

COLEÇÃO DFP
competências humanizadas

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

TÂNIA GASPAR (Coordenadora)



edições ispa

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

TANIA GASPAR

© ISPA-CRL

RUA JARDIM DO TABACO, 34, 1149-041 LISBOA

COMPOSIÇÃO: ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

ISBN: 972-989-8384-73-7

TANIA GASPAR (coord.)

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

I S P A

L i s b o a

Í N D I C E

PREFÁCIO Daniel Sampaio	7
O PROGRAMA AVENTURA SOCIAL Margarida Gaspar de Matos e equipa do Aventura Social	9
O BEM-ESTAR EM ADOLESCENTES Tania Gaspar	11
O GRUPO DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO SEXUAL / PARA A SAÚDE – GTES (2005-2007) Margarida Gaspar de Matos	17
A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA Marta Reis / Lúcia Ramiro / Margarida Gaspar de Matos	21
O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICO-ACTIVAS NA ADOLESCÊNCIA Mafalda Ferreira / Gina Tomé / Inês Camacho	29
O <i>BULLYING</i> E OUTRAS DIFICULDADES DO CONVÍVIO INTER-PESSOAL Margarida Gaspar de Matos / Celeste Simões / Tania Gaspar	39
A ALIMENTAÇÃO E ACTIVIDADE FÍSICA E DESPORTIVA NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES Nuno Loureiro	47

PREFÁCIO

Os jovens e a educação para a saúde

Todos falam na importância da saúde dos jovens, mas poucos se preocupam em mobilizá-los, para que tomem como prioritários comportamentos e atitudes que possam ter como consequência um estilo de vida que proporcione, à partida, melhores condições para um futuro mais saudável.

Diz-se que tudo começa na infância e neste caso é bem verdade: existem certas preocupações educativas dos pais que são factores estruturantes para a saúde física e mental dos filhos. Numa perspectiva mobilizadora para os educadores, podemos dizer que a alimentação, o sono, a destreza física, o sentido do outro, a resiliência (competência face à adversidade), a competência social, a curiosidade intelectual e a criatividade, são factores essenciais para a saúde mental dos mais novos, com repercussão no seu futuro a todos os níveis.

Neste sentido, importa alertar pais e educadores para a importância dos comportamentos dos mais novos que tenham influência na sua saúde, começando com a preocupação para serem conseguidos um sono regular e uma alimentação diversificada e saudável, acompanhados pela promoção de desporto e actividade física orientada por adultos. A educação precisa de se centrar também no reconhecimento permanente do outro, no estímulo ao estudo e à pesquisa, de modo a fazer crescer o gosto pela pesquisa e pela descoberta, pontos sensíveis na descoberta e evolução da personalidade.

A Educação para a Saúde não pode ser apenas um conjunto de recomendações de carácter generalista, não baseadas na investigação, nem organizadas a partir da auscultação dos jovens. As estratégias baseadas apenas no aconselhamento, organizadas a partir de sessões de carácter informativo e onde predomina o medo ou o conselho moralizante, são depressa condenadas ao insucesso. Pelo contrário, quando trabalhamos com jovens o tema da Saúde e procuramos a sua participação permanente, obtemos respostas mais duradouras, porque conseguimos a promoção de competências pessoais e sociais, factores essenciais para mudanças sustentadas.

O trabalho de Tania Gaspar e da Equipa Aventura Social (coordenada por Margarida Gaspar de Matos) intitulado “A Saúde dos Adolescentes” é apresentado neste livro e insere-se no trabalho deste grupo: sedimentado em anos de pesquisa, organiza-se também a partir de acções realizadas em escolas e noutros contextos onde os jovens se

movimentam, para conseguir um conjunto de análises e recomendações essenciais a quem se interesse pela Saúde das crianças e dos jovens.

Um livro oportuno para pais e educadores, cuja leitura e estudo recomendo.

Daniel Sampaio

Professor Catedrático de Psiquiatria e Saúde Mental
da Faculdade de Medicina de Lisboa

O PROGRAMA AVENTURA SOCIAL

Margarida Gaspar de Matos e Equipa do Aventura Social

Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa /
Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa

O Programa *Aventura Social* iniciou-se em 1987, na Faculdade de Motricidade Humana, no âmbito do que então se chamou *Núcleo de Estudos do Comportamento Social*.

Todos os projectos deste grupo têm a parceria do Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

O projecto inicial, *Aventura Social & Risco*, é um trabalho de elaboração e avaliação de programas de promoção de competências de relacionamento interpessoal com crianças e adolescentes em instituições fechadas (Estabelecimentos Tutelares de Menores, Escolas e Centros de Ensino Especial ou de apoio a crianças e jovens em risco, Hospitais Psiquiátricos, etc.).

Incluiu-se ainda a formação e supervisão de técnicos e pares jovens.

O projecto *Aventura Social & Saúde* está integrado em diversas redes Europeias Health Behaviour in School Aged Children – HBSC/OMS; Kidscreen/EU; Tempest/EU; RICHE/EU; DICE/EU.

São projectos de investigação e monitorização que pretendem ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde. O objectivo é o conhecimento dos comportamentos ligados à saúde de crianças e adolescentes e respectivos contextos e o desenvolvimento de programas. Inclui também a formação e supervisão de técnicos e pares jovens.

O projecto *Aventura Social na Comunidade* foi desenvolvido a partir da necessidade de pensar um atendimento com base na activação de recursos comunitários e participação das populações. Inclui também formação e supervisão de técnicos, famílias e jovens.

Links relacionados

www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.cmdtla.org; www.aventurasocial.com; www.hbsc.org;
www.kidscreen.org; www.peermentor.bdf.es; www.childhealthresearch.eu;
www.tempestproject.eu; www.dramanetwork.eu; www.umaventurasocial.blogspot.com

O BEM-ESTAR EM ADOLESCENTES

Tania Gaspar

Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social), Universidade Técnica de Lisboa /
Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa / Universidade Lusíada de Lisboa

Introdução

Novos modelos consideram o bem-estar subjectivo, ou a qualidade de vida relacionada com a saúde, não apenas como um questão funcional ou de nível de vida, mas sim como um constructo que envolve ajustamento psicossocial, bem-estar, auto-estima, stress e *coping*. Estes últimos privilegiam a percepção da própria criança e do adolescente, sobre o seu mundo, as suas preferências e a qualidade do seu mundo na sua perspectiva, incluindo a percepção de felicidade pessoal (Harding, 2001).

Se as crianças ou os adolescentes apresentarem mais factores protectores, eles irão avaliar a sua qualidade de vida e bem-estar subjectivo como mais elevados. O factor protector pode mediar a relação entre as características e as competências da criança e do adolescente e consequentemente, a sua percepção de bem-estar (Lawford & Eiser, 2001; Morgan, 2007).

Sendo a qualidade de vida relacionada com a saúde em adolescentes um constructo multi-dimensional, têm vindo a ser desenvolvidos diversos métodos para delinear as suas dimensões. A definição de qualidade de vida relacionada com a saúde, proposta pelo grupo Europeu KIDSCREEN, tem em conta os dez domínios conceptualmente considerados nesta abordagem, nomeadamente, “Saúde e actividade física”; “Sentimentos”; “Estado de Humor Geral”; “Auto-percepção”; “Tempo Livre/Autonomia”; “Questões Económicas”; “Família e Ambiente Familiar”; “Ambiente escolar e Aprendizagem”; “Amigos(as)”; e “Violência/provocação” (Gaspar & Matos, 2008, 2009a; Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, & Ravens-Sieberer, 2010; Gaspar, Ribeiro, Leal, & Matos, 2008; Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos, & Ferreira, 2009b; Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2001, 2005; The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Uma abordagem multi-dimensional da qualidade de vida fornece informação sobre diferentes aspectos da qualidade de vida relacionada com a saúde e serve de estrutura na identificação e desenvolvimento de estratégias promotoras da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes (Helseth & Lund, 2005).

A promoção de saúde implica o apoio activo do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. A prevenção de saúde preocupa-se com factores que podem ser ameaças à saúde e bem-estar, assim como com intervenções preventivas baseadas na medição da saúde das crianças e dos adolescentes a todos os níveis. A saúde subjectiva ou percepção de bem-estar são considerados aspectos importantes na promoção de saúde e são indicadores relevantes na área da saúde pública (The KIDSCREEN Group Europe, 2006; Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2001, 2005).

Factores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar em adolescentes

Qualidade de vida e bem-estar implica mais do que ausência de maus-tratos e deficits. Implica, também, força e qualidades positivas no contexto e na família da criança e do adolescente. São utilizados diversos indicadores para avaliar o bem-estar na criança e no adolescente, nomeadamente, o seu desenvolvimento do comportamento social e cognitivo. O desenvolvimento psicossocial deve ser considerado sob uma perspectiva ecológica que foca múltiplos níveis de análise da criança/adolescente, dos pais e família, dos pares, da comunidade e da sociedade (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006; Matos et al., 2006; Nelson, Laurendeau, & Chamberland, 2001).

O desenvolvimento psicossocial positivo e saudável é influenciado por factores individuais e ecológicos (Bronfenbrenner, 2001, 2005).

Eccles e Gootman (2002) defendem que um desenvolvimento positivo na adolescência depende dos cinco C (competência, confiança, carácter, ligação – “*connecting*” e afecto/apoio – “*caring*”). O desenvolvimento positivo está negativamente relacionado com os comportamentos de risco e problemas de comportamentos e positivamente relacionado com o bem-estar e percepção de qualidade de vida.

Os comportamentos das crianças e dos adolescentes são influenciados por diversos factores, tais como características do próprio, da família, estatuto socioeconómico, estilo parental, *stress* parental e acontecimentos de vida. Desvantagem socioeconómica, isolamento social, condições de vida pobres, famílias monoparentais, violência e conflitos interpessoais entre membros da família, psicopatologia dos pais, elevados níveis de stress e falta de suporte social estão geralmente associados a problemas de comportamento na criança (Bronfenbrenner, 1986).

Diversos factores exercem influência na qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes. Os factores encontrados podem ser organizados em duas grandes categorias: (1) características pessoais, e (2) características sociais. Os estudos no âmbito do bem-estar subjectivo em crianças e adolescentes são recentes e devem focar-se na relação entre variáveis demográficas (p. ex. idade, género e estatuto socio-económico), características intrapessoais (p. ex., auto-conceito, extroversão, *locus* de controlo interno) e sociais (Gaspar & Matos, 2008; Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos, & Ferreira, 2009; Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos, & Ferreira, 2009; Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2009; Mccullough, Huebner, & Laughlin, 2000).

O que faz os adolescentes sentirem-se felizes e tristes

Através da realização de grupos focais com adolescentes, pais e professores foi possível identificar e caracterizar a percepção dos participantes acerca dos principais factores que estão associados ao bem-estar/felicidade e mau estar/tristeza de adolescentes. Foram realizados 6 grupos de adolescentes, do sexo masculino e feminino, do 5º e 7º anos de escolaridade, com idades compreendidas entre os 10-15 anos de idade, que frequentam o ensino público (num total de 53 alunos), 4 grupos de pais de adolescentes (36 pais), 4 grupos de professores (34 professores) e 2 grupos de auxiliares de acção educativa (17 AAE) (Gaspar, 2010; Gaspar & Matos, 2009b; Gaspar, Ribeiro, Leal, & Matos, 2008).

O que dizem os adolescentes

Alguns adolescentes referem que o que os faz sentir mais feliz são as notas de avaliação elevadas. Outros defendem que o que traz sentimentos positivos é o ter e estar com os amigos e com a família (pais e irmãos). O tema do par amoroso/sexual, também, é aqui salientado, a felicidade aumenta quando se está apaixonado e se é correspondido. Outros referem que o maior sentimento de satisfação é quando não há aulas. Os temas mais reforçados como promotores da felicidade são a família e os amigos, provocando bem-estar e segurança.

