



**FMUC** FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DE 6.º ANO MÉDICO COM VISTA A ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**INÊS COUTINHO OLIVEIRA DE LIMA MADANELO**

**Juventude Saudável: do conhecimento à competência**

**Concetualização de Projeto em Saúde Pública para os estudantes da UC**

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE SAÚDE PÚBLICA**

**TRABALHO REALIZADO SOBRE A ORIENTAÇÃO DE:**

**Mestre António Morais**

**Dr. João Crisóstomo Borges**

**ABRIL/2014**

|  |           |
|--|-----------|
| Resumo .....   | 3         |
| Abstract .....   | 5         |
| Palavras – Chave .....   | 7         |
| Introdução .....   | 8         |
| Materiais e Métodos .....  | 11        |
| <b>CAPÍTULO I - Juventude e condicionantes de Saúde .....</b>                    | <b>13</b> |
| 1. Juventude: conceito .....   | 14        |
| 2. Comportamentos em Saúde .....   | 15        |
| 3. A Saúde na Juventude .....  | 17        |
| 3.1. Saúde Mental .....  | 18        |
| 3.2. Saúde Sexual .....  | 24        |
| 3.3. Hábitos de vida: desafios de socialização .....                             | 27        |
| <b>CAPÍTULO II- Saúde: do conhecimento à competência, da teoria à ação .....</b> | <b>34</b> |
| 1. Dimensão macro .....  | 35        |
| 2. Dimensão micro: o caso da Universidade de Coimbra .....                       | 39        |
| 2.1. O universo UC .....   | 39        |
| 2.2. Saúde UC: do conhecimento à competência .....                               | 40        |
| 3. Intervenção .....   | 46        |
| Conclusão .....  | 48        |
| Referências Bibliográficas .....   | 52        |
| Agradecimentos .....   | 60        |

Os jovens, grupo etário compreendido entre os 10 e os 24 anos, representam mais de um quarto da população mundial, perfazendo 1,8 bilhões de pessoas. Prevê-se que este número atinja um pico em 2032, de aproximadamente 2 bilhões.

A juventude é, habitualmente, entendida como sinónimo de saúde. Paralelamente, e quase paradoxalmente, é nestas idades que se iniciam os comportamentos que definem o bem-estar físico, mental e social; com repercussões imediatas e no futuro, individuais e na sociedade.

Com este artigo de revisão, fundamentado em artigos científicos e material institucional nacional e internacional, procurámos entender o que condiciona a saúde dos jovens, com maior enfoque em matérias como *Saúde Sexual*, *Saúde Mental* e *desafios de socialização*, nomeadamente hábitos tabágicos e alcoólicos.

Foi feito um levantamento dos fatores de risco e foram objetivadas intervenções de sucesso em cada uma das áreas supracitadas.

Embora se verifique um efetivo acesso ao conhecimento acerca das matérias de saúde, este não é, como seria desejável, transposto para a ação, ou seja, existe conhecimento sem competência.

Apurámos, ainda, que é ao nível do plano local que se verificam as maiores fragilidades, pelo que é onde se encontra a maior oportunidade de intervenção. Deste modo, delineámos os alicerces para um plano de intervenção em saúde juvenil a aplicar na Universidade de Coimbra, entendendo-a como instituição formativa por excelência que detém capacidade científica para orientar, administrar e supervisionar este projeto. Apresentamos as linhas orientadoras de um projeto de promoção da saúde e prevenção da doença, economicamente viável, com resultados eficazes a médio-longo prazo.

Pretendemos, assim, dar o nosso contributo para a melhoria das condições de saúde dos Jovens da Universidade de Coimbra, como parte integrante desta instituição e desta cidade, defendendo a indissociabilidade entre o *saber* e o *saber-ser* e, concomitantemente, a necessidade de se eliminarem as fronteiras entre o **conhecimento** e a **competência**.

With ages between 10 and 24 years old, the youth is one quarter of the world population, aggregating 1.8 billion people. It is believed that this number will rise to 2 billion in 2032, reaching its maximum.

We always thought about being young as a health synonym. At the same time, almost paradoxically, it's at this same age that one starts his health related behaviours, damaging his physical, mental and social wellbeing. The consequences are noticed in short and long term, both at a personal and social level.

With this review paper, based on scientific articles and national and international institutional material, we intend to understand what can influence the youth's health, giving special attention to sexual health, mental health and social behaviours such as smoking and drinking alcohol.

We put together the risk factors and mentioned some interventions with success in those previous referred areas.

We have noticed that, although people have the knowledge about health and its issues, they don't put it into practice, as it's supposed to, as people have the knowledge but lack the skills to use that knowledge.

We also noticed that the major weakness is when it comes to local interventions. Taking that into account, this is where we have the biggest opportunities to make a difference.

We made some guidelines for a health action plan, targeting the youth, to apply at the Coimbra University, an educational institution par excellence, that has the scientific resources and knowledge to orientate, administrate and supervise a project such as this one.

This plan is meant to promote health and prevent disease in an economical way, with medium and long-term results.

We intend to give our contribution to improve the health conditions of all the Coimbra University's youth, as part of this institution and this town, advocating the indivisibility between *know-how* and *know-how-to* and, at the same time, the need to remove the boundaries between **knowledge** and **skills**.

*Saúde Pública; juventude; saúde sexual; saúde mental; desafios de socialização; conhecimento; competência; Universidade de Coimbra*

Há uma tendência generalizada para considerarmos juventude como sinónimo de saúde.

O peso do *stress* oxidativo da idade acumulada é entendido como inevitável. O tempo segue o seu rumo e o aumento da esperança média de vida faz com que muitas doenças passem de desconhecidas e graves, a rotineiras e não menos graves.

Nascem cuidados continuados, multiplica-se a polimedicação crónica, subsidiam-se cuidados de saúde, generalizáveis à população. Diabetes, hipertensão arterial, entre outras, começam a ser encaradas como patologias “normais”, de tão frequentes.

O cancro, os acidentes vasculares cerebrais e os enfartes agudos do miocárdio assumem-se como doenças na família, conhecidas, presentes nos contactos diretos.

Dada a crescente expressão populacional, as doenças de “fim de vida” são alvo primordial de atenção e de cuidados.

E em relação à juventude? Será, esta faixa etária, sinónimo de saúde?

A vitalidade dos *verdes anos* é o regozijo do povo e vai sendo o descanso de quem nos governa. Contudo, estas idades são vividas em franca combustão, numa perigosa manifestação da ânsia de viver, comprometendo o que existe e o que estará para vir.

Iniciam-se os comportamentos, que mais tarde definirão a vida, lima-se a construção do eu, em todos os seus sentidos. Inicia-se a vida sexual, experienciam-se as primeiras voltas de carro, saboreia-se a primeira bebida alcoólica. Os jovens são, pela primeira vez, isoladamente responsáveis por si...

Como pode uma primeira vez não ser arriscada? Terão os jovens o amparo necessário para decidir em consciência? E se errarem, como voltar atrás?



A juventude é onde começam os comportamentos que decidem a curto e a longo prazo, a nossa vida. Retomamos, assim, a questão, anteriormente, colocada: será, a juventude, sinónimo de saúde? O facto é que este “pré-conceito” tem-nos levado a negligenciar a saúde dos jovens enquanto matéria de Saúde Pública. Não obstante, não se encerra em si mesmo e no agora, a saúde dos jovens do presente. Se o dia de amanhã cabe aos jovens de hoje construir, a responsabilidade pela saúde do futuro também a eles se reserva. Moldarão a sua própria saúde, e a saúde de uma geração que farão nascer e que educarão.

O contexto atual, de recessão económica e contenção de despesas (e de investimentos), faz com que também a saúde necessite ser pensada numa perspetiva economicista. Os países europeus enfrentam desafios sociais, económicos, ambientais e demográficos, para conseguir suportar o estado social que desenvolveram.

Nas sociedades dos nossos dias, subsistem dificuldades e carências de instrumentos para construir e aplicar políticas transversais que respondam, de forma coerente e contínua, aos desafios supracitados (1). O progresso socioeconómico que nos levará à estabilidade só será possível quando entendermos que ele depende da coesão social, segurança, respeito pela diversidade, boas saúde e educação. No que concerne à saúde, ganha vida a máxima *Wealthy is Healthy*, na qual estes dois conceitos nos aparecem como indissociáveis.

Em tempos de revisão de um estado social, promovida pela crise económica, a promoção da saúde e a prevenção da doença ganham uma importância maior por nos permitirem programar, ponderadamente, o futuro, edificando-o de forma economicamente rentável. Assim, também é tempo de perceber o que a saúde pode fazer pela economia, se a sociedade souber cuidar da primeira.

Pertencemos à era do conhecimento, contudo nem sempre podemos infirmar ser a era da formação das gerações mais conhecedoras. Observam-se duas abordagens distintas e que

podem contribuir para a adoção voluntária de comportamentos saudáveis pelas novas gerações. Uma reside na necessidade de repensar e revolucionar conceitos e métodos de ensino da saúde, disseminando-os na rede de educação; os espaços de educação assumem um papel de destaque, por esta ser um direito de todos, acessível a uma vasta maioria. A outra consiste em levar a saúde à sociedade – a saúde tem de ser uma constante no dia-a-dia, indissociável da prática de cidadania. Só desta forma, poderemos fazer a metamorfose da saúde, a transposição de conhecimento a competência.

Movidos pelo ímpeto de evolução civil, acreditamos estar nos jovens o motor da mudança. Jovens esses que estão distantes dos cuidados de saúde primários e que, primariamente, são fonte de distúrbios à homeostasia do corpo no presente, com repercussões no futuro. Queremos provar que o pouco que se faz é infrutífero face aos riscos que esta população corre. É necessário trazer a saúde aos jovens, se a sua forte ideia de saúde não os faz procurar ajuda neste ramo. Com um *Serviço Nacional de Saúde* (SNS) que é dos melhores a nível mundial, com indicadores de morbimortalidade dos últimos 30 anos que nos fizeram dar o “salto” para a excelência, é preciso que não nos acomodemos e que saibamos ver, nas especificidades dos hábitos e costumes do nosso tempo, a oportunidade para agir.

Com esta revisão, e nesta linha de pensamento, propomo-nos dissecar os comportamentos da juventude, projetando-os enquanto saúde no futuro.

