

AVENTURA SOCIAL & SAÚDE

INDICADORES DE SAÚDE

DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

RELATÓRIO PRELIMINAR HBSC 2006



Margarida Gaspar de Matos
Celeste Simões
Gina Tomé
Marlene Silva
Tânia Gaspar
José Alves Diniz
& Equipa do Projecto
Aventura Social

Faculdade de Motricidade Humana/UTL
Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL
Health Behaviour in School-aged Children / Organização Mundial de Saúde
Fundação para a Ciência e a Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior
GlaxoSmithKline

Equipa do projecto Aventura Social & Saúde em 2006

Coordenação da Equipa

Cordenador Geral – Margarida Gaspar de Matos

Co-Cordenador Geral – Celeste Simões

Co-Cordenador na FMH/UTL – José Alves Diniz

Coordenador FCT/SNR – Celeste Simões

Coordenador Leonardo/CE – Paula Lebre

Co-Coordenador KIDSCREEN/CE – Tânia Gaspar

Co-Coordenador HBSC/OMS – Inês Camacho/Gina Tomé

Co-Coordenador DriveClean/CE – Andreia Sousa

Equipa (por ordem alfabética)

António Borges

Aristides Ferreira

Filipa Linhares

Inês Simões

Luis Miguel Valente

Mafalda Ferreira

Marlene Nunes Silva

Sónia Gonçalves

Sónia Pereira

Conselho Consultivo Nacional

Alvaro Carvalho (HSF Xavier)

António Paula Brito (FMH/UTL)

Ana Tomás (U Minho; IEC)

Anabela Pereira (U Aveiro; Dep Psi)

Américo Baptista (U Lusofona; Dep Psi)

António Palmeira (U Lusofona; Dep EFD)

Carlos Ferreira (FMH/UTL)

Cesar Mexia de Almeida (U Lisboa- Med Dentária)

Daniel Sampaio (ULisboa – Fac Med)

Henrique Barros (U Porto- Fac Med; CNLCSida)

Isabel Leal (ISPA)

Isabel Soares (UMinho; IEP)

João Goulão (IDT)
Joaquim Machado Caetano (FCM/UNL)
Jorge Mota (UPorto, FCDEF)
Jorge Negreiros de Carvalho (UPorto-
Fac Psi)
José Luis Pais Ribeiro (UPorto- Fac Psi)
Luisa Barros (U Lisboa- Fac Psi)
Luis Calmeiro (Uni Florida)

Luis Gamito (HJM)
Luis Sardinha (FMH/UTL e IDP)
Maria Paula Santos (UPorto, FCDEF)
Pedro Teixeira (FMH/UTL)
Paulo Vitória (CNT)
Virgilio do Rosário
(CMDT/IHMT/UNL)
Vitor da Fonseca (FMH/UTL)

Conselho Consultivo Internacional

André Masson (Belgica)
Candace Currie (Escócia)
Daniela Sacchi (Italia)
Diana Battistutta (Austrália)
Edwiges Mattos (Brasil)
Eliane Falcone (Brasil)
Fredérique Petit (França)
James Sallis (EUA)
Jean Cottraux (França)
Joan Batista-Foguet (Espanha)
Lina Kostarova Unkosvka (Macedónia)
Mari Carmen Moreno (Espanha)
Martine Bouvard (França)
Ramon Mendoza (Espanha)
Susan Spence (Austrália)
Viviane Nahama (França)
Wolfgang Heckmann (Alemanha)
Zilda de Prette (Brasil)

Apoio logístico

Bruno Moreira

Filipa Soares

Pedro Simões

Webpage e Multimedia

EPROM Lda

Ana Almeida (design e imagem)

João Costa (som)

João Anastácio

Ricardo Machado

Co-Financiaram este sub-projecto:

- Fundação para a Ciência e a Tecnologia

- GlaxoSmithKline

Parcerias:

- Faculdade de Motricidade Humana/UTL

- CMDT/IHMT/UNL

- DGIDC/ME

Responsável pelo projecto:

Prof.ª Dr.ª Margarida Gaspar de Matos (FMH/ UTL)

AGRADECIMENTOS

O estudo HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) - Portugal, em 2006 foi possível graças a um financiamento da FCT/MCES - Fundação para a Ciência e a Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior (SFRH/BD/22908/2005; SFRH/BD/21372/2005; SFRH/BD/30753/2006; SFRH/BD/31397; SFRH/BD/31119/2006; SFRH/BD/27537/2006; SFRH/BD/31231/2006).

Simultaneamente a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA financiou um estudo específico na área da saúde sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/ SIDA, o IDT (Instituto da Droga e da Toxicoddependência), um estudo específico na área do consumo de substâncias, e a GlaxoSmithKline um estudo específico na área dos indicadores de saúde. Este estudo contou ainda, com um apoio da Caixa Geral de Depósitos/Algés.

UM AGRADECIMENTO ESPECIAL

A todas as escolas nacionais que participaram na recolha de dados e respectivos alunos e professores:

Escolas da Região Norte

| | |
|--|---|
| Escola Básica do 2º e 3º ciclos de Escariz | Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Real |
| Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Sá Couto | Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Tadim |
| Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de S. João da Madeira | Conservatório de Música de Calouste Gulbenkian – Braga (EB2,3/ES) |
| Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Dr. Serafim Leite | Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Alberto Sampaio |
| Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Amares | Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Candarela |
| Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Manhente | Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Mota-Fervença |
| Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Frei Caetano Brandão | Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Celorico de Basto |
| Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Carlos Amarante | |

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de João Meira
 Escola Secundária com 3º ciclo do ensino básico de Caldas das Taipas
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos São João da Ponte
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Prof. Gonçalo Sampaio
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos do Prado
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Abade de Baçal
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Paulo Quintela
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Ancede
 Escola Básica do 2º e 3º ciclos de Airães
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Lagares
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Vila Cova da Lixa
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Rio Tinto
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Valbom
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Marco de Canaveses
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Leça do Bailio
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Padrão da Légua
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Boa Nova – Leça da Palmeira
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Augusto Gomes
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Sobreira

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Baltar
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Pinheiro
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Paço de Sousa
 Escola Secundária António Nobre
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Rocha Peixoto
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Eça de Queirós
 Escola Básica Integrada de Aves
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Oliveira do Douro
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Santa Marinha
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Escultor António Fernandes de Sá
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Arcos de Valdevez
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Boticas
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Dr. Júlio Martins
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico S. Pedro
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Lamego
 Escola Básica do 2º ciclo Moimenta da Beira
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Sá de Miranda
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Amares
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Águas Santas

Escolas da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Escola Secundária Damião de Goes
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Merceana
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Alapraia
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Vergílio Ferreira
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Manuel da Maia
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Luís António Verney
 Escola Básica do 2º ciclo do Padre Bartolomeu de Gusmão
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico do Restelo
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Camarate

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos General Humberto Delgado
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico José Cardoso Pires – Stº Antº Cavaleiros
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Luis Sttau Monteiro – Loures
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos da Venda do Pinheiro
 Escola Secundária José Saramago
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Luís de Freitas Branco
 Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico da Qt. Do Marquês
 Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Miraflores

Escola Básica Integrada Rainha D. Leonor de Lencastre – São Marcos de Sintra

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos do Padre António Alberto Neto

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Gama Barros

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico do Padre Alberto Neto

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Stuart Carvalhais

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Ferreira Dias

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de S. Gonçalo

Escola Secundária de Gago Coutinho

Escola Secundária do Forte da Casa

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. Vasco Moniz

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Sophia de Mello Breyner Andresen – Brandoa

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Mães de Água – Falagueira

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de D. Miguel de Almeida

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Febo Moniz

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Luís de Camões

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Sardeal

Escola Secundária Jacôme Rattou

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Gualdim Pais

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos da Alembração

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Anselmo Andrade

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico João de Barros

Escolas da Região Centro

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Aguada de Cima

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Dr. Jaime Magalhães Lima

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Estarreja

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Cidade de Castelo Branco

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico do Fundão

Escola Básica Integrada do Centro de Portugal

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de S. Silvestre

Escola Secundária de D. Duarte

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. Pedrosa Veríssimo – Paião

Escola Secundária de Montemor-o-Velho

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário do Dr. Daniel de Matos

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Vilar Formoso

Escola Básica do 2º ciclo de Figueira de Castelo Rodrigo

Escola Secundária de Seia

Escola Secundária de Francisco Rodrigues Lobo

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Guilherme Stephen

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Prof. Alberto Nery Capucho

Escola Secundária de Pombal

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Mira de Aire

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Stª Comba Dão

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Frei Rosa Viterbo

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Prof. Dr. Carlos Mota Pinto

Escola Básica Integrada de Campia

Escolas da Região do Alentejo

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Stª Maria

Escola Básica integrada de Mourão

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário de José Gomes Ferreira

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Garcia da Orta

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário de Cunha Rivara

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de
Ponte de Sôr

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
António Inácio Cruz

Escolas da Região do Algarve

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Aljezur

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. José de Jesus
Neves Júnior

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Drª
Laura Ayres

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário Dr. João Lúcio

Escola Secundária de Silves

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de
Pinheiro e Rosa

Prefácio

O Grupo de Trabalho dirigido pela Professora Margarida Gaspar de Matos acaba de revelar a síntese final do Estudo Global do HBSC – 2006, baseado num inquérito realizado a 4877 adolescentes com média de idade de 14 anos, vivendo em território nacional. É um estudo da maior importância na área da Educação para a Saúde e para a Sexualidade pois revela índices altamente preocupantes que se desejam melhorar no mais curto espaço de tempo. Para um país como Portugal, com baixo nível socioeconómico e educacional, alguns dos índices encontrados apontam para uma urgente intervenção governamental a nível das famílias e das escolas, sem deixar de envolver aquilo a que se vem chamando “Sociedade Civil”.

É do conhecimento geral que são apontados para Portugal alguns dos piores índices de Saúde Pública entre os países europeus, designadamente nas áreas do alcoolismo e consumo de substâncias ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis (Sida!...), gravidez não desejada das adolescentes, cirrose hepática alcoólica, tuberculose, obesidade, infecção a HPV e cancro do colo do útero, etc., etc., tudo situações evitáveis pela informação e educação adequadas. Saber da “vida” dos nossos jovens é um imperativo, pois sem conhecimento correcto dos problemas é impossível planear e executar as suas soluções. O trabalho agora apresentado pelo grupo da Margarida Gaspar de Matos é um contributo sério e da maior utilidade para se intervir já e em força na melhoria educacional dos jovens.

Alguns dos índices revelados são particularmente preocupantes, tais como a diminuição do consumo de fruta, vegetais e do pequeno-almoço, o aumento do número de jovens que dedica mais

de 4 horas por dia a ver televisão ou a jogar com computadores e ainda a diminuição da facilidade de falar com os pais, a sensação de que há menos ajuda por parte dos professores.

Desejo que o excelente trabalho deste grupo possa continuar e que quem de direito saiba, com urgência, tirar as conclusões e tomar as medidas que se impõem.