Em relação ao que os faz sentir tristes (sentimentos negativos) as respostas também são diversificadas e um pouco no sentido oposto à felicidade. Alguns alunos reforçam que quando as notas de avaliação não são tão elevadas como desejam ficam muito tristes e que se sentem muito pressionados para atingir melhores resultados. Outros referem episódios de abandono parental (essencialmente do pai), situações de doença ou morte de familiares. Algumas crianças e adolescentes reforçam que o ambiente familiar é negativo, pouco coeso, que a comunicação não funciona ou não sentem que os pais os tratam com justiça ou com atenção. Outros participantes referem que o pior é quando se zangam com os amigos ou quando têm um sentimento amoroso por outro e não são correspondidos.

O que dizem os pais

Os pais referem que os filhos apresentam sentimentos positivos em situações associadas ao sucesso e ambiente escolar, quando recebem prendas desejadas, em situações ligadas à família e ligadas ao grupo de pares. Um outro aspecto salientado por alguns pais é que a sensação de liberdade e autonomia de escolha traz sentimentos positivos aos filhos.

Em relação às emoções negativas os pais apresentam diversas situações nas quais os filhos se sentem tristes e quais as estratégias que utilizam para resolver e gerir as situações, nomeadamente más notas de avaliação, perder um familiar, zangar-se com os amigos e quando os pais se aborrecem com eles. Alguns pais referem que não conseguem identificar as situações que provocam sofrimento nos filhos, nem conseguem identificar quando os filhos estão tristes ou stressados.

O que dizem os professores

As situações que os fazem sentir bem e felizes, segundo os professores, são as relações de amizade, as boas notas de avaliação, algumas actividades extracurriculares ou *hobbies* e ver programas de televisão. No caso das crianças e adolescentes que têm uma boa relação familiar, a família é um factor promotor de felicidade e bem-estar emocional, através da percepção de segurança, apoio e protecção. As relações amorosas, quando positivas e mútuas, são fonte de bem-estar e felicidade.

Os professores apresentam alguns motivos associados ao mau estar emocional dos alunos, nomeadamente notas de avaliação negativas ou abaixo do esperado, nos períodos de adaptação quando mudam de escola, percepção de traição ou zanga entre amigos (especialmente as raparigas), ser acusado injustamente de ter feito algo que não fez, situações provocadas por zangas e outras situações familiares. Notam algum cansaço por parte dos alunos ao fim do dia e, essencialmente, nos finais de período lectivo. Alguns professores referem que os alunos não se sentem felizes, estão desmotivados e sem expectativas futuras. Segundo para os professores, o envolvimento amoroso, quando não é retribuído, que é a maior fonte de tristeza (especialmente nas raparigas).

Ideias chave

- A promoção do bem-estar em adolescentes passa por uma intervenção multidimensional, a nível individual, mas também ao nível dos seus contextos sociais, tais como a família, escola, grupo de pares e comunidade.
- O reconhecimento das diferenças individuais quanto à percepção de bem-estar e quais os factores que a influenciam, nomeadamente a nível do género, idade e estatuto socioeconómico e cultural.
- O apoio psicossocial aos adolescentes com problemas socioeconómicos e aos seus familiares.
- O recurso à formação e apoio de supervisão aos professores para saberem como lidar melhor e motivar os alunos.
- A necessidade de trabalho conjunto entre os pais, professores, alunos e outros recursos da comunidade, tais como centros de juventude, centros desportivos, autarquias, centros paroquiais, entre outros, que pode passar por desenvolver actividades escolares que promovam a cooperação entre alunos, alunos e professores/funcionários e pais e professores/funcionários.

Para saber mais

www.kidscreen.org; www.aventurasocial.com; www.who.org; www.unicef.org; www.iacrianca.pt

Referências

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (2001). Human development, bioecological theory. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopaedia of the social and behavioural sciences* (pp. 6963-6970). Oxford, UK: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eccles, J., & Gootman, J. (Eds.). (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Gaspar, T. (2010). Health-related quality of life in children and adolescents: Personal and social factors that promote quality of life. LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany (in press).
- Gaspar, T., & Matos, M. (Eds.). (2008). Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: *Instrumentos de qualidade de vida para crianças e adolescentes*. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa: Lisboa.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2009a). Estar bem e sentir-se bem. In M. Matos & D. Sampaio (Eds.), *Jovens com saúde – Diálogo com uma geração* (pp. 134-140). Texto Editores.
- Gaspar, T., & Matos, G. (2009b). Adolescent's lifestyles, ethnicity and socioeconomic status in Portugal. *Cognition, Brain and Behavior*, 13(1), 49-57.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I. & Matos, M. (2008) Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 55-71.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 299-316.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., Matos, M., & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. L., Leal, I., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Kidscreen: Quality of life in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 1, 49-64.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., Matos, M., & Ferreira, A. (2009). Optimismo em crianças e adolescentes: Adaptação do LOT-R. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-324.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., Matos, M., & Ferreira, A. (2009). Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for Children and Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 360-372.
- Harding, L. (2001). Children's quality of life assessments: A review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 79-96.

- Helseth, S., & Lund, T. (2005). Assessing health-related quality of life in adolescents: Some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL. *Scandinavian Journal Caring Science*, 19, 102-109.
- Lawford, J., & Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of quality of life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209-216.
- 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*. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Mccullough, G., Huebner E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37(3), 281-290.
- Morgan, A. (2007) *Frameworks for improving young people's mental well being: Assets and deficits Models*. Paper presented at: WHO/HBSC Forum, March 2007; Las Palmas.
- Nelson, G., Laurendeau, M., & Chamberland, C. (2001). A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(1), 1-13.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., Dur, W., Power, M., Rajmil, L., & European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Preventivmed*, 46, 294-302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Germany, Pabst Science Publishers.

O GRUPO DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO SEXUAL / PARA A SAÚDE – GTES (2005-2007)

Margarida Gaspar de Matos

Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social), Universidade Técnica de Lisboa /
Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa

O Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Educação para a Saúde foi constituído a partir do Despacho nº 19 737/2005, do Gabinete da Ministra de Educação. O grupo teve a coordenação do Prof. Dr. Daniel Sampaio e foi integrado por mais três elementos entre os quais a autora deste capítulo. Os três relatórios (inicial, intermédio e final) publicados no sítio da DGIDC (www.dgipc.min-edu.pt) resumem a actividade desenvolvida pelo Grupo de 2005 até finais de 2007, no que diz respeito à situação da Educação Sexual / para a Saúde em Portugal.

Para além de uma descrição do que tem sido feito nesta área, o Relatório propôs uma série de medidas para tornar mais efectiva a Educação Sexual/Educação para a Saúde em Meio Escolar.

Propostas do GTES

- 1) A Educação Sexual (ES), definida como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual, deve ser integrada numa nova dinâmica curricular de Promoção e Educação para a Saúde.
- 2) A Educação para a Saúde deverá ser considerada prioritária pelo Ministério da Educação, passando a assumir carácter obrigatório. O papel das organizações não Governamentais poderá ser complementar, de acordo com os projectos educativos de cada estabelecimento de ensino.
- 3) A participação dos alunos e a sua capacitação permanente deverão estar presentes em todas as fases de aprendizagem desta nova área curricular.
- 4) Os pais e encarregados de educação deverão estar em contacto permanente com a planificação e execução desta área, numa perspectiva de colaboração com a escola

responsável. A participação dos pais é considerada crucial para o êxito deste conjunto de propostas.

- 5) Preconiza-se o estudo, reorganização e revitalização dos *currícula* das disciplinas do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico na perspectiva da Educação para a Saúde. Esta revitalização deverá ter carácter obrigatório com implicações a nível do currículo, das disciplinas do projecto de turma e da avaliação dos alunos.
- 6) Propõe-se, também em cada agrupamento/escola, o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares (“área de projecto”, “estudo acompanhado”, “formação cívica” e “opção de escola”), para a abordagem da Educação para a Saúde em função das características da escola e dos docentes disponíveis com formação adequada. Este espaço curricular, obrigatório e com avaliação dos alunos, será complementar do referido no Ponto 5, e utilizado como período de exposição, reflexão e pesquisa.
- 7) Cada agrupamento/escola deverá eleger um professor responsável pela área de Educação para a Saúde, que deverá ter redução de serviço na componente lectiva. Recomenda-se também a criação de um “espaço tutorial”, onde os alunos poderão ter um atendimento individualizado por parte de um professor com formação e disponibilidade pessoal. Este docente privilegiará o contacto permanente com as estruturas de saúde na comunidade.
- 8) Dada a importância do grupo de pares na formação e desenvolvimento dos alunos e a maior abertura de muitos estudantes à informação transmitida por quem está geracionalmente mais próximo, recomenda-se o recurso a jovens mais velhos para intervenções na área de Educação para a Saúde, recrutados a partir de escolas superiores em áreas relevantes (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Biologia, entre outras), após formação adequada.
- 9) No Ensino Secundário, dada a dificuldade de aproveitamento curricular para esta área, recomenda-se a criação de um Gabinete de Atendimento para as questões de Saúde (Espaço Saúde) em articulação com o Centro de Saúde da área.
- 10) Cada escola deverá, com urgência, identificar os recursos/professores formados de que dispõe para a nova dinâmica curricular. Caso o agrupamento/escola detecte carências de formação, pode recorrer aos Centros de Formação de Associações de Escolas (CFAE).

Neste contexto, as propostas do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) aprovadas superiormente e de onde derivou a legislação portuguesa actual em matéria de Educação para a Saúde nas escolas, incluem o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares para a abordagem de temáticas relacionadas com a saúde e acentuam o carácter obrigatório destas áreas curriculares com frequência semanal, e definem ainda que uma das quatro horas mensais se debruçará especificamente sobre a temática da sexualidade, na sua visão biológica, sociocultural, fenomenológica e interpessoal.

As áreas prioritárias propostas na Educação para a saúde foram a actividade física/ /alimentação, o consumo de substâncias psico-activas, a sexualidade/prevenção do VIH/SIDA e ISTs e a saúde mental/prevenção da violência em meio escolar. Esta proposta

deu origem a um protocolo inter-ministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), com vista a criar condições logísticas, económicas e de recursos humanos para a sua concretização.

Em 2010, a legislação portuguesa apoia e vincula as escolas no sentido da implementação de programas de educação para a saúde, da existência de um professor coordenador nas escolas, da existência de um gabinete de apoio ao aluno (Espaço Saúde) em cada escola, da formação de professores e do acesso a linhas de financiamento por edital anual. Ficam por agilizar a dinâmica dos espaços saúde na escola, a articulação com os centros de saúde (Linha Verde Escola-Centro de Saúde) e outros centros de jovens associados ao IPJ, IDT, IDP, Coordenação VIH/SIDA e autarquias. Fica ainda por estruturar a formação de professores, preferencialmente ligada à formação inicial nas escolas de formação de professores e a creditação e reconhecimento de habilitações aos professores com formação e experiência na área. Por fim falta dinamizar a actuação de jovens pares, incentivando os alunos do 12º ano ou mesmo jovens alunos universitários de áreas associadas à saúde ou à formação de professores, estudando a possibilidade de estes poderem realizar créditos curriculares no apoio às escolas da zona: em síntese falta continuar a rentabilizar e otimizar recursos.

Legislação na sequência das propostas do GTES

Lei nº 60 /2009, de 6 Agosto – Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar; Portaria nº 196-A/2010, de 9 Abril.