Abordaremos a vantagem da promoção da saúde e prevenção de doença nesta faixa etária, particularmente junto dos alunos da Universidade de Coimbra.

O objetivo inicial residia numa revisão epidemiológica completa acerca da saúde dos jovens portugueses da atualidade. Pretendíamos, assim, focar a nossa atenção em estudos recentes, baseados numa amostra nacional, que identificassem as patologias e os fatores de risco mais comuns neste grupo etário, compreendido entre os 10 e os 24 anos.

Por inexistência e/ou indisponibilidade dos mesmos, decidimos alargar o âmbito da nossa pesquisa. Neste sentido, e a partir do levantamento de problemas de saúde na juventude, traçado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), selecionámos, como objeto do nosso estudo, a *saúde sexual*, a *saúde mental* e os *hábitos de socialização*, nomeadamente os hábitos tabágicos e alcoólicos, por serem altamente condicionados por comportamentos que se iniciam na juventude e que lhe são inerentes, suscetíveis de intervenções bem-sucedidas no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença (2).

Expandimos, ainda, a nossa pesquisa a estudos desenvolvidos noutros países, cuja realidade sociocultural fosse semelhante à portuguesa.

Sendo a saúde um valor de natureza intemporal, e tendo por objetivo perspetivar (com as limitações inerentes a um artigo desta natureza), a saúde do futuro, incidimos o nosso interesse em estudos aplicáveis ao contexto atual, sem que as datas de publicação fossem fator limitativo à inclusão.

O material bibliográfico utilizado para a realização deste artigo de revisão foi obtido através de pesquisa nas bases de dados eletrónicas, *PUBMED*, *Web of Knowledge*, *Elsevier Science Direct* e *b-ON*, e recolha em locais oficiais, sempre que se tratasse de documentos institucionais, como o Governo de Portugal e a Organização Mundial de Saúde, sendo que, a sua maioria abarca o período de 2000 a 2013.

A revisão da literatura sobre a saúde da juventude é apresentada num primeiro capítulo, “CAPITULO I- Juventude e condicionantes de saúde”, no qual se expõem o conceito de Juventude e os comportamentos em saúde, suas condicionantes e tipologias. Fundamentam-se, assim, os problemas de saúde que a maioria dos jovens vivencia, do ponto de vista epidemiológico e etiológico e as abordagens que, de forma consensual, visam a resolução desses mesmos problemas.

Embora conscientes de que um artigo de revisão tem como objetivo sumariar, analisar, avaliar ou sintetizar informação que já foi publicada, quisemos ir mais além e expomos num segundo momento, por referência às ideias colocadas em tese, princípios e metodologias que poderão tornar uma universidade no motor responsável e eficaz para a melhoria de indicadores de saúde, nomeadamente, no que concerne aos problemas de saúde dos jovens, Tomamos o exemplo da Universidade de Coimbra (UC), como forma de objetivar melhor algumas janelas de oportunidade e intervenção. Surge, assim, o CAPÍTULO II - Saúde: do conhecimento à competência, da teoria à ação”.

# CAPÍTULO I

**Juventude e condicionantes de Saúde**

---

## 1. Juventude: conceito

Para a OMS, os jovens constituem o grupo etário entre os 10 e os 24 anos e representam mais de um quarto da população mundial, perfazendo 1,8 bilhões de pessoas. Prevê-se que este número atinja um pico em 2032, de aproximadamente 2 bilhões, e que 90% desta população resida em países de baixo e médio rendimento (2).

Estes números implicam, por si só, que o estado de saúde dos jovens seja objeto de interesse, não apenas como determinante de saúde da população do futuro, mas por razões de desenvolvimento social e económico.

Muitas vezes, o conceito de *Juventude* dilui-se com o conceito *Adolescência*. Não obstante, e independentemente dos argumentos, estes são conceitos distintos que apenas se interseam num pequeno grupo etário partilhado. *Adolescência* apresenta um sentido estritamente etário, versando a esfera individual, demarcada cronologicamente, enquanto *Juventude* suporta um sentido geracional, coletivo, que remete para um segmento populacional de uma sociedade. Por outro lado, *Adolescência* remete para um carácter negativo, de dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade; já *Juventude* é tido como algo positivo, remetendo à independência, criatividade e responsabilidade (3).

Neste artigo de revisão, entendemos *Juventude* como uma fase de constituição do ser relacional e móvel, para responder a uma contemporaneidade que exige flexibilidade e, conseqüentemente, informação para decidir.

## 2. Comportamentos em Saúde

Qualquer política de Saúde Pública visa melhorar os *indicadores de saúde* que se afiguram, não só como consequências objetivas e subjetivas de um estado de saúde mas, sobretudo, como fatores determinantes desse mesmo estado de saúde.

Os *indicadores de saúde* são mais influenciados pelos comportamentos, do que pelo genótipo apresentado e dividem-se em três tipos: *indicadores socioculturais* – o estado socioeconómico, o nível educacional, as crenças e os determinantes culturais, entre outros, condicionam e são condicionados pela saúde. A prosperidade e as particularidades de uma nação condicionam as condições de saúde que esta proporciona, pois só uma população saudável permite alcançar um estado pleno e confortável de crescimento e afirmação social; *indicadores psicossociais* – a nossa conceção de saúde, a importância que lhe atribuímos, as nossas expectativas de saúde e o grau de satisfação que temos para com a vida influenciam o nível de saúde. Ao mesmo tempo, essa influência pode assumir a direção inversa: o nível de saúde que temos também condiciona a nossa perspetiva sobre este bem essencial e *comportamentos de saúde* - as atividades e posturas ao longo da vida condicionam e são condicionadas pela nossa saúde (4,5,6).

Por sua vez, os *comportamentos de saúde* podem ser subdivididos em positivos e negativos (4,7,8).

Os *comportamentos de saúde positivos* envolvem atividades que contribuem para a promoção da saúde, proteção do bem-estar e deteção precoce de afeções à saúde. Como exemplo, podemos mencionar a prática de um bom regime alimentar, a manutenção de boa higiene de sono, a realização de “check-ups” regulares, a prática de exercício físico periodicamente e com a intensidade adequada, entre outros. Este conceito deverá também englobar ações comunitárias, cujo objetivo verse o aumento dos comportamentos positivos

em dado grupo populacional. Podemos apontar ações de sensibilização para os mais diversos riscos para a saúde, organização de espaços que permitam a prática de desporto e promoção de atividades desportivas ao ar livre, entre outras.

Por outro lado, os *comportamentos de saúde negativos*, também mencionados como comportamentos de risco para a saúde (8), englobam qualquer atividade praticada, com frequência ou intensidade tal, que seja nociva para a saúde. Hábitos tabágicos, consumo excessivo de álcool e sedentarismo são exemplos deste tipo de comportamentos.

A definição de *comportamentos de saúde* por um indivíduo ou por uma comunidade é influenciada por variados fatores, passíveis de ser agrupados em quatro categorias: *fatores envolvimentoais; culturais; grupais e pessoais*. Os *fatores envolvimentoais* encontram-se em estreita dependência das políticas públicas e organizacionais que caracterizam e condicionam a vida num dado local. O indivíduo tem controlo sobre o local onde estuda, reside ou trabalha. Assim, a esfera individual acaba por confluir também para esta dimensão. Englobados neste grupo de fatores estão o envolvimento físico/espacial e a disponibilidade de cuidados/serviços de saúde. Os *fatores culturais* têm origem nos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam um grupo social, e que definem o estilo de vida, a vida em sociedade, as crenças e os rituais. Os *fatores grupais* englobam os círculos de relações em que se insere um indivíduo, desde a família ao grupo de amigos. Ao nível da família, destacam-se, entre outros aspetos, a relação entre o nível de educação dos pais e a sua preocupação com a aquisição de um estilo de vida saudável. Relativamente aos grupos de pares, salienta-se a pressão que pode existir para a adoção de um padrão comportamental negativo que condiciona a aceitação e integração dos demais elementos. Os *fatores pessoais* balançam entre a suscetibilidade e a resiliência. Dependem da forma como cada um encara as solicitações que recebe do meio externo (desafios ou ameaças), bem como do controlo que



cada um tem sobre a sua vida e da aceitação que manifesta sobre o resultado das escolhas que faz (4).

### **3. A saúde na juventude**

De acordo com a carta da OMS, aprovada em 1948, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (9).

A mortalidade jovem atinge, anualmente, 2,6 milhões, a maioria por causas preveníveis. O número apresenta-se maior, quando falamos de morbidade, jovens que sofrem de patologias que diminuem a sua possibilidade de crescer e desenvolver a plenitude do seu potencial. Dois terços das mortes prematuras e um terço do total de doenças na idade adulta estão associados a condições ou comportamentos que se iniciam na juventude, incluindo o uso de tabaco, baixa atividade física, sexo desprotegido ou exposição a violência (10).

Por conseguinte, torna-se necessária uma ampla intervenção em saúde, com reflexo no presente e no futuro, ponderada e programada para esta faixa etária. É imperioso que se compreenda e se domine as condicionantes para a saúde e bem-estar da juventude.

Ao controlar os fatores preveníveis, que condicionam em grande medida a morbidade e a mortalidade juvenil, estaremos a investir no presente e no futuro, económica e socialmente. Cabe, pois, à tutela orientar o Plano Nacional de Saúde de forma ponderada, com bastante incisão na profilaxia, ultrapassando as fronteiras hospitalares, constituindo a saúde dos jovens como uma prioridade e um dos maiores alicerces para um estado social sólido.

No que concerne a intervenções locais, estas devem ser programadas de forma a constituírem um encadeamento racional e estarem em consonância com os objetivos nacionais, com as devidas adaptações necessárias à realidade local.

A intervenção a nível comportamental na juventude, pela informação, prevenção de doença e promoção da saúde, pode ser a chave para a melhoria das condições atuais e futuras de Saúde Pública.

Como aspetos suscetíveis de intervenção promotora de saúde na juventude, com impacto pelo seu peso estatístico e pelas consequências nefastas para a saúde que pode evitar, falaremos nos subcapítulos que se seguem de *saúde sexual*; *saúde mental* e *desafios de socialização*, com ênfase nos hábitos tabágicos e alcoólicos.

