



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

PROJECTO DE RESOLUÇÃO N.º 77/VIII

APROVA MEDIDAS DE COMBATE A FACTORES DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA E NO JUVENTUDE

(A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera, na maioria dos documentos, «adolescência» e «juventude» como os períodos da vida que medeiam entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 24 anos, respectivamente)

«Sente-se uma tensão impressionante (...)» - Daniel Sampaio, *Vozes e ruídos - Diálogos com adolescentes*, Editorial Caminho, 1993)

A adolescência corresponde a uma fase da vida onde se buscam novas referências, sentido de pertença, onde se testam novas potencialidades e se procura conhecer os limites pessoais em todos os domínios. É a fase mais vulnerável às dinâmicas de mudança, sujeitando os jovens a pressões enormes.

Os adolescentes e jovens portugueses defrontam hoje quatro grandes áreas em que se expressam os factores e comportamentos de risco que exigem uma resposta adequada por parte dos poderes públicos e da sociedade: distúrbios alimentares, mortalidade por causas externas, consumo de álcool, tabaco e outras substâncias e problemas de saúde mental.

1 — São quatro as grandes áreas em que se expressam os factores e comportamentos de risco

Segundo opinião avalizada, «fenómenos recentes, como o poder de intervenção dos *media* na comunidade, as novas tecnologias, a urbanização progressiva, os movimentos migratórios, o turismo, a modificação do estatuto feminino, a alteração da estrutura e dos papéis familiares, a democratização do ensino, o aumento do tempo de

escolaridade, os novos caminhos profissionais, etc., têm tornado as sociedades mais abertas e mais plásticas. Os adolescentes e os jovens constituem, porventura, um dos grupos etários mais sensíveis a esta dinâmica social (...)» - Vasco Prazeres, *Saúde dos adolescentes, princípios orientadores*, Direcção-Geral de Saúde, 1998.

Os fenómenos que traduzem a mudança são comumente sintetizados nos termos seguintes:

— Enquanto a idade média da puberdade diminui ou se encontra estabilizada, fruto da melhoria das condições de vida e da alimentação, o acesso ao estatuto de adulto e a integração plena no sector produtivo dão-se em idades cada vez mais avançadas.

— Nas sociedades industrializadas o progresso tecnológico determina índices crescentes de especialização - a escolaridade prolonga-se, a competitividade aumenta, em particular na procura do primeiro emprego.

— Nas últimas décadas a constituição das famílias é mais tardia, tem uma dimensão mais restrita e os papéis dos seus elementos modificaram-se. Os filhos aparecem mais tarde e são em número mais reduzido, assim como aumenta o número de famílias monoparentais e reconstruídas.

— A organização social e económica actual estimula e facilita o acesso a práticas e a consumos que, antes, eram pertença exclusiva dos adultos;

— A população envelhece e, em simultâneo, o investimento da sociedade em cada adolescente é mais elevado.

— Os adolescentes, enquanto grupo, ganharam protagonismo social e, individualmente, adquiriram estatuto de cidadania na sociedade contemporânea.

Algumas das características do actual modelo de desenvolvimento económico e social traduzem-se num grande apelo ao consumo, que se assume como o principal factor de produção, na internacionalização dos mercados da informação e do conhecimento e na elevada competitividade.

Nos países mais desenvolvidos consome-se muito para além das necessidades e o consumo assume muitas vezes contornos de integração social. A organização social e económica actual estimula e facilita o acesso a práticas e a consumos aos jovens que, antes, eram pertença exclusiva dos adultos.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Os adolescentes e os jovens têm na Internet e na comunicação social portas abertas à informação e ao conhecimento. Os seus comportamentos, atitudes, as modas e os factores de integração social vão-se uniformizando internacionalmente. Ao mesmo tempo que o conhecimento é cada vez maior, também o apelo a novos consumos e factores de risco aumenta.

Estas faixas etárias estão sujeitas a uma pressão que outras gerações não conheceram. Desde logo há uma intensa pressão por parte da sociedade e das famílias para o sucesso. O jovem é confrontado com uma enorme competitividade: na procura de emprego (especialmente do primeiro emprego, para o qual não concorre experiência profissional alguma), no acesso ao ensino superior... A frustração que muitas vezes daí resulta atinge igualmente níveis impressionantes: porque a média não foi suficiente para o curso que se queria, porque não se queria estudar mais, porque o emprego não é aquele com que sempre se sonhou, porque o ordenado não chega ... e os projectos de vida vão sendo adiados ou completamente alterados, tornando-se por vezes impossível definir um projecto de vida.

Todos estes factores têm enorme influência sobre este grupo etário. O testemunho de alguns especialistas nestas áreas é muito elucidativo:

a) Distúrbios alimentares:

Segundo Isabel do Carmo - *Prevalência de anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino dos distritos de Lisboa e Setúbal* -, «Portugal está numa situação económico-social de transição, com marcadores económico-sociais também de transição e é muito permeável à influência cultural que vem dos países mais industrializados, sobretudo através dos meios de comunicação. No que diz respeito às perturbações do comportamento alimentar, está a caminhar para uma posição idêntica à dos países mais industrializados. Desde que se fizeram os primeiros estudos de prevalência da anorexia nervosa no mundo, há quase 30 anos, a rapidez e o acesso aos

meios de comunicação tem evoluído de forma acelerada e os números parecem mostrar, aqui como noutros países, que esse é um factor uniformizador e homogeneizante».