Para saber mais

Relatórios do GTES em www.dgicd.min-edu.pt

Brochuras publicadas pela DGICD/NES (2006-2010): (1) Alimentação; (2) Consumo de Substâncias; (3) Metodologia de Projecto e (4) Violência em Meio Escolar.

Matos, M. G., & Sampaio D. (Orgs.). (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto/Leya.

Matos, M. G. (2010). *Sexualidade, afectos e cultura*. Lisboa: Coisas de Ler.

A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Marta Reis^{1,2} / Lúcia Ramiro^{1,2} / Margarida Gaspar de Matos¹

¹Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social), Universidade Técnica de Lisboa / Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa; ²Doutorandas da Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/37583/2007; SFRH/BD/43388/2008

Introdução

O que acontece na adolescência

A sexualidade faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da personalidade. De alguma forma, os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos do indivíduo dependem de uma boa evolução da sexualidade durante as etapas da infância e da adolescência.

É na adolescência, uma fase da vida caracterizada por transformações profundas ao nível fisiológico, psicológico, social e familiar, que o indivíduo procura a sua identidade e descobre a sua sexualidade. Neste processo de transição para a vida adulta, a constante busca do adolescente pelo seu “eu” conduz à construção das suas próprias ideologias e valores.

As primeiras transformações ocorrem a partir da primeira fase da adolescência (na puberdade, entre os 10 e os 12 anos), caracterizam-se por um crescimento físico mais rápido, pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (pilosidade, crescimento do peito, menarca, voz, crescimento do pénis e dos testículos, ejaculação, etc.), pelas alterações psicológicas (algumas comuns a ambos os sexos e outras particulares de cada um) e pelo “despertar” dos sentimentos afectivos e atracção sexual pelo outro (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2003). Também nesta fase se verificam outras transformações, nomeadamente na imagem de si próprio, nas emoções, no humor, nas relações com a família e amigos, nos projectos de vida e nos valores pessoais e sociais (Matos, 2008; Matos et al., 2010).

A sexualidade, nesta etapa da vida, reveste-se de grande importância e manifesta-se através de sonhos, desejos, fantasias, masturbação e relações sexuais. Com a sua inserção em grupos de pares, criam-se grandes amizades, possíveis paixões, e é frequente surgir o primeiro amor, intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se novas experiências, vividas com extrema intensidade; é descoberta uma

relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa – o que contribui para o desenvolvimento psicológico do jovem. Nesta fase é habitual acontecerem as primeiras relações amorosas, que apesar de não serem sempre planeadas, muitas vezes terminam na primeira experiência sexual (Reis, Ramiro, Carvalho, & Pereira, 2009). A sexualidade do adolescente é desarmoniosa, pois a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física.

A sexualidade integra uma dimensão biológica, referente ao corpo e às suas transformações, uma dimensão relacional, relativa às representações dos relacionamentos, estilos de comunicação e estabelecimento de compromissos, uma dimensão ética e sociocultural, relacionada com as escolhas, responsabilidades da vivência sexual e a influência da cultura, valores e regras e, ainda, uma dimensão psicológica, ligada às emoções, sentimentos, afectos e atitudes. Estas emoções estão relacionadas com diferentes formas de amor. Muito característico da adolescência, o amor romântico caracteriza-se por um impulso muito forte para a relação, uma imensa energia e interesse em estar com o outro (paixão, enamoramento) e está relacionado com outra forma de amor, o amor físico, relativo ao impulso sexual puro, em que a satisfação física é mais procurada (Fisher, 2008).

Os jovens e os comportamentos sexuais de risco

Embora haja diferenças entre homem e mulher, os estudos demonstram que ambos têm iniciado a sua vida sexual cada vez mais novos. A marca Durex realizou um questionário online (Global Sex Survey, 2005) a mais de trezentos mil jovens de 41 países. Os jovens com idades entre os 25 e os 34 anos relataram ter tido a primeira relação sexual, em média, aos 17.9 anos, enquanto os jovens com idades entre os 16 e os 20 anos iniciaram a sua vida sexual mais novos, aos 16.3.

É um facto real que a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis, cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, constituem dois consideráveis problemas de saúde pública, sendo particularmente preocupantes junto dos adolescentes/jovens.

Em termos globais, 9 em cada 100 mulheres teve uma gravidez não planeada antes dos 19 anos. A média baixa para 5 em Portugal, com cerca de 2% dos nascimentos não planeados a acontecerem nas raparigas entre os 15 e os 19 anos. Em relação ao aborto, mais de 4,4 milhões de raparigas entre os 15 e os 19 anos recorrem à prática do aborto anualmente no mundo, e quase metade procura um local clandestino para o fazer (Reis, Ramiro, Carvalho, & Pereira, 2009). Dados de um estudo realizado pela Associação para o Planeamento da Família (APF), em 2006, revelaram que uma em cada cinco mulheres que tinham engravidado relataram ter feito, pelo menos, um aborto. Dessas, mais de um terço tinha idades entre os 18 e 24 anos.

Quanto às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o Global Sex Survey (2005) menciona que 13% das pessoas já teve uma IST. A nível nacional, verificou-se que 8% destes casos ocorreu em jovens com idades entre os 16 e os 20 anos. Mas é no grupo até

aos 25 anos que surgem mais novos casos de ISTs curáveis no mundo (FNUAP, 2006). Relativamente à infecção pelo VIH/SIDA em Portugal, os dados de Dezembro de 2009 do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) comprovaram a tendência dos últimos anos, isto é do aumento do número de infectados no grupo dos heterossexuais bem como no grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, o que significa que um número significativo terá contraído a infecção ainda durante a adolescência.

Com o despertar da sexualidade surge a necessidade de incrementar a responsabilidade e a sensibilização dos jovens para a vivência de uma sexualidade saudável. Sem dúvida que o esclarecimento, a informação e a formação do adolescente são fundamentais para que este possa viver o mais saudavelmente possível, nomeadamente no que concerne à sua sexualidade.

Prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva

A prevenção das ISTs, do VIH/SIDA e da gravidez na adolescência envolve a prática de comportamentos sexuais seguros: uso consistente de métodos contraceptivos e de preservativos e o teste dos anticorpos do VIH. Usar o preservativo correctamente e em todas as situações é a única forma de protecção contra o VIH/SIDA e as outras ISTs. Mas nem todos os jovens têm comportamentos sexuais seguros de forma contínua e permanente. Segundo o Global Sex Report pouco mais de um terço dos jovens (entre os 14 e os 34 anos) relata usar o preservativo. O número de parceiros sexuais é outro comportamento de risco (Global Sex Survey, 2005), e quase metade dos inquiridos (cerca de um terço em Portugal) afirmou ter relações sexuais desprotegidas com parceiros cuja história sexual desconheciam.

Estes dados mostram claramente a existência de um conjunto de factores que determinam as diferenças individuais no desempenho de comportamentos sexuais preventivos. São os jovens do sexo masculino que parecem ter maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco durante a adolescência e início da idade adulta.

Um dos factores mais estudados é o conhecimento das ISTs, nomeadamente do VIH/SIDA, e dos métodos contraceptivos. No entanto, a maior parte dos estudos revela que o conhecimento é necessário mas que estar informado não é suficiente para as pessoas modificarem o seu comportamento. As crenças relacionadas com o preservativo (e.g., “tira o prazer”), as atitudes, positivas ou negativas, a ideia do apoio por parte das pessoas significativas (família, pares, entre outros), as acções dos pais e as aptidões comportamentais (relacionadas com a comunicação, assertividade, negociação, auto-eficácia) e, ainda, a intenção de ter comportamentos sexuais seguros/preventivos sempre, são condicionantes extremamente importantes quando procuramos explicar os diferentes tipos de comportamentos (Carvalho & Baptista, 2006; Kirby, 2001). Uma questão crucial a este propósito é a ideia de risco que os jovens têm, ou seja, quanto menos pensarem no risco que correm (o que pode assemelhar-se à sensação de

invulnerabilidade característica da adolescência) e nas consequências dos seus comportamentos, maior a probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco. Os dados objectivos acerca do número de comportamentos sexuais de risco e o grande número de factores envolvidos no desempenho de comportamentos sexuais seguros aumentam a importância da implementação de programas e campanhas de prevenção orientadas especificamente para a alteração de comportamentos e, no geral, para a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Matos, 2008). A maior parte destes programas têm como população alvo os jovens, independente do género, e são criados para serem desenvolvidos em contexto escolar. Nalguns casos, os professores e os pais são envolvidos na mudança de comportamentos, e os pares são usados como líderes de opinião (Matos et al., 2010).

É fundamental compreender a sexualidade na adolescência para se analisar e evitar situações como a gravidez na adolescência, o aborto e as ISTs, e em particular o VIH/SIDA. A sexualidade tem um papel muito importante no crescimento e desenvolvimento do adolescente e por isso a sua orientação é uma medida essencial para uma adolescência harmoniosa, responsável e segura (Matos et al., 2003).

A compreensão da sexualidade humana implica o conhecimento dos contextos social, familiar e individual e o modo como os indivíduos organizam as experiências sexuais. Ou seja, o modo como os jovens interagem e se relacionam sexualmente resulta dos modelos de comportamentos e atitudes vigentes no contexto familiar e social.

Se considerarmos a prevenção primária a única forma para se modificar comportamentos, a avaliação de necessidades específicas deve ter em conta a importância das normas sociais e dos amigos (grupo de pares), da aquisição de competências cognitivas e comportamentais necessárias à implementação e manutenção da mudança, e contemplar a avaliação de vulnerabilidade ao risco, da motivação para a mudança e, ainda, das situações que possam influenciar a implementação dessa mudança. Mas a educação sexual no âmbito da educação para a saúde implica também que os agentes educativos envolvidos, directa e indirectamente (famílias, escolas, comunidades, instituições, organizações não-governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e diversão) ganhem consciência da sua importância no desenvolvimento dos jovens.

Educação sexual

Ao longo dos anos, em Portugal, a educação sexual tem sido realizada através da implementação de diversos programas de prevenção, apesar dos resultados obtidos nem sempre reflectirem a tão ambicionada alteração dos comportamentos. Nesse sentido, os resultados do relatório preliminar apresentado pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), em 2005, enfatizaram a necessidade de implementação de programas de prevenção, baseados nos programas que se revelaram bem sucedidos e centrados na participação dos jovens, mas envolvendo a colaboração das famílias e os outros contextos circundantes ao mundo dos jovens.

Segundo o GTES, a Educação Sexual, tem como principal objectivo o desenvolvimento de competências nos jovens, de forma a possibilitar-lhes opções informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, possibilitando que estes estejam de facto informados e seguros nas suas escolhas. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007, os assuntos a abordar devem envolver, entre outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projecto de vida que englobe valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspectos relacionados com as principais ISTs (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como os aspectos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e de preservativos para a prevenção das ISTs e da gravidez na adolescência.

A escola é um lugar privilegiado onde podem ser adquiridos os conhecimentos e as competências pessoais e sociais sobre a sexualidade (Silva, 2004). Sendo assim, é indispensável que os professores aumentem o seu campo de competências e intervenção, os técnicos de saúde tenham um papel mais activo em contexto educativo, e sejam criadas condições para um maior envolvimento das famílias na educação e relação com a escola. Estudos realizados apenas com professores dos ensinos básico e secundário sobre educação sexual (Ramiro & Matos, 2006; Reis, 2003), mostraram que a maior parte dos professores (cerca de 72%) referiu não ter prática em educação sexual em meio escolar, apesar de considerarem que possuem conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, um grau de conforto aceitável para dinamizarem actividades relacionadas e formação complementar na área. Um resultado extremamente relevante nestes dois estudos refere-se ao facto de apenas uma percentagem inferior a um terço dos professores avaliados planear envolver-se na educação sexual no futuro, sugerindo a necessidade de reavaliação das condições necessárias à implementação de programas de educação sexual em meio escolar no nosso país.