J. A. Machado Caetano*

*Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e Presidente Honorário da Fundação Portuguesa
“A Comunidade Contra a Sida”.

| | |
|--|----|
| I. Importância da evidência empírica na elaboração de programas de promoção e educação para a saúde nos jovens: O papel do estudo HBSC | |
| Saúde | 12 |
| Adolescência e saúde | 13 |
| Estilos de vida saudáveis e promoção da saúde | 14 |
| II. Health Behaviour in School Aged Children: | |
| Apresentação e enquadramento do estudo neste relatório | 16 |
| HBSC | 16 |
| O Questionário HBSC | 17 |
| Recolha e análise dos dados | 18 |
| Descrição da Amostra | 18 |
| III. Principais Indicadores de Saúde Considerados | |
| INDICADOR I: Percepção da Saúde (Sintomas físicos e psicológicos) | 20 |
| INDICADOR II: Comportamentos Sexuais | 27 |
| INDICADOR III: Hábitos alimentares, IMC e Imagem Corporal | 31 |
| INDICADOR IV: Actividade Física e Tempos Livres | 37 |
| IV. Principais Resultados Encontrados: Leitura Comparativa e Evolutiva | 42 |
| V. Referências Bibliográficas | 47 |

I. IMPORTÂNCIA DA EVIDÊNCIA EMPÍRICA NA ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NOS JOVENS

Saúde...

Muitas vezes quando se refere a palavra saúde, pensa-se apenas em não estar doente. Mas, saúde é muito mais do que isso...

Uma boa saúde é um dos principais recursos para o desenvolvimento pessoal, económico e social, bem como uma dimensão importante da qualidade de vida, como vem referido na carta de Ottawa. Esta constatação resume a passagem de um conceito de saúde que se baseava na dicotomia “saúde/doença” para outro mais lato, hoje em dia perfeitamente reconhecido, que se lê “saúde positiva” e que se define como um processo no sentido do bem-estar físico, mental e social (OMS, 1986).

A “saúde positiva” tem sempre de ser enquadrada em termos não só individuais como interpessoais e ambientais, isto é, o significado de “saúde/bem-estar”, varia de grupo para grupo, de cultura para cultura. Trata-se de uma percepção intra e inter pessoal que depende do modo como cada um de nós se sente doente ou não, em função de cada momento de sua vida e da sua história individual e grupal.

A promoção da saúde não depende só do sector da saúde e necessita da participação activa de outras estruturas da comunidade. É uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós nos diferentes contextos ambientais. É um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa contribuir para a capacitação e desenvolvimento de recursos individuais e colectivos no sentido da obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida.

O foco sobre os indivíduos tem de incluir não só acções educativas, mas também acções de facilitação do desenvolvimento pessoal e social que promovam competências de vida e permitam uma preferência por comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, e ainda uma intervenção no meio envolvente de modo optimizá-lo.

Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidas a adolescentes. A saúde dos adolescentes tem de ser considerada num contexto mais alargado tendo em conta o bem-estar físico, emocional e social, como defende a Organização Mundial de Saúde (OMS). Muitos dos comportamentos incluídos no estilo de vida dos adolescentes podem influenciar, directa ou indirectamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo.

Actualmente, a esmagadora taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes é o resultado dos estilos de vida praticados. A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de factores sociais, ambientais e comportamentais (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996). Estes factores, que podemos designar como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados tais como uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, gravidez na adolescência, álcool, distúrbios de alimentação, e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Lerner, 1998).

Num inquérito realizado com jovens portugueses em que estes eram questionados sobre aspectos da sua vida afectiva e sexual (Matos, Gomes, Silvestre, Fernandes, Jorge, Nunes, Bizarro, Frazão, Canha & Duarte, 1994), concluiu-se que os jovens estavam em geral bem informados no que diz respeito à prevenção da gravidez não desejada e às doenças sexualmente transmissíveis, no entanto tinham por vezes dificuldades em transformar esses conhecimentos em comportamentos de saúde saudáveis. **É nesta discrepância entre “informação” e “adopção de comportamento” que fazem sentido medidas promocionais que ajudem os jovens a transformar os seus conhecimentos em práticas de saúde.** Para tal, propõem-se programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem o jovem a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc e com estas aprendizagens otimizar a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Matos, 1998, 2005).

Estilos de vida saudáveis e a promoção da Saúde...

Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS,1986). Não há por isso um, mas vários “estilos de vida saudáveis”, sendo que a sua compreensão assenta em factores individuais (atitudes, interesses, informação, educação) e em factores ambientais como grupo familiar, grupo social, ambiente de trabalho ou escola, comunidade onde se vive, ainda entre outros factores mais sistémicos do envolvimento, como o sistema social, instituições, cultura, regime político e ainda, por outro lado as características do nicho ecológico e geográfico. Estes factores estão em permanente interacção e moldam os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e ao risco (Mendoza et al., 1990).

Promover a saúde tem a ver com estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais ligados ao risco e a doenças, isto tem a ver, segundo a carta de Ottawa (1986) com “um processo de capacitação das pessoas para o aumento do controlo sobre a saúde”. O estilo de vida individual, caracterizado por padrões de comportamento identificáveis, pode ter um efeito profundo na saúde individual e colectiva, **promover um estilo de vida saudável prende-se com medidas no dia a dia, medidas essas que tornem a opção por estilos de vida saudáveis, a opção mais fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social.**

È importante reconhecer, contudo, que não existe um estilo de vida “ótimo” para ser prescrito a todas as pessoas. A cultura, o estatuto sócio-económico, a estrutura familiar, a idade, a habilidade física, o envolvimento em casa e no local de trabalho, farão certos estilos e condições de vida mais atractivos (Nutbeam, 1998). Este facto é sobretudo importante na adolescência onde a adopção de estilos de vida saudáveis è vista com “cinzenta, aborrecida, desprestigante e desinteressante”, ao passo que os consumos e velocidades são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam certas escolhas.

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem específica das doenças, nem pode privilegiar o cariz informativo ou instrumental ou mesmo visar apenas o desenvolvimento de crenças e atitudes. Os comportamentos de saúde são muito complexos e têm de ser encarados nesta complexidade.

Antes de partir para a intervenção, há que definir primeiro “o estado da arte” dos conhecimentos científicos nesta área. Daí a importância de estudos actuais, como é o caso do HBSC/OMS (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000), que visem a compreensão dos comportamentos dos jovens ligados ao risco ou à saúde, do entendimento do que é a saúde por parte destes mesmos jovens, dos seus estilos de vida e das suas interações com cenários envolventes relevantes (a escola, a família, os pares, as estruturas comunitárias), e que monitorizem a evolução deste conhecimento através da actualização periódica do estudo. Só assim será possível a elaboração esclarecida de programas de intervenção, que promovam comportamentos de saúde como um objectivo dos jovens, e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis.

A tomada de decisão sobre estratégias e acções no campo da saúde, deve ser tomada com base em critérios empíricos, tendo em conta a informação que cada decisor tem ao ser dispor. À comunidade científica - técnicos, investigadores - se deve um papel de relevo, sendo o produto do seu trabalho, uma base de reflexão e partida para acção. A cooperação faz com que seja possível, a cada momento, tomar a melhor decisão, enveredar pelo melhor caminho.

Este relatório, pequena parte integrante do estudo HBSC 2006, levado a cabo pela equipa de técnicos do Projecto Aventura Social e Saúde/FMH, estudo integrante da Organização Mundial de Saúde, pretende servir de base de trabalho para que a definição de estratégias e a tomada de decisão possa ser levada a cabo.

Ter “saúde” não é só um objectivo individual mas um objectivo de cada comunidade nas suas rotinas do dia a dia, que inclui aspectos ligados à saúde física mas também à saúde mental e interpessoal. Depende não só da escolha individual em adoptar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente no qual os indivíduos estão envolvidos e da capacidade deste em permitir escolhas saudáveis. Neste processo é preciso criar uma visão partilhada do que são envolvimento saudáveis, seleccionar objectivos prioritários, e, posteriormente desenvolver, implementar e avaliar planos de acção. Para todo este processo se sublinha o papel participativo e capacitativo de todos os intervenientes.

II. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL AGED CHILDREN: APRESENTAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO ESTUDO NESTE RELATÓRIO

Os indicadores apresentados representam uma parte do conhecimento produzido pela aplicação do estudo *Health Behaviour in School Aged Children* em Portugal. Centrando-se primordialmente em alguns indicadores recolhidos já em 2006, e por isso, ainda em processo de análise.

HBSC

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação, em que Portugal, através da equipa do aventura Social e Saúde/ Faculdade de Motricidade Humana, participa desde 1994. Sendo o HBSC um estudo de investigação e monitorização, tem também como objectivo informar e ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde, e nos programas e intervenções dirigidas para os adolescentes, a nível nacional e internacional. O estudo está enquadrado numa abordagem dos estilos de vida e tem como objectivo principal analisar as relações entre a pessoa e o contexto numa perspectiva sócio-psicológica e ecológica tendo em conta o contexto macro-social. Neste modelo, os comportamentos de saúde podem ser vistos como o resultado da interacção de factores ecológicos, sociais e psicológicos e na sua influência na saúde. O estilo de vida resultante é pois visto como um padrão de comportamentos, hábitos, atitudes e valores relativamente estáveis que são típicos de determinado grupo. A um nível macro a política, a educação e a informação também são consideradas componentes importantes do modelo. Esta pesquisa inclui a função de monitorização, mas também permite aumentar a compreensão dos factores e processos determinantes da saúde dos adolescentes. A pesquisa do HBSC resulta na construção de um grupo coerente de indicadores que, no seu conjunto, permitem uma representação válida da saúde e dos estilos de vida dos adolescentes.

Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 (Matos et al., 2000), o primeiro estudo nacional foi realizado em 1998 (Matos et al., 2000) e o segundo estudo nacional em 2002 (Matos et al., 2003) (disponíveis em www.fmh.utl.pt/aventurasocial, www.aventurasocial.com).

O Questionário HBSC

Os indicadores seleccionados neste relatório são resultantes do Questionário adoptado pelo estudo. O instrumento de investigação do HBSC é um questionário utilizado por todos os países participantes. Este questionário inclui a recolha de dados gerais ao longo de todos os países e permite quantificar os padrões dos comportamentos chave, indicadores de comportamento e variáveis contextuais. Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados da equipa internacional de acordo com o protocolo definido para o questionário (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Estes dados permitem a realização de comparações nos sucessivos questionários, e estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados a nível nacional e internacional.

A equipa Portuguesa utilizou em 2002 e 2006 as questões obrigatórias (“mandatory”) do HBSC e questões opcionais relacionadas com a violência, a saúde positiva e a actividade física (Currie & al, 2001). Foram também incluídas algumas questões nacionais destinadas a monitorizar a evolução desde 1998, e ainda um conjunto de questões relacionadas com o consumo de substâncias ilícitas, comportamento sexual, vida social/ amizade/ lazer nos adolescentes, uma vez que se trata de uma área prioritária de intervenção.

Para o presente relatório foram seleccionados indicadores particularmente ligados ao estado de saúde (sintomas físicos e psicológicos), sua percepção e variáveis ligadas ao estilo de vida (como os padrões alimentares, IMC, actividade física e algumas questões ligadas á sexualidade, nomeadamente o uso de preservativo).

Procedimento

Foram utilizadas as escolas seleccionadas no estudo de 2002, sorteadas de uma lista nacional, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares). Das 1194 escolas de todo o país (Portugal Continental) foram seleccionadas aleatoriamente 136 escolas públicas de ensino regular.

De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2006 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling”, onde o “cluster” ou unidade de análise foi a turma. Assim, foram seleccionadas aleatoriamente 296

turmas, dos 6º anos (96 turmas), 8º anos (102 turmas) e 10º anos (98 turmas), num total de 7400 alunos, correspondentes a 1,6% da população de alunos inscritos no ano lectivo 2005/2006.