### **3.1. Saúde Mental**

Retomemos o conceito de *saúde* da OMS, que aponta para estado de completo bem-estar físico, mental e social. Neste sentido, constata-se a importância do bem-estar mental na saúde do ser humano. Por sua vez, a saúde mental refere-se a um conjunto vasto de iniciativas que direta ou indiretamente se relacionam com o bem-estar psíquico, mencionado na definição da OMS, e que abrange a promoção do bem-estar, prevenção de doenças psíquicas e tratamento e reabilitação de pessoas afetadas por essas doenças (11).

Trata-se, portanto, da construção e manutenção de um estado de bem-estar, onde cada indivíduo desenvolve o seu potencial, aplica estratégias de *coping* perante o *stress*, trabalha com produtividade e se sente capaz para contribuir para a comunidade em está inserido.

A promoção da saúde mental requer uma intervenção multisectorial, com o envolvimento de setores governamentais, organizações não-governamentais e grupos da comunidade.

Por conseguinte, apresenta-se como uma responsabilidade coletiva, que abrange toda a sociedade e que deve ser contínua ao longo da vida, de modo a garantir um ambiente fértil que possibilite o crescimento seguro a partir da infância, evitando distúrbios mentais na idade adulta (12). Na realidade, a construção de um perfeito estado mental inicia-se logo nos primeiros anos de vida e na juventude.

Assistimos, atualmente, a um aumento da consciência do valor da saúde mental a nível mundial. Não obstante, esta consciencialização continua a ser subestimada na juventude e, por conseguinte, negligenciada, apesar da sua relevância como causa líder de incapacidade neste grupo etário (13).

Na Europa dos nossos dias, altera-se o paradigma de saúde. Os distúrbios mentais nos jovens assumem uma considerável e crescente dimensão, enquanto, os problemas de saúde com maior expressão na primeira metade do século XX, tais como infeções agudas e mortalidade elevada nas idades mais baixas, têm visto o seu impacto reduzido ao longo do tempo.

Desde 1993, que a *American Academy of Pediatrics* assume o termo *new morbidity*, para caracterizar problemas emocionais, de comportamento e de aprendizagem, definindo-o como uma prioridade no que respeita à intervenção em saúde juvenil.

Mais recentemente, nasce o conceito *millennial morbidity*, no qual se assume que as modificações sociais das sociedades contemporâneas (estilo de vida; conceito de família; hábitos alimentares; acesso ilimitado à informação e a redes sociais, ...) têm um impacto significativo na saúde dos jovens, nomeadamente na sua saúde mental (14).

Por conseguinte, o paradigma da saúde, incluindo a saúde mental, entra em metamorfose paralela à evolução da nossa sociedade e, concomitantemente, dependente dela, com um impacto maior nas camadas mais jovens. A cada ano, estima-se que 20% dos jovens sofra com distúrbios mentais, emocionais ou de comportamento, mais frequentemente depressão e ansiedade (2).

Tal como referido anteriormente, se por um lado, as doenças mentais nos jovens tendem a ser subdiagnosticadas e subtratadas (15), por outro, estima-se que os problemas psicológicos sejam muito superiores aos reportados em estudos.

Esta escassez de dados epidemiológicos pode estar associada a vários fatores, tais como, a recente afirmação do problema, o facto da investigação se encontrar, ainda, muito focada na patologia diagnosticada, em detrimento dos fatores condicionantes da saúde mental ao longo do tempo e a conceção generalizada de que a juventude é saudável, não a entendendo como altamente condicionada pelas transformações sociais e, conseqüente, condicionadora das sociedades futuras.

Conhecer a prevalência dos problemas de saúde mental é o primeiro passo para determinar a magnitude geral dos mesmos. No entanto, a identificação clara de fatores condicionantes da saúde mental pode, igualmente, sustentar as intervenções precoces para redução da patologia mental (13).

É neste sentido que a cultura se afirma como um fator influenciador da distribuição das patologias de índole psíquica, pois define e cria fontes específicas de estabilidade, reforço positivo, desconforto e debilidade e condiciona a interpretação de sintomas (16).

Perante os diversos contextos socioculturais que compõem a sociedade atual, somos de opinião que um plano de saúde mental não pode ser entendido como universal ou mesmo bipartido para dois mundos, o dos países desenvolvidos e dos não desenvolvidos. Cada comunidade, cada cultura é um mundo *per si*, com impacto direto na saúde e com diferenças nos cuidados de saúde e, portanto, deve ver o seu plano de saúde mental adaptado aos contextos a que se destina (17).

O ambiente cultural é, igualmente, influenciado pela situação económica. Estudos reforçam que os jovens, fundamentalmente durante o período da adolescência, são dos grupos etários mais vulneráveis aos efeitos da pobreza (18), nomeadamente no que concerne à saúde mental.

De acordo com a *Inverse Care Law*, proposta por *Dr. Julian Tudor Hart*, em 1971, a disponibilização de cuidados de saúde com qualidade tende a variar inversamente à necessidade dos mesmos na população servida, independentemente do sistema de saúde adotado (17).

No âmbito da saúde mental na juventude, estima-se que apenas 10 a 15% dos jovens receba ajuda por parte de serviços especializados nesta área (19). Esta situação pode estar relacionada com a falta de recursos disponíveis ou fraca adesão dos jovens às estruturas de saúde, quando elas existem (20). Sabemos que os jovens tendem a menosprezar a necessidade de ajuda, tentando resolver os problemas por si mesmos.

Este distanciamento dos serviços sociais e de saúde verifica-se com maior incidência nos jovens do sexo masculino que têm uma menor tendência a procurar ajuda para situações de depressão, abuso de substâncias ilícitas e para lidar de forma equilibrada com eventos da vida stressantes (21). Estudos revelam ainda que os que mais precisam são frequentemente os mais relutantes em procurar ajuda (22).

Contudo, vivemos hoje tempos de recessão económica, tempos de mudança e transição para os jovens e para as suas famílias. Cria-se, assim, na juventude um desafio e uma oportunidade de intervir e prevenir os efeitos da pobreza (18).

Deste modo, e dado o período de crise económica que vivemos em Portugal, torna-se prioritário repensar a saúde mental neste grupo etário.

A distribuição dos profissionais de saúde mental influencia, logicamente, os cuidados prestados nesta área. Mesmo em países com vastos recursos, verifica-se que psiquiatras, pedopsiquiatras e outros profissionais da saúde mental juvenil se movimentam para zonas urbanas, com alta densidade populacional, e optam pela prática privada, em detrimento das zonas rurais e periféricas, com piores condições de acesso a cuidados de qualidade (17).

Assistimos, assim, a uma limitação do acesso a um tratamento constante, de proximidade, baseado na família e na comunidade, o que incentiva e fomenta o recurso à medicação (17).

Neste sentido, a OMS recomenda uma proximidade efetiva entre cuidados de saúde mental e a população, salientando a necessidade de integração nos cuidados de saúde primários, assistência especializada nos hospitais distritais e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental à escala local, em oposição à centralização de cuidados em grandes hospitais psiquiátricos.

Efetivamente, a saúde mental, quando subvalorizada, vê os seus problemas potenciados, podendo despoletar distúrbios mentais, emocionais ou de comportamento que não têm apenas impacto nos jovens que deles padecem, mas provocam um impacto social abrangente (na escola, no grupo de amigos, no sistema criminal judicial, e nos programas de suporte e prosperidade sociais).

Existem vários programas de prevenção e redução da incidência em indivíduos de risco, muitos deles validados em termos de custo-eficácia (23). De entre as abordagens utilizadas, nestes programas, destacamos a identificação de famílias com jovens em risco; o acompanhamento de proximidade por parte de profissionais de saúde, com visitas regulares ao lar para aconselhamento e suporte, e os programas escolares, que revelaram resultados positivos, quer na mudança de comportamento, quer nos resultados académicos dos jovens (23).

De acordo com *David A. Brent, MD*, professor de psiquiatria na *University of Pittsburgh Medical Centre*, as intervenções eficazes não têm que visar indivíduos ou grupos de risco, devendo ser direcionadas para a criação de ambientes que sejam conducentes a bons padrões de saúde física e mental (23).

Nesta perspectiva, e para que possamos perceber o que suporta efetivamente as condições psiquiátricas (raça, cultura, ambiente social e afetivo,...), estas intervenções deverão ser acompanhadas por uma completa investigação no âmbito na neurobiologia.

Torna-se, igualmente, necessário investir num estudo epidemiológico com o relato da incidência anual e prevalência de distúrbios mentais, emocionais ou de comportamento em jovens, para determinar quais as tendências espaciais e temporais. Assim, tentar-se-ia descortinar, ao longo do tempo, os fatores de risco e os fatores protetores neste grupo (23).

De acordo com o exposto anteriormente, torna-se pertinente e necessária a criação de programas de saúde mental, avaliados através do controlo da eficácia dos mesmos, assim que são colocados em prática, idealmente em grupos extensos, fracionados de acordo com os diferentes contextos socioculturais. Os referidos programas devem-se constituir como prioridade nas políticas de saúde, cabendo à tutela o seu financiamento e avaliação do impacto da sua implementação.

No que respeita aos cuidados primários, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na identificação de crianças e jovens em risco, antes do aparecimento dos problemas, e na redução do impacto dessas debilidades de fundo, ambientais ou de personalidade (23).

A formação dos profissionais em saúde mental deve começar pela compreensão do ambiente sociocultural e familiar dos jovens (17), assim como pelo diagnóstico da psicopatologia neste grupo etário. Não devemos apenas centrar a nossa atenção nos desenvolvimentos estonteantes do nosso século em neuroquímica, psicofarmacologia ou neuroimagem. Devemos optar pelo reconhecimento dos problemas estruturais, de modo a otimizar os efeitos que a ciência poderia trazer à saúde destes jovens, entendendo-a, tal como a OMS, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

Por conseguinte, importa, ainda, reconhecer a necessidade de integrar os programas de saúde mental num efetivo plano em Saúde Pública, direcionado para o aumento dos cuidados de saúde, através da promoção de campanhas de informação e sensibilização da comunidade que visem a implementação de condições sociais justas e universais (17). Torna-se, pois, necessário promover em todas as intervenções o *empower* da população, para que esteja mais capaz de responder perante dificuldades, de potenciar oportunidades e mais consciente para identificar situações de risco e estados de debilidade em si e nos outros (24).

