

CELESTE SIMÕES

ADOLESCENTES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Introdução

Muitos jovens hoje, e segundo as tendências apontadas em diversos estudos, muitos mais no futuro, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde (DiClemente, Hansen, e Ponton, 1996; United States Department of Health and Human Services, 2000). Uma questão que se destaca neste cenário é a origem deste risco. Enquanto que anteriormente as causas da mortalidade e morbidade nos jovens estavam associadas a factores de ordem biomédica, hoje essas causas estão essencialmente associadas a factores de origem social, ambiental e comportamental (Irwin, Burg, e Uhler Cart, 2002; Steptoe e Wardle, 1996). Comportamento e estilo de vida são, então, determinantes cruciais para a saúde, doença, deficiência/incapacidade e mortalidade prematura. Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos jovens, encontra-se um largo conjunto de comportamentos, nomeadamente o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas, medicamentos), a violência, o suicídio, os acidentes, as desordens alimentares, a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmitidas.

Como já foi referido, é evidente que estes comportamentos têm consequências negativas a nível pessoal. Para além deste tipo de consequências encontram-se também as consequências a nível social que se poderão traduzir em diversas dimensões de desvantagem social, nomeadamente na integração social e na independência económica. Outros tipos de “custos” são os encargos económicos que a sociedade tem que suportar para cuidados de saúde, reabilitação e institucionalização dos jovens (Izumi, *et al.*, 2001; Pronk, Goodman, O'Connor, e Martinson, 1999).

A perspectiva de que a construção da saúde e do bem-estar desde o início pode prevenir sérios e dispendiosos problemas para o indivíduo e para a sociedade tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Organismos como o Conselho da Europa (2003) ou a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), salientam nas suas directrizes a prevenção primária como uma parte importante dos programas nacionais de saúde e educação. Neste âmbito torna-se importante realçar três aspectos que se destacam nestas directrizes. Em

primeiro, a necessidade de uma intervenção preventiva precoce, dado que a flexibilidade da criança e do jovem fazem deles alvos ideais para os programas de prevenção, a serem implementados em contextos vocacionados para a promoção do desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente o contexto escolar. Em segundo lugar, a noção de que qualquer intervenção integrada num âmbito preventivo não se deve limitar aos momentos de crise ou a prevenir crises. Deverá para além disso promover e otimizar a capacidade de tomar decisões e, conseqüentemente, a autonomia do jovem. Em terceiro lugar, a importância de incluir os principais contextos de vida e os seus intervenientes nestes processos, dado estes constituírem uma das principais influências na vida dos adolescentes.

Adolescência e adolescentes

A infância e a adolescência nem sempre foram consideradas períodos especiais na vida do ser humano, como o são actualmente. A adolescência, tal como hoje é entendida, é um fenómeno recente. O termo adolescência tem origem na palavra latina *adolescere*, que quer dizer crescer para adulto. Sempre se cresceu para adulto. Mas nem sempre foi dado a este crescimento um tempo de vida tão alargado como nos tempos vigentes. Nos dias de hoje, a adolescência é um período alongado, que se estende até à terceira década de vida, em que o adolescente vive com os pais. Para este facto são apontadas várias causas: culturais, como a maior liberalização, aceitação e tolerância dos costumes; sociais, onde se destaca o prolongamento dos estudos que leva conseqüentemente a uma maior dependência; e económicas, como o desemprego ou trabalho precário (Braconnier e Marcelli, 2000).

Uma das questões que ao longo da curta história da adolescência se tem sistematicamente levantado, é a da turbulência e instabilidade que o jovem vive nesta fase da sua vida. Apesar de estarem um pouco de lado as perspectivas de “*storm and stress*”, continuam-se a estudar os problemas da adolescência porque eles são reais e trazem consigo mal-estar e novas dificuldades. No entanto, existem hoje noções diferentes em relação a estes problemas que permitem ver a adolescência de outro modo. Sabe-se hoje, que alguns jovens encontram na adolescência dificuldades, mas que tal não é verdade para todos. Sabe-se também, que quando existem dificuldades, estes problemas não se generalizam a todas áreas de funcionamento do jovem ou atingem necessariamente graves proporções. Sabe-se ainda, que muitos dos problemas da adolescência surgem como forma

de adaptação do adolescente aos novos desafios que se lhe colocam (Sprinthall e Collins, 1999). E são múltiplos os desafios a vencer: a adaptação a toda uma nova condição biológica, a conquista de uma nova autonomia, o estabelecimento de novas relações interpessoais próximas e duradouras, a progressão académica, entre outros. E como se isto não bastasse, o adolescente precisa ainda, tal como todo o ser humano, de sentir-se valorizado como pessoa, estabelecer um lugar num grupo produtivo, sentir-se útil para os outros, dispor de sistemas de suporte e saber usá-los, fazer escolhas informadas e acreditar num futuro com oportunidades reais. Ultrapassar estes desafios e preencher estas necessidades tornam-se requisitos necessários para que os adolescentes se tornem adultos saudáveis e produtivos (Carnegie Corporation of New York, 1995).

Um dos temas centrais da adolescência continua a ser a forma como se ultrapassam estas mudanças também denominadas de transições, desafios, crises ou necessidades. Para alguns autores a adolescência é um período de mudanças dramáticas a nível familiar, a nível escolar, ao nível das amizades, a nível profissional. É um período de confusão e de sentimentos paradoxais (excitação e ansiedade, felicidade e tristeza, certezas e incertezas) que não se limitam ao jovem, mas que se estendem também aos pais, professores e amigos dado que vivem também os seus problemas (Lerner e Galambos, 1998). Para outros, a maioria dos jovens está preparada para lidar com as mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais da adolescência e ultrapassá-las com sucesso (Steinberg, 1998). De acordo com esta perspectiva, parte dos problemas que surgem na adolescência não têm consequências graves ou a longo prazo. Devem pois ser equacionados como fazendo parte do desenvolvimento normal, como formas exploratórias necessárias ao desenvolvimento, ou como reflexo de um desfasamento entre a maturidade biológica e a maturidade social (Baumerind, 1987; Irwin, 1987; Moffitt e Caspi, 2000).