Esta amostra é uma amostra nacional significativa para alunos destes níveis de ensino a frequentar o ensino regular em Portugal continental.

Recolha e análise dos dados

Após a selecção das escolas, estas foram contactadas telefonicamente no sentido de confirmar a sua disponibilidade para colaborar no estudo. A recolha de dados foi realizada através de um questionário, distribuído através dos Correios. Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula. As turmas seleccionadas para a aplicação dos questionários pertenciam ao 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, procurando encontrar assim um máximo de jovens com idades compreendidas entre os 11, 13 e 15 anos de idade. Após a aplicação dos questionários, a escola procedeu ao seu re-envio.

Após a recepção os questionários foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa “Eyes & Hands – Forms” versão 5. Estes dados foram posteriormente transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 14.0), para sua análise e tratamento estatístico.

Após a recolha de dados, foi realizada uma verificação dos questionários incompletos ou nulos e feito um trabalho exaustivo na base de dados para minimizar as perdas de sujeitos.

Descrição da Amostra

Idade, género e nacionalidade

Em 2006, responderam ao questionário HBSC em Portugal 4877 adolescentes, dos quais 49,6% são rapazes e 50,4% raparigas. A média de idade situa-se nos 14 anos. Desses adolescentes 31,7% frequentam o 6º ano, 35,7% o 8º ano e 32,6% o 10º ano de escolaridade. Quanto às regiões, 43,7% são da região Norte, 28,8% da região de Lisboa e Vale do Tejo, 15,4% da região Centro, 6,9% do Alentejo e 5,2% do Algarve.

A maioria dos adolescentes tem nacionalidade portuguesa (94,1%); 2,2% é de Pais africano de língua portuguesa. Os seus pais têm nacionalidade maioritariamente portuguesa (pai 92,4%; mãe 92%). Os jovens com pais oriundos de países africanos de língua portuguesa (Angolana/ Cabo-Verdiana/ Guineense/ Moçambicana/ São-Tomense) vêm em segundo lugar (pai 5,1%; mãe 5%)

Profissão e escolaridade dos pais

Relativamente à profissão dos progenitores, na maior parte dos casos, situa-se nos níveis sócio-económicos mais baixos, tanto no que diz respeito aos pais (68.2%) como às mães (66.5%). Em relação ao nível de instrução, o nível do pai situa-se mais frequentemente no 1º ciclo (34,6%) e o da mãe no 2º e 3º ciclos (34,4%). No que diz respeito ao pai, 7.1% refere estar desempregado e 5% refere não ter pai ou não o ver; no que diz respeito à mãe, 24.4% refere estar desempregada e 2.1% refere não ter ou não a ver.

Outros indicadores do estatuto sócio-económico

No que diz respeito a outros indicadores de bem-estar económico, quando questionados sobre a existência de transporte próprio na família, cerca de metade dos jovens refere que a sua família tem dois ou mais carros (52,4%). A grande maioria dos jovens refere possuir quarto próprio (75,4%), e um pouco menos de um quarto diz não ter realizado viagens de férias com a família nos últimos doze meses (24%). Em relação ao número de computadores, mais de metade dos jovens diz ter um computador em casa (56%). Relativamente à percepção do nível financeiro da sua família, 39.1% referem que é “bom”.

Catacterísticas da zona onde vivem

A grande maioria dos jovens refere que, no local onde vive, as pessoas dão-se bem (91,1%). Consideram que vivem numa zona bonita (78,2%) e segura (78,9%), onde podem confiar nas pessoas (77,6%) e encontrar bons locais para passar os tempos livres (75,8%). Uma pequena parte refere que vive em zonas demasiado isoladas (21%), zonas onde há locais de divertimento nocturno (39,8%) e zonas onde há muitas vezes violência e roubos (19,8%). Mais de metade dos jovens refere que o local onde vive tem bons serviços públicos (centro de saúde, centro de juventude, etc.) (59,2%).

III: PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE CONSIDERADOS

INDICADOR I: Percepção da Saúde

Tal como já foi referido a definição de saúde, actualmente, acentua a noção de bem-estar como uma das suas componentes mais importantes (WHO, 2000). O conceito de bem-estar é multi-facetado, englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais /afectivos positivos, bem como, uma componente cognitiva do bem-estar. A avaliação cognitiva geral da vida que inclui a percepção subjectiva de bem-estar, constitui o grau de satisfação com a vida (Neto, 1998).

A percepção de bem-estar está associada à saúde, na medida em que tem sido assinalada como um forte indicador de problemas na adolescência. Na ausência ou fragilidade da percepção de bem-estar parecem ocorrer com mais frequência situações de depressão, suicídio ou problemas de relacionamento, sendo estes distúrbios muitas vezes revelados por sinais físicos ou psicológicos (Green & Pope, 2000; Hansen, Holstein, Due & Currie, 2003).

Segundo Oliveira (1999) a solidão e a insatisfação social são experiências frequentemente associadas a dificuldades de relacionamento, sendo os adolescentes e os pré-adolescentes aqueles que mais frequentemente referem estes sentimentos, debilitando o conceito geral de bem-estar. Vários autores têm descrito que é geralmente durante o período da adolescência que estes distúrbios surgem, talvez por este período ser caracterizado por um conjunto de situações de vida mais “stressantes”, com os quais os jovens deverão saber lidar. A capacidade para lidar com estes eventos tem a ver com características individuais bem como, com factores do envolvimento que poderão acentuar ou atenuar as dificuldades percebidas (Neto, 1998).

Alguns conceitos enquadrados neste âmbito surgem na literatura nomeadamente, os factores protectores e de risco e o desenvolvimento positivo dos jovens. Os factores protectores são definidos como o conjunto de influências ou condições que reduzem os efeitos da exposição a factores de risco diminuindo a probabilidade de ocorrência de comportamentos desadequados na perspectiva da saúde. Himmel (2001) num estudo qualitativo assinala que a importância atribuída aos diversos factores da saúde são variáveis de indivíduo para indivíduo. Algumas respostas assinalam o funcionamento normal físico e psicológico, um total bem-estar, considerando o desporto, o tempo de sono e o lazer como elementos altamente importantes para a saúde.

Zajicek-Farber (1998) descreve a mobilidade, a educação, o ajustamento familiar, as relações sociais, a sexualidade e o ajustamento emocional à adolescência como facilitadores do ajustamento da saúde, enfatizando a importância da auto-capacitação dos jovens e da sua comunidade. A importância do conceito de auto-capacitação é associado a um conjunto de estratégias face à necessidade de se reduzir disparidades ou desvantagens sentidas por determinados grupos, que poderão ser devidas a pobreza, discriminação e desigualdades económicas (Wallerstein, 2002). O conceito de desenvolvimento positivo não tem ainda uma concreta e clara definição. Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002) identificam alguns factores que se pretendem promover: "bonding/ ligação", resiliência, competências sociais, emocionais, cognitivas, comportamentais e morais, auto-determinação, espiritualidade, auto-eficácia, identidade positiva, expectativas positivas no futuro, reconhecimento de comportamentos positivos, oportunidades para um envolvimento pro-social e normas sociais. Outros aspectos têm sido referidos, como a autonomia na tomada de decisão (Dickey & Deatrick, 2000), a percepção de auto-eficácia (Kelly, Zyzanski & Alemagno, 1991; Rimal, 2000), os padrões de ajustamento, a auto-gestão a condições crónicas de saúde (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002) e o ajustamento psicossocial (Zweig, Phillips & Lindberg, 2002).

Neste sentido, reveste-se de especial importância a promoção de estilos de vida saudáveis associada à promoção de factores protectores da saúde na população jovem, uma vez que é nesta faixa etária que estes se consolidam ou se fragilizam (Williams, Holmbeck, & Greenley, 2002; Muza & Costa, 2002).

De seguida, para a totalidade da amostra, abordam-se as questões relacionadas com a saúde positiva: percepção da saúde, principais sintomas físicos e psíquicos, percepção de satisfação com a vida e felicidade, bem como doença diagnosticada e contextos de comunicação em saúde.

Percepção do estado de saúde...

Tal como aconteceu em estudos HBSC anteriores (1998, 2002) a **maioria dos jovens percepção o seu estado de saúde positivamente**: 34,6% referem-na como *Excelente*, 50,1% como *Boa*, sendo que apenas 14,4% a refere como *Média* e 9% como *Má*. Verificando-se, no entanto, diferenças significativas entre géneros, os rapazes referem significativamente mais perceber a sua saúde como excelente do que as raparigas.

Também ao nível da idade se verificam diferenças a considerar, com os grupos mais novos (11 e 13 anos) a perceberem a sua saúde como excelente de forma mais acentuada.

Sintomas físicos....

No seu conjunto a maioria (>80%) jovens inquiridos refere raramente ou nunca ter **sintomas físicos**. As dores de cabeça (10,7%) e o cansaço/exaustão (10,0%) são os sintomas físicos mais frequentemente citados, sendo que cerca de 10% refere senti-los mais que uma vez por semana.

| <i>Sintomas físicos</i> | | | |
|---|---------------------|-------------------------|--------------------|
| | Quase todos os dias | Mais que uma vez/semana | Raramente ou nunca |
| Dor de cabeça (n=4842) | 5,0% | 10,7% | 84,3% |
| Dor de estômago (n=4824) | 1,5% | 3,2% | 95,3% |
| Dor de costas (n=4817) | 5,7% | 7,2% | 87,1% |
| Dor de pescoço / ombros (n=4824) | 4,6% | 6,4% | 89,1% |
| Cansaço / exaustão (n=4828) | 9,7% | 10,0% | 80,4% |
| Tonturas (n=4823) | 2,1% | 3,5% | 94,4% |

Dividindo a amostra e comparando resultados não só entre género mas entre os diferentes grupos etários, os quadros resumo apresentados permitem-nos ver estas comparações, relativamente à **categoria de respostas “mais que uma vez por semana”**(com inclusão do “quase todos os dias”), permitindo perceber tendências e diferenças estatisticamente significativas entre grupos (casas assinaladas a sombreado).

| <i>“Mais que uma vez /semana”</i> | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|-----------------------------------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| Sintomas físicos | | | | | | |
| dor de cabeça (15,7%) | 8,6% | 22,7% | 14,1% | 13,6% | 17,2% | 18,7% |
| dor de estômago (4,7%) | 3,3% | 6,1% | 4% | 4,8% | 4,4% | 6,1% |
| dor de costas (12,9%) | 9,5% | 16,2% | 10,6% | 11,1% | 14,3% | 16,6% |
| dor de pescoço / ombros (10,9%) | 9,2% | 12,7% | 10,8% | 10,1% | 10,8% | 13,1% |
| cansaço / exaustão (19,6%) | 15,8% | 23,4% | 18,5% | 15,7% | 22,9% | 22% |
| tonturas (5,6%) | 3,3% | 7,8% | 4,2% | 4,9% | 6,6% | 6,6% |

Legenda: Quadros resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Comparando os rapazes com as raparigas podemos verificar que em relação a todos estes sintomas físicos são as raparigas que mais frequentemente os referem. Em relação aos diferentes grupos de idades são geralmente os mais velhos (grupos de 15 e 16 anos) a queixarem-se destes sintomas com especial ênfase para as dores de cabeça, dores de costas e cansaço exaustão.