Sublinha ainda a autora: «o isolamento geográfico, político e cultural vivido durante muitas décadas pode ter protegido a população portuguesa de doenças ligadas à cultura, como acontece não só em relação aos hábitos alimentares mas também em relação às perturbações do comportamento alimentar.»

Fernando Baptista - *Prevalência de distúrbios do comportamento alimentar numa população feminina universitária* - alerta: «a prevalência de distúrbios alimentares tem sido relacionada com factores culturais. Nas sociedades ocidentais desenvolvidas o excesso de peso não é tolerado pelas mulheres, principalmente as de classes sociais mais favorecidas. Por outro lado, em países em vias de desenvolvimento o excesso de peso é menos estigmatizante ou até desejável. Portugal encontra-se numa fase intermédia entre estes dois níveis de desenvolvimento».

Outros autores citados referem o declínio da satisfação corporal durante a adolescência com a auto-estima e o excesso de dietas.

Segundo Paulo Machado - *Avaliação da prevalência de perturbações do comportamento alimentar em estudantes universitárias*, Universidade do Minho, 1999 - , «a realidade entre nós não é diferente e confirma mais uma vez que a insatisfação corporal pode reflectir a influência dos padrões culturais ocidentais que cada vez mais associam a beleza feminina a uma imagem corporal excessivamente magra».

Laurinda Queirós - *Monografia, auto-imagem quanto à aparência física na população feminina em idade escolar*, Outubro de 1999, Universidade Nova de Lisboa - identifica a adolescência como uma fase crucial no desenvolvimento da auto-imagem quanto à aparência física. «A pressão psicológica a que se sentem sujeitos pode levá-los a comportamentos dirigidos a alterar a aparência física. Iniciam dietas para emagrecer (...), o jejum, a toma de laxantes e de comprimidos para emagrecer, os vómitos provocados. Algumas destas práticas podem evoluir para doenças do comportamento alimentar.» E continua: «As atitudes culturais parecem ter um importante papel no desenvolvimento e expressão destas doenças. Nas sociedades de abundância, marcadas pela competitividade e pela importância simbólica da magreza, estas doenças seriam



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

mais frequentes. Vários estudos têm documentado a mudança das dimensões ideais do corpo feminino, nos últimos 30 anos, como forma de mostrar a crescente pressão para um corpo magro. Têm sido estudadas revistas de modas e as medidas dos modelos e rainhas de beleza, vídeos e imagens do cinema para mostrar a tendência para a diminuição das dimensões do corpo feminino».

b) Mortalidade por causas externas:

São causas externas de mortalidade as que englobam os acidentes, os suicídios, os homicídios e outras violências. Em Portugal constituem 50% das causas de morte da adolescência e juventude.

Segundo Vasco Prazeres - *Saúde dos adolescentes, princípios orientadores*, Direcção-Geral de Saúde, 1998 - «as transformações sociais têm determinado a importância crescente dos problemas de saúde ligados aos estilos de vida, às perturbações do ambiente e à utilização inadequada de novas tecnologias. É exemplo disso o facto de os acidentes rodoviários constituírem a principal causa de morte neste grupo etário».

Segundo dados do Conselho do Europa, as taxas de suicídio aumentaram de forma assustadora, constituindo a segunda causa de morte de jovens em países como a França, a Áustria, a Suíça, a Dinamarca e a Finlândia. A evolução deste indicador em Portugal é objecto de discussão entre especialistas e merece a máxima preocupação.

A este respeito diz Daniel Sampaio (em *A cinza do tempo*, Editorial Caminho, Lisboa, 1997): «Ao contrário do que por vezes é dito, as taxas de suicídio têm diminuído em Portugal nos últimos anos, graças, sobretudo, à melhoria dos serviços de atendimento e ao esforço dos técnicos que lá trabalham. O problema do suicídio mantém-se grave, sobretudo no Alentejo, onde as grandes dificuldades sócio-económicas da região agravam os problemas dos indivíduos com depressão. Temos, assim, cada vez mais, de considerar o suicídio a sul do Tejo como uma prioridade em saúde pública e definir estratégias para minorar o problema.»

O mesmo autor - *Vozes e ruídos - Diálogos com Adolescentes*, Editorial Caminho, 1993 - deixa-nos outro alerta muito importante: «A comunidade não pode continuar a pensar que este é um problema dos técnicos. O psiquiatra é chamado já numa fase adiantada de muitas situações e a ele chegam pessoas com pouca consciência da doença ou fraca motivação. É, por isso, necessário um esforço de esclarecimento, que tire a psiquiatria do lugar hermético onde tantas vezes se coloca, para a fazer descer à terra, à vida de todos nós.»

c) Consumo de álcool, tabaco e outras substâncias:

O aumento do consumo de álcool e tabaco entre adolescentes e jovens e o começo em idades cada vez mais jovens é igualmente alarmante. A forma como se consome e porque se consome merece atenção especial.

Segundo Vasco Prazeres - *Saúde dos adolescentes, princípios orientadores*, Direcção-Geral de Saúde, 1998 -, «o consumo regular e/ou imoderado de tabaco, para além de perturbar a fisiologia respiratória e o crescimento, pode interferir no rendimento escolar e no rendimento desportivo. O desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e mesmo de cancro são consequências deste tipo de consumo (...). O consumo imoderado de álcool está ligado, com frequência, a condutas violentas, a lesões acidentais e a relações sexuais desprotegidas, com a possibilidade de surgirem gravidezes não desejadas e/ou doenças de transmissão sexual. Alguns autores designam este tipo de fenómenos por circuitos de risco (...) A maioria dos consumos nocivos que acontecem no seio dos grupos juvenis surge raramente como actividade solitária».

