabéticos quando comparados com instruções escritas. Os autores realçam o facto de que mesmo numa população que depende tanto da informação escrita como os estudantes o vídeo pode produzir melhores resultados do que a informação escrita, embora isto não esteja inteiramente provado pois o número de estudos não é suficiente para tirar conclusões definitivas.

Mais preocupado com a aquisição de informação sobre saúde pelo público em geral Davis (1988) produziu um vídeo para chamar a atenção para os avisos sobre saúde requeridos nos pacotes de tabaco de mascar e nos anúncios. Este vídeo foi distribuído ou posto no ar via satélite para diferentes estações de televisão, que mais tarde poderiam decidir mostrá-lo ou não. Das 76 estações de televisão que foram inquiridas 17 (22,4%) mostraram o vídeo durante o período do inquérito cobrindo aproximadamente 2,8 milhões de lares de estados nos EUA com uma alta prevalência de consumo de tabaco de mascar. A concepção deste estudo tomou em consideração as necessidades e preferências de diferentes estações de televisão. Utilizou não apenas dois meios de difusão (via satélite e por entrega pessoal do vídeo) como o vídeo tinha três versões diferentes: a) a história era narrada por um repórter que não aparecia na imagem, com comentários do Surgeon General (a maior autoridade em termos de saúde nos EUA), b) o mesmo vídeo mas sem a voz do narrador, para permitir às estações de televisão fazerem a sua própria narração, e c) um vídeo com

comentários adicionais do Surgeon General, e que não é o mesmo referido em a). Os resultados deste estudo foram muito prometedores considerando o baixo custo deste projecto e o alto grau de visionamento que recebeu por parte da população.

Recomendações para a investigação e a acção

Depois desta breve revisão acerca da educação e promoção para a saúde utilizando a televisão e o vídeo impõem-se algumas recomendações:

— Precisamos de mais investigação para clarificar quais os aspectos eficazes de uma mensagem, especialmente a análise de conteúdos específicos. Já sabemos que estas mensagens são poderosas, mas estamos ainda a um nível de análise muito global. Um bom modo de proceder é elaborar e testar diferentes conteúdos para uma mesma mensagem e verificar qual parece mais eficaz.

— Necessitamos de uma melhor compreensão dos diferentes pontos através dos quais uma mensagem é elaborada, desde a ideia inicial ao consumidor. A elaboração de uma mensagem para a educação e promoção da saúde é um processo complexo que passa por muitas pessoas e organizações. Um melhor conhecimento dos processos de elaboração da mensagem pode ajudar-nos a lidar com as resistências que normalmente aparecem. Manoff (1985), Fine (1981) e Kotler (1982) têm oferecido sugestões muito úteis no seio do que tem sido denominado marketing social.

— Necessitamos de estudos com uma base científica sólida. Um grande número de estudos não tem sido conduzido sob boas condições, o que invalida os esforços para derivar conclusões gerais.

— Tendemos a esquecer que podemos aprender muito com os estudos que falharam neste campo. Algumas campanhas menos bem sucedidas (Barton e Godfrey, 1988; LeGoff e Locard, 1987) podem dar-nos «insights» importantes acerca das razões por que as campanhas falham e sugerir melhores alternativas. Podem fornecer-nos também indicações acerca dos pontos de resistência que temos de vencer no futuro. Mesmo as campanhas excessivamente bem sucedidas podem trazer inconvenientes, como a campanha da televisão australiana acerca da SIDA que produziu tal terror nas pessoas que a procura dos testes foi extraordinária, mas os esforços acabaram por ser desviados da população de mais alto risco (Morgan, 1987).

— Num assunto tão complexo como a promoção e a educação para a saúde é urgente a colaboração de diversos especialistas para se poderem produzir mensagens mais adequadas. Um grupo de especialistas pode incluir: médico, psicólogo, enfermeira, profissionais de marketing, especialistas de saúde pública, peritos em comunicação, etc..