A adolescência é essencialmente um tempo de crescimento, de desenvolvimento de uma progressiva maturidade a nível biológico, cognitivo, social e emocional. Nas sociedades modernas não existe um acontecimento único que marque o fim da infância ou o início da adolescência. Esta transição envolve um conjunto de mudanças graduais em múltiplas esferas da condição humana, que ocorrem durante um período mais ou menos alargado, e que preenchem toda a adolescência (Steinberg, 1998). O adolescente tem pois de se adaptar às novas circunstâncias, que lhe dão um novo olhar sobre o mundo e sobre si próprio.

Várias teorias procuram explicar o desenvolvimento humano. Algumas delas, as chamadas teorias de estágio como, por exemplo, a teoria do desenvolvimento cognitivo de

Piaget (Piaget, 1983), a teoria epigenética de Erikson (Erickson, 1982), a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (Kohlberg, 1981), a teoria do desenvolvimento interpessoal de Sullivan (Sullivan, 1996) ou de Selman (Selman, 1980), salientam aspectos específicos na adolescência como motores de evolução: a aquisição das operações formais, a procura e estabelecimento de uma identidade pessoal, a aquisição de uma moral convencional, uma maior orientação para os amigos ou a tomada de uma perspectiva mútua na relação com os outros. Outras teorias, como por exemplo a da aprendizagem social (Bandura, 1986, 2001), apresentam um processo global de aprendizagem independente da etapa da vida do indivíduo, processo este responsável pela aquisição de grande parte do repertório comportamental individual. Outras falam de um conceito interessante, as “arenas de conforto”, como é o caso da teoria focal (Coleman, 1974), que refere que a adaptação às mudanças na adolescência será mais fácil se o adolescente se sentir bem nos contextos que lhe são significativos. E estes contextos são a família, os amigos e a escola. Apesar de recentemente ter surgido uma teoria que desvaloriza o papel da família no desenvolvimento do adolescente, a teoria da socialização de grupo (Harris, 1995), a maioria dos autores e da investigação realizada em torno do papel da família, mostra que a família ocupa um lugar de destaque na socialização do adolescente (Braconnier e Marcelli, 2000; Sanders, 2000; Toumbourou, 2001). À família é atribuída a passagem de atitudes, valores e normas de conduta que irão guiar o adolescente na sua vida presente e futura. Os pais têm ainda a função de servir de apoio e suporte afectivo, constituindo assim um elemento facilitador da adaptação do adolescente às novas circunstâncias de vida. Alguns jovens desenvolvem-se em contextos familiares estáveis a nível emocional, social, económico, etc., o que facilita a passagem do jovem pela adolescência. Outros porém, pertencem a famílias em situação de desvantagem que muitas vezes constituem um risco adicional para além dos inerentes à própria adolescência. Os amigos constituem um outro importante espaço de desenvolvimento (Oldenburg e Kerns, 1997; Oliveira, 1999). Nesta fase da vida é atribuída uma especial importância aos amigos. Dada a sua similaridade em termos etários, estes são uma boa fonte para comparação social a nível de valores e atitudes relacionadas com formas de estar e de agir. Dados de estudos apontam a influência dos amigos como um factor determinante do comportamento desviante. No entanto, outros estudos apontam a falta de amigos como factor preditivo de problemas de saúde mental. Nestas relações parece existir um factor chave e que se traduz nas atitudes e comportamentos dos amigos, e que dependendo da sua posição e acção, positiva ou negativa, poderão assim constituir uma fonte positiva ou negativa de influência.

Também a escola apresenta, tal como os contextos anteriores, um forte impacto no ajustamento dos adolescentes (Bearman, 1998; Bonny, Britto, Klostermann, Hornung, e Slap, 2000; Braconnier e Marcelli, 2000). Dados de vários estudos têm mostrado que a ligação à escola é importante para o bem-estar do adolescente e constitui um importante factor de protecção contra o comportamento desviante. A percepção de um bom ambiente escolar e de segurança, o sentimento de pertença à escola e de ligação com os colegas e com os professores são factores importantes para o sucesso escolar.

Saúde na adolescência

A adolescência é um período crítico na cronologia da saúde. Muitas das escolhas com impacto na saúde e que perduram por longo tempo, são feitas neste período de vida (McManus, 2002). Talvez esta constitua uma das razões para o facto do estudo dos problemas de comportamento continuar a dominar a literatura do desenvolvimento do adolescente entre os anos 80 e 90 (Steinberg e Morris, 2001), quando se sabe actualmente que a maioria dos adolescentes ultrapassam este período sem desenvolverem dificuldades significativas em termos sociais, emocionais ou comportamentais.

A adolescência é geralmente considerada como um período de saúde (Irwin *et al.*, 2002), dada a menor vulnerabilidade dos jovens à doença (Bruhn, 1988; WHO, 2003). Esta visão dos jovens como um grupo saudável não é apenas externa, dado que a grande maioria dos jovens também se vê como saudável. Resultados do estudo HBSC, mostram que cerca de 90% dos estudantes referem sentir-se saudáveis (Scheidt, Overpeck, Wyatt, e Aszmann, 2000). Apesar de experienciarem alguns sintomas de mal-estar, a maioria dos adolescentes não parece traduzir esses sintomas em percepções de uma má saúde. Os dados deste mesmo estudo relativos a Portugal, mostram que cerca de 95% dos jovens portugueses participantes no estudo sentem-se saudáveis, sendo que destes cerca de 32% dizem sentir-se muito saudáveis (M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, e Canha, 2000).