A realização de cursos de sensibilização para pais e de cursos de formação para professores e técnicos de saúde pode ajudar também a aumentar a colaboração com as escolas e, desse modo, promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (e.g., escolas), constituídos por equipas multidisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a Internet) pode ajudar a implementação de campanhas de prevenção primária, para o esclarecimento e orientação dos jovens para a sexualidade, nomeadamente facultando informação sobre os métodos contraceptivos, fornecendo gratuitamente preservativos e pílulas, e dando acompanhamento psico-afectivo à jovem grávida e/ou ao casal e até formação pré-natal ao jovem casal que se encontra à espera do primeiro filho.

Apontamento final

Falar de Sexualidade na Adolescência para tentar esclarecer um público Jovem não é tarefa fácil. Normalmente, entre o que os adolescentes querem saber e o que lhes querem

transmitir, existe uma grande discrepância. O principal problema da sexualidade na adolescência é a falta de diálogo, ou seja, a sexualidade, que na adolescência assume a importância da descoberta de si mesmo, do próprio corpo, do prazer é, ainda hoje, muitas vezes um tema proibido aos jovens.

Para que a comunicação com o adolescente possa acontecer, tanto em casa como no meio escolar, deve ser proporcionado um ambiente de compreensão ou empatia, de genuinidade, aceitação e respeito pelo adolescente e suas dúvidas, sem fazer julgamentos de valor sobre as mesmas. Neste sentido, a solução unânime apontada por profissionais que actualmente lidam com adolescentes é, principalmente, a prática do diálogo.

Ideias chave

Na adolescência ocorrem transformações físicas, psicológicas e emocionais com forte impacto na vida futura do adolescente.

O número de problemas de saúde sexual reprodutiva que afecta os jovens portugueses é significativo.

A Educação Sexual é a estratégia que promove comportamentos sexuais seguros.

Para saber mais

www.apf.pt (Página da Internet da Associação para o Planeamento da Família);

www.aventurasocial.com (Página do Projecto Aventura Social, com informação acerca dos comportamentos de risco e dos hábitos de saúde dos jovens Portugueses);

www.portaldasaude.pt (Página da Internet do Ministério da Saúde);

www.sida.pt (Página da Internet da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA).

Law, F., et al. (2008). *O teu corpo em mudança. Como enfrentar a puberdade*. Lisboa: Porto Editora (integrado na Coleção Superadolescente, este livro é dirigido a jovens, com informação acerca das alterações corporais decorrentes do desenvolvimento físico, e com informação acerca do VIH/SIDA, ISTs e gravidez não planeada).

Greathead, H. (2008). *Pensamentos e sentimentos. Como gerir as emoções*. Lisboa: Porto Editora (integrado na Coleção Superadolescente, este livro é dirigido a jovens, com informação acerca das emoções e pensamentos associados a diferentes contextos especificamente no caso do amor e das relações de namoro).

Law, F., et al. (2008). *Socorro! Como evitar problemas*. Lisboa: Porto Editora (integrado na Coleção Superadolescente, este livro é dirigido a jovens, com informação acerca de formas de lidar com a pressão dos pares em situações de risco sexual).

Robert, J. (2006). *A minha sexualidade*. Lisboa: Porto Editora (coleção de 3 volumes, até aos 6 anos, dos 6 aos 9 e dos 9 aos 13 anos, dirigida a pais/educadores e jovens, que cumpre os requisitos propostos pelo GTES).

Referências

- APF. (2006). A situação do aborto em Portugal: Práticas, contextos e problemas. *Sexualidade e Planeamento*.
- Carvalho, M., & Baptista, A. (2006). Modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, 8, 163-192.
- CVEDT (2009). *Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009*. Lisboa: INSA.
- Durex. *Give and Receive – 2005 Global Sex Survey Results*. Retirado da Internet em 25 de Abril de 2008. *Familiar*, 42/43, 5-23.
- Fisher, H. (2008). *Porque amamos: A natureza e a química do amor romântico*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2003). *Educação sexual na escola. Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). (2005). *A situação da população mundial em 2005 – A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio*. NY: FNUAP.
- GTES. Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES). ME, 2007, retirado em 20 Março 2009 de www.min-edu.pt/np3/1093.html
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- 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. G. (Ed.). (2008). *Sexualidade, segurança e SIDA*, Lisboa: IHMT/FMH/FCT.
- Matos, M. G. et al. (2010). Sexualidade, cultura e saúde sexual em Portugal e na América Latina. In M. Matos (Coord.), *Sexualidade, afectos e cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 159-175). Coisas de Ler.
- Ramiro, L., & Matos, M. G. (2006). *A educação sexual e os professores*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa (manuscrito não publicado).
- Reis, M. H. (2003). *A educação sexual nas escolas portuguesas: Os professores como actores na sua implementação*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. (manuscrito não publicado)
- Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., & Pereira, S. (2009). A sexualidade, o corpo e os amores. In M. Matos & D. Sampaio (Coords.), *Jovens com saúde – Diálogo com uma geração* (pp. 265-282). Lisboa: Texto Editora.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores. www.durex.com/gss

O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICO-ACTIVAS NA ADOLESCÊNCIA

Mafalda Ferreira / Gina Tomé / Inês Camacho

Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social), Universidade Técnica de Lisboa /
Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa / Doutorandas da Fundação para a Ciência e a Tecnologia –
SFRH/BD/30753/2006; SFRH/BD/31397/2006

Introdução

O adolescente e os consumos

A fase da adolescência caracteriza-se pela procura de uma identidade e autonomia em que os jovens enfrentam desafios face aos seus pares, num contexto escolar e social, familiar e na comunidade. Podemos considerar que o adolescente se encontra nesta fase mais vulnerável em termos de saúde, uma vez que muitas das escolhas com impacto na saúde são feitas neste período de vida. Um dos principais factores determinantes da saúde na adolescência é o comportamento dos jovens, que se pode traduzir como comportamento de risco ou de protecção, estando estes relacionados com factores pessoais, familiares e sociais.

Quando pensamos em adolescência imaginamos, quase de imediato, comportamentos de risco como o consumo de tabaco, de substâncias, comportamentos sexuais de risco, entre outros comportamentos prejudiciais para a saúde. É ainda ideia geral que esses comportamentos ocorrem junto dos amigos. No entanto, a adolescência não é vivida de forma igual entre todos os jovens e é esse factor que tem feito com que os estudos sobre a adolescência se multipliquem ao longo dos anos. A prevenção do envolvimento em comportamentos prejudiciais para a saúde dos adolescentes é o principal objectivo desses estudos. Da mesma forma que os adolescentes não são iguais, as causas do envolvimento em comportamentos de risco também são diversas, mas uma das mais apontadas é a influência negativa do grupo de pares.

Um dos comportamentos que contribui de forma negativa para a saúde dos jovens é o consumo de substâncias na adolescência. Embora se conheçam na sua grande maioria os factores que podem contribuir ou predizer o consumo de substâncias na adolescência, bem como as consequências do mesmo, são poucos os modelos que contribuem com maior carácter explicativo ou compreensivo, urgindo a necessidade de uma mudança de

paradigma no que respeita quer à compreensão, quer à eficácia na prevenção deste tipo de comportamento frequentemente adoptado pelos adolescentes.

Assim, podem-se identificar diversos factores que poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo de substâncias no início da adolescência, tais como idade, etnia, estrutura familiar, estatuto socio-económico dos pais, atitudes tabágicas dos pais e dos pares, ligação com a família e com os pares, fraco envolvimento escolar, entre outros, sendo que o nível de maturidade psicossocial parece ter também efeitos no consumo de substâncias no adolescente.

É importante referir a existência de factores de risco cumulativos que acarretam uma maior vulnerabilidade por parte do adolescente, nomeadamente em situações de disfunção familiar concomitantes com a influência negativa dos pares (Kuntsche & Kuendig, 2006). Assim, os ambientes familiar, escolar e social representam um suporte fundamental na adopção de comportamentos protectores da saúde e na prevenção de comportamentos de risco, no sentido em que adolescentes que adoptam pelo menos um comportamento de risco, acumulam maior propensão para outros comportamentos de risco (Crome & McArdle, 2004).

Os pares e os consumos

Harrel, Bangdiwala, Deng, Webb e Bradley (1998) efectuaram um estudo com o objectivo de descrever a iniciação no fumar e investigar factores que predizem a “iniciação precoce” de fumar em crianças que frequentam a escola, usando uma abordagem longitudinal. Os resultados indicam que o fumar experimental aumentou com a idade, assim como também a prevalência corrente de fumar, e que os rapazes tinham uma maior prevalência de fumadores experimentais do que as raparigas. Concluíram que a etnia, o estatuto socioeconómico e o estágio pubertal são importantes factores de predição de começar a fumar em alunos da escola.

Os principais motivos para o consumo de álcool apresentados pelos adolescentes estão relacionados com situações sociais que geralmente desenrolam-se na companhia dos amigos, como por exemplo: “beber deixa as festas mais divertidas”, “facilita a aproximação aos outros”, “ajuda a relaxar” ou “facilita a partilha de experiências e sentimentos” (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005). E por sua vez a imitação dos comportamentos de risco poderá ser maior quando o consumo se inicia numa situação social (Larsen, Engels, Souren, Granic, & Overbeek, 2010).

A percepção que os adolescentes têm relativamente ao consumo de álcool do seu grupo de pares, ou dos seus melhores amigos, é um preditor mais forte para o consumo de álcool, do que a percepção do consumo relativamente ao grupos de pares de que não são tão próximos (Yanovitzky, Stewart, & Lederman, 2006). Para além dessa diferença entre a proximidade dos amigos, o envolvimento em comportamentos de risco pode ser mediado por outras variáveis como o género. O género masculino tem maior tendência para imitar os comportamentos relativamente ao consumo de álcool dos colegas do mesmo género do que os sujeitos do género feminino (Larsen, Engels, Souren, Granic, & Overbeek, 2010).

Kuntsche e Gmel (2004) num estudo realizado com 3861 adolescentes do 8º e 9º ano de escolaridade, verificaram que os rapazes tendem a embriagar-se mais do que as raparigas, o que ocorre em grupos com diferentes níveis de integração social. Já Clark e Lohéac (2006) analisaram os dados do “National Longitudinal Study of Adolescent Health” (Add Health), que incluía adolescentes americanos que frequentavam do 7º ao 12º ano de escolaridade, e concluíram que o consumo de tabaco, álcool e marijuana estava associado ao comportamento do grupo de pares e que o efeito do grupo era mais forte nos rapazes do que nas raparigas, especialmente para o consumo de álcool.

Existem muitos factores que poderão amenizar o envolvimento em comportamentos de risco, como um grupo de pares sem envolvimento, um bom ambiente familiar, e uma boa relação com a escola. Piko e Kovács (2010) verificaram que bons resultados académicos providenciavam nos adolescentes sensação de sucesso, ajudando a evitar o envolvimento em comportamentos de risco como o consumo de substância e influenciando a ligação à escola e aos professores. Esses factores devem ser valorizados e estimulados entre os adolescentes, de forma a prevenir o envolvimento em comportamentos prejudiciais para a sua saúde.

A família e os consumos

As relações positivas na família, o suporte emocional e social dos pais, e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente tendem a estar relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na adolescência (Branje, Van Aken, & Van Lieshout, 2002; Field, Diego, & Sanders, 2002) e menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Ardelt & Day, 2002; Mounts, 2002).