Num outro nível podemos averiguar a presença (no último mês) de outros sintomas físicos. **O quadro seguinte refere-se à percentagem (diferenciada por género e idade) de respondentes que referiram “sim” a tais sintomas.** O Sintoma mais assinalado é a tosse (49,2%) e as dores no corpo (35,1%). Assinalados a cinzento estão as categorias onde se verificaram diferenças significativas estatisticamente. De uma forma geral mais uma vez se verifica que a presença de sintomas físicos é mais relatada pelo sexo feminino. Para a totalidade destes sintomas verifica-se que vai existindo um aumento com a idade, com o seu pico aos 15 anos, diminuindo depois (16 anos).

| Resposta “ <i>Sim</i> ” | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|---------------------------------------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| <u>Outros Sintomas físicos</u> | | | | | | |
| Ter tosse (49,2%) | 45% | 53% | 51,2% | 51,7% | 46,7% | 46,9% |
| Ter febre (18%) | 15,4% | 20,5% | 17% | 18,2% | 18,5% | 18,1% |
| Ter vómitos (7,6%) | 6,1% | 9,1% | 7,6% | 7,4% | 7,6% | 8,3% |
| Ter diarreia (5,8%) | 6% | 5,7% | 5,9% | 5% | 6,1% | 6,7% |
| Ter dores no Corpo (35,1%) | 26,9% | 43,3% | 21,7% | 30,9% | 42% | 47,3% |
| Ter tremores (11,1%) | 6,9% | 15,1% | 8,1% | 9,4% | 13,4% | 13,4% |
| Outros (5,8%) | 5,2% | 6,3% | 5,3% | 6% | 6,1% | 5,4% |

Legenda: Quadros resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Sintomas Psicológicos...

No caso dos **sintomas psicológicos**, verificamos que a maioria dos jovens refere, raramente ou nunca, sentir este tipo de sintomas. O sintoma psicológico mais referido é sentir-se nervoso e a dificuldade em adormecer, sendo o medo, o menos referido.

| <i>Sintomas psicológicos</i> | | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| | Quase todos os dias | Mais que uma vez/semana | Raramente ou nunca |
| Triste e deprimido (n=4819) | 4,6% | 8,4% | 87,0% |
| Dificuldade adormecer (n=4830) | 7,2% | 6,6% | 86,2% |
| Irritado (n=4814) | 4,1% | 9,2% | 86,7% |
| Nervoso (n=4822) | 7,2% | 11,4% | 81,4% |
| Medo (n=4818) | 3,1% | 3,5% | 93,3% |

Uma análise mais detalhada para a frequência “mais que uma vez por semana” para estes sintomas psicológicos permite-nos observar que são as raparigas, quando comparadas com os rapazes, que os dizem sentir mais vezes. Comparando os diferentes grupos de idades podemos verificar que o sentir-se deprimido e o ter dificuldades em adormecer aumenta com a idade, ao passo que o medo parece diminuir, sendo mais elevado no grupo dos mais novos.

| <i>“Mais que uma vez /semana”</i> | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|-------------------------------------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| <u>Sintomas psicológicos</u> | | | | | | |
| Estar triste e deprimido (13%) | 8,2% | 17,6% | 10,1% | 12,1% | 14,6% | 15,7% |
| Ter dificult. adormecer (13,8%) | 10,4% | 17,1% | 12,3% | 12,8% | 13,9% | 17,5% |
| Estar irritado (13,3%) | 10,1% | 16,4% | 13,1% | 12,2% | 12,4% | 17,5% |
| Ficar nervoso (18,6) | 13,2% | 24% | 16,6% | 17,8% | 19,3% | 21,9% |
| Ter medo (6,7%) | 3,9% | 9,4% | 8,5% | 6,3% | 5,6% | 7,2% |

Legenda: Quadro resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Satisfação com a vida/ Felicidade...

Em relação à **satisfação com a vida** verifica-se que, numa escala de 0 a 10 pontos (0 = pior vida possível a 10 = melhor vida possível), os jovens (n=4826), assinalam frequentemente um valor médio aproximado de sete.

| T-test – Comparação de médias pelo género | | | | |
|---|-------|---------------|------|------|
| <i>Satisfação com a vida</i> | | | | |
| | Média | Desvio Padrão | F | p |
| Rapaz (n=2388) | 7,36 | 1,86 | 2,05 | .040 |
| Rapariga (n=2438) | 7,24 | 1,98 | | |

| ANOVA-Comparação de médias pelos grupos de idades e Teste Scheffe | | | |
|---|-------|-------|--------|
| <i>Satisfação com a vida</i> | | | |
| | Média | t | p |
| 11 anos (n=1025) | 7,85* | 72,33 | p<.001 |
| 13 anos (n=1461) | 7,52* | | |
| 15 anos (n=1604) | 7,00* | | |
| + 16 anos (n=736) | 6,73* | | |

Os rapazes apresentam uma média de satisfação com a vida superior à das raparigas. À medida que a idade aumenta verificamos um decréscimo da média do valor da satisfação com a vida. Aos onze anos a média é de aproximadamente oito, nos jovens de dezasseis anos ou mais, a média é aproximadamente sete.

Quando questionados em relação à sua **felicidade** (n= 4763), uma grande parte dos jovens responde que se sente feliz (82,7%).

Doença Prolongada/ Incapacidade ou problema de saúde...

Para além dos sintomas físicos e psicológicos e da satisfação com a vida, outro domínio averiguado tem a ver com a presença ou não de doença prolongada, incapacidade ou problema de saúde diagnosticado por um médico. 11,6% dos jovens referem ter uma doença incapacitante, no sentido de não se conseguir fazer coisas que outros fazem. Destes, 9,5% referiu necessidade de medicação. As condições mais frequentes são a asma, a epilepsia (doenças crónicas) e a deficiência visual.

| <i>Doenças Crónicas</i> | | <i>Deficiências</i> | |
|-------------------------|--|------------------------------------|--|
| Asma (6,6%) | | Deficiência motora (0,7%) | |
| Epilepsia (1,4%) | | Dificuldade de Aprendizagem (0,7%) | |
| Diabetes (0,5%) | | Deficiência auditiva (0,5%) | |
| | | Deficiência Visual (1,6%) | |
| | | Deficiência linguagem (0,4%) | |

Comunicação em saúde....

Outra questão abordada tem a ver com o “à vontade” sentido para falar com diferentes técnicos quando se tem dúvidas ou problemas relacionados com a saúde. A este nível 52,6% responderam preferir falar com um médico, 13,4% com um psicólogo, 6,5% com um enfermeiro, 7,5% com um professor, 1,2 referiu ainda o assistente social. Em relação ao **contexto/cenário privilegiado para essa interação** 28,6% indicou o Centro de Saúde, 25,2% a escola, 20,4% o hospital, 7,9% o centro da juventude e 2,5% a Junta de Freguesia. A escola e os cuidados de saúde primários aparecem como contextos prioritários na promoção da saúde.

INDICADOR II: Comportamentos sexuais

Os jovens são actualmente, reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde sexual, nomeadamente na infecção por VIH/SIDA e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Esta questão prende-se, entre outras, com os seus **padrões de actividade sexual**, incluindo ser sexualmente activo, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Bakker, 1999; Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Cerwonka, Isbell & Hansen, 2000; UNAIDS, 2002).

Considera-se que, em adolescentes sexualmente activos, a utilização do preservativo de um modo consistente representa a forma de prevenção mais eficiente. No entanto, apesar de se constatar uma tendência para o aumento da utilização do preservativo entre adolescentes, verifica-se que este é ainda utilizado de uma forma muito inconsistente. Dados recolhidos no “Youth Risk Behavior Surveillance” em 2001, demonstram que cerca de 58% dos estudantes afirmaram que, ele ou o seu parceiro, tinha utilizado o preservativo na última relação sexual. No entanto, os rapazes (65.1%) apresentaram uma maior probabilidade de utilizar o preservativo do que as raparigas (51.3%).

Investigações recentes apontam para uma provável associação entre o consumo de álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco. Os dados obtidos no “Youth Risk Behavior Surveillance” em 2001, demonstram que 25.6% dos adolescentes sexualmente activos, consumiram álcool ou drogas na última relação sexual, sendo os rapazes que apresentam uma probabilidade maior (30.9%) do que as raparigas (20.7%) para adoptar este comportamento. A educação sexual deve ocorrer numa perspectiva de desenvolvimento de uma sexualidade e actividade sexual esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade de tomada de decisões por comportamentos sexuais positivos para a saúde e para a qualidade de vida nos jovens.

De acordo com a importância dos indicadores expostos, apresenta-se em seguida, para a totalidade da amostra (ao contrário do que aconteceu no estudo de 2002, no qual estas questões foram respondidas somente pelos alunos do 8º e 10º anos), um conjunto de questões relacionadas com os comportamentos sexuais dos adolescentes, que incluem questões acerca das relações sexuais, utilização do preservativo e outros métodos contraceptivos e relações sexuais associadas aos consumos de álcool e droga.

Relações Sexuais....

Do total de jovens que responderam a esta questão (n=4636) evidencia-se que a maioria (81,8%) refere não ter tido relações sexuais, sendo que apenas 18,2% responde que sim. Verifica-se que são os rapazes que afirmam mais frequentemente já ter tido relações sexuais. Em relação à idade, são os jovens mais velhos que mais referem já ter tido relações sexuais. Em relação à idade com que tiveram a primeira relação sexual, 63,7% referem ter iniciado as relações sexuais aos catorze anos ou mais.

O quadro seguinte permite-nos aprofundar um pouco (comparativamente a género e idade) várias questões ligadas ao padrão sexual destes adolescentes.

| | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|--|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| <u>Relações sexuais(n=789)</u> | | | | | | |
| já ter tido relações sexuais | 22,9% | 13,8% | 6,8% | 9,1% | 20,3% | 47% |
| relações sex. associadas a consumos | 16,5% | 10,6% | 16,9% | 16,8% | 12,1% | 14,4% |
| <u>Método contraceptivo utilizado na última relação sexual(dos que afirmaram ter tido relações sexuais)</u> | | | | | | |
| Preservativo (93%) | 92,1% | 94,6% | 82% | 86,3% | 94,8% | 95,7% |
| Pílula (44,5%) | 33,5% | 55% | 26,1% | 26,8% | 41,4% | 56,6% |

Legenda: Quadro resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Quando questionados sobre se já tiveram relações sexuais porque tinham consumido drogas ou álcool, alguns jovens (14,1%) referem a ocorrência desta situação. São os rapazes que mais frequentemente afirmam já ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas. Não existem diferenças significativas em relação à idade.

Especificando um pouco as questões acerca do método contraceptivo utilizado na última relação sexual (já tiveram relações sexuais), verifica-se que 93% refere a utilização do preservativo. Verificando-se que 44,5% referiram antes o uso da pílula como método utilizado.

A seguir apresentam-se questões respondidas apenas pelos alunos que frequentam o 8º e 10º anos.