É neste contexto das sociedades contemporâneas, nas quais as múltiplas dimensões (culturais, sociais, económicas e políticas) se desenham num quadro social, que a Saúde Pública, em nome da dignidade e da igualdade de oportunidades, deve apostar.

### **3.2. Saúde Sexual**

A saúde sexual implica uma abordagem respeitosa e positiva da sexualidade e das relações sexuais, assim como a possibilidade de vivenciar experiências sexuais gratificantes e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para o exercício de uma sexualidade saudável, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

Os esforços para diminuir os comportamentos sexuais de risco nos jovens têm conduzido a resultados que ficam aquém das expectativas.

A forma de encarar as relações sexuais mudou consideravelmente nas últimas décadas, sendo cada vez maior a tendência para se aceitar as relações sexuais antes do casamento. Esta tendência tem variado com as épocas e com os países, evidenciando-se, assim, o carácter essencialmente histórico, social e cultural das atitudes e comportamentos face à sexualidade (25).



No que diz respeito aos jovens, também em Portugal, é cada vez mais frequente verificar-se uma iniciação precoce de práticas sexuais (26,27). Este facto aumenta não só o tempo de prática sexual ativa e frequente, como exponencia o número de parceiros sexuais por pessoa, aumentando consequentemente, a exposição pessoal ao risco. Se, por um lado, os elementos do sexo feminino se dizem virgens até mais tarde, os rapazes afirmam iniciar a sua vida sexual no começo da adolescência e ter mais parceiras do que elas (27). Na mesma linha de ideias, um estudo comparativo de vários países da Europa referia que 30,2% dos rapazes portugueses e 20,3% das raparigas se afirmavam como sexualmente ativos aos 15 anos de idade (28).

O elevado número de casos de gravidez precoce e, concomitantemente indesejada, bem como de infeções pelo VIH/SIDA, na população adolescente e jovem, tem constituído uma preocupação um pouco por todo o mundo, tendo mesmo levado a uma implementação cada vez mais alargada de intervenções e a um aumento considerável dos trabalhos de investigação, provenientes de diferentes áreas de conhecimento. Em termos de intervenção, Portugal não tem fugido a este movimento internacional, tendo legislado e promovido a educação sexual nas escolas.

Em termos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) são muito escassos os dados existentes e, à exceção do VIH/SIDA, este tipo de problemas não tem sido objeto de campanhas significativas junto do grande público, embora se saiba que se tem verificado o aumento de algumas DST nos últimos anos (29).

Dados de investigação e números oficiais apontam para um relativo fracasso das tentativas para confinar a transmissão do VIH/SIDA e a gravidez na adolescência. Efetivamente, segundo o relatório da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS* (30), embora se verifiquem melhorias ao nível dos conhecimentos acerca do VIH/SIDA, especialmente nas mulheres e comparativamente com os valores indicados em

2005, estes ficaram ainda muito longe dos 95% definidos como objetivo pela *Declaration of Commitments* até 2010.

Apesar das melhorias expressivas registadas, a incidência de infeção por VIH em Portugal é ainda muito elevada, quando comparada com a média dos 5 países da União Europeia com as taxas de incidência mais baixas. Entre 2000 e 2010, a incidência VIH baixou de 27,6 para 9,0 (por 100 000 habitantes) (31).

Por outro lado, um estudo da DECO mostrou as dificuldades que persistem no acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar. Segundo a Direcção Geral da Saúde, somente um pouco mais de metade dos centros de saúde têm consultas e programas especificamente dirigidos a jovens (32).

Em 2007, foram divulgados os últimos dados disponíveis sobre uso de contraceptivos a partir do *4º Inquérito Nacional de Saúde*, que abrangeu mais de 20 mil participantes. Estes dados revelam que 86,7% das mulheres em idade fértil, não grávidas nem à espera de engravidar, e com atividade sexual, usam algum método contraceptivo. São as camadas mais jovens que menos usam a contraceção, chegando aos 35% de não uso, na região Norte. São ainda as mulheres menos escolarizadas que menos usam a contraceção (chegando aos 24% do não uso). A pílula é usada por cerca de 69% das utilizadoras de contraceção e a seguir aparece o preservativo com 13%. (33). Ou seja, temos um padrão de uso significativo (mesmo assim, não podemos ignorar a existência de 13% que não fazem qualquer tipo de método contraceptivo). Este padrão de uso está fortemente centrado na pílula (somos, depois da Holanda, o país europeu com maior uso de pílula), tendo baixíssimo envolvimento masculino.

Em resumo, o desenvolvimento de programas na área da saúde sexual, em Portugal, centrou-se sobretudo no acesso à contraceção e na vigilância da gravidez, tendo-se aí registado progressos evidentes e rápidos, mesmo numa ótica comparativa aos outros países da

UE. O Estado, através do SNS foi, de longe, o ator principal neste processo, ainda que parte do uso de contraceção, nomeadamente da pílula, seja feita sem vigilância médica, ou seja, por automedicação das mulheres. Todas as outras áreas de trabalho incluídas no conceito de saúde sexual foram bastante menos desenvolvidas.

Por tudo quanto fica exposto, reforça-se a importância de educar as faixas mais jovens da população. Importa, pois, compreender o que está a falhar na forma de chegar às pessoas e que aspetos deverão ser contemplados.

Nesta ordem de ideias, a abordagem psicológica e social, a par da informação biológica e médica, é crucial para que os objetivos das campanhas e programas de educação para a saúde atinjam os alvos a que se propõem.

### **3.3. Hábitos de vida: desafios de socialização**

O conhecimento dos comportamentos dos estudantes do Ensino Superior relativos à saúde continuam, em Portugal, insuficientes, não obstante alguns estudos apontarem para a necessidade de desenvolver investigação e intervenção neste âmbito (34-36).

A pressão que muitos jovens sentem no sentido de adotar posturas ou comportamentos consentâneos com determinados hábitos de vida pode contribuir para afetar a sua saúde, ou mesmo, conduzi-los a uma morte prematura.

O cenário relativamente à evolução dos consumos, nos últimos anos, entre os jovens de 35 países europeus não é animador. Em relação ao tabaco, na generalidade dos países, verifica-se uma estabilização ou o decréscimo do mesmo, tendência acompanhada em absoluto pelos jovens portugueses. Quanto ao álcool, em média, 43% dos estudantes referiram situações de consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias, mais comum entre os rapazes do que entre as raparigas. Em média, o consumo esporádico excessivo durante os

últimos 30 dias aumentou entre 1995 e 1999 e entre 2003 e 2007. O aumento mais pronunciado entre 2003 e 2007 verificou-se em Portugal (37).

O tabaco e o álcool são responsáveis por cerca de 4% do peso global de um conjunto de doenças (38).

O consumo do tabaco constitui, nos países desenvolvidos, a mais devastadora causa de doença evitável e de morte prematura e encontra-se associado a um conjunto de doenças, das quais se destacam o cancro do pulmão, boca e laringe; a doença cardíaca e cerebrovascular e as doenças pulmonares obstrutivas crónicas (39). A mortalidade atribuída ao tabagismo tem uma importante magnitude e segue uma tendência crescente, tanto em homens como em mulheres. De acordo com alguns estudos, o consumo do tabaco está associado a um número superior de mortes, comparativamente ao conjunto de causas como a SIDA, as drogas ilícitas, os acidentes de trânsito, os assassinios e os suicídios (40). A pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX e calcula-se que, caso o padrão se mantenha, possa vir a matar mil milhões, neste século.

Fumar afigura-se como a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (41). O consumo de tabaco é, assim, a causa líder de morte prevenível na União Europeia (42), representando 23% da mortalidade, no sexo masculino, e 7%, no sexo feminino (43).

De acordo com informação da OMS, em Portugal, o consumo de tabaco é responsável por 10% das mortes verificadas na população adulta e por 25% das mortes verificadas na população entre os 45 e os 59 anos (41).

O objetivo de “erradicação” do tabagismo, reduzindo a morbilidade e mortalidade que advêm do uso de tabaco, mantém-se como um dos desafios cruciais em saúde dos nossos tempos, estando ainda longe de estar alcançado.

Segundo dados da Direção-Geral da Saúde (DGS), cerca de metade dos fumadores portugueses nunca fizeram qualquer tentativa para parar de fumar (44). A cessação tabágica é, frequentemente, um processo difícil e sujeito a múltiplas recaídas.

O contexto psicossocial do jovem (consciência dos malefícios do tabaco; amigos fumadores; acesso a tabaco; carga tabágica dos amigos; oferta de cigarros; capacidade de recusa dos mesmos;...) apresenta um impacto considerável no apoio das medidas antitabágicas. A aceitação destas medidas e os motivos que levam à iniciação tabágica dependem dos mesmos fatores.

Quer a OMS, quer a UE, quer o Governo de Portugal, têm multiplicado esforços no combate a esta pandemia, através da elaboração, discussão e acordos de implementação de medidas antitabágicas. As políticas antitabágicas apresentam inúmeras vantagens, pois melhoram a qualidade do ar ambiental, reduzem doenças atribuíveis à exposição passiva, diminuem a iniciação do consumo tabágico, aumentam a cessação e contribuem para a não-aceitação pública do tabagismo.

A juventude, altamente suscetível aos perigos do fumo passivo (45), apresenta altos níveis de exposição (46) e representa a próxima geração, cujas perspetivas irão determinar as políticas tabágicas do futuro.

A nível mundial, a maioria da juventude (77%) é a favor de medidas antitabágicas em espaços públicos, sendo que esta concordância é maior nas mulheres, nos mais velhos, em níveis educacionais superiores e na raça branca (47) e relaciona-se diretamente e mais frequentemente com o conhecimento dos efeitos nocivos do tabaco (48). Jovens fumadores e não fumadores são assim, na sua maioria, favoráveis à restrição do consumo tabágico em locais específicos (49).