Segundo Oetting e Donnermeyer (1998, citado por Gabhainn & François, 2000), a teoria da socialização apresenta uma visão global do desenvolvimento do adolescente, incluindo a referência ao uso de substâncias. Este modelo prediz uma maior probabilidade do jovem estar envolvido em comportamento de risco quando a vinculação entre o adolescente e a sua família ou o ambiente escolar é fraco.

Estudos têm demonstrado (Pokhrel, Unger, Wagner, Ritt-Olson, & Sussman, 2008) que a monitorização parental e a comunicação parental estão negativamente associados ao consumo de cigarros, álcool e marijuana nos últimos 30 dias.

Tem-se verificado que os jovens que mantêm contacto com outros jovens que fumam têm uma grande influência no início do hábito de fumar (Jonathan, Arthur, Peterson, Robyn, Bharat, Brian, & Irwin, 2005). Estes autores referem ainda que o facto de os pais fumarem também poderá influenciar os jovens a iniciarem o consumo do tabaco.

Ao fazer uma revisão da literatura, tem-se verificado a existência de alguns factores que parecem influenciar os jovens para consumirem tabaco (Tyas & Pederson, 1998), incluindo o comportamento, atitudes e expectativas dos pais e amigos. Os jovens que têm pais fumadores e/ou amigos fumadores apresentam maiores possibilidades de consumirem tabaco. Tem sido demonstrado que o suporte familiar funciona como factor de protecção contra o consumo de tabaco nos jovens (Simantov, 2000). Tem-se igualmente constatado que o grupo de pares que fuma tem uma grande influência no início do hábito de fumar

pelo facto de providenciarem o acesso aos cigarros, aumentam a prevalência do hábito de fumar e criam regras com que os jovens se identificam (Carvajal, 2000). A pressão, implícita ou explícita, exercida pelo grupo de pares tem sido demonstrada como uma das maiores razões de início do hábito de fumar dos jovens (Engels, 1998).

Factores de risco e os consumos

Para facilitar a compreensão do uso de substâncias durante a adolescência é fundamental avaliar as diferenças das características pessoais, contexto social, cultural e ambiental, bem como a interação entre estes factores. Os fenómenos sociais como a influência social ou a pressão dos pares assumem maior relevo nesta fase, na medida em que existe a necessidade de afiliação ao grupo, facilitando a emergência de situações de conformismo (Vala & Monteiro, 2002). O contexto escolar (grupo de pares) e social em que o adolescente está inserido tem sido apontado como o predictor mais consistente do uso de substâncias na adolescência (Kuntsche & Kuendig, 2006), notando-se a necessidade de explorar os comportamentos associados a estes contextos específicos, bem como motivações e percepções de pertença a uma cultura ou grupo, permitindo um melhor entendimento do uso de substâncias com vista à prevenção de comportamentos lesivos para a saúde.

Brook e colaboradores (Brook, Brook, Richter, & Whiteman, 2003) descreveram um modelo que identifica características pessoais, relações parentais e de pares como factores críticos que predizem o uso de substâncias na adolescência, sugerindo os seguintes factores de risco: (1) funcionamento psicológico, que inclui características como a baixa auto-estima, impulsividade, isolamento, e problemas emocionais; (2) ambiente familiar, salientando-se as atitudes parentais face ao consumo e baixo nível de coesão familiar; (3) relação com o grupo de pares, destacando-se a criação de relações com pares consumidores, forma de integração/aceitação no grupo e insucesso ou abandono escolar precoce; e (4) acontecimentos de vida traumáticos, um elevado número de acontecimentos de vida negativos levam o adolescente a uma maior vulnerabilidade emocional, verificando-se uma diminuição do nível de satisfação com a vida e percepção de bem-estar, aumentando as probabilidades de desajustamento social e o risco.

Os consumos

Vários são os modelos do consumo de substâncias. Becoña e Martín (2004) classificam estes modelos e teorias em três grupos: (1) teorias parcelares e baseadas em poucos componentes, que explicam os comportamentos de consumo com base em poucos elementos; (2) teorias de estádios e evolutivas, que alicerçam a explicação dos comportamentos de consumo baseados em estádios ou fases de desenvolvimento do indivíduo; e (3) teorias integrativas e compreensivas, que pretendem explicar o consumo de substâncias através da integração de diversas abordagens ou pelo comportamento de consumo em si.

Dos modelos explicativos do consumo de substâncias, sublinha-se o que muitos têm em comum, o contexto social e as suas interações. Assim, destacam-se algumas teorias, tais

como a Teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977), o Modelo Social de Peele (Donovan, 1988), o Modelo do desenvolvimento social de Catalano e Hawkins (1996), e, mais recentemente, o Modelo compreensivo e sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência de Becoña (Beconã & Martín, 2004), que sustentam a importância crucial do contexto social e estilos de vida adoptados e reforçam a necessidade de estudos integrativos nesta área que englobem o adolescente no seu todo.

Em geral, adolescentes que adoptam pelo menos um comportamento de risco acumulam maior propensão para outros comportamentos de risco, nomeadamente o uso de substâncias (Crome & McArdle, 2004). Em particular, os comportamentos de risco podem ser vividos como algo positivo, no sentido em que são encarados pelos adolescentes como uma forma de demonstrar a si próprios ou aos outros a capacidade de serem autónomos (Angel, Richard, & Valleur, 2000), manifestando crucial importância a forma como estes comportamentos são posteriormente ajustados, permitindo a adopção de comportamentos adaptados e um estilo de vida saudável. Assim, verifica-se que muitas vezes os problemas na adolescência resultam da interacção de vários factores de risco e não apenas de um único factor.

Efectivamente muitos factores ligados à protecção e ao risco na área da saúde tiveram a sua génese na infância e na adolescência, fruto de uma aprendizagem social, de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, que se tornou uma alternativa. Assim, numa perspectiva de promoção e educação para a saúde, os jovens são um importante alvo, sendo de prever acções específicas para cenários específicos. Por outro lado, estes jovens enquadrados no sistema de ensino regular tornam-se mais acessíveis a programas que os apoiam nas suas escolhas relacionadas com a sua saúde e estilos de vida saudáveis.

O que os adolescentes dizem consumir

Ao nível do consumo de substâncias verifica-se que o álcool e o tabaco são as substâncias mais utilizadas pelos adolescentes, sendo a *cannabis/haxixe* a substância ilícita mais consumida, sendo frequente a associação do consumo de tabaco e álcool ao incentivo do consumo de outras substâncias ilegais.

A prevenção do consumo de tabaco tem sido reforçada nos últimos anos, na medida em que existe uma maior probabilidade de os jovens experimentarem o seu primeiro cigarro na adolescência, podendo desta forma dar início aos seus hábitos tabágicos mais cedo. Existe um elevado consumo de tabaco na adolescência, sendo a tendência dos últimos estudos um aumento deste consumo por parte das raparigas (Matos et al., 2008). Os efeitos negativos do consumo de tabaco têm sido largamente divulgados, nomeadamente ao nível de cancro e de doenças cardíacas.

A maioria dos estudos realizados na área dos consumos na fase da adolescência refere que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes e também aquela de que eles mais abusam (Matos, 2008; Matos, Gaspar, Ferreira, Linhares, Simões, Diniz, Ribeiro, Leal, & Equipa do Aventura Social, 2006; Matos, Simões, Tomé, Gaspar,

Camacho, Diniz, & Equipa do Aventura Social, 2006). Os problemas de saúde durante a adolescência estão relacionados com o consumo de álcool, sendo que estes problemas se tornam mais evidentes se o seu início for precoce (Matos et al., 2008). Os efeitos negativos do consumo do álcool incidem não só ao nível comportamental, mas também aumentando o risco de cancro, hipertensão, défices de memória, entre outros. Nos últimos anos assiste-se a um aumento deste tipo de consumo, bem como a uma diminuição da idade de iniciação ao consumo.

À semelhança das substâncias anteriores, o consumo de drogas ilícitas tem geralmente o seu início na adolescência, verificando-se que este consumo constitui um grave problema social, sendo o haxixe a substância mais consumida pelos adolescentes. Uma das consequências mais graves deste tipo de consumo são as perturbações mentais que podem ser despoletadas pelo uso precoce de algumas substâncias (Matos, 2008).

Relativamente à exploração das diferenças entre os géneros e o consumo de substâncias, Barber, Bolitho e Bertrand (1999), realizaram um estudo com 1942 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, onde concluíram que as diferenças entre os rapazes e as raparigas relativamente aos preditores do consumo de substâncias eram mais notáveis entre os adolescentes mais novos. Assim, no grupo dos rapazes com 12-13 anos, o consumo de substâncias estava mais associado ao consumo dos amigos e aos problemas de comportamento, enquanto nas raparigas da mesma idade, estava associado à aprovação e à influência dos pares para o consumo. Entre os 14-15 anos, os problemas de comportamento e o consumo de substâncias pelos amigos continuavam a estar associados mais aos rapazes. O mesmo objectivo teve o estudo de Kokkevi e colaboradores (Kokkevi, Richardson, Floresar, Kuzman, & Stergar, 2007). Baseado no “Cross-Sectional School Population Survey” (ESPAD), com 16445 adolescentes de seis países Europeus, os autores verificaram que os rapazes apresentavam maior prevalência do consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas e que essas diferenças eram menos marcadas para o consumo de tabaco.

De um modo geral, a grande maioria dos estudos concorda que são os rapazes e os adolescentes mais velhos que reportam um maior consumo de todo o tipo de substâncias. A excepção encontrada é, assim, ao nível do tabaco em que vários estudos recentes têm demonstrado ausência de diferenças de género quanto a este consumo. Relativamente à idade, os estudos indicam que o consumo tende a aumentar à medida que a idade aumenta.

Ideias chave

- A adolescência é uma fase privilegiada para a implementação de intervenções que visem o desenvolvimento saudável dos jovens, e a prevenção de comportamentos de risco.
- Torna-se importante considerar o adolescente no seu todo, abarcando as dimensões em que o jovem se desenvolve, direccionando o foco para a promoção de comportamentos e atitudes promotoras de saúde.

- Salienta-se a importância de uma perspectiva promotora das competências pessoais e sociais.
- A investigação na área do consumo de substâncias deve ter 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.
- Enfatiza-se a utilização de estratégias como a realização de grupos focais, bem como a estruturação de actividades, se possível com o envolvimento da escola e dos seus intervenientes na educação para a saúde, sendo vital a contribuição e participação dos jovens na construção do seu futuro de forma informada e conscienciosa.

Para saber mais

www.aventurasocial.com; www.idt.pt; www.portaldasaude.pt; www.min-edu.pt; www.dgide.min-edu.pt; www.juventude.gov.pt; www.dgs.pt

Referências

- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2000). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ardelt, M., & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers. Close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22(3), 310-349.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barber, J., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1999). Intrapersonal versus peer group predictors of adolescent drug use. *Children and Youth Services Review*, 21(7), 565-579.
- Becoña, E. & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Brange, S., Van Aken, M., & Van Lieshout, C. (2002). Relational support in families with adolescents. *Journal of Family Psychology*, 16(3), 351-362.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Richter, L., & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention program. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice* (pp. 265-287). New York: Plenum.
- Carvajal, S. (2000). Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: Cross sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 27(4), 255-265.
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model. A theory of anti-social behavior. In J. D. Hawkins. *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 149-197). New York: Cambridge University Press.