Quanto à razão atribuída ao uso de preservativo são sempre as raparigas e grupo dos 15 anos que mais referem questões ligadas ao evitamento da gravidez, VIH/SIDA e DST. Outra área fundamental tem a ver com questões ligadas ao processo relacional/comunicacional que envolve a relação e o uso de preservativo. Foi escolhido o indicador “sentir-se pouco à vontade para”. São as raparigas e os mais novos que mais referem sentirem-se pouco à vontade para conversar sobre o uso de preservativo e convencer o parceiro a utilizá-lo. No caso dos rapazes e dos mais velhos parecem existir mais dificuldades no recusar ter relações.

| | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|--|-------|----------|----|-------|-------|-------|
| Utilização do preservativo para | | | | | | |
| evitar uma gravidez (n=2694) | 51,9% | 58,5 | - | 15,9% | 26,9% | 12,5% |
| evitar o VIH/SIDA (n=2443) | 46,8% | 53,3% | - | 48,1% | 73,2% | 73,8% |
| evitar outra DST (n=2484) | 46,1% | 55,7% | - | 14,8% | 25% | 11,1% |
| Sentir-se pouco à vontade para | | | | | | |
| conversar sobre o uso pres. (n=3999) | 7,2% | 14% | - | 14,6% | 10,4% | 6,8% |
| convencer a usar pres. (n=3124) | 8,1% | 12,1% | - | 12,9% | 9,2% | 8,8% |
| recusar relações sem pres. (n=3137) | 12,6% | 6,6% | - | 8,7% | 9,3% | 10,6% |
| recusar se não quiser (n=3133) | 11,3% | 5% | - | 9,3% | 6,7% | 8,6% |

Legenda: Quadro resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Fontes de informação/Aprendizagem...

Em relação às fontes de informação/aprendizagem relacionadas com as questões da sexualidade e VIH/SIDA, referidas pelos jovens, salienta-se o papel dos programas de televisão, dos folhetos e da Internet.

| Fontes de informação/aprendizagem | | | |
|--|--------------|-------|--------|
| | Sim | Não | Talvez |
| Programas de televisão (n=3141) | 66,3% | 8,3% | 25,4% |
| Folhetos (n=3153) | 65,8% | 8,7% | 25,5% |
| Internet (n=3143) | 65,8% | 11,1% | 23,1% |
| Falar com um amigo (n=3136) | 62,7% | 11% | 26,3% |
| Livros/revistas (n=3115) | 56,1% | 10,1% | 33,7% |

| | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Falar com os pais (n=3142) | 48,5% | 20,8% | 30,7% |
| Falar com o namorado (n=3138) | 48,4% | 20,4% | 31,1% |
| Consulta Centro de Saúde (n=3150) | 39% | 24,2% | 36,8% |
| Falar com um irmão(a) (n=3117) | 38% | 33,4% | 28,6% |
| Programa de rádio (n=3155) | 37,9% | 26,3% | 35,8% |
| Médico de Família (n=3139) | 35,9% | 29,3% | 34,7% |
| Falar com outro familiar (n=3133) | 31,7% | 32,4% | 35,9% |
| Falar com o professor (n=3138) | 22,4% | 40,5% | 37,1% |
| Linha informação/telefone de ajuda (n=3139) | 21,6% | 43,4% | 35% |
| Outro (n=910) | 16,6% | 49,9% | 33,5% |
| Falar com um padre/grupo religioso (n=3118) | 10,6% | 64,5% | 24,9% |
| Não falar com ninguém (n=3022) | 9,6% | 69,6% | 20,8% |

INDICADOR III:

Hábitos alimentares, IMC e Imagem Corporal

Hábitos alimentares

A prevalência da obesidade infantil, tem aumentado ao longo das últimas décadas, sendo uma das situações de risco que mais preocupações tem levantado. Para MacKenzie (2000), a obesidade não responde facilmente ao tratamento, sendo a prevenção muito importante. Para este autor, **o crescimento das crianças deve ser monitorizado usando o IMC (Índice de Massa Corporal)** e os factores de risco devem ser avaliados, quer pela história de hábitos alimentares, quer pela prática de actividade física. A não ser que envolvam meios consideráveis, as campanhas de prevenção arriscam-se a ter pouco peso face às publicidades que vendem as virtudes de certos refrigerantes e outros produtos de “fast foods”. Para as crianças em risco, as estratégias preventivas de intervenção, devem incluir: uma relação positiva de alimentação, um encorajamento aos hábitos alimentares saudáveis e uma manutenção da actividade física (MacKenzie, 2000).

De facto, as práticas alimentares parecem também variar em função do género e da idade. No anterior estudo HBSC em 1998 (Matos e tal, 2000), nos jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, mais de metade dos jovens bebe colas e consome doces diariamente e não chega a metade o número de alunos que consome vegetais diariamente. Os jovens mais velhos consomem mais frequentemente doces, cafés e coca. Os rapazes variam mais no tipo de alimentos do que as raparigas (excepto nas frutas e vegetais).

A percepção de diferentes padrões na alimentação (quer em função do género, quer em função da idade), torna-se importante na implementação de estratégias preventivas nesta área.

As práticas alimentares são um dos factores que podem comprometer ou beneficiar a saúde dos jovens. Estas práticas, que se adquirem desde criança, são extremamente importantes para um desenvolvimento saudável. De facto, os hábitos alimentares adquiridos durante a adolescência têm importantes repercussões no estado de saúde dos indivíduos, quer a curto, quer a longo prazo, nomeadamente ao nível do bem-estar físico e emocional (King et al.,1996). A alimentação encontra-se também relacionada com algumas doenças cada vez mais comuns na adolescência (como a obesidade, anorexia e bulimia, entre outras). Assim, torna-se importante perceber os hábitos alimentares das populações de maneira a prevenir situações de risco. A nutrição, particularmente as gorduras saturadas, a fruta e a ingestão de vegetais, encontra-se relacionada com o risco de aparecimento de doenças crónicas, pelo que, as intervenções comportamentais baseadas

numa mudança de dieta, se tornam importantes para reduzir este risco (Ammerman, Lindquist, Lohr & Hersey, 2002).

Em geral parece ser importante uma educação no que se refere a padrões dietéticos, sendo importante intervir em populações femininas de idade inferior a 11 anos, para que tenham uma dieta adequada a um correcto crescimento. Esta idade é importante, uma vez que as actuais preocupações com o peso e com as dietas começam cada vez mais cedo (Packard e Krogstrand).

Neste capítulo serão abordados, para a amostra total, alguns hábitos e padrões alimentares: refeições durante a semana e fim-de-semana, tipo de alimentos consumidos e higiene oral.

Para a totalidade dos respondentes verifica-se que a larga maioria toma o pequeno-almoço todos os dias e ao fim de semana também. No entanto, embora em franca minoria, ainda há quem refira nunca tomar o pequeno-almoço.

| <i>Pequeno almoço durante a semana (n=4815)</i> | | | <i>Pequeno almoço durante o fim de semana (n=4795)</i> | | |
|---|-----------------|----------------------|--|---------------|------------------|
| Nunca | Às vezes | Todos os dias | Nunca | Um dia | Dois dias |
| 6,1% | 13,9% | 80,0% | 6,1% | 10,6% | 83,3% |

Quanto ao tipo de alimentos consumidos, verifica-se que menos de metade dos jovens inquiridos come fruta por dia, e só cerca de 25% comem vegetais por dia. O consumo de doces e refrigerantes tem percentagens de consumo diário idêntico aos vegetais.

| | Raramente ou nunca | Pelo menos 1 vez por semana | Pelo menos 1 vez por dia |
|---|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Fruta (n=4815) | 8,7% | 48,7% | 42,7% |
| Vegetais (n=4755) | 12,2% | 62,7% | 25,1% |
| Doces (n=4785) | 14,7% | 62,4% | 23,0% |
| Colas ou outros refrigerantes (n=4809) | 23,4% | 49,1% | 27,5% |

De uma forma mais detalhada podemos observar o que acontece comparando género e idade:

| | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|--|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| <u>Pequeno Almoço Semana</u> | | | | | | |
| nunca | 5,3% | 6,9% | 4,4% | 4,2% | 7,9% | 8,3% |
| <u>Pequeno Almoço: fim-de-semana</u> | | | | | | |
| nunca | 6,7% | 5,5% | 2,3% | 4,3% | 7,6% | 11,7% |
| <u>Tipo de alimentação (pelo menos uma vez por dia)</u> | | | | | | |
| fruta | 49,7% | 47,6% | 51,9% | 45,4% | 38,2% | 34,1% |
| vegetais | 22,0% | 28,2% | 29,7% | 27,5% | 23,7% | 17,2% |
| colas e outros refrigerantes | 31,3% | 23,8% | 25,9% | 25,4% | 27,4% | 34,1% |
| doces/chocolates | 22,0% | 23,9% | 23% | 23,7% | 22,8% | 21,9% |
| <u>Higiene oral (mais que uma vez por dia)</u> | | | | | | |
| lavar os dentes todos os dias | 52,7% | 72,4% | 54,8% | 58,7% | 68,3% | 69% |

Legenda: Quadro resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Em síntese, os principais resultados nesta área do estudo HBSC de 2006 indicam que são as raparigas e os mais velhos que mais vezes referem não tomar o pequeno-almoço durante a semana, e ao fim de semana o número de rapazes que não toma o pequeno-almoço aumenta, mantendo-se o problema nos mais velhos. Quanto ao tipo de alimentação verifica-se que são as raparigas e os mais novos que mais consomem fruta e vegetais (tendo os grupos mais velhos níveis inferiores de consumo). Quanto ao consumo de colas e refrigerantes é maior nos rapazes e nos mais velhos. Não se observaram diferenças significativas estatisticamente para o consumo de doces.

Em relação à lavagem dos dentes, a maior parte dos jovens diz fazê-lo mais do que uma vez por dia, ainda que a frequência de lavagem seja maior nas raparigas e nos mais velhos

Peso e altura

Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) é determinado através da fórmula $\text{Peso}/\text{Estatura}^2$. O índice peso/estatura é um indicador sensível do crescimento e suas perturbações (Jelliffe, 1966; WHO, 1995). Os valores obtidos através desta fórmula, permitem categorizar o peso dos jovens desde “magreza” à “obesidade”. A classificação de excesso de peso/obesidade foi definida segundo os parâmetros de Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz (2000), que tomam em consideração a idade e o género na classificação dos adolescentes num parâmetro normal (sem excesso de peso), com excesso de peso ou com obesidade. Do grupo de jovens classificados no parâmetro “normal” (sem excesso de peso), separou-se o grupo de jovens com valores de IMC menores que 17, que foram categorizados no nível “magreza”.

| Magreza | Normal | Excesso de peso | Obesidade |
|----------------|---------------|------------------------|------------------|
| 13,7% | 68,3% | 15,2% | 2,8% |

Verifica-se que, de acordo com o auto-relato, a maioria dos jovens da amostra tem o seu peso dentro de parâmetros normais.

São as raparigas que mais frequentemente apresentam um peso normal. É o grupo dos jovens mais velhos que tem mais frequentemente o seu peso num parâmetro normal

| | Magreza | Normal | Excesso de peso | Obesidade |
|------------------|----------------|---------------|------------------------|------------------|
| Rapaz | 17,1%* | 64,5%* | 15,6%* | 2,8%* |
| Rapariga | 10,4%* | 72,0%* | 14,9%* | 2,7%* |
| | Magreza | Normal | Excesso de peso | Obesidade |
| 11 anos | 29,5%* | 47,8%* | 18,7%* | 3,9%* |
| 13 anos | 15,8%* | 65,2%* | 16,6%* | 2,5%* |
| 15 anos | 6,4%* | 78,4%* | 12,4%* | 2,8%* |
| + 16 anos | 4,4%* | 79,9%* | 13,8%* | 1,8%* |

Imagem corporal

Segundo Weinshenker (2002), actualmente os adolescentes são mais propensos a preocupações em relação à imagem do corpo, nomeadamente a distorções e sentimentos de insatisfação em relação ao corpo. De facto, as preocupações com o corpo são cada vez maiores nos jovens, podendo ser um dos factores que contribui para um bom nível de auto-conceito individual.