Ainda que os adolescentes sejam menos susceptíveis à doença ou a outras condições negativas aliadas à saúde, por vezes também são confrontados com problemas de saúde mais ou menos graves e com a morte. Diomsina e Vyciniene (2002) referem que entre os problemas de saúde mental mais prevalentes na infância e adolescência se encontram as perturbações da ansiedade. Efectivamente, de acordo com os resultados do estudo HBSC (Health Behaviours in School-aged Children), os sintomas de mal-estar

psicológico afectam uma percentagem significativa de jovens. Uma vez por semana ou mais, cerca de 62% dos jovens referem sentir-se nervosos, 44% referem irritabilidade, 38% referem sentir-se deprimidos e uma percentagem similar com dificuldades em adormecer (M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000). Dado que os problemas de saúde tendem a aumentar ao longo da adolescência, quer a nível de sintomas psicológicos quer a nível de sintomas físicos, é importante que a prevenção seja precoce (Scheidt, *et al.*, 2000; Sweeting e West, 2003). Também os dados do estudo HBSC realizado em Portugal, confirmam esta tendência de uma evolução negativa ao nível dos sintomas de mal-estar nos adolescentes (M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000). Os jovens que apresentam sintomas físicos e psicológicos têm mais dificuldades no contexto familiar e escolar e com os amigos. Apresentam ainda um envolvimento mais frequente com o consumo de substâncias e violência, comparativamente com os jovens que não apresentam sintomas de mal-estar. Tal como aumentam os sintomas de mal-estar, diminuem as percepções de saúde, sendo neste caso os adolescentes mais velhos aqueles que se sentem menos saudáveis (M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000; Pedersen, 1998). Por outro lado, sentir-se saudável está fortemente associado ao evitamento de comportamentos de risco, tais como o fumar, beber álcool e consumir drogas.

Os adolescentes que reportam menos frequentemente sintomas físicos e psicológicos são também os que mais referem ser felizes. Para esta associação entre as percepções de felicidade e de saúde parecem contribuir a satisfação consigo próprio e a satisfação com os contextos de vida significativos. O suporte social constitui um factor que contribui para o bem-estar e saúde dos adolescentes (Chen, Wang, Yang, e Liou, 2003; Yarcheski, Mahon, e Yarcheski, 2001). As raparigas mais felizes são as que melhor estão integradas socialmente, isto é, têm amigos, passam tempo com eles e têm facilidade de comunicação com estes (King, Wold, Tudor-Smith, e Harel, 1996). Nem só a satisfação nas relações com os pares, são elementos importantes para o bem-estar do adolescente. Também uma boa comunicação com os pais e a percepção de um bom relacionamento familiar estão positivamente associadas com o bem-estar subjectivo e negativamente com sintomas de mal-estar (Chou, 1999; Jackson, Bijstra, Oostra, e Bosma, 1998; Weitoft, Hjern, Haglund, e Rosen, 2003). Igualmente, uma atitude positiva em relação à escola e a percepção de um ambiente escolar positivo têm sido encontrados como factores significativamente associados ao bem-estar dos adolescentes (Burns, Andrews, e Szabo, 2002). King *et al.* (1996) referem ainda outros factores associados ao bem-estar, tais como o estatuto socioeconómico, o estar satisfeito com a sua aparência e estar raramente de mau

humor. Factores como a solidão e os sintomas depressivos, por outro lado, estão negativamente associados com o bem-estar (Mahon e Yarcheski, 2001; Whalen, Jamner, Henker, e Delfino, 2001). É ainda importante referir que níveis mais baixos de bem-estar psicológico constituem factores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias (Griffin, Scheier, Botvin, e Diaz, 2001; Pitkanen, 1999).

Um dos aspectos que tem atraído a atenção dos investigadores nesta arca é a diferença se existem entre géneros. Os resultados de muitos estudos mostram que os rapazes e as raparigas diferem em termos de estatuto de saúde, comportamento de saúde, comportamentos de risco e factores de protecção. De um modo geral, são as raparigas adolescentes e pré-adolescentes que apresentam percepções de bem-estar mais baixas (Thomas e Brunton, 1997). As raparigas sentem-se mais frequentemente sós, pouco felizes e pouco saudáveis, comparativamente com os rapazes. São também as raparigas que dizem com maior frequência que não estão satisfeitas com a sua imagem corporal, existindo como tal uma maior referência à intenção ou prática de dietas. São ainda as raparigas que mais frequentemente apontam sintomas de mal-estar físico (dores de cabeça, costas e estômago), e psicológico (irritabilidade, nervosismo, sintomas de depressão e dificuldade em adormecer) (M. G. Matos, Simões, Canha, e Fonseca, 2000; M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000; M. G. Matos, *et al.*, 2006). Em relação aos sintomas de depressão, os estudos mostram que estes apresentam uma maior prevalência nas raparigas (2,5 raparigas para 1 rapaz) e são também as raparigas que apresentam uma maior variedade de sintomas depressivos (Windle e Davies, 1999). Em relação à evolução da perturbação, verifica-se que esta tem mais probabilidade de continuidade nas raparigas do que nos rapazes (Duggal, Carlson, Sroufe, e Egeland, 2001). Os rapazes geralmente sentem-se mais felizes, mais saudáveis e menos sós (M. G. Matos, Simões, Canha, *et al.*, 2000; M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000; M. G. Matos, *et al.*, 2006).. No entanto, apesar desta visão mais positiva ao nível do seu bem-estar, os rapazes também apresentam diversos problemas com impacto na sua saúde. São os rapazes que apresentam maiores níveis de experimentação e consumo regular de substâncias, como o álcool, tabaco e drogas (Gabhainn e François, 2000; M. G. Matos, Simões, Canha, *et al.*, 2000; M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000; M. G. Matos, *et al.*, 2006; Reardon e Buka, 2002). Também Windle e Davies (1999) referem que os rapazes consomem mais álcool, comparativamente com as raparigas. São ainda os rapazes que apresentam mais problemas de externalização (problemas de comportamento, défice de atenção e hiperactividade (Sells e Blum, 1996;

Thomas e Brunton, 1997) e também um maior envolvimento em lutas (M. G. Matos, *et al.*, 2006).