A eficácia da promoção de comportamentos antitabágicos depende, em muito, do ambiente vivenciado, de determinantes socioculturais (50). Fumadores com menor grau educacional estão menos predispostos a pensar nos malefícios que o fumo que produzem pode causar aos outros. Neste sentido, multiplicar os esforços em educação sobre o tabaco, junto dos jovens, representa uma oportunidade para estabelecer ambientes sem fumo e melhorar a saúde das novas gerações.

Por sua vez, o álcool é a droga que, habitualmente, a juventude mais consome, mais do que o tabaco e do que as drogas ilícitas (51). Trata-se uma droga poderosa que altera o estado anímico da pessoa e, quando consumida por jovens, representa um grave perigo para a sua saúde física e mental.

São vários os estudos que apontam para um consumo cada vez mais precoce (52-55). O nosso país é um dos países membros da UE com maiores taxas de consumo de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao seu consumo (52, 54, 55).

Está demonstrado cientificamente que jovens bebedores sofrem uma redução de 10% na sua capacidade de memorização comparativamente aos não bebedores (56). Igualmente, o início precoce do consumo de álcool está, não raras vezes, associado à ocorrência de diversos problemas, incluindo comportamentos agressivos, acidentes, condução perigosa, absentismo escolar, aumento do risco para o consumo de outras drogas, bem como futura dependência alcoólica (57).

Também o consumo de cerveja e de bebidas destiladas tem aumentado significativamente, especialmente entre os jovens portugueses, que têm vindo a adotar, cada vez mais, um padrão de consumo maciço, associado a momentos e locais de diversão, abandonando o consumo regular às refeições, característico da cultura mediterrânica (58, 60).

De acordo com alguns estudos, o consumo de álcool na juventude pode levar à dependência ao longo da vida (57-59), a um aumento da atividade sexual desprotegida, expondo a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidezes não planeadas, a comportamentos agressivos, a atos ilícitos, entre outros (38,51,54,60,61,62). Convém, ainda, referir que cerca de dois terços das cirroses hepáticas são de etiologia alcoólica (63).

Em Portugal, e em termos de Saúde Pública, a amplitude e a gravidade dos problemas ligados ao álcool impuseram a tomada de medidas, quer de educação e promoção da saúde, quer de natureza legislativa e fiscalizadora. Em 2000, foi criado o *Plano de Ação Contra o Alcoolismo* (63) que integra um conjunto de medidas articuladas ou harmonizadas com o Plano de Ação Europeu sobre o Álcool.

Contudo, a dimensão mundial do problema do álcool mantém-se e expressa-se no facto da comunidade internacional, em particular a União Europeia, ter chamado a si a abordagem e a necessidade de reunir esforços no sentido de minorar a dimensão deste problema e resolver os seus aspetos transversais que condicionam o indivíduo e a sociedade na qual se insere. Concretamente, a Comissão Europeia identificou as áreas mais preocupantes relacionadas com este consumo e estabeleceu, em 2006, uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool.

A nível nacional, procurou articular-se o já referido *Plano de Ação Contra o Alcoolismo* com o presente *Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool* que pretende, antes de mais, operacionalizar a maioria das intenções explicitadas no plano anterior, tendo como objetivo primordial reduzir, para oito litros o consumo anual *per capita*, o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde. Pretende, ainda, proporcionar um enquadramento que permita adotar uma estratégia equilibrada através de diversas ações específicas, que vão ao encontro do preconizado pela

Comissão Europeia (55). O Plano fixa 25 objetivos e propõe alteração da idade legal para a compra e venda de bebidas alcoólicas em locais públicos, dos 16 para os 18 anos, como de resto já acontece na maioria dos países europeus. Prevê, também, a promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e de venda.

A problemática dos consumos na população estudantil é uma questão de saúde e uma preocupação educacional. Numerosos fatores podem influenciar o modo como os jovens se aproximam destas substâncias. A entrada num curso superior, com todas as implicações de carácter adaptativo, poderá constituir-se um importante fator para o início ou para o aumento do consumo destas substâncias.

Apesar das campanhas de proibição e dos dados científicos que comprovam os malefícios do tabaco, as pessoas continuam a fumar. Conseguir diminuir o consumo poderá passar por reduzir a acessibilidade ao produto e orientar a atenção, especialmente, nos jovens. A oferta de serviços de desabituação em instituições de saúde, bem como legislação restritiva ao consumo em locais fechados (Lei n.º 37/2007, 14 de agosto) apontam esforços nesse sentido.

Por sua vez, a importância epidemiológica do álcool não acontece só porque é a droga lícita mais consumida por jovens, mas também pelo protagonismo que o seu consumo adquiriu nos tempos livres, como substância de referência nas relações sociais. A tolerância social concedida e a escassa perceção do risco constituem-se como fatores que muito têm contribuído para a generalização deste hábito nesta população, favorecendo a instauração de uma imagem de “normalização” desta conduta. Na diversão noturna, o álcool tem-se vindo a revelar, de forma cultural, como a substância habitual e praticamente indissociável dessa diversão.



Numa fase em que muitos jovens, que frequentam o Ensino Superior, se afastam da família, num percurso de parcial autonomia, parece-nos importante investir em estratégias de intervenção que possam contrariar as alterações comportamentais verificadas nos consumos quer do álcool, quer do tabaco.

O que está em causa é apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas por desafios de carácter académico e de socialização.

## CAPÍTULO II

**Saúde: do conhecimento à competência, da teoria à ação**

### 1. Dimensão macro

Intervir em Saúde Pública tem como meta a evolução favorável dos indicadores de saúde de uma população. Quando o alvo da nossa intervenção é a população jovem faz mais sentido pensar em como condicionar os comportamentos dos mesmos.

A saúde dos jovens é altamente condicionada pela dimensão comportamental (riscos a que se submetem, hábitos que adquirem e acabam por perpetuar,...). Torna-se, pois, fundamental que se identifique os comportamentos negativos em saúde, convertendo-os em positivos, e que se incentive a disseminação dos comportamentos positivos, como escolhas racionais e proficientes.

Pelo exposto anteriormente, pensar um plano para modificar o comportamento de um grupo de jovens deve incluir *fatores grupais*, abraçando as relações interpessoais e exponenciando o resultado da intervenção; *envolvimentais*, compreendendo as ameaças e oportunidades que o “habitat” daquele grupo acarreta; e *fatores culturais e pessoais*, desenvolvendo a capacitação individual.

O processo de saúde-morbilidade resulta da confluência de múltiplos determinantes sociais e pessoais, condicionando de forma interdependente a gênese, o desenvolvimento e a perpetuação dos problemas que reduzem a qualidade de vida das pessoas. Esta constatação ampliou o conceito de *saúde* e evidenciou a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes do processo de saúde-morbilidade na produção de saúde e busca de qualidade de vida.

Procurar a qualidade de vida, nomeadamente no que concerne à juventude, impõe um caminho de interseção multissetorial, pressupõe a integração de políticas de Saúde Pública

nos setores organizados da sociedade. Só assim, prestando atenção e cuidados integrais e constantes, se conquistará uma atitude pró-ativa em saúde por parte dos jovens, influenciando positivamente os indicadores de saúde do presente e do futuro.

Nada será possível, sem normativas de conduta internacionais e nacionais que tracem objetivos comuns, que definam pontos de chegada, regulamentando a pertinência das intervenções. As metodologias possíveis devem ser moldáveis, adequáveis à cultura e às condicionantes envolvimento e grupais dos jovens-alvo. Nesta adequação contextual pode residir a eficácia da implementação.

Não se encontrando na ausência de normativas e pressupostos morais internacionais para a defesa e promoção da saúde dos jovens, enquanto matéria de direito internacional, a maior falha reside na aplicabilidade efetiva (a nível micro) desses pressupostos universais. Isto é suportado por toda a análise factorial anteriormente neste trabalho reflexivo de revisão.

Entidades como o Governo de Portugal, através do Ministério da Saúde, a Comissão Europeia, as Nações Unidas e a OMS, estabelecem, em inúmeros documentos reflexivos e/ou deliberativos, a saúde como prioridade, instituem programas de intervenção e criam medidas e apoios.

O distanciamento, comprovado anteriormente, da juventude face às políticas centra-se, em parte, na inexistência de planos locais de intervenção que se perpetuem, num tempo cronológico, em perfeita conjugação com a dinâmica da vida em sociedade.

O SNS e os seus intervenientes devem assumir-se como protagonistas deste processo, ainda que a missão deva, visando um melhor resultado, ser em parte executada fora do espaço físico de prestação de cuidados de saúde a que estamos habituados.

A promoção da saúde e a prevenção da doença ampliam o universo das ações possíveis, recompõem a característica multifatorial e multidisciplinar nos fenómenos da saúde e ressaltam a importância da ação intersectorial, da participação ativa dos indivíduos e da comunidade ao nível local.

A garantia da atenção integral às pessoas jovens é condição primordial para a assistência desse grupo populacional, compreendendo os aspetos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, inserido em contextos espacial, social, cultural e familiar. Assim como é primordial a integralidade da atenção, definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Para a adoção de um olhar diferenciado para com a juventude é necessário, a nosso ver, promover o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico, aliados a projetos terapêuticos formulados, implementados e avaliados pelos profissionais da equipa de saúde (64).

Neste sentido, torna-se fundamental a participação dos jovens na construção do seu projeto terapêutico, para que se envolvam mais com a sua saúde e, concomitantemente, apoiem o trabalho da equipa responsável por ele.

Investir na saúde da população jovem é uma aposta ganha, porque garante a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo dessas pessoas, que devem ser consideradas como um potencial, capaz de influenciar, de forma positiva, o desenvolvimento do País. Produzir saúde com jovens é considerar os seus projetos de vida, é valorizar a sua participação ativa e o desenvolvimento da sua autonomia, é acreditar que a juventude pode e deve aprender a lidar com os seus problemas e com o seu contexto de vida, tendo para isso o apoio e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde, sem moralismos, controlo e submissão.

A *Educação em Saúde*, voltada para os jovens, deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais facilitadoras ou inibidoras da interiorização de comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica, como sinal da atenção que é integrante da vida.

Registe-se que o estabelecimento de parcerias intersectoriais são de fundamental importância, mas não devem ser motivo de desatenção para com as competências específicas e exclusivas dos profissionais de saúde. Devem ser, sim, uma movimentação paralela e complementar, rumo a um mesmo objetivo.