- Clark, A., & Lohéac, Y. (2006). It wasn't me, it was them! Social influence in risk behaviour by adolescents. *Journal of Health Economics*, 26(4) 763-784.
- Crome, I. B., & McArdle, P. (2004). Prevention programmes. In Crome, Ghodse, Gilvarry, & McArdle (Eds.), *Young people substance misuse*. London: Royal College of Physicians.
- Donovan, D. M. (1988). Assessment of addictive behaviors. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 3-48). New York: The Guildford Press.
- Engels, R. (1998). Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Preventing Medicine*, 27(3) 348-357.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parents and peer relationship. *Adolescence*, 37(145), 121-129.
- Gabhainn, S., & François, Y. (2000). Substance use. In K. H. C. Currie (Eds.), *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organization.
- Harrel, J., Bangdiwala, S., Deng, S., Webb, J., & Bradley, C. (1998). Smoking initiation in youth – The roles of gender. *Journal of Adolescent Health*, 23(5), 271-279.
- Jonathan, B., Arthur, V., Peterson, M., Robyn, K., Bharat, R., Brian, G., & Irwin, G. (2005). Childhood friends who smoke: Do they influence adolescents to make smoking transitions. *Journal of Addictive Behaviors*, 37(3) 234-242.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Floresar, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Kuntsche, E., & Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41, 71-86.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. C. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841-861.
- Larsen, H., Engels, R. C., Souren, P. M., Granic, I., & Overbeek, G. (2010). Peer influence in a micro-perspective: Imitation of alcoholic and non-alcoholic beverages. *Addictive Behaviors*, 35, 49-52.
- 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 do estudo português. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- 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. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Matos, M. G. (Coord.). (2008). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* Coleção Estudos – Universidades, Lisboa: IDT.
- Mounds, N. (2002). Parental management of adolescent peer relationship in context: The role of parenting style. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 58-59.

- Piko, F. B., & Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors, 35*, 53-56.
- Pokhrel, P., Unger, J. B., Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., & Sussman, S. (2008). Effects of parental monitoring, parent-child communication, and parent's expectation of the child's acculturation on the substance use behaviors of urban, Hispanic adolescents. *Journal of Ethnicity in Substance Use, 7*, 200-213.
- Simantov, E. (2000). Health compromising behaviours: Why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2*(1), 85-101.
- Tyas S., & Pederson L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control, 7*, 409-420.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Yanovitzky, I., Stewart, L. P., & Lederman, L. C. (2006). Social distance, perceived drinking by peers, and alcohol use by college students. *Health Communication, 19*(1), 1-10.

O BULLYING E OUTRAS DIFICULDADES DO CONVÍVIO INTER-PESSOAL

Margarida Gaspar de Matos¹ / Celeste Simões¹ / Tania Gaspar^{1,2}

¹Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social), Universidade Técnica de Lisboa / Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa; ²Universidade Lusíada de Lisboa

Introdução

Na origem do comportamento agressivo existe uma interligação entre factores biológicos, ambientais e interpessoais e factores de personalidade.

O comportamento violento pode atingir um limiar considerado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 2002) como uma perturbação: “*Comportamento repetitivo e persistente em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade, durante um período de tempo superior a seis meses*” (com agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, falsificação, mentira ou roubo, violação grave das regras – fuga de casa, faltas frequentes à escola, etc.).

Causas do comportamento violento:

- Biológicos – predisposição biológica para a agressividade;
- Ambientais e interpessoais – a presença de condutas agressivas no seio do contexto familiar e social próximo da criança;
- Personalidade – crianças e adolescentes agressivos podem apresentar uma tendência para uma perturbação a nível da personalidade.

O que é o Bullying?

O *bullying* é um comportamento hostil/agressivo intencional, com o objectivo principal de fazer mal e magoar alguém, assumidamente mais fraco, e tem características de repetição ao longo do tempo.

O fenómeno *Bullying* é um subgrupo de uma violência mais geral. Tem a ver com dinâmicas de exclusão social, de discriminação, de dificuldade na resolução de conflitos verbalmente, e de um modo inadequado (violento) de lidar com a ansiedade e com a frustração (Matos, 2005; Matos & Sampaio, 2009).

Na escola, a maior parte dos agressores e das vítimas são rapazes (Matos, Simões, Negreiros, & Gaspar, 2008), apresentam um baixo rendimento escolar e uma atitude e envolvimento escolar negativos, apresentam dificuldades de auto-regulação e um grande envolvimento em conflitos. Os alunos mais novos são mais frequentemente vítimas sendo que com a idade a frequência diminui. Por vezes, verifica-se um “duplo envolvimento”, isto é a adopção de um papel de agressor ou um papel de vítima consoante a situação.

Uma das questões que se tem recentemente procurado compreender é de que modo se podem diferenciar os alunos que, apesar de não directamente envolvidos em actos de provocação, podem ter um papel de relevo na gestão desses conflitos. Estes adolescentes, também denominados de “*bystanders*” (observadores), presenciam os acontecimentos adoptando uma posição passiva. Nestes episódios, foram recentemente caracterizados, entre as vítimas e os seus ofensores, outros alunos que podem tomar uma posição activa (defensores), tentando ajudar as vítimas, ou outros que, pelo contrário, tentam incentivar os agressores (incentivadores) (Olweus, 2003; Samivalli, 2001).

Tipos de bullying/provocação:

- Insultar, dizer mentiras, espalhar boatos;
- Intimidar, fazer ameaças;
- Chamar nomes, alcunhas, gozar, fazer troça;
- Roubar, extorquir, bater, danificar objectos;
- Utilização de armas;
- Fazer comentários ou gestos ordinários, e/ou piadas sexuais;
- Abuso ou assédio sexual;
- Exclusão social, deixar fora de actividades/brincadeiras de propósito e discriminação pela cor da pele, religião, etc.

Os comportamentos incluídos na categoria *bullying/provocação* são muito diversos, uma vez que abrangem comportamentos ligados a acções físicas, verbais, psicológicas e sexuais. Incluem-se, numa análise mais detalhada, a violência:

- Física directa – bater, lutar, dar pontapés, danificar pertences, forçar a dar dinheiro e extorsão;
- Verbal directa – dizer coisas desagradáveis, caluniar, chamar nomes;
- Psicológica directa ou indirecta – ameaçar, arreliar, implicar, deixar deliberadamente um indivíduo fora de um grupo social, ignorar, ninguém falar com ele;
- Sexual – assédio, abuso.

O *bullying/provocação* difere de outros comportamentos violentos por três critérios (Olweus, 1994):

- 1) Intencionalidade do comportamento;
- 2) Comportamento repetido ao longo do tempo;
- 3) Desequilíbrio de poder entre o provocador e a vítima.

Bullying/provocação nas escolas portuguesas

A opinião dos jovens portugueses

O HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*/OMS é uma investigação periódica (levada a cabo de quatro em quatro anos), sobre comportamentos de saúde em meio escolar que envolve uma rede de países, incluindo Portugal.

O estudo abrange alunos do 2º e 3º ciclos, nomeadamente do 6º, 8º e 10º anos, com idade médias de referência de 11, 13 e 15 anos respectivamente. As edições em que Portugal esteve envolvido ocorreram nos anos de 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006 e mais recentemente 2009/2010 (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2000, 2003, 2006, 2010).

HBSC/OMS em 1998

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 1998 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que 25.7% estiveram envolvidos com regularidade (duas ou mais vezes por mês, nos últimos dois meses) em comportamentos de *bullying*/provocação na escola, 5.8% com duplo envolvimento (ofensores e vítimas em simultâneo), 6,3% como ofensores, e 13.6% como vítimas. Dos alunos estudados, 5.5% envolveram-se em actos de provocação de modo mais intenso (mais do que duas vezes por semana, nos últimos dois meses), 1,6% como provocador, e 3,9% como vítima.

HBSC/OMS em 2002

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 2002 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que 23.2% estiveram envolvidos com regularidade (duas ou mais vezes por mês, nos últimos dois meses) em comportamentos de *bullying*/provocação na escola, 5,7% com duplo envolvimento (ofensores e vítimas em simultâneo), 4,7% como ofensores e 12,8% como vítimas. Dos alunos estudados, 11,7% envolveram-se em actos de provocação de modo mais intenso (mais de 2 vezes por semana, nos últimos dois meses) 4% como provocador, e 7,7% como vítima mais de duas vezes por semana. Os tipos de *bullying* mais frequentes foram o gozo, o insulto e a troça (26,1%), os comentários ou gestos ordinários, e/ou piadas sexuais (14,3%) e a exclusão intencional social ou de actividades (13,1%).

HBSC/OMS em 2006

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 2006 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que 20.6% estiveram envolvidos com regularidade (duas ou mais vezes por mês, nos últimos dois meses) em comportamentos de *bullying*/provocação na escola, 4,9% com duplo envolvimento (ofensores e vítimas), 6,3% como ofensores e 9,4% como vítimas. Dos alunos estudados, 7.6% envolveram-se em actos de provocação de modo mais intenso (mais de 2 vezes por semana, nos últimos dois meses), 3% como provocador e 4,6% como vítima.

Este comportamento continua, como já em 1998 e em 2002, mais frequente nos rapazes e, tomando o nível de escolaridade como *proxy* da idade, diminui com a idade ao longo da adolescência. Desde 1998 o envolvimento regular em actos de provocação (duas vezes ou mais por mês, nos últimos dois meses) tem vindo a diminuir de modo sistemático, tendo mais peso a diminuição de alunos vítimas de provocação regular (duas ou mais vezes por mês nos últimos dois meses). A provocação intensa (mais de duas vezes por semana, nos últimos dois meses) diminui de 2002 para 2006, invertendo assim a trajectória crescente de 1998 para 2002, tendo também mais peso a diminuição do número de alunos vítimas de provocação.

Factores de protecção para o envolvimento em comportamentos violentos

Factores protectores da violência são aspectos que diminuem o risco de vir a desenvolver comportamentos violentos:

- Factores biológicos e atitude intolerante face a comportamentos violentos;
- Relação próxima e afectiva com a família;
- Disponibilidade e proximidade dos professores, escola com apoios;
- Elevado envolvimento e participação pró-social na escola e na comunidade.

Factores de risco de envolvimento em comportamentos violentos

Factores de risco são factores que aumentam a probabilidade de envolvimento em comportamentos violentos, quer como vítimas, quer como agressores:

- História de agressão precoce, consumo de substâncias antes do 12 anos de idade, ousadia elevada e baixo nível cognitivo (baixo nível de inteligência);
- Criminalidade parental, fraca supervisão parental;
- Insucesso académico, falta de apoio dos professores e disciplina fraca ou inconsistente na sala de aula;
- Pertença a uma comunidade predominantemente com estatuto socioeconómico baixo/muito baixo, fracas infra-estruturas;
- Exclusão social e discriminação na escola e na comunidade envolvente.

Delinquência

A delinquência juvenil é, actualmente, uma das áreas de preocupação política e social mais emergente. A redefinição dos mecanismos legais, na sequência da Lei Tutelar Educativa, Lei nº169/99 de 14 de Setembro, obrigou a repensar a delinquência juvenil, tendo em conta os modelos de intervenção adaptáveis ao modelo judicial. Neste contexto é importante a compreensão do fenómeno, sob o ponto de vista do jovem, para uma melhor definição de estratégias eficazes com vista à mudança de comportamentos e à intervenção em trajectórias descritas como desviantes.

A noção de delinquência é essencialmente jurídica, remetendo para a lei e sua transgressão, mas também pode confundir-se com a definição de comportamento anti-social, sendo este, como refere Negreiros (2001), um termo mais abrangente.

Estratégias de prevenção e de intervenção na escola

A escola aparece-nos como um contexto muito particular, comum a todos os cidadãos no decorrer do seu desenvolvimento e onde, fruto de vários desafios nas relações interpessoais, a questão da violência inter-pessoal assume algum protagonismo e acarreta alguma preocupação pública.