A auto-estima, os comentários dos outros sobre a alimentação, o peso e a forma, o perfeccionismo, o peso e forma infantil assim como, o peso e forma dos pais, e os conflitos entre familiares (nomeadamente pais) são alguns dos factores de risco, citados na literatura em relação à imagem do corpo e que podem provocar doenças relacionadas com os distúrbios alimentares. Estas informações, foram confirmadas num estudo realizado por Wade e Lowes, em 2002, cujas conclusões indicam a auto-estima como um aspecto importante no que se refere às desordens alimentares. Os comportamentos de risco mais típicos nas raparigas não são tão visíveis como nos rapazes, sendo naquelas mais frequente a adopção de regimes alimentares desequilibrados assim como, de dietas.

Em geral, parece ser importante haver uma educação no que se refere aos padrões dietéticos, sendo importante intervir na educação de raparigas mais novas que os 11 anos, para que tenham uma dieta adequada a um correcto crescimento. Esta idade é importante, uma vez que as actuais preocupações com o peso e a dietas começam cada vez mais cedo e nesta idade podem afectar negativamente, a qualidade da dieta (Packard & Krogstrand, 2002).

De seguida, para a totalidade da amostra resumimos alguns indicadores ao nível da imagem corporal bem como especificidades ligadas ao género e à idade.

| | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|-------------------------------------|--------------|-----------------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| <u>Corpo</u> | | | | | | |
| Querer alterar alguma coisa (55,1%) | 45% | 64,9% | 42,5% | 53,6% | 63,1% | 58,3% |
| Estar em dieta (10,5%) | 7% | 13,9% | 8,6% | 9,1% | 11,5% | 13,8% |

Legenda: Quadro resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Dos jovens inquiridos 55,1% referiu querer alterar alguma coisa no corpo. A referência a querer mudar algo no corpo ocorre com mais frequência no sexo feminino e vai aumentando com a idade até aos 15 anos. São também as raparigas e os mais velhos que mais referem estar a fazer dieta.

| <i>Raparigas já menstruadas</i> | | | |
|---|-------------------|-------------------|------------------------|
| Sim | | Não | |
| 77,8% | | 22,2% | |
| <i>Raparigas já menstruadas –idade da primeira menstruação (n=1857)</i> | | | |
| Média | D.P. | Mínimo | Máximo |
| 11,9 | 1,3 | 7 | 16 |
| Menos de 11 anos | 12-13 anos | 14-15 anos | 16 anos ou mais |
| 27,8% | 44,1% | 5,6% | 0,3% |

Ainda dentro deste indicador de saúde o questionário HBSC permite averiguar questões ligadas ao aparecimento da menarca. A maior parte das raparigas diz que já é menstruada e ter tido a primeira menstruação entre os 12 e 13 anos.

Prática de Actividade Física e Tempos Livres

Actividade Física

O exercício, a actividade física e os tempos livres são conceitos distintos estando contudo associados à concepção de saúde e bem-estar físico e psicológico dos jovens. A actividade física em período escolar ou nos tempos livres, de carácter recreativo ou inserida na prática de uma modalidade desportiva, tem tido um reconhecimento crescente nos últimos anos na promoção da saúde e na prevenção da doença (Dubbert, 2002), sendo considerada como um dos principais indicadores de saúde (CDC, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Num estudo desenvolvido por Bourdeaudhuij e Oost (1999) a actividade física, analisada em conjunto com outros comportamentos de saúde, constituiu um factor único de distinção entre os grupos de indivíduos com comportamentos saudáveis e não saudáveis.

Diversos estudos têm-se centrado no impacto da adopção de actividades físicas moderadas na vida dos indivíduos, assinalando que a actividade física tem permanecido a um nível ainda bastante baixo em diversos subgrupos da população (Marcus, Dubbert, Forsyth, McKenzie, Stone, Dunn, & Blair, 2000; Dubbert, 2002), nomeadamente, em jovens que pertencem a minorias étnicas, jovens com deficiência ou com baixos rendimentos económicos (Vilhjalmsson & Kristjansdottir, 2003).

Os estudos longitudinais apontam que existe uma diminuição progressiva da actividade física ao longo da adolescência, sendo esta probabilidade maior no sexo feminino (CDC, 1999; Aaron, Storti, Robertson, Kriska & LaPorte, 2002). Aaron, Storti, Robertson, Kriska, e LaPorte (2002) descrevem que a diminuição da actividade física se deve à diminuição do número de actividades físicas em que o jovem se envolve, sendo que as raparigas participam mais em actividades de carácter individual e os rapazes em actividades colectivas, existindo uma probabilidade baixa ou moderada de uma actividade específica ser mantida ao longo da adolescência.

Taylor, Baranowski e Young (1998) assinalaram que a menor frequência das raparigas em actividades desportivas em clubes, tem um peso significativo na sua maior inactividade, contribuindo para uma menor frequência do sexo feminino em actividades físicas intensas bem como, um menor número de actividades físicas praticadas por semana.

Tendo em atenção as características sedentárias de uma assinalável percentagem de jovens, alguns objectivos que visavam a melhoria da actividade física propostos no documento “Healthy People 2000” (National Center for Health Statistics, 2001) não foram totalmente alcançados (Francis, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2000), entre outros, a redução do número de jovens sedentários bem como, o aumento do tempo de participação em actividades físicas no período de educação física escolar, sendo assim novamente propostos como objectivos fundamentais no documento “Healthy People 2010” (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

A necessidade de promover a actividade física, é referida em diversas recomendações, nomeadamente no American College of Sports Medicine (2002) e no Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1999). Os benefícios da actividade física são enunciados nos domínios físico e psicológico, assinalando o seu efeito protector na manutenção ou desenvolvimento das estruturas ósseas e musculares, na prevenção da hipertensão ou redução da tensão arterial, na adaptação ao stress, no alívio da tensão muscular, na redução da dor, na percepção de bem-estar, na percepção de auto-eficácia e no controlo pessoal e de reforço social (Matos & Sardinha, 1999; Matos, Sardinha & Sallis, 1999; CDC, 1999).

Se bem que a actividade física regular permita a obtenção de benefícios para a saúde, existem características pessoais e contextuais que influenciam a sua adopção, entre elas assinalamos a percepção de auto-eficácia (Fletcher & Banasik, 2001), a existência de oportunidades para a prática (Rutten, Abel, Kannas, von Lengerke, Luschen, Rodriguez Diaz et al., 2001), a motivação e a história de prática na infância (Sherwood & Jeffery, 2000), que constituem factores importantes na adopção e manutenção de uma prática de actividade física regular. Os determinantes que envolvem a actividade física tais como, os recursos formais (ginásios) ou informais (rua, espaços abertos) da comunidade (Handy, Boarnet, Ewing, & Killingsworth, 2002; Giles-Corti & Donovan, 2002) os transportes aos locais (Hoefler, McKenzie, Sallis, Marshall & Conway, 2001) e os custos, condicionam também a adopção e manutenção da actividade física. Alguns estudos apontam particularmente como predictores da prática de actividade física regular, a existência de percursos pedonais ou de bicicleta entre a casa, escola e espaços utilizados nos tempos livres, bem como a distância a percorrer entre esses espaços (Brownson, Housemann, Brown, Jackson-Thompson, King, Malone & Sallis, 2000; Sjolie & Thuen 2002; Handy, Boarnet, Ewing & Killingsworth, 2002).

Quando questionados sobre a prática de actividade física durante a última semana (pelo menos uma hora por dia), cerca de metade dos jovens refere tê-la praticado pelo menos três vezes por semana. A este facto não deve ser alheio o nº de horas incluído na carga curricular da disciplina de educação física.

| Prática de actividade física na última semana (n=4787) | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Nunca | Menos de 3 vezes/semana | 3 vezes ou mais / semana | Todos os dias |
| 4,6% | 34,2% | 46,7% | 14,5% |

| | rapaz | rapariga | 11 | 13 | 15 | 16 |
|---|--------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <u>Prática de actividade física (três vezes ou mais semana)</u> | | | | | | |
| AF na última semana (61,2%) | 73,8% | 48,9% | 65,6% | 65,4 | 58,9% | 51,9% |
| <u>Prática desportiva (Sim)</u> | | | | | | |
| pratica de desporto (92,8%) | 96,9% | 88,9% | 95,1% | 93,4% | 92% | 90,4% |
| Futebol (42,3%) | 61,4% | 23,4% | 51,3% | 45,4% | 35,8% | 37,5% |
| Ginástica (14,4%) | 10,1% | 18,7% | 23,4% | 16,7% | 9,8% | 7,5% |
| Natação (16,8%) | 15,5% | 18% | 18,8% | 19,2% | 15,4% | 12,4% |
| Basquetebol (16,7%) | 20% | 13,4% | 23,3% | 19,4% | 12,5% | 11,4% |
| Ciclismo (15,2%) | 21,4% | 9,1% | 17,1% | 17,7% | 13,6% | 11,1% |

Legenda: Quadro resumo

Sombreado: Diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado)

Em síntese, os principais resultados HBSC 2006 nesta área evidenciam o facto de serem os rapazes e os mais novos que referem praticar mais actividade física. Mais especificamente, em relação à prática desportiva, esta é mais frequentemente referida pelo género masculino e os mais novos (11 e 13 anos), sendo as modalidades mais praticadas pelos rapazes o futebol, o basquetebol e o ciclismo, enquanto que são as raparigas quem mais pratica ginástica e natação. Para todas as modalidades são os mais novos que mais praticam

O decréscimo da actividade física e desporto com a idade, sobretudo nas raparigas, sugere que de algum modo a escola não está a ser capaz de motivar os jovens para a prática. A diferença entre géneros, tanto na quantidade, como no tipo de prática preferida, sugere a necessidade de estudos adicionais no sentido de ajudar as raparigas a manterem-se activas.

Tempos Livres

O tempo livre tem sido assinalado como uma variável potencialmente importante no que respeita a promoção da saúde, e sendo associado aos componentes da saúde e bem-estar, constitui um factor fundamental da qualidade de vida e saúde dos jovens, devido ao seu carácter potencialmente mais voluntário e autónomo. Uma revisão da literatura realizada por Hernan-Garcia, Ramos-Monserrat e Fernandez-Ajuria (2001) aponta para o facto de nos estudos na área da promoção da saúde dirigidos a jovens, o lazer surgir entre os mais estudados, nomeadamente como estratégia de intervenção. O tempo livre adicional não significa porém, que ocorra uma prática de actividade física ou desportiva, se bem que os efeitos da actividade de lazer fisicamente activa têm sido relacionados com benefícios tais como, a capacidade de lidar com o stress e níveis superiores de bem-estar e de saúde física (Iwasaki, Zuzanek & Mannell, 2001).