De uma forma geral, poder-se-ia sintetizar o perfil comportamental de saúde das raparigas e rapazes adolescentes utilizando a expressão apresentada por Matos, Simões, e Canha (1999), que aponta os rapazes como "mais virados para o mundo" e as raparigas como "mais voltadas para elas próprias". Os rapazes apresentam mais problemas de externalização (problemas de comportamento e consumos), enquanto que as raparigas apresentam mais problemas de internalização (problemas com a imagem corporal e sintomas de mal-estar psicológico). Segundo Kolip e Schmidt (1999), é preciso entender estas diferenças em relação com o processo de socialização, não esquecendo no entanto o papel dos factores biológicos. Um outro factor com influência a este nível, poderá ser encontrado nos sistemas de cuidados de saúde e nas interações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os utentes, que não são isoladas da questão do género. As autoras dão o exemplo das raparigas que, possivelmente, não têm mais queixas que os rapazes, mas percebem os seus sintomas de forma diferente ou é-lhes mais fácil falar destes. Um outro exemplo são as queixas dos rapazes na infância que, de acordo com os estudos, são levadas mais a sério e conseqüentemente vão mais ao médico. Perante esta diferenciação em termos de necessidades e problemas, as autoras salientam a importância de estabelecer cuidados preventivos, curativos e reabilitativos especializados para rapazes e raparigas.

Comportamentos relacionados com a saúde

Dentro dos múltiplos factores que afectam a saúde, encontram-se os comportamentos com ela relacionados. Os estados de mal-estar, perturbação ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável (Adler, 1995; Pattishall, 1994), que por sua vez é composto por padrões comportamentais não saudáveis, ou que envolvem algum risco para a saúde, mantidos ao longo do tempo e apresentados em vários contextos (Andrews e Dishion, 1994). Os comportamentos relacionados com a saúde, para além da influência que têm no continuum "saúde-doença", têm também influência sobre os comportamentos futuros. De facto, vários estudos têm mostrado que o comportamento anterior constitui o principal preditor do comportamento futuro (Conner e Sparks, 1996; Ogden, 1996). O comportamento anterior também parece ser um dos melhores preditores

das intenções comportamentais futuras. Um estudo realizado com adolescentes portugueses, mostrou que o comportamento anterior constituía o melhor preditor das intenções relacionadas com comportamentos de saúde, nomeadamente, ter uma alimentação equilibrada, praticar desporto, não consumir bebidas alcoólicas e não fumar ou tomar drogas (C. Simões, 1997; C. Simões e Marques, 2000).

Os comportamentos relacionados com a saúde geralmente surgem classificados como comportamentos de saúde positivos e negativos. Os comportamentos de saúde positivos traduzem-se em comportamentos que contribuem para a promoção da saúde, prevenção do risco e detecção precoce da doença ou deficiência. Como exemplos de comportamentos de saúde positivos temos o uso do cinto de segurança, os cuidados de higiene, alimentação equilibrada, realização de *check-ups* regulares, etc. Os comportamentos de saúde negativos referem-se a comportamentos que, pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou acidente. Como exemplos dos comportamentos de saúde negativos encontram-se o consumo de substâncias, a alimentação desequilibrada, a condução sob o efeito do álcool, etc. (Ogden, 1996; Steptoe e Wardle, 1996). De acordo com Røysamb, Rise, e Kraft (1997), os comportamentos relacionados com a saúde (que abrangem os comportamentos promotores de saúde e comportamentos de ameaça à saúde) podem ser conceptualizados em diferentes dimensões. Num estudo realizado pelos autores, a agregação de diferentes comportamentos relacionados com a saúde deu origem a categorias de comportamentos: adicção, alta acção, e protecção. A adicção engloba o consumo de álcool e tabaco, comportamentos de risco quando está embriagado (como nadar, andar de barco, de bicicleta ou de mota), e andar de carro embriagado ou com alguém que está a conduzir sob o efeito do álcool. A alta acção engloba comportamentos como conduzir a velocidades elevadas, andar de mota, desportos de risco (por exemplo, esqui ou mergulho) e a actividade física. Este último comportamento faz também parte dos comportamentos de protecção que incluem ainda, a utilização de equipamentos de segurança, a higiene oral e a dieta alimentar.

Os comportamentos de saúde negativos, comportamentos de adicção ou de alta acção, são geralmente conhecidos por comportamentos de risco. Como já foi referido, os comportamentos de risco constituem a maior ameaça à saúde e bem-estar dos adolescentes. Segundo Igra e Irwin (1996), o termo *risk-taking* (correr riscos) tem sido usado para ligar conceptualmente um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde, nomeadamente o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução imprudente, comportamento homicida ou suicida, desordens alimentares, e delinquência. Trimpop

(1994) refere-se ao *risk-taking* como um comportamento controlado, consciente ou não, com uma incerteza percebida acerca das suas consequências (possíveis benefícios ou custos) para o bem-estar físico do próprio ou outros. Igra e Irwin (1996) referem também uma certa incerteza quanto aos resultados dos comportamentos de risco, no entanto, afirmam que estes comportamentos são voluntários. E o correr riscos (*risk-taking*) leva os adolescentes a ficar em risco (*at-risk*). Segundo Jessor (1991), o termo *at-risk* tem dois significados dependendo da idade dos jovens, isto é, os adolescentes mais novos podem estar em risco para iniciar comportamentos de risco, enquanto os adolescentes mais velhos, que já praticam estes comportamentos, estão em risco de consequências negativas para a saúde.

Uma das questões que nos últimos anos se tem levantado em torno dos comportamentos de risco na adolescência é a diferenciação entre os diversos comportamentos de risco. Existem comportamentos de risco que envolvem algum perigo, mas que mais não são do que simples experiências construtivas, que fazem parte do crescimento normal (Michaud, Blum, e Ferron, 1997; Ponton, 1997) e comportamentos de risco que têm potencial para comprometer o desenvolvimento ajustado dos jovens.

O desenvolvimento normal do adolescente envolve uma progressiva independência e autonomia da família, uma maior associação com os pares, a formação da identidade e a maturação fisiológica e cognitiva. Este turbilhão de mudanças permite ao jovem abrir novos horizontes e experimentar novos comportamentos. E dentro destes novos comportamentos estão incluídos comportamentos que se denominam de comportamentos de risco. Estes comportamentos servem para experimentar novas componentes da vida não descobertas até então, sem os limites estabelecidos ou a protecção dada pelos pais. Podem servir para ganhar aceitação e respeito dos pares, para ganhar autonomia dos pais, para manifestar rejeição pelas normas e valores convencionais, para lidar com a ansiedade, frustração e antecipação do fracasso, para confirmar para si próprio ou para os outros determinados atributos, para moldar a sua identidade, e ainda como prova de maturidade e transição para um estatuto mais adulto (Jessor, 1991; Ponton, 1997). Tendo em conta estas importantes funções instrumentais, poder-se-á considerar que os comportamentos de risco são muitas das vezes normativos e saudáveis para os adolescentes (Ponton, 1997).