As novas modas procuram a rápida conquista de estados de espírito que permitam descomprimir e esquecer e surgem associados a novas formas de consumo e a novos consumos. Os *shots* e as novas drogas sintéticas são disso mesmo exemplo (*ecstasy*, *serenity*, ...), sendo que a totalidade dos efeitos destas últimas são ainda desconhecidos.

Nos últimos anos - Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia, 1999 - «tanto as drogas como a música associada à dança deram entrada na generalidade das discotecas e o consumo de álcool começa a aumentar. O carácter lucrativo do mercado da música e dança parece ter levado a indústria do álcool a



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

patrocinar, publicitar e promover bebidas alcoólicas destinadas especificamente a este mercado, chegando a utilizar imagens ligadas à droga nas suas estratégias».

Luís Borges - Luís Borges e colaboradores, in *Revista da sociedade portuguesa de alcoologia*, volume 2, n.º 1, Coimbra, 1993 - denuncia: «Portugal continua a ocupar um lugar primordial no consumo e produção, assim como nos efeitos nocivos. Tem a mais elevada taxa de mortalidade por cirrose hepática, constituindo esta doença um importante indicador. 6% da população sofre de graves problemas de saúde relacionados com a ingestão excessiva de álcool.»

Teresa Antunes - Maria Teresa Calvário Antunes, *Os Jovens e o consumo de bebidas alcoólicas*, *Revista Referência*, n.º 1, de 1998 -, referindo-se igualmente aos efeitos nocivos deste consumo, alerta para a diminuição das «capacidades de aprendizagem, podendo mesmo haver quebra das capacidades cognitivas». Para além disso, «o álcool está associado à maioria das causas de morte na adolescência. Os traumatismos, os suicídios e os homicídios são responsáveis por grande número de óbitos nos jovens e o álcool está quase sempre presente.»

D) Problemas de saúde mental:

«Francisco sofre de depressão. É a situação mais frequente das consultas de psiquiatria, aparecendo também muitas vezes ao médico de clínica geral. Algumas depressões têm uma base hereditária e biológica, outras estão mais relacionadas com o modo de reagir aos acontecimentos da vida.

Na adolescência a depressão necessita de ser diferenciada dos momentos transitórios de tristeza e pessimismo que fazem parte do normal processo de desenvolvimento. A sintomatologia depressiva nos jovens surge muitas vezes sob a forma de dores musculares, falta de apetite, insónia, quebra de rendimento escolar, em vez daquela tristeza que caracteriza a depressão no adulto. Pode também manifestar-se através de uma agressividade mantida pelo uso de drogas ou por uma tentativa de suicídio inesperada. São sinais de alarme o isolamento do jovem, o seu pessimismo mantido

face ao futuro e outros comportamentos visíveis na história do Francisco.» - Daniel Sampaio, *A cinza do tempo*, Editorial Caminho, Lisboa, 1997.

Os problemas psicológicos ou psicossociais na adolescência e na juventude tendem a não ser reconhecidos, muitas vezes porque os seus sintomas não estão tão definidos quanto na idade adulta, muitas vezes dada a dificuldade de distinguir o normal do patológico.

No entanto, as depressões afectam cada vez mais os estudantes portugueses, especialmente no final do ensino secundário e início do ensino superior. E se a situação não parece alarmante certo é que os casos se vão sucedendo - Ricardo Jorge Costa, *Jornal A Página da Educação*, Pode a escola gerar depressões? n.º 85, página 16.

Emília Costa - Ricardo Jorge Costa, *Jornal A Página da Educação*, Pode a escola gerar depressões? n.º 85, página 16 -, psicóloga e professora associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto, alerta: «Basta olhar para as actuais médias gerais de acesso à universidade - alguns cursos já têm médias próximas dos 20 valores -, o que leva a que a exigência do jovem em relação a si próprio seja gradualmente maior». Segundo Ricardo Jorge Costa - Ricardo Jorge Costa, *Jornal A Página da Educação*, Pode a escola gerar depressões? n.º 85, página 16 -, a este factor junta-se ainda a pressão da família e dos professores, concorrendo para o medo do fracasso e o aumento da ansiedade e dos níveis de *stress*. Emília Costa refere ainda a ocorrência de crises de pânico e aponta o esgotamento como uma das principais causas.

Rui Mota Cardoso - Ricardo Jorge Costa, *Jornal A Página da Educação*, Pode a escola gerar depressões? n.º 85, página 16 -, psiquiatra e professor associado da Faculdade de Medicina do Porto, acrescenta: «A própria natureza da adolescência - um estado entre dois paradigmas, definido por duas negativas (não sou criança mas também não sou adulto), contribui para aumentar este sentimento. A percepção - verdadeira ou falsa - de que «não valho nada», ou ainda de que «não vale a pena fazer nada para mudar a minha vida» instala-se por vezes como uma sombra. Agora acrescentemos a isto as dificuldades actuais do adolescente e, sobretudo, as dificuldades postas pela exigência da escola e do futuro: entrar para a universidade,



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

lidar com colegas e professores, arranjar um emprego... são condições que, em qualquer meio, podem privilegiar o estado depressivo».