Neste contexto reflexivo, e de acordo com o que explanámos no capítulo I, parece-nos fundamental que a promoção da saúde e a prevenção da doença dos jovens assente em três eixos de intervenção:

- a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incluindo o bem-estar psíquico dos jovens;
- b) atenção integral à saúde sexual;
- c) atenção integral aos hábitos de vida académica.

As afeções em saúde que ocorrem em cada um destes eixos assentam essencialmente na adoção de comportamentos negativos em saúde.

Assim, perspetivando uma maior proficuidade nas intervenções planeadas e efetuadas, recomendamos que todas enquadrem os jovens na interseção de influências pessoais, culturais, grupais e envolvimentois, tal como exposto no capítulo I.

## **2. Dimensão micro: o caso da Universidade de Coimbra**

A promoção da saúde na juventude precisa de iniciativas locais que fomentem a participação juvenil, a convivência e a inserção social. Os serviços de saúde devem, por isso, estabelecer mecanismos de referência com outros serviços que interajam com jovens, sejam de iniciativa governamental ou não, visando intervenções sinérgicas nesta faixa populacional.

O exercício da cidadania, por parte da população jovem, bem como a sua participação nas questões que afetam o seu bem-estar, é alcançado mais efetivamente por meio de estratégias capazes de contextualizar a sua atuação na comunidade e de envolver os seus familiares e pares.

### **2.1. O universo da UC**

Um universo como a Universidade de Coimbra, com 25668 estudantes (65), cuja grande maioria apresenta idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos, constitui, assim, uma oportunidade e um desafio, com imenso potencial, de intervenção em saúde.

A maioria destes estudantes não são naturais de Coimbra, fazendo desta casa a sua segunda residência. Vivenciam um período, em que são eles quem constrói as regras e decide como responder aos desafios. Podemos dizer, com as devidas restrições, que é o período de maior independência desde o seu nascimento.

Assim, determinam a sua rotina, do número de horas de sono aos hábitos alimentares, à experimentação e habituação alcoólica, ao tabagismo, ao sedentarismo.

Neste período, também se verifica uma revolução nas relações interpessoais: o grupo de amigos muda, inicia-se um contacto com o desconhecido. A *saúde mental* é posta à prova pela metamorfose do meio externo.

Espacialmente, a UC dispõe de uma contida dispersão comparativamente aos campus universitários das grandes metrópoles, em perfeita integração com o centro da cidade de Coimbra. Isto possibilita um maior impacto interventivo, que pode, inclusive, beneficiar da colaboração com a Câmara Municipal de Coimbra e da interação com a população conimbricense.

A fim de cumprir a sua missão, como instituição formadora e formativa, a Universidade de Coimbra deverá apostar num plano de saúde. Acresce o facto de esta universidade dispor dos mais variados recursos, imprescindíveis à sua implementação. Tem como ramificação a Faculdade de Medicina (FMUC), com o curso de Medicina e Medicina Dentária; a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física (FCDEFUC), com o curso de Educação Física e Desporto e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCEUC), com o curso de Psicologia. Para além destes, ainda há apoio científico pontual que se pode beber de áreas como Antropologia, sediada na Faculdade de Ciências e Tecnologias da UC. Estas áreas do saber, os seus profissionais e a camada estudantil adstrita a estes ramos podem ser um recurso grandioso para construir e pôr em prática um plano de saúde para os jovens da UC.

O facto de esta instituição receber, anualmente, milhares de estudantes, justifica a necessidade de renovar esta intervenção, ano após ano, formando uma sociedade mais saudável, mais apta aos desafios do nosso tempo.

### **2.2. Saúde UC: Do conhecimento à competência**

No seguimento das estratégias sugeridas na primeira parte deste capítulo e em estreita ligação com a revisão da literatura, apresentamos, de seguida, as linhas orientadoras de um possível programa de intervenção em Saúde Pública no universo juvenil da UC.



Como via de abordagem possível, e a partir do desenvolvimento de uma intervenção holística e pragmática, propomos uma abordagem integrada das três áreas de intervenção – *saúde mental; saúde sexual e hábitos de vida: desafios acadêmicos e de socialização* – discutidas no capítulo I deste trabalho, de acordo com os seguintes aspetos:

1. Consciencialização e Aprendizagem do tema;
2. Estudo dos indivíduos e do ambiente: epidemiologia e condicionantes
3. Intervenção:
  - a) ao nível do ambiente;
  - a) ao nível do sujeito
4. Monitorização (avaliação regular da implementação de medidas)

### **1. Consciencialização e Aprendizagem do tema**

A sensibilização para estas temáticas deve ser constituída por momentos espontâneos, incorporada no dia-a-dia do estudante. Neste sentido, não há metodologias de comunicação perfeitas, se não forem adaptadas ao público a quem nos dirigimos, em perfeita sintonia com o contexto em que essa comunicação ocorre.

Apesar do universo etário da UC ser semelhante nos seus mais diversos pólos, unidades orgânicas, cursos e/ou unidades curriculares, torna-se heterogéneo se pensarmos em outras condicionantes (formação pessoal, interesses, disposição do espaço, afluência dos locais,...).

Todas estas condicionantes já se encontram adequadamente trabalhadas pela AAC e pelos seus 26 núcleos de estudantes que, frequentemente, formam os estudantes fora das salas de aula, em assuntos disciplinares e/ou transdisciplinares.

Adaptar a comunicação ao local e ao público, na mais completa e perfeita simbiose, aumenta a proficuidade da comunicação e diminui os custos associados à mesma. Podemos falar no desenvolvimento de tertúlias, programas, conferências, “cafés com saber”; debates, material iconográfico, artigos na imprensa local, informação dinâmica *online*, entre outros. Podemos usar comunicadores especialistas na matéria ou estudantes, previamente, treinados, possibilitando a formação entre pares, e/ou apenas usar o argumento de autoridade pelo mediatismo, promovendo campanhas com caras conhecidas da (e na) UC. Assim, para que se torne eficaz, a comunicação em saúde deve ser natural e ajustada aos destinatários, abordando conteúdos modeláveis à heterogeneidade do universo UC.

Como janela cronológica de intervenção, podemos aproveitar todo o período letivo, pois pretendemos uma comunicação organizada e contínua. Não obstante, pode ser aproveitado, em particular, o período de Receção ao Caloiro, em parceria com outras estruturas, mostrando que a saúde é e deve ser uma das preocupações do Universo UC.

Visando uma maior eficácia na veiculação da mensagem, essas parcerias podem ser desenvolvidas com entidades regulamentadoras das atividades praxistas, como o Conselho de Veteranos, ou outras entidades com maior proximidade aos estudantes, como Núcleos de Estudantes, Associação Académica e Tertúlias Académicas.

É necessário informar e formar cidadãos em saúde mental, desmistificando esta problemática. A UC possui estruturas na sua dependência, cientificamente acreditadas para o efeito, nomeadamente a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), que pode orientar e solicitar a colaboração do Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra (NEM/AAC) e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC) que, na mesma linha de pensamento, pode orientar e solicitar a colaboração do Núcleo de Estudantes de Psicologia, Ciências da Educação e Serviço Social da Associação Académica de Coimbra (NPCESS/AAC).

No que concerne à *saúde mental*, é importante recordar, naturalmente, o período de exames, onde por tendência, os estudantes experienciam uma exigência maior e se sentem mais fragilizados. Apostar, neste período, em locais de estudo (bibliotecas, salas de estudo, cantinas,...) para a promoção de boas práticas conducentes a uma maior resiliência, pode ser, por si só, fator de sucesso da intervenção.

No que respeita à *saúde sexual*, os temas a explorar são vastos. O pouco que se tem feito no que respeita a DST faz com que estas ainda sejam desconhecidas para a maioria da população jovem. A utilização da pílula, enquanto método contraceptivo em larga escala, e, frequentemente, por automedicação, desconhecendo a variabilidade dos efeitos de cada combinação hormonal, justifica uma sensibilização ao tema. A liberdade na escolha da orientação sexual e a necessidade de formar cidadãos isentos de preconceitos, faz brotar temáticas atuais e polémicas. Outros temas como o carcinoma do testículo e a importância do auto-exame podem, igualmente, ter lugar nesta intervenção.

A *saúde sexual* deve ser abordada sem complexos ou entraves. Salienta-se apenas a necessidade de organizar cronologicamente as temáticas, para que não se tornem apenas intervenções pontuais e isoladas. Questões e incertezas no âmbito da sexualidade assombram os dias de muitos estudantes, sendo crucial a divulgação/criação de plataformas de esclarecimento de dúvidas.

Relativamente aos hábitos tabágicos e alcoólicos, não podemos falar num total desconhecimento dos efeitos nocivos do consumo destas substâncias. Não obstante, tal como referido anteriormente, o peso da aceitação social pode ser um fator preponderante no seu estabelecimento, enquanto hábito que conduz, na maioria dos casos, à dependência. Métodos alternativos de ensino e promoção de estilos de vida saudável podem e devem ser pensados. É importante não deixar de salientar de forma clara e forte que o consumo pontual e excessivo de álcool também tem efeitos crónicos.

## **2. Estudo dos indivíduos e do ambiente: epidemiologia e condicionantes**

Antes de, ou paralelamente a, qualquer intervenção, temos que perceber, claramente, o contexto em que intervimos. Estudos epidemiológicos assumem uma importância inegável no âmbito da Saúde Pública. Estes estudos de prevalência podem ser estudos independentes com o apoio da UC ou podem constituir temas de trabalhos finais de Mestrado Integrado em Medicina, depois de devidamente aprovados pelo Conselho Científico da FMUC.

A aplicação dos questionários pode ser feita *online* ou presencialmente, opcional ou tendencialmente obrigatória (vedando o acesso a plataforma online da UC: *Inforestudante*).

Conhecer o universo UC também passa por perceber, fora da sala de aula, toda a dinâmica de uma cidade que se diz dos estudantes. Perceber a disposição de espaços frequentados, dominar o desenrolar da rotina de um estudante pode ser fulcral para conseguir aplicar uma intervenção eficaz em saúde. É necessário entender e interagir com a “Coimbra dos estudantes” como um “habitat” animado de costumes e cultura.