— A elaboração de mensagens sobre a saúde deve reflectir os resultados e sugestões que já possuímos em termos de «Know how» acerca da comunicação em assuntos de saúde. Veja-se, por exemplo, Ley (1988) e U.S. Department of Health and Human Sciences (1982). Ambos os documentos estão recheados de resultados e de sugestões que podem ajudar-nos a melhorar as nossas mensagens sobre saúde.

— A educação e a promoção da saúde envolvem diferentes pessoas, desde os investigadores até ao nível político (Waitzkin, 1983). Estar consciente deste facto ajudar-nos-á a não nos focarmos em visões do mundo muito estreitas e atomísticas, mas tentar compreender as inter-relações entre os diversos «jogadores» neste processo. Isto pode ser conseguido elaborando modelos que tomem em conta os diversos níveis de análise do processo de comunicação.

— É necessária mais investigação, mas num campo tão aplicado como a psicologia da saúde a *acção* é um dever imperativo. Isto significa o envolvimento responsável do psicólogo no processo de tomada de decisão em relação aos assuntos de saúde.

Uma abordagem deste tipo traz necessariamente consigo uma modificação do papel tradicional do psicólogo. Este ou esta já não se mantêm exclusivamente no gabinete, mas têm uma intervenção junto de grupos mais alargados, tais como bairros, comunidades, órgãos de decisão a nível político, etc.. Para além disso, o psicólogo pode actuar como um consultor em aspectos fundamentais da elaboração de mensagens para a educação e promoção da saúde. Desde a investigação dos componentes eficazes das mensagens, passando pela sua testagem junto do público, até à avaliação dos resultados de campanhas. Abrem-se enormes possibilidades de intervenção a nível institucional nos hospitais, centros de saúde, administrações regionais de saúde, gabinetes de estudos e planeamento de campanhas, etc..

Um balanço geral permite-nos concluir que embora as possibilidades de intervenção do psicólogo nesta área sejam inúmeras, e podem encontrar sólida fundamentação em trabalhos já realizados, as difi-