As abordagens educacionais devem ser focalizadas no desenvolvimento de competências de vida e sociais: as pessoas, em especial os adolescentes, lidam simultaneamente com tarefas de aquisição de competências, de gestão das emoções, de gestão de conflitos e de desenvolvimento de relações interpessoais, tanto na vida diária como face aos desafios futuros. Uma intervenção preventiva deve permitir-lhes a regulação destas questões através de vias alternativas à violência inter-pessoal.

O *treino de competências sociais* baseia-se genericamente no pressuposto de que os indivíduos que apresentam comportamentos anti-sociais não possuem as competências comportamentais, cognitivas e de auto-regulação necessárias para funcionar adequadamente em termos interpessoais

Consideram-se várias competências pessoais e sociais:

- a) Competências de regulação das relações inter-pessoais;
- b) Competências de resolução de problemas;
- c) Competências de tomada de perspectiva/ descentração/empatia;
- d) Competências de regulação emocional e de auto-controlo.

Os diferentes programas recorrem, dum modo geral, a uma diversidade de métodos e técnicas dinâmicas e participativas, orientadas para a aquisição das referidas competências (e.g., discussão, *role-playing*). Os programas de competências sociais e pessoais são apresentados por diversos modelos: os professores, pares mais velhos e outros profissionais externos à escola. Existem programas de mediação de pares que visam envolver os estudantes na resolução dos seus próprios conflitos. Entre as competências ensinadas nesses programas incluem-se a escuta activa, o trabalho de equipa, a procura de uma solução pacífica, a utilização do humor quando lidam com os provocadores e a cordialidade/empatia.

Ideias-chave

- A prevenção da violência em meio escolar envolve três níveis integrados de intervenção (Villa, 1997):

- 1) Informação, para sensibilização dos jovens e da comunidade;
 - 2) Formação, incluindo mediadores sociais, famílias, alunos e professores, para a promoção de competências pessoais e sociais, nomeadamente promoção da auto-regulação e da assertividade e resolução de problemas;
 - 3) Promoção de estilos de vida alternativos e da participação em actividades alternativas, tais como actividades culturais, desportivas e sociais.
- Olweus (1994) recomenda que o foco da intervenção se centre em diferentes níveis:
- 1) Escola (melhor supervisão);
 - 2) Turma (regras contra o *bullying*/provocação);
 - 3) Indivíduo (apoio individualizado a vítimas e provocadores);
 - 4) Família (ajudar os pais a reconhecer os sinais de uma situação de provocação e ajudar o filho, quer seja provocador ou vítima).
- As respostas escolares ao *bullying*/provocação entre pares incluem (Matos, Negreiros, Simões, & Gaspar, 2009);
- 1) Avaliar o problema na própria escola;
 - 2) Ajudar professores, alunos e outros agentes educativos a identificar os estudantes em maior risco de envolvimento em comportamentos de *bullying*/provocação e a efectuar o registo de incidentes de *bullying*/provocação;
 - 3) Estabelecer regulamentos escolares com regras claras para os alunos, utilizando sanções não-hostis e não-físicas;
 - 4) Abrir canais de comunicação entre os pais e os educadores;
 - 5) Envolvimento alunos, professores e famílias nas medidas anti-*bullying*/provocação e sua avaliação;
 - 6) Criar uma cultura anti-*bullying* na escola procurando retirar aos provocadores uma reputação socialmente aceitável ou mesmo valorizada.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, IV – TR* (IV ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Matos, M. G. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M. G., & Sampaio D. (Org.). (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto/Leya.
- Matos, M. G., Negreiros, J., Simões, C., & Gaspar, T. (2009) *Violência, bullying e delinquência*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Matos, M. G., & Equipa do projecto Aventura Social (2000, 2003, 2006, 2010). *A saúde dos adolescentes portugueses em 2006*, Lisboa: CDI/FMH/UTL e CMDTla/UNL em www.aventurasocial.com
- Negreiros, J. (2001). *Delinências juvenis: Trajectórias, intervenção e prevenção*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Olweus, D. (1994). Annotation. Bullying at school: Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43(7), 1171-1190.
- Olweus, D. (2003). A profile of bullying at school. *Educational Leadership*, 60(6), 12-17.
- Salmivalli, C. (2001). Group view on victimization: Empirical findings and their implications. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school. The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 398-420). New York: Guilford.
- Villa, R. (1997). *Alcoholismo juvenil: Prevenção e tratamento*. Madrid: Pirâmide.

A ALIMENTAÇÃO E ACTIVIDADE FÍSICA E DESPORTIVA NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

Nuno Loureiro

Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social), Universidade Técnica de Lisboa /
Escola Superior de Educação de Beja / Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de
Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Introdução

Os tempos actuais apresentam grandes desafios ao desenvolvimento equilibrado de crianças e jovens. A forma como as famílias se organizam para fazer face às exigências específicas (profissionais, familiares, etc.) de cada elemento, pode fazer toda a diferença. Senão vejamos a questão alimentar e nutricional. É patente, nas diversas investigações realizadas, a prevalência da obesidade juvenil nas últimas décadas (Matton et al., 2007) e, de forma particular, nos países industrializados (WHO, 2009). A explicação para o aumento da obesidade pode ser atribuída a um conjunto de factores inter-relacionados (WHO, 2006). Os jovens estão rodeados por produtos que são ricos em açúcar, sal e de alto teor de gordura, atraentes, saborosos e duráveis mas, em muitos casos, são nutricionalmente pobres. Em muitos países, estes produtos geralmente custam menos e são mais fáceis de obter do que as opções mais saudáveis. Esta realidade é, em grande parte, determinada por políticas alimentares, por práticas agrícolas e pelo comércio. Os fabricantes e os comerciantes podem despende recursos significativos para promover os produtos directamente às crianças e jovens, recorrendo, de forma massiva, aos diferentes meios de comunicação. Esta situação foi ainda agravada pelas mudanças culturais e da composição da família, que têm contribuído para o aumento do número de horas que as crianças e jovens passam em actividades sedentárias. Além disto, o gasto energético diário diminuiu nos últimos anos devido ao facto dos jovens não se deslocarem a pé ou de bicicleta e, em alguns casos, devido a menores oportunidades, na escola e na comunidade, de participarem em actividades desportivas.

O jovem de nível socioeconómico mais baixo tem uma maior exposição a ambientes insalubres em casa e na comunidade, assim como um menor acesso a uma educação e serviços médicos de qualidade. Estas influências negativas para a saúde representam um gradiente social na obesidade, que é reforçado pela dificuldade no acesso a escolhas alimentares mais saudáveis e a oportunidades para a Actividade Física.

Nessa linha de ideias, Currie (2006) considera que a obesidade juvenil não é apenas uma epidemia isolada, pois, existe a epidemia do barato, da comida produzida no mercado global a baixos custos e de fraca qualidade nutricional, a epidemia do nutricionalmente pobre e o consumo alimentar obesogénico das crianças e jovens pobres nos países ricos industrializados, a epidemia das reduzidas oportunidades para crianças e jovens (especialmente as raparigas) serem fisicamente activas, de forma agradável e saudável, e a epidemia do juízo corporal feito pela imprensa, pares, por clínicos e pelo próprio indivíduo, o que coloca o bem-estar mental dos jovens em risco.

Neste particular, além de inúmeros outros benefícios para a saúde, a prática de actividade física e desportiva, de forma regular, assumem um papel preponderante na vida do adolescente.

Apesar de todas as evidências científicas apresentadas nos últimos anos, Portugal é um dos países da Europa que apresenta o maior número de indivíduos que nunca praticaram desporto, nos últimos seis anos (Eurobarometer, 2004, 2006, 2010). Assim, é crucial compreender a importância de ganhar o hábito de praticar em faixas etárias precoces, como foi demonstrado no estudo longitudinal de 15 anos realizado por Tammelin, Näyhä, Hills e Järvelin (2003), onde se verificou que a participação assídua do desporto na adolescência, depois do horário escolar, estava associado a um elevado nível de Actividade Física na vida adulta. Nos rapazes, a participação de adolescentes em jogos com bola, desportos de resistência intensiva, atletismo e desportos de combate foi associada com um alto ou muito alto nível de actividade em adultos. Nas raparigas, o mesmo se verifica na participação em modalidades de orientação, atletismo, ciclismo, ginástica e equitação.

Sendo o lazer uma parte integrante do quotidiano juvenil, as actividades de lazer constituem um contexto que possibilita identificar as questões pessoais e sociais associadas ao adolescente dos nossos tempos. Um factor que tem sido relacionado com o sedentarismo das crianças e jovens é a cultura sedentária de hoje. A actual sociedade é muito orientada para as tecnologias, pois, muitas das tarefas do dia-a-dia que os jovens realizavam manualmente são agora automatizadas. Além disso, os jovens passam grande parte do seu tempo de lazer envolvidos em actividades sedentárias, sendo estas muitas vezes mais acessíveis e atraentes do que alternativas mais activas. Contudo, ainda residem muitas dúvidas sobre as suas causas e, acima de tudo, quais as consequências da adopção compulsiva destes comportamentos na saúde dos adolescentes. A frequente associação directa entre os conceitos actividade física e comportamentos sedentários promove a confusão, o que dificulta a compreensão do fenómeno. Estes comportamentos são distintos e, nem sempre, são o inverso um do outro (Gordon-Larsen, McMurray, & Popkin, 2000; Johnson-Taylor & Everhart, 2006). Os resultados de Wong e Leatherdale (2009) demonstram que altos níveis de actividade física e elevados níveis de sedentarismo entre os adolescentes não são mutuamente exclusivos. Esta ideia é confirmada no estudo longitudinal de cinco anos realizado por Taveras e colaboradores (2007), em que as alterações verificadas nos comportamentos sedentários em geral e, na TV em particular, não foram associadas a mudanças nas práticas de lazer de actividade física moderada a vigorosa.

Uma das possíveis razões para justificar a incoerência nos resultados é o facto de ver TV e praticar exercício atingirem os seus picos de prática em diferentes momentos do dia, tanto nos rapazes como nas raparigas. Contudo, a probabilidade de realizar este comportamento sedentário é duas a três vezes superior ao praticar desporto (Biddle, Marshall, Gorely & Cameron, 2009).

Se analisarmos os últimos 50 anos, tendo em conta apenas os jovens com acesso a um aparelho de televisão, o número de horas despendidas a ver TV parece não ter aumentado (Marshall, Gorely, & Biddle, 2006), sendo que o tempo despendido ao computador, em particular nos rapazes, foi o comportamento sedentário que mais aumentou nos últimos anos (Nelson, Neumak-Stzainer, Hannan, Sirard, & Story, 2006).

No entanto, os dados disponibilizados pela Kaiser Family Foundation (2010) referem que houve, nos últimos cinco anos, um aumento enorme do tempo despendido em actividades sedentárias ligadas à tecnologia (ver TV, ouvir música, jogar computador, jogos de vídeo e filmes). Nesse período de tempo, os jovens aumentaram o seu tempo despendido em actividades de ecrã numa hora e dezassete minutos diariamente, ou seja, de 6 horas e 21 minutos em 2005 passaram para 7 horas e 38 minutos em 2010. Este período representa a quantidade de tempo gasto pela maioria dos adultos no trabalho diário, ainda com a agravante de os jovens usarem a tecnologia sete dias por semana em vez de cinco. Se a estes valores adicionarmos o tempo despendido a ouvir música (2 horas e 31 minutos), verificamos que o tempo total de exposição diária à tecnologia é de 10 horas e 45 minutos, o que representa um aumento de quase 2 horas e $\frac{1}{4}$, nos últimos 5 anos.