No entanto, os comportamentos de risco podem também constituir uma séria ameaça à saúde dos adolescentes. Para Baumerind (1987), os comportamentos de risco tornam-se destrutivos quando contribuem directa ou indirectamente para a alienação dos

adolescentes. Assim, os comportamentos de risco são potencialmente perigosos quando levam o jovem a afastar-se da sua comunidade, a não partilhar interesses com aqueles que lhe são próximos, quando levam o jovem ao desencontro com o seu papel na sociedade, ou a sentir-se incompreendido e rejeitado pela sociedade. Segundo Igra e Irwin (1996), os comportamentos de risco podem ser considerados não normativos devido ao momento em que têm lugar e à sua extensão ou gravidade. Determinados comportamentos podem ser considerados de risco, devido ao facto de ocorrerem num momento em que não era à partida suposto terem lugar, como é o caso do consumo de álcool ou o comportamento sexual em idades precoces. Ambos os comportamentos se tornam normativos com o passar do tempo, quando o adolescente se aproxima da idade adulta. Também pela sua gravidade, alguns comportamentos podem ser entendidos como comportamentos de risco, como é o caso da delinquência e o consumo de substâncias. Muitos adolescentes praticam actos delinquentes de menor gravidade e experimentam tabaco e álcool. No entanto, os actos delinquentes graves e o consumo de substâncias ilícitas são considerados comportamentos de risco devido à sua gravidade (Igra e Irwin, 1996). Lerner e Galambos (1998) falam de três critérios que podem ser úteis para distinguir estes dois tipos de comportamentos: a idade de início do comportamento, a duração do comportamento, e o estilo de vida do jovem. Os comportamentos de risco quando começam cedo têm mais probabilidade de se tornar verdadeiros problemas. Se estes comportamentos ultrapassam a experimentação, isto é, se com o passar do tempo estes comportamentos são mantidos, encontra-se mais um sinal de possíveis problemas futuros. Por último, se estes comportamentos surgem aliados a outros comportamentos de risco e, como tal, permitem categorizar o estilo de vida do jovem como estilo de vida de risco, então os adolescentes podem já estar envolvidos em problemas significativos. Também Braconnier e Marcelli (2000) falam da necessidade de estar atento aos aspectos quantitativos dos comportamentos de risco, até mais do que os qualitativos, para que perante determinados sinais se realize uma intervenção preventiva de uma escalada nos comportamentos problema. Entre os sinais apontados pelos autores, encontra-se a questão da repetição do comportamento de risco (consumos, violência, problemas escolares) da duração do comportamento (durante mais de 3 meses ou mesmo 6 meses ou mais), e a questão da acumulação de comportamentos de risco e acontecimentos de vida negativos.

Um aspecto importante que tem influência sobre o *risk-taking* é a percepção do risco. Se um risco não é percebido como tal, é provável que a resposta não seja a mesma que é dada a um comportamento que é percebido como sendo de risco (Trimpop, 1994).

As percepções do risco traduzem-se na percepção da vulnerabilidade pessoal a um determinado acontecimento crítico (Schwarzer e Fuchs, 1995). Segundo Trimpop (1994), os factores mais determinantes na percepção do risco são as preferências pessoais, as experiências anteriores, e as interpretações individuais do risco. Dentro das interpretações individuais do risco encontra-se uma percepção comum entre os jovens, a percepção da invulnerabilidade. A percepção de invulnerabilidade é, segundo Schwarzer e Fuchs (1995), uma das potenciais causas dos comportamentos de risco. As percepções do risco são muitas vezes distorcidas e reflectem uma “pré-disposição optimista”, o que conduz a uma subestimação do risco objectivo. Weinstein (1987, cit. in Ogden, 1996) apresenta quatro factores que contribuem para as percepções incorrectas do risco e da susceptibilidade a este último, que constituem o chamado “optimismo irrealista”: a) falta de experiência pessoal com o problema; b) a crença de que é possível prevenir o problema através de acções pessoais; c) a crença de que se o problema ainda não apareceu, também não irá aparecer no futuro; d) e a crença de que não se trata de um problema frequente. Os resultados de um estudo realizado por Moore e Rosenthal (1992), indicam que os adolescentes mais velhos subestimam os comportamentos de risco mas, no entanto, conseguem fazer julgamentos acerca da probabilidade de alguns acontecimentos ocorrerem. Tem sido ainda possível verificar que grande parte dos adolescentes têm consciência dos potenciais perigos aliados aos comportamentos que praticam (que por vezes apenas surgem a longo prazo), mas preferem ignorá-los devido ao facto de valorizarem mais outras consequências psicossociais (a curto prazo), possíveis de obter através destes comportamentos (Irwin, 1987; Schwarzer e Fuchs, 1995). Para Trimpop (1994), as pessoas ajustam o seu comportamento de acordo com o risco percebido. Este facto, visto da perspectiva do alto risco, parece algo normal, na medida em que se tomam mais precauções quando o perigo é elevado. No entanto, isto significa também que as pessoas aumentam a sua exposição ao perigo quando o risco percebido é baixo. Ou seja, de acordo com o autor, ao tornar-se o envolvimento mais seguro as pessoas irão compensar este aumento de segurança correndo mais riscos. Schwarzer e Fuchs (1995) referem que existem muitas razões, quer a nível pessoal quer a nível social, que suportam o facto dos comportamentos de risco serem atractivos e persistentes. Trimpop (1994) refere que a literatura mostra que correr riscos é essencial para a sobrevivência, é divertido, e permite obter recompensas por parte de outros, bem como auto-recompensas. Assim, segundo o autor, não se deve tentar eliminar os comportamentos de risco dos jovens. Alternativamente poderão ser criadas actividades

de risco, desenvolvidas num contexto de segurança, que permitam assim obter o prazer do risco, mas simultaneamente a garantia necessária ao bem-estar e desenvolvimento saudável.