Conhecer a prevalência dos problemas em saúde mental dos jovens da UC constitui um dos alicerces para uma eficaz intervenção neste âmbito e, deste modo, contribuir para o aumento do acervo de estudos a nível nacional.

Paralelamente, salienta-se a importância de (in)formar (cf. ponto1) para que a comunicação seja plena por parte dos jovens, sem entrave ou desconforto para admitir um problema ou fragilidade.

O contexto sociocultural vivenciado é importantíssimo na definição do estado de saúde mental. A UC é um ecossistema social que alberga muitos estudantes com as mais diversas proveniências sociais e culturais, experienciando uma fase de mudança nas suas vidas.

Conhecer, por exemplo, a distribuição geográfica dos nossos estudantes e perceber o impacto que a permanência prolongada na cidade tem no seu bem-estar pode ser fulcral para avaliar o apoio que a cidade de Coimbra dá aos seus “habitantes sazonais”. Ainda no seguimento deste raciocínio, inventariar as medidas existentes e equacionar novas medidas de melhoria das condições de estada/permanência (atividades culturais, desportivas,...) dos estudantes apresenta-se como uma preocupação que deve ser partilhada pela UC e pelo município de Coimbra.

Os jovens constituem um grupo etário dos mais vulneráveis à situação económica vivida hoje em Portugal. Uma situação económica débil pode ser fator de *stress* e, como tal, influência direta no bem-estar mental destes jovens. Torna-se, assim, fundamental proceder à avaliação dos dados disponíveis nos Serviços de Ação Social da UC (SASUC), tornando os casos encontrados como uma prioridade na promoção da saúde mental e na prevenção da doença.

Em termos de saúde sexual, devemos considerar dois tipos de indicadores epidemiológicos. Os indicadores diretos, por auscultação dos estudantes sobre os seus hábitos e conhecimentos, e os indiretos, através da estatística de vendas de contraceção de emergência ao longo do ano na cidade de Coimbra.

Cientes de que, as consultas de planeamento familiar, nos centros de saúde, são um recurso valioso e pouco explorado (quer por diminuta oferta, quer por desconhecimento por parte dos utentes), torna-se pertinente proceder a um levantamento dos pontos onde elas são ou podem ser facultadas na região de Coimbra, disponibilizando-as aos estudantes da UC e informando da sua disponibilidade.

Podem, assim, ser estabelecidos protocolos com o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos.

Podemos apostar em pontos de distribuição de preservativos, disseminados por toda a UC. Um recurso simples é a utilização dos pontos de atendimento dos Núcleos de Estudantes para fazer essa distribuição. Alguns Núcleos já o fazem, estando, infelizmente, longe de se constituírem como a maioria.

Conhecer os locais de consumo preferenciais de tabaco e álcool, bem como os tipos de consumo, dos estudantes da UC, pode ser uma forma eficaz de planejar medidas restritivas neste âmbito de consumos.

### 3. Intervenção

#### a) Ao nível do ambiente

Mais do que intervir individualmente, em populações em risco, a Saúde Pública passa pela constituição de ambientes saudáveis, onde cada um, individualmente, possa viver e desenvolver-se em pleno.

A UC, casa de mais de vinte mil estudantes, dispersa genericamente em 5 campus escolares (Pólos 1, 2 e 3; Faculdade de Economia e Faculdade de Desporto e Ciências da Educação), com outras infraestruturas de convívio e trabalho (bares, restaurantes, biblioteca,...), constitui um *habitat* de considerável dimensão, com dispersão geográfica favorável à intervenção supracitada. Também não nos podemos esquecer dos eventos anuais que nos mobilizam e mobilizam outros até nós, como a Queima das Fitas e da Festa das Latas.

A promoção de atividades de intervenção ou de sensibilização, da partilha de experiências e conhecimento, de forma organizada e planeada, ao longo do período letivo, levar-nos-ia a edificar a UC como “*health friendly*”, algo inovador e de extrema pertinência.

A existência de serviços de apoio especializados, nas áreas de saúde mental e saúde sexual, dever ser, igualmente, ponderada. Verificar a sua disponibilidade atual, promover a sua divulgação, estudar a adesão aos mesmos, a fim de indagar a sua exequibilidade face à estatística local, é um trabalho moroso mas pertinente.

Mais concretamente, no que concerne a *saúde mental*, depois de efetuada uma visão holística da situação, depois de equacionadas as necessidades, a disponibilidade e eficácia dos serviços prestados, depois de descortinada a existência de serviços alternativos, como seja a linha *SOS estudante*, estrutura da Associação Académica de Coimbra, devemos pensar em medidas de incremento do número e da proficiência de recursos. Neste sentido, torna-se imprescindível incluir a possibilidade de celebração de protocolos com a FMUC, com a FPCEUC, com o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) e com o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego.

No que concerne aos consumos tabágico e alcoólico, podemos intervir, através de campanhas de sensibilização, nos locais preferenciais de consumo. Assim, sítios como a entrada da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, famosa manta de beatas que preenche o átrio, ou o edifício da Associação Académica de Coimbra, sede de encontros, regados com álcool e ao sabor de muitos cigarros, constituem-se como pertinente ponto de partida.

### **a) Ao nível do sujeito**

Uma universidade, mais do que técnicos, deve procurar formar cidadãos plenos. A nível individual, um plano de saúde para UC, deverá potenciar o crescimento saudável, intelectual, físico e social dos jovens visados.

Em termos de *saúde mental*, devemos procurar desenvolver o *empower* dos nossos estudantes, nas mais diversas áreas de convivência e comunicação. Deve ser promovida, de forma regular, formação em competências básicas (liderança, gestão de tempo, trabalho em equipa, ser bem sucedido, empreendedorismo jovem,...), com a parceria das Unidades Orgânicas e da Associação Académica de Coimbra.

Em termos de *saúde sexual*, podem ser proporcionadas atividades utilizando metodologias como o *role playing*, colocando os estudantes em determinadas situações para perceber como procederiam, caso tal lhes acontecesse.

No que concerne ao plano individual que vise a redução ou abolição do consumo de tabaco e o consumo nocivo de álcool, passa pela consciência de si, conhecimento dos problemas que podem advir desse comportamento e capacidade para decidir. Medidas de melhoria de competências básicas (confiança, gestão de conflitos, expectativas,...) podem ajudar. Estabelecimento de vários programas acessíveis e fáceis de promoção de saúde que aliem a prática de desporto regular (como é o caso dos *Night Runners Coimbra*) com bons comportamentos alimentares, podem colocar a preservação da saúde num lugar de destaque nas escolhas pessoais. Apoiar os alunos que queiram optar por um consumo noturno de bebidas não alcoólicas, com o suporte de programas como *ComSumos*, promovido pela AAC, enquanto membro do Conselho Nacional da Juventude.

#### **4. Monitorização (avaliação regular da implementação de medidas)**

A promoção da saúde deve ser um processo contínuo, em constante evolução, calibrando-se medidas rumo ao expoente da eficácia e adequação contextual.



## **CONCLUSÃO**

Num país disperso em discursos de contenção económica, restrições orçamentais, onde investir começa a ser uma palavra proibida, onde ser jovem parece ser um fardo aos olhos da nação, está na altura de parar de esperar, está na hora de ver e fazer para além do óbvio e momentâneo.

A prevenção da doença e a promoção da saúde assumem lugar de destaque, por economicamente viáveis e francamente eficazes dado que as “doenças” que acometem os jovens derivam na sua grande maioria de comportamentos estabelecidos. Fazer por nós, jovens, hoje e agora, como se, não só o futuro, mas também o presente nos pertencesse. Sugerir a uma Universidade que reforce a sua missão – formar cidadãos a par dos técnicos – é exigir um direito que é nosso. Apostar na saúde dos Jovens, motor da saúde do futuro e das futuras gerações, é parte dessa missão. Informar e formar em saúde é prioritário, tornando-se, portanto, necessário, passar **do conhecimento à competência**.

Parte do sucesso destas medidas passa pela modificação de comportamentos. Muitas metodologias podem ser propostas, desde que a missão seja a mesma: promover uma sexualidade plena e satisfatória; um bem-estar psicológico em perfeita simbiose com o ambiente para que nos possamos desenvolver na plenitude as nossas capacidades e uma adequação das vivências sociais em que o prazer não seja nocivo.

A UC dispõe das condições necessárias para fazer nascer e crescer com prosperidade um projeto desta índole: incorpora estudantes com energia, espírito associativo e de missão, dispostos a colaborar; dispõe de 26 núcleos com o dever de servir os melhores interesses dos seus legítimos associados; possui Ciência, dispersa em unidades orgânicas, da Medicina à Psicologia, em estreita colaboração com as demais; tem a missão secular de impulsionar o futuro com outros séculos de história pela frente para continuar a formar Portugal.

Neste estudo, apresentámos as linhas orientadoras de um projeto, de intervenção na saúde dos jovens, elaborado e implementado sob a alçada científica das unidades orgânicas da UC e em estreita colaboração com outras entidades (Associação Académica de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Conselho Nacional de Juventude, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar,...).

Pretendemos, assim, dar o nosso contributo para a melhoria das condições de saúde dos jovens da Universidade de Coimbra, como parte integrante desta instituição e desta cidade, defendendo a indissociabilidade entre o *saber* e o *saber-ser* e, concomitantemente, a necessidade de se eliminarem as fronteiras entre o **conhecimento** e a **competência**.