Um dos comportamentos mais referidos na ocupação dos tempos livres é o tempo passado a ver televisão ou a utilizar outros equipamentos tais como, o vídeo, os videojogos e a Internet. Alguns estudos sugerem que em média o jovem passa 3 a 5 horas diárias utilizando estes “média” (Kennedy, Strzempko, Danford & Kools, 2002), sendo que este é superior ao tempo de ocupação dos tempos livres em actividades físicas (Sjolie & Thuen, 2002) e estando ainda associado com a maior probabilidade de adopção de comportamentos de risco tais como, consumo de drogas, álcool e tabaco e comportamentos violentos (Strasburger & Donnerstein, 2000). Os grupos sociais em que o lazer ocorre, bem como o papel dos co-participantes revelam-nos que os comportamentos adoptados no período de lazer são dependentes das constelações de influências dos pares e dos familiares com que os indivíduos interagem.

De seguida, para a totalidade da amostra apresentamos algumas actividades referidas como ocupação dos tempos livres pelos jovens, ressaltando a sua elevada componente sedentária, e o elevado número de horas que estes jovens referem estar nelas envolvidos, algo que se pode associar a um perfil de risco associado ao sedentarismo, e baixo contacto social directo.

| <i>Número de horas a ver televisão</i> | | | |
|--|------------------------|--------------------|------------------------|
| | ½ hora ou menos | 1 a 3 horas | 4 ou mais horas |
| Semana (n=4779) | 11,0% | 53,2 % | 35,8% |
| Fim-de-semana (n=4762) | 5,7% | 36,1% | 58,2% |

Sobre o número de horas, que os jovens passam a ver televisão, verifica-se que é ao fim-de-semana que se verificam níveis mais elevados (quatro/mais horas).

Os resultados para o género durante a semana não são estatisticamente significativos. No fim-de-semana são as raparigas que vêm mais horas de televisão. Para o grupo etário, durante a semana, são os jovens com 13 anos que vêm mais horas, enquanto que ao fim-de-semana são os jovens do grupo dos 15 anos.

| <i>Número de horas a usar o computador (“conversar”, “chats”, “navegar” net)</i> | | | |
|--|------------------------|--------------------|------------------------|
| | ½ hora ou menos | 1 a 3 horas | 4 ou mais horas |
| Semana (n=4765) | 44,8% | 40,3% | 14,9% |
| Fim-de-semana (n=4738) | 41,3% | 35,2% | 23,5% |

O número de horas que a maioria dos jovens usa o computador para “conversar”/“chats”, navegar na Internet e fazer os trabalhos de casa varia até 3 horas. São os rapazes e os jovens mais velhos que passam mais horas a usar o computador

Durante a semana, os jovens passam cerca de meia hora do seu tempo livre a jogar computador ou consola, e durante o fim-de-semana essas horas aumentam para 1 a 3 horas. São os rapazes e os jovens com 13 anos que passam mais horas durante a semana e fim-de-semana, a jogar no computador ou consola.

| <i>Jogar computador</i> | | | |
|-------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
| | ½ hora ou menos | 1 a 3 horas | 4 ou mais horas |
| Semana (n=4779) | 43,2% | 40,7% | 16,1% |
| Fim-de-semana (n=4766) | 32,4% | 38,5% | 29,0% |

IV. PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS: LEITURA COMPARATIVA E EVOLUTIVA

De um modo geral, para a quase totalidade das variáveis analisadas, os resultados obtidos junto de adolescentes mais novos parecem ser mais favoráveis para a saúde do que os obtidos pelos mais velhos. Esta conclusão, presente nos estudos de 1998 e 2002 mantém-se igualmente verdadeira e saliente no estudo de 2006.

As raparigas têm mais tendência para comportamentos internalizantes tipo sintomas físicos e somáticos de mal-estar, uma menor prática de actividade física, uma maior preocupação e insatisfação pelo seu corpo e a sua aparência, ao passo que os rapazes têm mais tendência para comportamentos externalizantes tipo consumos, acidentes, envolvimento em lutas e provocações, e uma maior prática de actividades físicas. Por outro lado apresentam algo que poderíamos identificar como um optimismo em relação à vida, tendo mais tendência a se percepcionarem como saudáveis, felizes, satisfeitos com a vida, com o seu corpo, com as suas competências.

Mais especificamente, traçando um perfil evolutivo/comparativo para as principais variáveis analisadas neste relatório, podem observar-se as seguintes tendências:

Percepção de saúde (*aumento*)

Entre 2002 e 2006 ocorreu um aumento dos jovens que consideram que a sua saúde está excelente (de 26,1% para 34,6%). Continuam a ser os rapazes e os jovens com 11 anos que têm melhor percepção da sua saúde.

Sintomas físicos (*estabilização*)

Para os sintomas físicos de 2002 para 2006 ocorre uma estabilização para a modalidade “todos os dias” (dor de cabeça – de 6,4% para 5%; dor de estômago – de 2,2% para 1,5%; dor de costas – de 6,7% para 5,7%; dor de pescoço/ombros – de 5,4% para 4,6%) embora a tendência seja para uma situação mais favorável, acentuada para a questão “cansaço/exaustão” (de 16,8 para 9,7%).

As raparigas e os mais velhos referem mais frequentemente mais sintomas, tendência que se mantêm desde 1998.

Sintomas psicológicos (*redução*)

De 2002 para 2006 há também uma estabilização, com sugestão de uma evolução favorável para a modalidade “todos os dias” (dificuldades em adormecer – de 8,6% para 7,2%; irritado – de 6,1%

para 4,1%; medo – de 5,5% para 3,1%; triste/deprimido – de 7% para 4,6%); e uma situação mais favorável para o “sentir-se nervoso” (de 11,3% para 7,2%). Desde 1998, são as raparigas e os adolescentes mais velhos que referem mais frequentemente sintomas psicológicos .

Satisfação com a vida (*estabilização*)

A percepção de felicidade (como te sentes em relação à vida) estabilizou entre 1998, 2002 e 2006 (de 86.5% para 82.9% e para 82,7%), mantendo-se os rapazes e os adolescentes com 11 anos os mais frequentemente felizes. Relativamente à satisfação com a vida, de 2002 para 2006, o valor médio de 7,4 em 2003, passa para 7,3, em 2006 (numa escala de 0 a 10). Em ambos os estudos são os rapazes e os jovens com 11 anos que afirmam estar mais satisfeitos com a vida.

Relações sexuais (*estabilização*)

Entre 2002 e 2006 há uma estabilização do número de adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais (de 23,7% para 22,7%). Mantêm-se os rapazes (27,4%) e os jovens com 16 anos ou mais (47%) como os que mais frequentemente afirmam já ter tido relações sexuais.

Para a idade da primeira relação sexual, a mais referida continua a ser os 14 anos ou mais havendo, entre 2002 e 2006, um aumento do número de adolescentes que referem essa idade (de 56,8% para 71,1%). Os rapazes continuam a ser os que mais vezes referem ter tido a primeira relação sexual com 11 anos ou menos (14,4%), e continuam a ser as raparigas a afirmar que a primeira vez que tiveram relações sexuais tinham 14 anos ou mais (83,8%).

Uso do preservativo (*aumento*)

Dos jovens do 8º e 10º anos que já tiveram relações sexuais, verifica-se uma redução dos que afirmam que na última relação sexual não utilizaram preservativo (de 29,9% para 18,9%). Em 2006, são os rapazes que referem mais vezes ter utilizado o preservativo na última relação, e são os jovens com 13 anos (os mais novos) os que mais frequentemente afirmam não ter utilizado o preservativo na última relação.

Consumo de fruta, vegetais e refrigerantes/colas (*redução*)

Comparando os resultados do estudo de 2002 com os de 2006, podemos verificar uma diminuição dos jovens que consomem pelo menos uma vez por dia fruta, (de 49 % para 42,7%) vegetais, (de 27 % para 25,1%), e colas e outros refrigerantes, (de 34,6% para 27,5%). Essa redução geral do consumo desses alimentos é observada desde 1998, é observada tanto nos rapazes como nas raparigas e em todos os grupos etários.

Pequeno-almoço (redução)

O consumo em todos os dias da semana diminuiu durante o fim-de-semana (de 86,2% para 83,3%), tanto para os rapazes como para as raparigas. Verifica-se ainda uma diminuição do consumo de pequeno-almoço em todos os grupos etários.

Higiene oral (aumento)

De 2002 para 2006 aumentou o número de jovens que referem lavar os dentes mais do que uma vez por dia (de 57,8% para 62,7%). Desde 2002 são as raparigas que referem mais vezes lavar os dentes mais do que uma vez por dia. Tanto em 2002 como em 2006 verifica-se um aumento dos jovens que dizem que lavam os dentes mais do que uma vez ao dia, à medida que a idade aumenta

Índice de massa corporal (estacionário)

Para o IMC (índice de massa corporal), de 2002 para 2006 os valores do excesso de peso (de 14,8% para 15,2%) e de obesidade (de 3,1% para 2,8%) podem considerar-se estacionários. Desde 2002 que são os rapazes e os jovens com 11 anos que têm mais excesso de peso e são mais frequentemente obesos.

Dieta (aumento)

Comparando 2002 com 2006, verifica-se um aumento no número de jovens que dizem estar a fazer dieta (de 7,1% para 10,5%). Desde o estudo de 1998 são as raparigas que fazem significativamente mais dieta do que os rapazes. Verifica-se, tanto no estudo de 2002 como no de 2006, um aumento dos jovens que respondem estar em dieta, à medida que aumenta de idade.

Imagem do corpo (aumento da insatisfação)

De 2002 para 2006, verifica-se um aumento do desejo de alterar algo no corpo. (de 46,4% para 55,1%) Em ambos os estudos existem diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas: para ambos os géneros nota-se, entre 2002 e 2006, um aumento do desejo de alterar o corpo. São as raparigas que mais frequentemente respondem que alterariam alguma coisa no corpo. Já de 1998 para 2002, se tinha verificado um aumento do desejo de alterar o corpo. Entre 2002 e 2006 aumenta o desejo de alterar algo no corpo para todos os grupos etários, sendo os jovens de 15 anos os que expressam mais frequentemente esse desejo.

Prática de actividade física (aumento)

Comparando os resultados do estudo de 2002 e 2006, verifica-se um ligeiro aumento na prática de actividade física. (de 12,6% para 14,5% - opção “todos os dias”) Os rapazes continuam a ser os que mais praticam actividade física. Em ambos estudos o grupo dos 11 anos é o que mais pratica,

verificando-se um aumento na prática de actividade física de 2002 para 2006, não apenas para os jovens com 11 anos, mas também para os jovens com 13 anos e para os jovens com 16 anos ou mais.

Prática de desporto (aumento)

Relativamente à prática de desporto, também se verifica um aumento. (de 81,1% para 92,8%). Os rapazes praticam mais desporto, tal como acontecia em 1998 e 2002. Verificamos que no estudo de 2006 a prática de desporto vai diminuindo à medida que a idade vai aumentando, tal como no estudo de 2002.

Televisão (aumento)

Quanto aos tempos livres, de 2002 para 2006, verifica-se um pequeno aumento dos adolescentes que afirmam ver TV quatro ou mais horas, mais acentuado na opção “durante a semana” (durante a semana de 33 % para 35,8%; ao fim de semana – de 56,6% para 58,2%). São as raparigas que vêem mais horas TV durante a semana e fim-de-semana.