Um dos estudos realizados em território nacional que tem investigado a saúde na adolescência é o estudo "*Health Behaviours in School-aged Children* (HBSC/OMS)". Trata-se de um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia, que está a ser realizado em mais de 40 países, e que recolhe dados de 4 em 4 anos de modo a monitorizar as evoluções neste campo. O objectivo geral deste estudo é conhecer os comportamentos ligados à saúde, os estilos de vida e respectivos contextos nos jovens em idade escolar. Complementarmente, pretende-se compreender a forma como os jovens percebem a sua saúde, e desenvolver um sistema nacional de informação acerca da saúde e estilo de vida dos jovens. Os dados recolhidos neste estudo ao longo dos últimos anos têm mostrado que a maioria dos adolescentes portugueses atravessa este período das suas vidas sem apresentar grandes problemas. No entanto, uma (preocupante) minoria evidencia contextos, processos e comportamentos lesivos da sua saúde.

Estes dados estão bem patentes num estudo desenvolvido por Simões (2005), que agregou os dados recolhidos no estudo HBSC/OMS em 1998 e 2002 (M. G. Matos e Equipa do Projecto Aventura Social, 2003; M. G. Matos, Simões, Carvalhosa, *et al.*, 2000) bem como uma amostra de adolescentes institucionalizados nos Centros Educativos do Instituto de Reinserção Social, onde foi possível verificar a existência de quatro diferentes grupos de adolescentes no que diz respeito aos seus comportamentos relacionados com a saúde (consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas; sintomas psicológicos, satisfação com a escola; satisfação com a vida; comunicação com os pais; comunicação com os amigos; relacionamento com os colegas; e relacionamento com os professores). Assim um primeiro grupo, que agregou mais dois quintos dos sujeitos, é caracterizado por incluir adolescentes que apresentam valores médios na maioria das variáveis em estudo. Têm uma comunicação fácil com a família e com os amigos, por vezes têm um relacionamento fácil com os colegas, a satisfação com a escola situa-se também em valores medianos, sentem-se felizes, e ocasionalmente consomem tabaco e álcool e têm sintomas de mal-estar psicológico. O grupo 2, que agregou cerca de um quinto dos sujeitos, é composto por adolescentes que apresentam algumas dificuldades a nível pessoal e interpessoal. São adolescentes que referem dificuldades na comunicação com os pais e com os amigos ou mesmo não ter amigos, dificuldades na relação com os colegas, não estar satisfeitos com a escola, não se sentir felizes, ter frequentemente sintomas de mal-estar psicológico e ocasionalmente consumos de tabaco e álcool. O grupo 3, que agregou cerca de um terço dos sujeitos,

caracteriza-se por incluir adolescentes que não apresentam problemas de relacionamento interpessoal nos contextos avaliados, que referem ser muito felizes, estar bastante satisfeitos com a escola, raramente ou nunca ter sintomas de mal-estar psicológico e não estar envolvidos em qualquer tipo de consumo de substâncias. O grupo 4, que agregou cerca de um décimo dos sujeitos, caracteriza-se por incluir adolescentes que apresentam dificuldades de relacionamento com os pais, algumas dificuldades com os colegas, mas por outro lado, facilidade no relacionamento com os amigos. São adolescentes que referem não ser felizes e estar insatisfeitos com a escola. Referem ter frequentemente sintomas de mal-estar psicológico, bem como um forte envolvimento nos consumos de drogas lícitas e ilícitas.

Considerando os valores obtidos neste estudo em cada um dos grupos, em termos de percentagem de sujeitos neles incluídos, parece poder dizer-se que a maioria dos adolescentes apresenta um desenvolvimento saudável, o que reforça a ideia já existente de que a perspectiva de “*storm and stres*” não é a mais ajustada para caracterizar a adolescência. Contudo, uma análise dos grupos em função do género, idade, evoluções temporais, colocação escolar /percurso de desajustamento social, revela que para alguns grupos, esta perspectiva poderá fazer sentido. É o caso dos grupos de jovens tutelados, quer os mais novos, quer os mais velhos, onde é possível verificar que a maioria dos sujeitos se encontra nos grupos 2 e 4, que corresponde ao grupo onde se encontra o maior número de problemas. Em relação aos outros grupos, parece ser necessário ter atenção a alguns factores, especialmente à idade, dado que se verifica que o grupo que apresenta um maior nível de ajustamento é caracterizada pelos adolescentes mais novos, e que a classe que apresenta um maior nível de desajustamento é caracterizada por adolescentes mais velhos. Também o género surge como factor de destaque, dado que se verifica que o grupo onde surgem como característicos os problemas de internalização prevalecem as raparigas, e no grupo com maior nível de desajustamento prevalecem os rapazes (considerando na comparação com as raparigas o mesmo nível de idade). Estes resultados parecem ir ao encontro dos resultados de outros estudos, que mostram que os adolescentes mais velhos apresentam mais comportamentos problema e uma maior regularidade na prática desses comportamentos, e que os rapazes e os que estão fora do sistema escolar apresentam mais probabilidade de entrar em múltiplos comportamentos de risco, comparativamente com outros jovens (Mitchell, Novins, e HolmesIssue, 1999; Reardon e Buka, 2002; Sells e Blum, 1996; Swaim, Bates, e Chavez, 1998).

Parece pois que os jovens mais novos se encontram mais ajustados, verificando-se uma tendência com a idade e com factor tempo para migrar para “espaços” mais desajustados. Contudo, o factor idade parece também determinante de uma migração para um outro “espaço”, que envolve certos riscos e insatisfações próprias do desenvolvimento, mas que não se poderá caracterizar necessariamente como um “espaço problemático”. Esta migração parece ainda dependente do género, dado que as raparigas parecem ter mais tendência para “evoluir” para os problemas de internalização, enquanto que os rapazes surgem com mais tendência para se polarizarem para os problemas de externalização. Tal como referem Wagner, Cohen, e Brook (1996), os acontecimentos de vida stressantes têm mais probabilidade de estar associados a problemas de comportamento nos rapazes e a sintomas de depressão nas raparigas. É possível pois, que os desafios e os problemas com que os adolescentes se defrontam ao longo desta fase constituam fonte de stress, e que esta “evolução” seja o reflexo da interacção entre os adolescentes e o envolvimento.