Para Mota e Sallis (2002), apesar de comportamentos sedentários não estarem associados negativamente com a prática de Actividade Física, a forma como os adolescentes ocupam o tempo livre (em particular no período pós-escola e de fim-de-semana) em actividades passivas ou sedentárias parece ter uma importante associação para uma diminuição da prática ou no envolvimento em Actividade Física. Assim, a maioria das crianças e jovens pode ter muitos benefícios se aumentar as suas práticas de AF e reduzir o tempo de visionamento de televisão, vídeo e jogos de computador (Berkey, Rockett, Gillman, & Colditz, 2003).

Os avanços tecnológicos permitem que a interacção entre os jovens e os jogos de computador seja realizada de forma diferente. Estes jogos implicam que o utilizador realize movimentos para operar o jogo, realizando mais prática de Actividade Física e despendendo mais energia. Os jogos de vídeo activos, quando realizados diariamente, podem ter um efeito positivo no aumento dos níveis de prática de Actividade Física em crianças e jovens (Mhurchu, Maddison, Jiang, Jull, Prapavessis, & Rodgers, 2008). Os praticantes despendem duas vezes mais energia quando comparados com a prática de actividades sedentárias, no mesmo período de tempo (Lanningham-Foster, Jensen, Foster, Redmond, Walker, & Heinz, 2006). Apesar de esta inovação poder contribuir para melhorar o gasto energético diário e respectivos benefícios associados para a saúde, falta ainda perceber, na sua plenitude, os resultados das escassas relações sociais.

Assim, consideramos que é fundamental criar condições e oportunidades para que os jovens ocupem os seus tempos livres em actividades activas, de forma a valorizarem um estilo de vida activo e a redução dos comportamentos sedentários (Mota, 2003).

A opinião dos adolescentes portugueses

O estudo HBSC, realizado em Portugal em 1998, 2002 e 2006 (Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz, & Equipa do Aventura Social, 2006) permite compreender a forma como os adolescentes portugueses praticam actividade física e desportiva e qual a sua evolução ao longo dos anos. No que se prende com a actividade física em particular, verificou-se um aumento de adolescentes que referiram praticar todos os dias da semana, entre os estudos de 2002 (12,6%) e 2006 (14,5%). Contudo, estes resultados estão ainda distantes dos valores apresentados pela maioria dos países europeus. Os jovens que apresentam os maiores índices de prática são os rapazes e os mais novos. Com o avançar da idade, verifica-se, por cada ano de idade, uma diminuição em 10% da prática. As raparigas são as que menos praticam, sendo que, no estudo de 2006 apenas 5,5% afirmaram realizar actividade física todos os dias.

Os jovens que realizam actividades físicas em Portugal apresentam como grandes características ser do género masculino, com um nível financeiro da família elevado e com menores valores de pré-obesidade e obesidade. Inclusive, no estudo de 2006, os adolescentes que praticavam actividade física menos de três vezes por semana tinham 36% maior probabilidade de serem classificados com tendo excesso de peso e obesidade. O perfil dos adolescentes sedentários apresenta como grandes características ser do género feminino, mais velhos, com um nível financeiro da família médio e têm mais vontade de alterar algo no seu corpo.

No que se refere à prática desportiva, verificou-se que foi no estudo de 1998 onde se registaram os maiores valores de prática regular (24%), tendo diminuído nos estudos posteriores (19%). Fazendo a distinção pelo tipo de desporto praticado, verificou-se que a predominância das raparigas pelas modalidades individuais foi-se esbatendo ao longo dos anos de estudo. No estudo de 1998 a prática de modalidades individuais era referida por 59,9% das raparigas, enquanto no caso dos rapazes o registo era de 47%. No entanto, em 2006 já não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros, em grande parte devido à diminuição de praticantes femininas. Quanto às modalidades colectivas, verificou-se uma diminuição consistente ao longo dos anos de estudo em ambos os géneros, mantendo-se em todos a característica de ser o tipo de modalidade preferida dos rapazes.

Indicações para a intervenção

A actividade física e desportiva é fundamental para que as crianças e jovens possam ter um desenvolvimento adequado. Torna-se cada vez mais premente que exista um conjunto de alterações estruturais, que terão de ocorrer a vários níveis, das políticas às práticas familiares, que facilitem e motivem os mais jovens a praticar.

É igualmente evidente que não será de todo um processo fácil, mas é crucial que se inicie, caso contrário, continuaremos assistir a um número crescente de jovens que apresentam debilidades físicas, psicológicas e sociais.

Uma das medidas facilitadoras a adoptar poderá passar por aumentar a importância da disciplina de Educação Física como meio de promoção da saúde. Trata-se de uma disciplina que é muito valorizada pela maioria dos alunos, e que se verifica, na maioria das vezes, um bom relacionamento entre o docente e aluno. O programa da disciplina, assim como os conteúdos a ministrar, devem ter um maior foco, no desenvolvimento das competências dos alunos para serem activos.

Nessa linha de ideias, deve existir uma profunda reflexão sobre a função das actividades extra-curriculares dos alunos do 1º ciclo, pois trata-se de um ótimo contexto para iniciar a promoção da saúde. No entanto, é importante continuar a desenvolver os objectivos a atingir na disciplina de Expressão e Educação Físico-Motora, devendo ser estruturadas e dinamizadas estratégias, de âmbito essencialmente prático, que estimulem os valores relacionados com a saúde.

Outra das alterações necessárias, poderá passar pela forma como os jovens e suas famílias percebem o seu bairro residencial, pois ao longo dos tempos, verifica-se que cada vez menos crianças e jovens circulam, brincam e jogam nas imediações de suas casas. Ora, esta foi uma das principais formas de estimulação motora das gerações anteriores. É urgente dotar o bairro de características que aumentem a confiança das famílias, e dessa forma, permitam e estimulem a saída dos jovens de suas casas. É evidente que aumentar o número de instalações desportivas e recreativas nas imediações seria um factor importante, mas em muitos casos, tal não é possível, devido à densidade habitacional. Torna-se fundamental agir sobre os pormenores, que poderão fazer toda a diferença. É disso exemplo, o melhorar a ligação entre os passeios, reduzir ou mesmo condicionar a densidade de tráfego em alguns períodos do dia, melhorar as questões estéticas do bairro (as pinturas das casas, árvores, flores, etc.), a iluminação e limpeza das ruas, assegurar que não existem cães vadios a circular pelo bairro, etc. Uma das grandes preocupações familiares, prende-se com questões relacionadas com a segurança dos mais jovens, assim é importante concertar medidas, entre as diversas entidades responsáveis, que contribuíam para aumentar os níveis de segurança.

Desta forma, aumentar a mobilidade dos mais jovens pode ser um ótimo meio para melhorar as práticas físicas. É disso, particular exemplo, a forma de deslocação dos jovens de casa para a escola e vice-versa. Temos assistido, nos últimos tempos, ao aumento do tráfego nas horas de entrada e saída da escola, o que faz pressupor que muitos dos jovens são transportados de carro. Torna-se importante estimular as formas de transporte activos regulares (caminhar ou usar a bicicleta), de forma a contribuir para o gasto calórico diário através de um meio fácil e bastante acessível.

É urgente recrutar todos os meios que se revelem eficazes para aumentar os índices de prática da juventude portuguesa.

Para saber mais

<http://www.activeliving.org/>; <http://www.ccmpto.org/SR2S/>; <http://www.vichealth.vic.gov.au>;
<http://www.victoriawalks.org.au/>; <http://www.walkingschoolbus.org/>

Ideias-chave

- Elevado nível de inatividade física dos jovens e, em particular, das raparigas.
- Necessidade de criar sinergias entre os diversos agentes que facilitem e promovam a prática de Actividade Física.
- As estratégias a implementar devem passar por reabilitar o bairro residencial como um local facilitador da prática.
- Estimular e implementar estratégias que promovam os transportes activos da residência para a escola.

Referências

- Berkey, C., Rockett, H., Gillman, M., & Colditz, G. (2003). One-year changes in activity and in inactivity among 10- to 15-year-old boys and girls: Relationship to change in body mass index. *Pediatrics*, *111*, 836-843.
- Biddle, S., Marshall, S., Gorely, T., & Cameron, N. (2009). Temporal and environmental patterns of sedentary and active behaviors during adolescents. *Leisure Time International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(3), 278-286.
- Currie, C. (2006). *Socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity among adolescents*. Paper presented at the Children, Physical Activity & Health. The 4th European Youth Heart Study Symposium Odense, Denmark, 24-26 Abril 2006. Retirado da Internet em 1/6/2009 de <http://www.eyhs-satellite.sdu.dk/Speakersinfo.html>
- Eurobarometer. (2004). *The citizens of the European Union and Sport, Special Eurobarometer 213*. Retirado da Internet em 12/1/2009 de http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/.../ebs_213_report_en.pdf
- Eurobarometer. (2006). *Health and food*. Retirado da Internet em 20/5/2007 de http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_en.pdf
- Eurobarometer. (2010). *Sport and physical activity*. Retirado da Internet em 17/4/2010 de http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_special_en.htm#334
- Gordon-Larsen, P., McMurray, R., & Popkin, B. (2000). Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, *105*(6).
- Johnson-Taylor, W., & Everhart, J. (2006). Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: Report of a workshop. *Obesity*, *14*(6), 929-966.
- Kaiser Family Foundation. (2010). *Generation M2: Media in the lives of 8- to 18-year-olds, 2010*. Disponível em <http://www.kff.org/entmedia/8010.cfm>
- Lanningham-Foster, L., Jensen, T. B., Foster, R. C., Redmond, A. B., Walker, B. A., Heinz, D., et al. (2006). Energy expenditure of sedentary screen time compared with active screen time for children. *Pediatrics*, *118*(6), e1831-1835.

- Marshall, S., Gorely, T., & Biddle, S. (2006). A descriptive epidemiology of screen-based media use in youth: A review and critique. *Journal of Adolescence*, 29(3), 333-349.
- 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. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Matton, L., Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Philippaerts, R., Duquet, W., Beunen, G., Claessens, A., et al. (2007). Secular trends in anthropometric characteristics, physical fitness, physical activity, and biological maturation in Flemish adolescents between 1969 and 2005. *Am. J. Hum. Biol.*, 19(3), 345-357.
- Mhurchu, N., Maddison, R., Jiang, Y., Jull, A., Prapavessis, H., & Rodgers, A. (2008). Couch potatoes to jumping beans: A pilot study of the effect of active video games on physical activity in children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(8), 1-5.
- Mota, J. (2003). Actividade Física e obesidade na população infanto-juvenil. Referências e reflexões. In A. Pereira (Ed.), *A actividade física: Do lazer ao rendimento. A estética, a saúde e o espectáculo*. Lamego: Escola Superior de Educação de Lamego.
- Mota, J., & Sallis, J. (2002). *Actividade física e saúde. Factores de influência nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo de Letras.
- Nelson, M., Neumark-Stzainer, D., Hannan, P., Sirard, J., & Story, M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*, 118(6), e1627-1634.
- Tammelin, T., Näyhä, S., Hills, A., & Järvelin, M. (2003). Adolescent participation in sports and adult physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 22-28.
- Taveras, E., Field, A., Berkey, C., Rifas-Shiman, S., Frazier, A., Colditz, G., et al. (2007). Longitudinal relationship between television viewing and leisure-time physical activity during adolescence. *Pediatrics*, 119, e314-319.
- WHO. (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Genebre: WHO.
- WHO. (2009). *A snapshot of the health of young people in Europe*. Copenhagen: WHO.
- Wong, S., & Leatherdale, S. (2009). Association between sedentary behavior, physical activity, and obesity: Inactivity among active kids. *Prev. Chronic. Dis.*, 6(1), 1-13.