Ana Paula Vieira - *Adolescência e depressão, Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1995 - explica a importância de diagnosticar correctamente a depressão: «Porque a adolescência é um tempo de rápidas aquisições e de enriquecimento pessoal sem paralelo no desenvolvimento do indivíduo, pelo que uma depressão arrastada leva a:

- 1 - Baixo rendimento escolar;
- 2 - Dificuldades e pobreza na vida de relação na família, no grupo, o que forçosamente se reflectirá na estruturação da personalidade;
- 3 - Abuso de drogas e álcool;
- 4 – Suicídio.»

2 - Os indicadores preocupantes

a) Distúrbios alimentares:

Num estudo realizado nos distritos de Lisboa e Setúbal - Isabel do Carmo, D. Reis e outros, *Prevalência de anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino dos distritos de Lisboa e Setúbal* - obtiveram-se os seguintes resultados:

Prevalência da anorexia nervosa - 0,37%; síndrome parcial - 12,6%; apenas perturbação da imagem corporal - 7%; desejo de perder peso em 38% das jovens com peso normal ou baixo; excesso de peso em 15,3%. As idades mais atingidas pela anorexia nervosa, síndrome parcial e perturbação na imagem corporal foram, respectivamente, 15 na primeira e 16 na segunda e terceira situações. Tanto a anorexia nervosa como a síndrome parcial e a perturbação da imagem corporal foram mais prevalentes na classe 2 (técnicos de nível médio, funcionários administrativos). O rendimento escolar era melhor à medida que decrescia a gravidade da situação.

Do conjunto destes resultados poderemos concluir que Portugal, apresentando embora uma prevalência baixa em relação ao síndrome total, tem um número alto de síndromas parciais e de perturbações da imagem corporal. Por outro lado, esta tendência é transversal às classes sociais.

A grande percentagem de jovens que, tendo um peso normal ou baixo, referem ter partes gordas no corpo, sugere que o nosso país se encontra sob a influência dos padrões culturais dos países mais industrializados.

Num estudo realizado junto de uma população universitária feminina - Fernando Baptista, Daniel Sampaio e outros, *Prevalência de distúrbios do comportamento alimentar numa população feminina universitária* - foi possível concluir:

A prevalência de bulimia nervosa foi de 3%; episódios de ingestão de grandes quantidades de comida em pouco tempo - 13,2%; desejo de ser magra - **55,1%**; **havia feito dieta antes do inquérito - 48%; durante o inquérito - 12%.**

Estes dados são extremamente preocupantes e constituem um problema de saúde da nossa sociedade.

Num estudo realizado na Universidade do Minho - *Avaliação da prevalência de perturbações do comportamento alimentar em estudantes universitárias*, Universidade do Minho, 1999 -, da responsabilidade de Paulo Machado, os resultados permitem concluir que a prevalência de anorexia nervosa na população universitária é baixa. No entanto, a existência de quadros clínicos parciais (2,52%), comportamentos alimentares desajustados e a elevada insatisfação corporal (9,5% apresentam distorção da imagem corporal) encontrada no estudo, sugerem um aumento desta perturbação do comportamento alimentar num futuro próximo. A elevada prevalência de bulimia nervosa (5,88%, 47,2% fizeram dieta, 2,5% usaram o vómito auto-induzido, 2,9% o uso de laxantes nos últimos seis meses), a prevalência de ingestão alimentar compulsiva (que é de 31%) encontrada confirma o facto de que a população universitária feminina é uma população de risco para o desenvolvimento desta perturbação específica.

No estudo *Perturbações do comportamento alimentar*, realizado por Laurinda Queirós junto da população feminina das escolas do ensino básico e secundário do distrito do Porto, concluiu-se:



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- A prevalência de anorexia nervosa é de 0,3%;
- A prevalência de síndrome parcial de anorexia nervosa é de 1,1%;
- A prevalência de perturbação da imagem corporal é de 10%;
- A prevalência de excesso de peso é de 21%;
- A proporção de alunas das escolas que tem preocupações com o peso e forma do corpo e inicia práticas de dieta, mesmo apresentando peso normal para a idade, é elevada e está de acordo com o observado noutros estudos realizados no País.

Alguns resultados apresentados por Daniel Sampaio - Daniel Sampaio, *Vivemos livres numa prisão*, Editorial Caminho, Lisboa, 1998-, decorrentes de uma revisão dos casos tratados no núcleo de doenças do comportamento alimentar (NDCA), do Hospital de Santa Maria, revelam: «Desde 1993 até ao fim de 1996 tratámos 124 doentes com AN, 120 mulheres e quatro homens. O ano de 1997 traduziu-se por um grande aumento de novos casos (40 diagnósticos de AN durante esse ano). Procedemos a uma avaliação detalhada das 120 doentes referidas (...). Predominou a AN tipo restritivo (76,6%), face à AN tipo ingestão compulsiva/purgativo (23,4%). A grande maioria destes doentes é estudantes (85% dos casos). A idade de início da doença oscilou entre o mínimo de 11 anos e o máximo de 27, com uma média de 16 anos.»

b) Consumo de álcool, tabaco e outras substâncias:

O ESPAD (Projecto Europeu para Estudo do Álcool e Outras Substâncias em Meio Escolar) levou a cabo um inquérito em Portugal, em 1995, a alunos do ensino secundário. O grupo-alvo do ESPAD é constituído pelos alunos nascidos em 1979, isto é, pelos que em 1995 tinham 16 anos de idade. Assim, foram abrangidos no nosso país os anos de escolaridade nos quais se encontrava a maioria daqueles alunos.