culdades que nos esperam não são de menor monta, dada a conhecida resistência à mudança de pessoas e organizações. Esperemos que o conhecimento se alie à motivação e ao entusiasmo para que a educação e promoção da saúde sejam causas triunfantes.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Barton, R. e Godfrey, S. (1988). Un-health promotion: results of a survey of alcohol promotion on television. *British Medical Journal*, June 4, 1593-1594.
- Bruhn, J. G. (1988). Life-style and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.) *Health behavior: emerging research perspectives*. New York: Plenum.
- Davis, R. M. (1988). Health education on the six-o'clock news: motivating television coverage of news in medicine. *JAMA*, 259, 7, Feb. 19, 1036-1038.
- Fine, S. H. (1881). *The marketing of ideas and social issues*. New York: Praeger.
- Flay, B. R. (1987). Mass media and smoking cessation: a critical review. *American Journal of Public Health*, 77, 153-160.
- Fraser, K. J. e Davies, J. K. (1981). Video use in health education. In D. S. Leathar, G. B. Hastings e J. K. Davies *Health education and the media*. Oxford: Pergamon Press.
- Green, L. W. e Johnson, K. W. (1983). Health education and health promotion. In D. Mechanic (Ed.) *Handbook of health, health care, and the health professions*. N. Y.: Free Press.
- Jason, L. A.; Curran, T. ; Goodman, D. e Smith, M. (1989). A media-based stress management intervention. *Journal of Community Psychology*, 17, 155-165.
- Jason, L. A.; Gruder, C. L.; Martino, S.; Flay, B. R.; Warnecke, R. e Thomas, N. (1987). Work site group meetings and the effectiveness of a televised smoking cessation intervention. *American Journal of Community Psychology*, 15, 1, 57-72.
- Kay, E. A. e Panchak, S. S. (1988). Patient understanding of the causes and medical treatment of rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 27, 396-398.
- Kotler, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations*. 2nd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- LeGoff, F. e Locard, E. (1987). Experience d'éducation pour la santé chez l'enfant par des messages télévisés. *Pédiatrie*, 42, 291-295.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Croom Helm.
- Maccoby, N. e Solomon, D. S. (1981). Heart disease prevention: community studies. In R. E. Rice e W. J. Paisley *Public Communication Campaigns*, Beverly Hills: Sage.
- Manoff, R. K. (1985). *Social marketing: new imperative for public health*. New York: Praeger.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1, 1-14.
- Matarazzo, J. D. (1983). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. In B. L. Hammonds and C. J. Scheirer (Eds.) *Psychology and Health: The Master Lecture Series (Vol. 3)*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- McGarrity, T. J.; Long, P. A.; Peiffer, L. P.; Converse, J. O. e Kreig, A. F. (1989). Results of a television-advertised public screening program for colorectal cancer. *Archives of Internal Medicine*, 149, Jan., 140-144.
- Malamed, B. G. e Siegel, L. J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of a filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 4, 511-521.
- Morgan, C. (1987). Aids campaign (news). *Nature*, 326, April #=, 816.
- Pinto, R. P. e Hollandsworth Jr., J. G. (1989). Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: influence of parents and cost versus benefits of providing preparation services. *Health Psychology*, 8, 1, 79-95.
- Puska, P.; McAlister, A.; Niemensivu, H.; Piha, T.; Wiio, J. e Koskela, K. (1987). A television format for National Health Promotion: Finland's «Keys to health». *Public Health Reports*, 102, May-June, 263-269.
- Sutton, S. R. e Hallett, R. (1987). Experimental evaluation of the BBC TV Series «So you want to stop smoking?». *Addictive Behaviors*, 12, 363-366.
- Thelen, M. H.; Fry, P. A.; Fehrenbach, F. A. e Frautschi, N. M. (1979). Therapeutic videotape and film modeling: a review. *Psychological Bulletin*, 86, 4, 701-720.
- U. S. Department of Health and Human Services. (1982). *Pretesting In health communications: methods, examples, and resources for improving health messages and materials*. NIH Publication nº 83-1493.
- Waitzkin, H. (1983). A marxist view of health and health care. In D. Mechanic (Ed.) *Handbook of health, health care, and the health professions*. New York.: Free Press.
- Winett, P. A. (1986). *Information and behavior: systems of influence*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

RESUMO

O estilo de vida pessoal estabelece-se durante as etapas iniciais do desenvolvimento e têm um papel fundamental no desencadeamento, manutenção e cura de muitas doenças do foro físico. Como esse estilo de vida é influenciado de diversos modos procurou-se delinear o impacto que dois

meios de comunicação audio-visual (a televisão e o vídeo) podem ter na educação e promoção da saúde.

Na primeira parte do artigo procede-se a uma revisão de trabalhos que utilizaram campanhas televisivas em áreas como a cessação de fumar, redução de doenças do coração, stress, informação relativa a doenças e a procedimentos específicos de auto-manutenção.

A segunda parte revê os trabalhos que utilizaram a tecnologia mais recente do vídeo tanto em fobias, como na preparação para a cirurgia ou informação acerca de diversos aspectos relacionados com a saúde. Sumariam-se alguns dos aspectos que os componentes de uma mensagem em televisão ou em vídeo devem ter em consideração. Seguidamente apresentam-se recomendações para melhorar o actual estado da investigação neste domínio e propostas de acção, alertando para as alterações que este novo campo introduz nos papéis que o psicólogo tradicionalmente desempenhava.

ABSTRACT

Personal life style is established during the initial stages of development and has a fundamental role in the development and cure of several physical diseases. As this life style is influenced by several means we tried to show how television and video can have a powerful impact in health promotion and education.

The first part is a revision of works concerning television campaigns in different areas such as: smoking cessation, reduction of heart disease, stress, information concerning diseases and specific procedures of self-care. The second part reviews works that used video in the treatment of phobias, preparation for surgery and health-related information. Some of the components of a television or video message are underscored. The article ends with several recommendations for investigation and action, and alerts for the different roles that psychologists have to face in the future when confronted with health education and promotion.