Para que o direito à saúde, em geral, e à saúde dos jovens, em particular, nunca deixe de ser direito universal, um marcador de desenvolvimento de um Estado de Direito, honrando, assim, o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (66).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) World Health Organization. Health 2020: the European policy for health and well-being. Genebra: WHO, 2014; [Consultado em fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/why-health-2020>.
- (2) World Health Organization. Young people: health risks and solutions. Genebra: WHO; 2014 [Consultado em fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>.
- (3) Villela WV, Doreto DT. Young people's sexual experience. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(11): 2467-2472.
- (4) Matos MG, Simões C, Canha L, Fonseca S. Aventura Social e Saúde: Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses, Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa; 1996 [consultado em dezembro 2013]. Disponível em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/BrochuraHBSC96totalfinal.pdf>.
- (5) Goshman DS. Health behavior: Plural perspectives. In D. S. Gochman, editor. Health behavior - Emerging Research Perspectives. New York: Plenum Press; 1988. p. 3-17.
- (6) Pickin C, St Leger S. Assessing health need using the life cycle framework. Buckingham: Open University Press; 1993.
- (7) Ogden J. Health psychology: A textbook. Buckingham: Open University Press; 1996.
- (8) Steptoe A, Wardle J. The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. Psychology of Health. 1996; 11: 49-73.
- (9) World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York: WHO; 1946 [editado em outubro 2006; consultado em setembro 2013]. Disponível em [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- (10) World Health Organization. 64th World Health Assembly (WHA64.28) - Agenda item 13.16. - Youth and health risks. Genebra: WHO; 2011 [Consultado em setembro 2013]. Disponível em [http://www.who.int/hac/events/wha\\_a64\\_r28\\_en\\_youth\\_and\\_health\\_risks.pdf](http://www.who.int/hac/events/wha_a64_r28_en_youth_and_health_risks.pdf).

- (11) World Health Organization. Health topics: Mental Health. Genève: WHO; 2014 [consultado em fevereiro 2014]. Disponível em [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/).
- (12) World Health Organization. What is mental health?. Geneva: WHO; 2007. [editado em agosto 2007; consultado em setembro 2013]. Disponível em <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>.
- (13) Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011; 378: 1515-25.
- (14) Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Introduction: Addressing the Millennial Morbidity - The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics*. 2005; 115: 1121-1123.
- (15) Sourander A, Multimäki P, Santalahti P. Mental health service use among 18-year-old boys: A prospective 10 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*. 2004; 43 (10): 1150–1158.
- (16) Canino G, Alegría M. Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; 49: 237–50.
- (17) Eisenberg L, Belfer M. Prerequisites for global child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50: 26–35.
- (18) Dashiff C, DiMicco W, Myers B, Sheppard K. Poverty and Adolescent Mental Health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2009; 22: 23 –32.
- (19) World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: WHO; 2003 [Consultado em dezembro 2013]. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf).
- (20) World Health Organization- Europe. Stengård E, Appelqvist-Schmidlechner K. Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. Copenhagen: WHO; 2010 [Consultado em dezembro de 2013]. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0013/121135/E94270.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf).

- (21) Rickwood D, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, Volume 4, Issue 3 (Supplement), 2005, 218-251
- (22) Hüsler G, Werlen E, Blakeney R. Effects of a national indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*. 2005; 6: 705–725.
- (23) Fisher J, Cabral de Mello M, Izutsu T, Vijayakumar L, Belfer M, Omigbodun O. Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings: A review of the evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011; 57(1):v-vii, 9-116.
- (24) Yasaman M., Annemaree B.. The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, Volume 4, Issue 3, 2005. Disponível em <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/The-Pyramid-of-Family-Care.pdf>
- (25) Crawford M, Popp D. Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research. *The Journal of Sex Research*. 2003; 40: 13-36.
- (26) Lopes O. Crenças e atitudes como “co-factores” do HIV/SIDA. *HIV/AIDS Virtual Congress*, 2004. Pp 31-44 [consultado em setembro 2013]. Disponível em: [http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2696&Version=1](http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2696&Version=1)
- (27) Matos, M.; Gaspar, T. Adolescentes portugueses: risco e protecção. *HIV/AIDS Virtual Congress*, 6., 2005. [consultado em dezembro 2013]. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/pdf/adolescentes\\_abstract241\\_comunic\\_272.pdf](http://www.aidscongress.net/pdf/adolescentes_abstract241_comunic_272.pdf)
- (28) Avery L, Lazdane, G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2008; 1: 58-70.
- (29) Azevedo J. Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*. 2008; 50/51: 43-45.

- (30) United Nations. UNAIDS: Report on the global AIDS epidemic. UN, 2008 [editado em 2009; consultado em setembro 2013]. Disponível em [http://www.un-ngls.org/spip.php?page=article\\_s&id\\_article=548](http://www.un-ngls.org/spip.php?page=article_s&id_article=548).
- (31) World Health Organization. Health for All Database. Copenhaga: WHO; 2012 [editado em julho 2013; consultado em setembro 2013]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
- (32) DECO Proteste. Portas Fechadas em Metade dos Serviços. *Teste Saúde*. 2007; 67: 9-13.
- (33) Vilar D. Contributos para a história das políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *e-cadernos ces* [editado em junho 2009, consultado em setembro 2013]. Disponível em. <http://eces.revues.org/203>
- (34) Pereira A, Ramos S. Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In C. Machado, (editor). Atas do Congresso Internacional Interfaces da Psicologia Vol. II. Évora: Universidade de Évora; 2000. p. 229-237.
- (35) Pereira A, Silva C. Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of students health behaviors -10th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching 2001. Faro: Universidade do Algarve; 2001. p. 21-107.
- (36) Pereira A, Vaz AL, Motta E, Pinto C, Bernardino O, Melo A *et al*. Projeto Estilos de Vida Saudável versus Insucesso Escolar: sua etiologia, programas de ação e estratégias promotoras de qualidade. In A. Pereira, E. Motta, (editors). Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Coimbra: SASUC Edições; 2005. p. 307-314.
- (37) The European SchoolSurvey Project on Alcohol and Other Drugs. Ehibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The ESPAD 2007 Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Estocolomo: ESPAD; 2009 [Editado em fevereiro 2009, consultado em setembro 2013]. Disponível em [http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf).



- (38) World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse. 2004. [consultado em setembro 2013]. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)
- (39) Ogden J. Psicologia da Saúde. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2004.
- (40) Eriksen M, Mackay J. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.
- (41) World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic - The power package. Genève: World Health Organization; 2008.
- (42) Hitchman S, Mons U, Nagelhout G, Guignard R, McNeill A, Willemsen M, et al. Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings: findings from four countries. European Journal of Public Health. 2011; Vol 22 (5): 693-699.
- (43) Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. Oxford: CTSUT; 2006 [editado em março 2012, consultado em setembro 2013]. Disponível em: <http://www.ctsuo.ox.ac.uk/~tobacco/C0002.pdf>.
- (44) Direção Geral de Saúde (DGS) Tabagismo. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/estilos+de+vida/tabagismo.htm>
- (45) Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Printing Office; 2006.
- (46) The GTSS Collaborative Group. A cross country comparison of exposure to secondhand smoking among youth. Tobacco Control. 2006; 15 (2): 4-19.
- (47) Doucer JM, Velicer WF, Laforge RG. Demographic differences in support for smoking policy interventions. Addict Behav. 2007; 32 (1): 148-57.
- (48) Unger JB, Rohrbach LA, Howard KA, Boley Cruz T, Johnson CA, Chen X. Attitudes toward anti-tobacco policy among California youth: associations with smoking status, psychosocial variables and advocacy actions. Health Education Research Journal. 1999;14(6): 751-63.

- (49) Ashley MJ, Cohen J, Bull S, Ferrence R, Poland B, Pederson L, et al. Knowledge about tobacco and attitudes toward tobacco control: how different are smokers and nonsmokers? *Canadian Journal of Public Health*. 2000; 91(5): 376-80.
- (50) Thyrian JR, Panagiotakos DB, Polychronopoulos E, Willemsen MC, Zatoński W, John U. The exposure to environmental tobacco smoke and attitudes towards tobacco control measures – a comparison of 5 European countries. *Central European Journal of Public Health*. 2010; 18 (2): 87-92.
- (51) Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings. Bethesda: National Institute on Drug Abuse; 2005 [editado em abril 2006, consultado em setembro 2013]. Disponível em: <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2005.pdf>.
- (52) Mello MLM, Barrias J, Breda J. Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2001.
- (53) Ministério da Saúde do Governo de Portugal. Plano de ação de luta contra o alcoolismo, Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2000 de 29 de Novembro. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000.
- (54) Ministério da Saúde do Governo de Portugal. Plano Nacional de Saúde 2004/2012: Mais Saúde para todos, Orientações estratégicas, Vol. I e II. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.
- (55) Ministério da Saúde do Governo de Portugal. Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2001. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde; 2009.
- (56) Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, Sterling ML. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*. 2005; 40: 23–32.
- (57) Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol. Substance Abuse. 1997; 9, 103-110.

- (58) Pérez CL, Hernández WG, Lara SCV, Alpi, SV. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*. 2005; 21: 259-267.
- (59) World Health Organization. Alcohol and health, implications for public health policy. Oslo: WHO; 1995.
- (60) Institute of Alcohol Studies, United Kingdom. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: A Public Health Perspective (A report for the European Commission). Londres: Institute of Alcohol Studies; 2006. [editado em Junho 2006, consultado em Setembro 2013]. Disponível em [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf).
- (61) World Health Organization. Report reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
- (62) Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Title Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. Londres: The National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
- (63) Cortez-Pinto H, Marques-Vidal P, Monteiro E. Liver disease-related admissions in Portugal: clinical and demographic pattern. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2004; 16, 873-877.
- (64) World Health Organization. Making health services adolescent friendly. Geneva: WHO; 2012. [Consultado em setembro 2013]. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf).
- (65) Universidade de Coimbra. Dados fundamentais. Coimbra: UC; 2013 [consultado em dezembro 2013]. Disponível em <http://www.uc.pt/dados>.
- (66) Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional [editado em 2005, consultado em fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

As palavras serão certamente insuficientes neste pequeno espaço de afetos dedicado a todos quantos foram estando comigo ao longo deste período de trabalho. Peço desculpa se pecar por omissão (nunca foi, nem será, por esquecimento).

Ao Dr. António Morais e ao Dr. João Crisóstomo agradeço a oportunidade que me deram, ao aceitar a coordenação da minha tese. Só assim, ela pode hoje ser verdade.

A todas as minhas fontes de inspiração que moldaram, ao longo do tempo, a minha forma de ser, a minha maneira de viver.

Aos jovens que vi enveredar em causas, crentes no sonho da mudança, os verdadeiros motores do associativismo juvenil.

Ao meu avô que soube mudar uns e potenciar outros mundos, como o meu.

Aos meus pais, pelo colo e orientação, pelo impulso e perseverança. O meu porto onde posso abrigar os meus anseios e fazer do meu ritmo, melodia. Obrigada por ficarem felizes com as minhas conquistas.

À Lu e ao Daniel, por terem um lugar especial neste percurso.

À UC.