Os resultados substantivos a nível dos alunos de 16 anos mostram que as prevalências ao longo da vida do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas (qualquer) e substâncias ilícitas (qualquer) foram, respectivamente, de 56,32%, 79,10% e 8,08%.

Ainda reportando-se ao longo da vida houve 36,11% dos alunos que referiram ter tido bebedeiras, 6,52% que indicaram consumo de marijuana ou haxixe, 0,49% de heroína e 0,30% de cocaína.

Também foi reportado o consumo de tranquilizantes ou sedativos sem prescrição médica, inalantes, anfetaminas, esteróides anabolizantes e LSD, cujas prevalências ao longo da vida foram, respectivamente, de 8,09 %, 2,77%, 1,97%, 0,74% e 0,40%.

O consumo de tranquilizantes ou sedativos e de estimulantes com prescrição médica situou-se nos 14,83% e 4,05%, respectivamente, no que respeita a prevalências ao longo da vida. Deste modo, números como os acima referidos, bem como outros, podem constituir um contribuição para a definição de políticas, a revisão de estratégias e o reforço de medidas, em especial no que respeita a programas de promoção e educação para a saúde a nível da escola mas não para o diagnóstico de toxicod dependência.

Algumas conclusões:

As idades modais quando dos primeiros consumos foram 11 anos mais ou menos, respectivamente, para a iniciação ao tabaco, cerveja, vinho e inalantes, 14 anos para bebidas espirituosas (e também para a primeira bebedeira) e 15 anos para a marijuana ou haxixe, anfetaminas e tranquilizantes ou sedativos:

— Em casa (25,45%) e num bar ou *pub* (22,62%) foram os lugares mais frequentes onde os alunos beberam na última ocasião;

— A maioria dos alunos referiu nunca ter vivenciado problemas devido ao álcool e uma minoria referiu-se a problemas sobretudo uma vez na vida;

— Mais de 93% dos casos já tinham ouvido falar de marijuana ou haxixe, cocaína e heroína, bem como de tranquilizantes ou sedativos;

— Aproximadamente 74% e 51% dos alunos desaprovaram o consumo regular, respectivamente, de tabaco e álcool;

— Acima de 86% dos casos desaprovaram quer o consumo ocasional quer o habitual das substâncias que não tabaco ou álcool, nomeadamente marijuana ou haxixe, cocaína ou heroína;



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- Cerca de um terço dos casos referiram que a maior parte ou todos os seus colegas fumavam tabaco e que pouco acima de um terço consumiam bebidas alcoólicas;
- Cerca de 25% assumiu ter faltado à escola no último mês principalmente por motivo de doença.

Os resultados deste estudo apontam para a importância do reforço de políticas no presente domínio, inclusive do desenvolvimento a nível local, regional e nacional de programas no âmbito da promoção da saúde e de outras medidas preventivas.

Outro estudo - Luís Borges, *in Revista da sociedade portuguesa de alcoologia*, volume 2, n.º 1, Coimbra, 1993 - sobre o consumo de álcool, realizado junto da população adolescente do 9.º ao 12.º ano de escolaridade da Escola Secundária de Santa Comba Dão, concluiu:

- Há um contacto precoce com o álcool - 20% tiveram-no antes dos 10 anos de idade;
- Afirmaram nunca ter bebido qualquer tipo de bebida alcoólica 8% dos adolescentes inquiridos, ingerindo bebidas alcoólicas 92 %;
- 10% são consumidores regulares e 12% consumidores excessivos;
- Constata-se ainda que aos 13 e 14 anos, idade em que é recomendável a abstinência total de álcool, a maior parte dos jovens ingere bebidas alcoólicas;
- A maior parte dos alunos (78%) referem ter sido já informados sobre os malefícios do consumo de álcool, mas a consciência que os jovens têm de suficiência de informação não quer dizer que os conhecimentos são suficientes - 37% têm falsos conceitos a respeito do álcool.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge procedeu, através do Dr. Carlos Dias e outros, à realização de alguns indicadores do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental, utilizando os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/96. Destes há a destacar:

— Percentagem de pessoas que declararam ter consumido bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário:

Entre os 15 e os 17 anos 30,4% dos rapazes e 18,8% das raparigas;

Entre os 18 e os 24 anos 67,7% dos rapazes e 37,2% das raparigas.

— Frequência desse consumo:

Entre os 15 e os 17 anos 10,9% dos rapazes e 3,9% dos raparigas fizeram-no várias vezes por semana;

Entre os 18 e os 24 anos 35,3% dos rapazes e 9,2% dos raparigas fizeram-no várias vezes por semana.

Entre os 15 e os 17 anos 6,5% dos rapazes e 2,7% das raparigas fizeram-no cerca de uma vez por semana.

Entre os 18 e os 24 anos 11,3% dos rapazes e 4,9% das raparigas fizeram-no cerca de uma vez por semana.

Numa troca de impressões com o Dr. Carlos Dias foi ainda referido o seguinte:

«No caso do consumo de bebidas alcoólicas, o problema principal coloca-se na apreciação da sua magnitude que se torna muito mais difícil do que no caso do tabaco. De facto, a bem conhecida sub-notificação dos consumos que se verifica quando se investigam estes dois comportamentos poderá estar acentuada no caso do consumo de álcool, devido ao estigma de género que ainda caracteriza a sociedade portuguesa à semelhança do que se passa noutras sociedades.