Promoção da saúde na adolescência

Os dados apresentados ao longo deste trabalho mostraram a existência de múltiplos factores de risco e de protecção que interagem e que têm como resultado um maior ou menor envolvimento dos jovens em comportamentos que podem ameaçar a sua saúde. Como se sabe, os comportamentos de risco apresentam funções utilitárias importantes para os adolescentes, e este aspecto constitui um importante factor que leva os jovens a aderir a este tipo de comportamentos. Mas também se sabe, que estes mesmos comportamentos trazem consequências graves a curto, médio e longo prazo em várias esferas da sua vida, nomeadamente pessoal, interpessoal, familiar, escolar e profissional.

Perante este cenário urge prevenir. Como já se teve oportunidade de referir em outras abordagens (Simões, 2000, 2005, 2007), quatro questões importantes destacam-se no cenário da prevenção: (1) a necessidade de uma intervenção precoce, (2) que promova os factores de protecção dos comportamentos de risco; (3) que envolva os principais contextos de vida; e (4) que seja delineada para vários comportamentos alvo.

A necessidade de uma intervenção precoce é consubstanciada em vários estudos que mostram que o envolvimento em comportamentos problema aumenta com a idade. Para além deste aspecto, um outro factor que reforça esta posição é a verificação de que o comportamento anterior constitui um dos principais factores determinantes do

comportamento futuro, e de que os comportamentos de risco constituem um dos principais factores de risco de outros comportamentos de risco. Torna-se pois importante intervir em etapas precoces do desenvolvimento, de preferência em etapas onde ainda não tenha ocorrido estes comportamentos. É pois preciso estar atento, em etapas muito precoces, nomeadamente nos primeiros momentos a na escola, a potenciais factores de risco, ou a lacunas na protecção, ou ainda a comportamentos que poderão indiciar futuros comportamentos problema.

O segundo aspecto referido, a promoção de factores de protecção, deverá constituir a essência da intervenção. Para esta concepção actual de prevenção, contribuiu sem dúvida o conceito de resiliência e a investigação em torno desta, que privilegiou a procura de factores e processos de protecção. De entre os vários factores apontados na literatura, destacam-se, por exemplo, as atitudes, a percepção do risco e as competências sociais. Em relação a este último aspecto muitos estudos (Farrington, 2001; M. G. Matos, 2005; Scheier, Botvin, Griffin, e Diaz, 2000; C. Simões e Matos, 1994; C. Simões, Rocha, Malho, e Matos, 2002; Webster-Stratton, Reid, e Hammond, 2001), têm revelado que este tipo de competências é fundamental para um melhor ajustamento dos indivíduos. Competências de comunicação interpessoal, competências para lidar com os sentimentos, competências para lidar com stress, competências alternativas à agressividade, competências de resolução de problemas, surgem na literatura como importantes factores de protecção dos comportamentos de risco, na medida em que os sujeitos que delas dispõem apresentam uma maior capacidade para se adaptar a diferentes situações e para lidar com as adversidades.

Dado que a protecção, tal como o risco, se situam em diversos contextos, torna-se importante que, tal como referem Matos, Gonçalves, Dias, Gaspar, e Simões (2003), qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo deve de abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio. Muitos dos programas de promoção da saúde têm tido uma base escolar. A escola constitui um dos principais contextos na vida de um adolescente, e tem ou deve ter como objectivo a educação, na verdadeira acepção da palavra, pelo que esta tem de continuar a ser um contexto de referência para a implementação deste tipo de acções. Apesar das intervenções preventivas com base escolar serem fundamentais e constituírem um dos enquadramentos principais a este nível, é preciso não esquecer no entanto, que os programas escolares podem não chegar àqueles que estão em maior risco, ou seja os jovens absentistas e os jovens que abandonaram a

escola (Aveyard, Markham, Almond, Lancashire, e Cheng, 2003; Weinberg, Rahdert, Colliver, e Glantz, 1998). Torna-se assim fundamental, o desenvolvimento de acções que envolvam as componentes acima referidas em outros contextos, nomeadamente o comunitário. E a este nível alguns estudos mostram que este tipo de acções deve de aproveitar os recursos da comunidade, nomeadamente através do estabelecimento de ligações e colaboração com as instituições comunitárias, da criação de oportunidades de participação dos jovens na comunidade, do desenvolvimento de planos de vida futura e da ligação com o mundo do trabalho (Farrington, 2001; Rolf e Johnson, 1999). Para além destes dois contextos, a família constitui por excelência um contexto chave para a promoção da saúde. Aspectos como o apoio, a afectividade, a comunicação, as regras, a supervisão são apontados como determinantes do bem-estar e conseqüentemente do ajustamento dos jovens. Parece assim não existir dúvidas sobre a importância da inclusão dos pais em acções de base escolar ou comunitária, que visem o apoio e a formação dos mesmos em relação aos múltiplos aspectos aliados à vida dos jovens. Este tipo de apoio torna-se ainda mais relevante para as famílias oriundas de contextos desfavorecidos e famílias disfuncionais.

Finalmente, um último aspecto importante no cenário da prevenção, a implementação de programas delineados para vários comportamentos problema. A investigação e a intervenção realizadas neste campo têm mostrado que existem diversas razões que suportam esta directriz (DiClemente, Ponton, e Hansen, 1996; Lynskey, Fergusson, e Horwood, 1998; Michaud, *et al.*, 1997; Windle e Davies, 1999). E uma das principais razões consiste no facto dos comportamentos problema partilharem vários factores de risco, mas simultaneamente vários factores de protecção. Este dado parece reforçar, não apenas a questão da importância de programas multifocais, mas também a importância de se apostar preferencialmente em acções que visem a promoção de factores de protecção, visto a maior homogeneidade destes (comparativamente com os factores de risco) para diversos comportamentos de risco. Contudo, apesar das similaridades nos factores relacionados com os comportamentos de risco, é importante não esquecer que existem também diferenças nomeadamente em termos de género, de idade e de percurso de vida, pelo que estas mesmas diferenças devem ser equacionadas nos programas de intervenção (Jessor, 1991; Kolip e Schmidt, 1999; Simões, 2007; Thomas e Brunton, 1997). Parece assim importante considerar aspectos determinantes, como são as diferenças a nível de crenças e valores, conhecimentos, ou necessidades utilitárias e afectivas, aliadas a

diferentes grupos que poderão, por sua vez, constituir o resultado de diferentes processos desenvolvimentais, educacionais, culturais e sociais.