Computador(aumento)

Verifica-se aumento considerável dos adolescentes que afirmam jogar computador quatro ou mais horas por dia, durante a semana e fim-de-semana (durante a semana – de 8 % para 16,1%; ao fim de semana – de 16 % para 29,0%). No que se refere ao uso de computador, continuam a ser os rapazes que mais horas jogam durante a semana e durante o fim-de-semana. Em 2006 são os jovens com 13 anos (e não os dos 16 anos ou mais) que jogam computador mais horas durante a semana e fim-de-semana.

Neste relatório encontram-se expostos dados relativamente a alguns dos principais indicadores de saúde dos jovens. No entanto, estes dados referem-se apenas às principais tendências que se evidenciam (prevalência, idades, género, evolução relativamente a 2002). Muito trabalho há ainda a realizar. Há que perceber que inter-relações existem entre estes dados, que conjugações de risco/protecção. Como se interrelacionam todos estes cenários, que constelações formam, que inter-influências se desenham...

Assim, num futuro próximo, como passo seguinte, serão estudadas as associações entre diversos factores e comportamentos ligados ao risco e à protecção e diversos indicadores consumo de tabaco, álcool e drogas, sintomas físicos e psicológicos, felicidade, gostar da escola, ficar sozinho na escola, comunicação com os pais, fazer dieta e o querer alterar o corpo, actividade física, ver televisão ao fim de semana, ter uma alimentação pouco saudável, comportamento sexual, conhecimento sobre a forma de transmissão do VIH. O estudo será complementado com recurso a metodologias qualitativas (grupos focais), como forma de aprofundamento destes dados.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, D., Storti, K., Robertson, R., Kriska, A., & LaPorte, R. (2002). Longitudinal study of the number and choice of leisure time physical activities from mid to late adolescence: implications for school curricula and community recreation programs. Archives Pediatrics & Adolescent Medicine, 156 (11), 1075-1080.
- American College of Sports Medicine (2002). ACMS Guidelines for healthy aerobic activity. Retirado em 2 de Fevereiro de 2003 da World Wide Web: www.acsm.org/pdf/guideline
- Ammerman, A., Lindquist, H., Lohr, K., & Hersey, J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. Preventive Medicine, 35 (1), 25-41.
- Bakker, A. (1999). Persuasive communication about AIDS prevention: Need for cognition determines the impact of message format. AIDS Education and Prevention, 11 (2), 150-162.
- Bourdeaudhuij, I., & Oost, P. (1999). A cluster-analytical approach toward physical activity and other health related behaviors. Medicine & Science in Sports & Exercise, 31 (4), 605-612.
- Brownson, R. Housemann, R., Brown, D., Jackson-Thompson, J., King, A., Malone, B., & Sallis, J. (2000). Promoting physical activity in rural communities: walking trail access, use, and effects. American Journal Preventive Medicine, 18 (3), 235-241.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. Retirado em 14 de Novembro de 2002 da World Wide Web: journals.apa.org/prevention/vol5/pre0050015a.html
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). CDC Fact Book 2000/2001. Department of Health and Human Services. Retirado em 10 de Dezembro de 2003 da Word Wide Web: www.cdc.gov/maso/factbook/
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal, 320, 1240-3.
- Conner., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviour. In Conner & P. Norman (Eds.). Predicting health Behaviour: research and practice whith social cognition models (pp.1-22). Buckingham: Open University Press
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). Health and health behaviour among young people. HEPCA series: World Health Organization.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey. Copegnhagen: WHO
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). Handbook of adolescent health risk behavior. New York: Plenum Press.
- Dickey, S., & Deatrck, J. (2000). Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. Pediatric Nursing, 26 (5), 461-467.
- Dubbett, P. (2002). Physical activity and exercise: recent advances and current challenges. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (3), 526-536.
- Fletcher, J. & Banasik, J. (2001). Exercise self-efficacy. Clinical Excellence for Nurse Practioniers, 5 (3), 134-143.
- Francis, K. (1999). Status of the year 2000 health goals for physical activity and fitness. Physical Therapist, 79 (4), 405-414.

- Green, C., & Pope, C. (2000). Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. American Journal of Health Promotion, 15 (1), 29-34.
- Giles-Corti, B., & Donovan, R. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. Social Science & Medicine, 54 (12), 1793-1812.
- Handy, S., Boarnet, M., Ewing, R., & Killingsworth, R. (2002). How the built environment affects physical activity: views from urban planning. American Journal Preventive Medicine, 23 (2 Suppl), 64-73.
- Hansen, E., Holstein, B., Due, P., & Currie, C. (2003). International survey of self-reported medicine use among adolescents. (Articles Ahead of Print). Retirado em 6 Fevereiro de 2003 da World Wide Web: www.theannals.com/The Annals of Pharmacotherapy.
- Hernan-Garcia, M., Ramos-Monserrat, M. & Fernandez-Ajuria, A. (2001). Review of published works on Spanish youth health promotion. Revista Espanola Salud Publica, 75 (6), 491-503.
- Himmel, W. (2001). Subject health concepts and health-related quality of life- is there a correlation? Sozial und Praventivmedizin, 46 (2), 87-95.
- Hoefler, W., McKenzie, T., Sallis, J., Marshall, S., & Conway, T. (2001). Parental provision of transportation for adolescent physical activity. American Journal Preventive Medicine, 21 (1), 48-51.
- Iwasaki, Y., Zuzanek, J., & Mannell, R. (2001). The effects of physically active leisure on stress-health relationships. Canadian Journal Public Health, 92 (3), 214-218.
- Jelliffe, D. B. (1966). The assesment of the nutricional status of the community. World Health Organization, Monograf Series, 53.
- Kelly, R., Zyzanski, S., & Alemagno, S. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: role of health beliefs, social support, and self-efficacy. Social Science & Medicine, 32 (3), 311-320.
- Kennedy, C., Strzempko, F., Danford, C., & Kools, S. (2002). Children's perceptions of TV and health behavior effects. Journal Nursing Scholarship, 34 (3), 289-294.
- King, A. (1998). Adolescent exposure to cigarette advertising in magazines: An evaluation of brand-specific advertising in relation to youth readership. Journal of the American Medical Association, 279, 516-520.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). The health of youth: A cross-national survey. Canada: World Health Organization.
- Lerner, R., & Thompson, L. (2002). Promoting healthy adolescent behavior and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs. Journal of Pediatric Nursing, 17 (5), 338-344.
- MacKenzie, N. (2000). Childhood obesity: strategies for prevention. Pediatric Nursing, 26 (5), 527-530.
- Marcus, B., Dubbert, P., Forsyth, L., McKenzie, T., Stone, E, Dunn, A., & Blair, S. (2000). Physical activity behavior change: issues in adoption and maintenance. Health Psychology, 19 (1 Suppl), 32-41.
- Matos, M., Gomes, A., Silvestre, A., Fernandes, C., Jorge, C., Nunes, F., Bizarro, J. Frazão, J., Canha, L., & Duarte, S. (1994). Comportamentos sexuais de risco na adolescência. Educação Especial e Reabilitação, 2, 41-46.
- Matos, M. (2005). Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola. Lisboa: FMH-UTL.
- Matos, M., Sardinha, L., & Sallis, J. (1999). Aconselhamento para a actividade física. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção no âmbito da actividade física, nutrição e tabagismo (pp.183-203). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). A saúde dos adolescentes portugueses. Lisboa: FMH /PEPT-Saúde.

- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. A. (2001). Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses. 4, 1. FMH / PEPT / GPT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Fonseca, H. (2001). O comportamento alimentar dos jovens portugueses. 5, 1. FMH / PEPT / GPT.
- Muza, G., & Costa, M. (2002). Tools for planning a project to promote adolescent health and development: the adolescents' perspective. Cadernos Saude Publica, 18 (1), 321-328.
- National Center for Health Statistics (2001). Healthy people 2000 final review. Retirado em 5 de Fevereiro de 2003 da World Wide Web: www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01-acc.pdf 5
- Neto, F. (1998). Psicologia Social (Vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Health Promotion International, 13 (4), 349-363.
- Ogden, J. (1999). Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M. (1999). Os jovens e os seus pares. Estudo sociométrico de uma população escolar. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde (1985). As metas da saúde para todos. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento - Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada
- Packard, P., & Krogstrand, K. (2002). Half of rural girls aged 8 to 17 years report weight concerns and dietary changes, with both more prevalent with increased age. Journal of American Dietary Association, 102 (5), 672-677.
- Rutten, A., Abel, T., Kannas, L., von Lengerke, T., Luschen, G., Rodriguez, D. et al. (2001). Health promotion by sports and physical activity: politics, behavior and infrastructures in a European comparison. Sozial und Praventivmedizin, 46 (1), 29-40.
- Sherwood, N., & Jeffery, R. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. Annual Reviews Nutrition, 20, 21-44.
- Sjolie, A., & Thuen, F. (2002). School journeys and leisure activities in rural and urban adolescents in Norway. Health Promotion International, 17 (1), 21-30.
- Strasburger, V., & Donnerstein, E. (2000). Children, adolescents, and the media in the 21st century. Adolescent Medicine, 11 (1), 51-68.
- Taylor, W., Baranowski, T., & Young, D. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. American Journal Preventive Medicine, 15 (4), 334-343.
- UNAIDS (2002). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). Healthy people 2010: Understanding and improving health. Retirado em 2 de Fevereiro de 2003 da World Wide Web: www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih.pdf
- Van Wel, F., Bogt, T., & Raaijmakers, Q. (2002). Changes in the parental bond and the well-being of adolescents and young adults. Adolescence, 37 (146), 317-333.
- Vilhjalmsson, R., & Kristjansdottir, G. (2003). Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. Social Science & Medicine, 56 (2), 363-374.

- Wade, T. & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. The International Journal of Eating Disorders, 32 (1), 39-45.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. Scandinavian Journal Public Health, (Supplem 59), 72-77.
- Weinshenker, N. (2002). Adolescence and body image. School-Nurse-News, 19, 12-16.
- World Health Organization (1993). The health of young people: a challenge and a promise. Geneva: WHO.
- Williams, P., Holmbeck, G., & Greenley, R. (2002). Adolescent health psychology. Journal of Consulting Clinical Psychology, 70 (3), 828-842.
- World Health Organization (2000). Health and health behaviour among young people. Denmark: WHO.
- Youth Risk Behavior Surveillance (2001). Sexual behaviours that contribute to unintended pregnancy and STDs, including HIV infection. Retirado em 10 de Dezembro de 2002 da World Wide Web: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm
- Zajicek-Farber, M. L. (1998). Promoting good health in adolescents with disabilities. Health and Social Work, 23 (3), 203-213.
- Zweig, J., Phillips, S., & Lindberg, L. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. Journal of Adolescent Health, 31 (4), 343-353.

RELATÓRIOS 2006

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*.

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

Matos, M, Gaspar, T., Ferreira, M., Linhares, F., Simões, C., Diniz, J., Ribeiro, J., Leal, I. & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Projecto Europeu Kidscreen – Relatório Português*.

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar, Dezembro 2006*.

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar*.

Web site www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006*.

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

PROJECTO AVENTURA SOCIAL

www.fmh.utl.pt/aventurasocial

www.aventurasocial.com

www.hbsc.org

e-mail: aventurasocial@fmh.utl.pt

tel. 214149152 ou tel. 214149105

fax 214151248

FMH/UTL – Estrada da Costa

1495-688 Cruz Quebrada

CMDT/IHMT/UNL

Rua da Junqueira, 96 – 1300 Lisboa

tel. 213652600

fax 213632105