Ainda assim, parecem ressaltar dos dados do INS consumos declarados de bebidas alcoólicas mais baixos nas mulheres do que nos homens, facto corroborado pelas diferenças nas taxas de mortalidade por doença hepática e cirrose verificadas em Portugal. É importante notar que os consumos (expressos em gramas de álcool puro) que são possíveis de ser calculados com base nestes dados (únicos disponíveis em Portugal de base populacional) apontavam já em 1995/1996 para valores acima dos limites indicados pela OMS para consumo sem risco tanto num sexo como noutro. Nos jovens (15-24 anos) esses consumos verificados em Portugal eram: mulheres - 17,9 g; homens - 34,9 g.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Foi também possível observar que o consumo de bebidas alcoólicas, em especial de vinho, era mais prevalente nos grupos com graus de escolaridade mais baixo, tanto num sexo como noutro. Já o rendimento *per capita* da família não parecia afectar o padrão de consumo desta bebida.

Considerando que os fenómenos de transição social, em especial os que ocorrem e afectam o estado de saúde da população e os factores que o determinam, entre eles os factores de risco, carecem de uma abordagem temporal nem sempre fácil pela indisponibilidade de indicadores fiáveis.

Considerando também que, em Portugal, a evolução da taxa de mortalidade infantil, considerado um dos indicadores mais úteis para medir a evolução do estado de saúde de uma população, na ausência de indicadores parcelares específicos, sofreu uma evolução impressionante que teve início no princípio do década de 60 e que dificilmente encontra paralelo noutros países;

Pode pensar-se que a evolução deste indicador teve como paralelo não uma mas toda uma série de evoluções de sinais e ritmos diversos que atingiram e atingem muitos dos factores determinantes da saúde e os indicadores do estado de saúde em Portugal.

Assim, as flutuações de curto prazo que hoje vemos como características de certos factores de risco ou de indicadores do estado de saúde dificilmente poderão ser apreciados correctamente a curto prazo, exigindo uma vigilância epidemiológica para aqueles com acção mais rápida e estudos transversais espaçados no tempo para aqueles com acção mais lenta.

A apreciação destes indicadores poderá ser enriquecida, em minha opinião, se for feita à luz de outras variáveis demográficas, sociais e económicas que, na sociedade portuguesa actual, atingem os jovens aparentemente de forma desigual».

O INS apresenta ainda dados sobre o consumo de tabaco:

— População com 10 ou mais anos que referiu fumar 20 ou mais cigarros por dia:
8,4% de rapazes e raparigas entre 15 e 24 anos;

18,4% de rapazes e raparigas entre os 25 e os 44 anos.

— População inquirida dos 10 aos 24 anos que fuma actualmente e diariamente, por idade em que começou a fumar:

17,3% antes dos 15 anos;

50% entre os 15 e os 17 anos;

32,7% entre os 18 e os 24 anos.

Ainda, durante a troca de dados com o Dr. Carlos Dias, foi possível constatar que:

«No que diz respeito ao consumo de tabaco apreciado através dos dados do INS, chamo a sua atenção para a influência de algumas variáveis sócio-económicas na prevalência de fumadores, em especial no sexo feminino em Portugal. Assim, a prevalência mais elevada de fumadoras habituais nas mulheres jovens (15-24 anos) observa-se naquelas com graus de escolaridade mais elevados, ao contrário dos jovens do sexo masculino, em que parece verificar-se uma tendência inversa. A disponibilidade financeira da família também parece afectar este factor de risco de uma forma idêntica. A prevalência de fumadoras entre as mulheres dos 15-24 anos parece aumentar com a maior disponibilidade financeira da família, facto que não se observou nos homens.

Tal como se verifica também no caso do consumo de bebidas alcoólicas, as diferenças entre os sexos parecem ser, na fase de evolução em que se encontra a sociedade portuguesa, importantes também entre os jovens».

O relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia, do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, de 1999, no capítulo referente a «Drogas sintéticas: evoluções e respostas?», conclui:

«A preocupação política e pública com as drogas sintéticas subiu em flecha durante os anos 90, em resposta ao consumo crescente e aparentemente generalizado de *ecstasy* por um vasto segmento da juventude. Tornou-se cada vez mais difícil controlar estas drogas - facilmente produzidas a baixo custo na EU a partir de materiais de fácil acesso;

Estas drogas têm um efeito de cinta emocional, diminuindo as inibições e intensificando os estados introspectivos;



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A principal fonte de informação sobre o consumo de drogas sintéticas têm sido os jovens associados à vida nocturna, embora o consumo de drogas sintéticas também ocorra em outros cenários.

c) Mortalidade por causas externas na adolescência:

Num estudo efectuado por Vasco Prazeres (*Mortalidade por causas externas na adolescência - variação segundo o sexo e a idade - 1989 a 1993*) é possível concluir que:

— Nas sociedades industrializadas a principal causa de morte no grupo etário dos 10 aos 19 anos é o conjunto de fenómenos habitualmente designados por causas externas;

— No nosso país este conjunto de causas tem sido anualmente responsável por mais de metade dos óbitos verificados nestas idades, atingindo mais os rapazes do que as raparigas;

O mesmo autor compilou alguns dados (do Instituto Nacional de Estatística) relativos a 1998 e é possível verificar que:

— Os acidentes de transporte são a causa de mortalidade mais relevante;

— O suicídio apresenta em Portugal pouca expressão, embora importe referir que a segunda causa se denomine «sinais e sintomas mal definidos», não sendo possível destringar se alguns dos óbitos decorrem de suicídio.

Segundo a mesma fonte, as lesões e os envenenamentos são o principal factor de internamento dos 10 aos 19 anos, não sendo possível definir se auto-infligidos e, se sim, em que percentagem.

A propósito da tentativa de suicídio de uma jovem, Daniel Sampaio - Daniel Sampaio, *A cinza do tempo*, Editorial Caminho, Lisboa, 1997 - apela: «É preciso dizer bem alto que em Portugal morrem de suicídio, por ano, mais de 100 jovens dos 10 aos 24 anos e que muitas centenas fazem tentativas de suicídio». Refere ainda que esta realidade é mais grave no Alentejo.

A mesma fonte, noutra obra - Daniel Sampaio, *Ninguém morre sozinho*, Editorial Caminho, Lisboa, 1991 -, apresenta os seguintes números: «Ferreiro de Castro e Martins (1985), analisando as taxas de suicídio adolescente, em Portugal, entre os anos de 1950 e 1983, verificam um nítido aumento desde 1960. Destacando o grupo dos 15 anos aos 19 anos, observam um aumento quer das taxas masculinas quer das femininas, mas apenas significativo para estas últimas (...) Se analisarmos, no entanto, a evolução do número de suicídios juvenis (dos 10 aos 24 anos), desde o ano de 1986 até ao ano de 1990, verificamos que o seu número tem diminuído nesse período (...), apesar da evolução positiva dos números na segunda metade dos anos 80, o problema do suicídio adolescente continua a merecer atenção. Se estudarmos mais em pormenor a variação do número de suicídios dos 10 aos 24 anos no período a que nos temos vindo a referir verificamos que, embora seja sempre superior o número de rapazes que atenta contra a própria vida, o número de mortes por suicídio nas raparigas parece estar de acordo com a tendência já referida anteriormente, o que merece a nossa preocupação. Os dados que temos vindo a referir apontam inequivocamente para a necessidade de, no nosso país e em muitos outros, serem feitos estudos e empreendidas acções para fazer face ao problema do suicídio adolescente».

b) Problemas de saúde mental:

Segundo Vasco Prazeres - Vasco Prazeres, *Saúde dos adolescentes, princípios orientadores*, Direcção-Geral de Saúde, 1998 -, várias questões do âmbito da saúde mental adquirem hoje relevo particular, quer pelo aumento de incidência quer pela maior atenção que lhes é prestada. Na adolescência, para além das toxicodependências e das doenças do comportamento alimentar, são exemplo disso as situações de depressão, os comportamentos para-suicidas e suicidas, cuja prevalência continua a aumentar na nossa sociedade.

A rede Médicos Sentinela - dados preliminares do estudo que está a ser efectuado, proferidos numa conferência pelo Dr. Vasco Prazeres - aponta como «motivos principais de consulta» mais frequentes dos 10 aos 19 anos consultas de vigilância ou de pedido de atestados. O número de consultas devido a estados depressivos, depressões, *stress* e nervosismo situa-se a par do número de consultas devido a gripes,



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

dores de estômago, dores de pescoço ou outras dores localizadas. No final do ano esta rede terá preparado um estudo detalhado sobre as causas de consulta médica nestas idades.

Não existem em Portugal estudos estatísticos que permitam caracterizar a evolução desta doença nos grupos de risco juvenis. Emília Costa - Ricardo Jorge Costa, *Jornal a Página da Educação, Pode a escola gerar depressões?* n.º 85, página 16 - reporta-se aos dados retirados de consultas clínicas; «a faixa etária dos alunos com perturbações varia entre os 17 e os 23 anos, estes últimos provenientes, na sua maioria, de cursos científicos como as engenharias e as medicinas. (...). O número de casos não tem vindo só a aumentar, como acontecem cada vez mais cedo, nomeadamente no ensino secundário, onde as notas contam cada vez mais para o ingresso no universidade. Um factor de pressão que pode chegar mesmo a pôr em causa relações de amizade devido à competição que se estabelece entre os alunos. A solidariedade, que seria um dos valores fundamentais a desenvolver nos jovens, é, nestes períodos, completamente posta de lado.»

3 - Nota final

Atendendo aos sábios conselhos do Prof. Rui Mota Cardoso, esta discussão que aqui se promove não deve apenas configurar um desígnio paliativo:

«Tudo o que seja atacar o problema através dos doentes designados é paliativo, ajuda estes mas não ataca as causas, e fica aquém do taxa progressiva de crescimento geométrico do problema-moléstia. O que, de facto, é crucial no adolescência é a conquista da individualidade, que culmina na síntese de uma identidade que ultrapassa o somatório, mais ou menos congruente, das anteriores e múltiplas identificações.

A conquista da nossa individualidade pressupõe a possibilidade de nos fazer sentir idênticos a nós próprios (e não diferentes dos outros, que seria a nossa personalidade) e isso acarreta a apropriação substantiva (é «eu» e não «meu») de:

- 1 - Um corpo e um afecto;
- 2 - Um passado e uma tradição;
- 3 - Um lugar e um território;
- 4 – Uma história e narrativa, coesas no presente e coerentes num trajecto temporal.

A individualidade tem, pois, que fazer sentido.

É por isso que o seu meio de cultura pressupõe a estabilidade/constância do afecto e da memória e a mutabilidade/flexibilidade de um sentido para a existência.

Este meio de cultura rareia, no relativismo anómico das sociedades actuais e no imediatismo virtual das redes mediáticas; nele, progressivamente, corpo, referência, território e narrativa alienam-se, fragmentam-se e desmaterializam-se.

O que me espanta é como a juventude se mantém tão equilibrada. Como, nestas circunstâncias, já desprovida de capacidade de se indignar e de nos pedir, a nós pais e adultos, explicações sobre o mundo que lhe deixamos em legado, não rebentou numa violência louca, intolerável e sem sentido».

Finalmente, outras áreas poderão, no âmbito do debate e do livro verde propostos, ser consideradas como expressando factores e comportamentos de risco, nomeadamente a área do saúde sexual e reprodutiva, que aqui não foi explorada dado tratar-se de matéria que tem sido alvo de legislação e de tomada de medidas concretas. No entanto, visto até estar co-relacionado com outras áreas merece, obviamente, espaço na discussão.

4 - Uma nova forma de olhar e tratar os factores e comportamentos de risco

A informação disponível sobre factores de risco na adolescência e na juventude comprova a urgência de uma nova forma de olhar e tratar esses problemas.

Parece existir na comunidade científica e em fóruns internacionais, como o Conselho da Europa, consenso no diagnóstico nos factores que geram maior perigo para os jovens.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Apesar dos indicadores estatísticos nacionais estarem, em muitos aspectos, longe da gravidade de outros países europeus, convém não esquecer que Portugal está a importar os modelos daqueles países à medida que se vai desenvolvendo. Esta visão é defendida por todos os especialistas consultados nas diversas vertentes.

Nestes termos, os Deputados abaixo assinados, considerando que merece alargado consenso o objectivo de proporcionar aos adolescentes e jovens um crescimento equilibrado com a minimização de riscos e resposta adequada por parte do Estado e da sociedade, apresentam, ao abrigo das disposições legais e regimentais aplicáveis, o seguinte projecto de resolução:

A Assembleia da República pronuncia-se no sentido de:

«a) Organizar um amplo debate aberto a toda a sociedade portuguesa sobre as quatro grandes áreas em que se expressam os factores e comportamentos de risco na adolescência e na juventude, no qual intervenham especialistas e estruturas representativas de todos os quadrantes interessados nesta temática;

b) Preparar um livro verde sobre os riscos na adolescência e na juventude, que defina as necessidades de diagnóstico, que crie metodologias que o permitam e proceda à sua realização, apontando soluções e avaliando as necessidades para a sua implementação.

O livro verde deve ponderar propostas e sugestões de resposta a riscos já diagnosticados, designadamente:

1 – Na área de investimento na investigação epidemiológica dos determinantes da saúde, nomeadamente através da realização de estudos nacionais sobre a prevalência dos diferentes factores de risco;

2 — Na área de reforço dos serviços de saúde, de educação, de segurança social das ONG, etc, como são exemplos:

Criação de unidades anti-tabágicas em pelo menos um hospital por região (a exemplo da experiência em curso no Hospital Pulido Valente);

Criação de unidades anti-consumidores excessivos (alcoólicos), promovidas

por agentes locais;

Presença de um nutricionista e um psicólogo em pelo menos um centro de saúde por concelho;

Criação de gabinetes de apoio aos alunos nas universidades, à semelhança do que se passa em algumas faculdades do Porto, ligados a centros de psicologia e abertos à comunidade;

Aumento do número de psicólogos nas escolas;

Rentabilização da ida dos jovens a consultas nos centros de saúde, aproveitando para analisar outros quadros clínicos ou para distribuir informação sobre factores de risco.

Repensar os serviços de atendimento médico e ponderar a existência de características diferentes das actuais

3 — Na área da prevenção primária, apostando, designadamente, na:

Definição de estratégias para o combate ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas através, por exemplo, da limitação da oferta;

Identificação de métodos educacionais mais efectivos na área da nutrição;

Inscrição nos manuais escolares de alertas (por exemplo, perigo das dietas, do consumo de álcool associado à condução, depoimentos de quem já passou por este tipo de experiência, dados estatísticos referentes ao número de jovens que morre ou fica com lesões para o resto do vida ...) e dos números de telefone de linhas verdes e de aconselhamento.

4 — Na área da promoção de saúde e de estratégias integradas de intervenção sobre os factores de risco. A exemplo:

Criação de mecanismos que permitam desenvolver, em cada adolescente e em cada grupo, os factores protectores (individuais e colectivos) contra as repercussões negativas desses mesmos riscos.

5 — Na área de conjugação de esforços a nível regional/local e de levantamento dos centros de atendimento de jovens já existentes.

Promoção de iniciativas de prevenção em toda a comunidade que envolvam de forma integrada todos os sectores onde os jovens se inserem (família, amigos, escola, clubes desportivos, associações juvenis...).



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Ponderação da adequada forma de articulação entre o Estado, autarquias, escolas e organizações não governamentais para a adopção das medidas necessárias.

Desenvolvimento e avaliação das experiências de projectos de intervenção específicos dirigidos às crianças e adolescentes das populações mais pobres, em particular das periferias urbanas e do interior.

Palácio de São Bento, 28 de Setembro de 2000. Os Deputados do PS: *Mafalda Troncho — João Sequeira — Ana Catarina Mendonça — João Pedro Correia — José Alberto Fateixa — Carla Tavares — Bruno Almeida — António Galamba — Afonso Candal — Filipe Vital — Dinis Costa — Luís Miguel Teixeira — Sónia Fertuzinhos — José Miguel Medeiros — Paula Cristina Duarte — Jamila Madeira — Artur Penedos*