Referências bibliográficas

- Adler, B. (1995). *Psychology of health: Applications of psychology for health professionals*. Luxembourg: Harwood Academic Publishers.
- Andrews, D. W., e Dishion, T. J. (1994). The microsocial structure underpinnings of adolescent problem behavior. In R. D. Ketterlinus e M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 187-207). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.
- Aveyard, P., Markham, W. A., Almond, J., Lancashire, E., e Cheng, K. K. (2003). The risk of smoking in relation to engagement with a school-based smoking intervention. *Social Science e Medicine*, 56(4), 869-882.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* Retrieved 20-09-2002, from www.findarticles.com
- Baumerind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. In C. E. Irwin, Jr. (Ed.), *Adolescent social behavior and health* (pp. 93-125). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bearman, P. (1998, July). Paper presented at the "What do we know about adolescent health? Findings from the national longitudinal study of adolescent health", Consortium of Social Science Associations, Washington.
- Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W., e Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics* Retrieved 20-09-2002, from www.findarticles.com
- Braconnier, A., e Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Bruhn, J. G. (1988). Life-style and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging Research Perspectives* (pp. 71-86). New York: Plenum Press.
- Burns, J. M., Andrews, G., e Szabo, M. (2002). Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Medical Journal of Australia*, 177 Suppl, S93-96.
- Carnegie Corporation of New York (1995). Great transitions: Preparing adolescents for a new century Retrieved 20-09-2002, from http://www.carnegie.org/sub/pubs/reports/great_transitions
- Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., e Liou, Y. M. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104-110.
- Chou, K. L. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong Chinese young adults. *Journal of Genetic Psychology*, 160(3), 319-331.
- Coleman, J. C. (1974). *Relationships in adolescence*. Boston: Routledge e Kegan Paul.

- Conner, M., e Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviour. In M. Conner e P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 121-162). Buckingham: Open University Press.
- Conselho da Europa (2003). Resolução do conselho sobre a importância da intervenção precoce para prevenir a toxicod dependência, bem como os efeitos nocivos da droga e criminalidade entre os jovens consumidores de droga (1.4.35.). *Boletim UE*, 6 Retrieved 12-10-2003, from <http://europa.eu.int/abc/doc/off/bull/pt/200306/p104035.htm>
- DiClemente, R. J., Hansen, W. B., e Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen e L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E., e Hansen, W. B. (1996). New directions for adolescent risk prevention and health promotion research and interventions. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen e L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 393-411). New York: Plenum Press.
- Diomsina, B., e Vyciniene, D. (2002). [Anxiety disorders in children and adolescents. Psychotherapeutic interventions]. *Medicina (Kaunas)*, 38(4), 466-470.
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., e Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.
- Erickson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: W.W. Norton e Company.
- Farrington, D. P. (2001). Prevenção centrada no risco. *Infância e Juventude*, 3, 9-29.
- Gabhainn, S. N., e François, Y. (2000). Substance use. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, C. A. Smith e J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 97-114). Copenhagen: World Health Organization.
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J., e Diaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behavior*, 15(3), 194-203.
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102(3), 458-489.
- Irwin, C. E., Jr. (1987). *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., e Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 91-121.
- Izumi, Y., Tsuji, I., Ohkubo, T., Kuwahara, A., Nishino, Y., e Hisamichi, S. (2001). Impact of smoking habit on medical care use and its costs: A prospective observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 616-621; discussion 622-613.
- Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L., e Bosma, H. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21(3), 305-322.

- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., e Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross-national survey*. Canada: World Health Organization.
- Kohlberg, L. (1981). *The psychology of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper e Row.
- Kolip, P., e Schmidt, B. (1999). *Gender and health in adolescence*. Copenhagen: World Health Organization.
- Lerner, R. M., e Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology* Retrieved 15-07-2000, from www.findarticles.com
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., e Horwood, L. J. (1998). The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 995-1005.
- Mahon, N. E., e Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 23(4), 360-375.
- Matos, M. G. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M. G., e Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., e Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. G. Matos e I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., e Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC /OMS (1996)*. Lisboa: FMH/PPES.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., e Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*: FMH/PEPT.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- McManus, R. P., Jr. (2002). Adolescent care: reducing risk and promoting resilience. *Primary Care*, 29(3), 557-569.
- Michaud, P.-A., Blum, R. W., e Ferron, C. (1997). Bet you will: Risk or experimental behavior during adolescence? Retrieved 30-6-1999, from www.familyreunion.org/health/blum/commentary.html
- Mitchell, C. M., Novins, D. K., e Holmes, T. (1999). Marijuana use among American Indian adolescents: A growth curve analysis from ages 14 through 20 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Retrieved 28-02-2003, from www.findarticles.com

- Moffitt, T. E., e Caspi, A. (2000). Comportamento anti-social persistente ao longo da vida e comportamento anti-social limitado à adolescência: Seus preditores e suas etiologias. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV(1,2,3), 65-106.
- Moore, S. M., e Rosenthal, D. A. (1992). Australian Adolescents' perceptions of health-related risks. *Journal of Adolescent Research*, 7(2), 177-191.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Oldenburg, C. M., e Kerns, K. A. (1997). Associations between peer relationships and depressive symptoms: Testing moderator effects of gender and age. *Journal of Early Adolescence*, 17(3), 319-337.
- Oliveira, C. V. (1999). *Os jovens e os seus pares: Estudo sociométrico e psicopatológico de uma população escolar*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Não publicada.
- Pattishall, E. G., Jr. (1994). A research agenda for adolescent problems and risk-taking behaviors. In R. D. Ketterlinus e M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 209-215). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.
- Pedersen, J. M. (1998). Well-being among Greenlandic students. *International Journal of Circumpolar Health*, 57 Suppl 1, 639-641.
- Piaget, J. (1983). *Piaget's theory*. New York: John Wiley.
- Pitkanen, T. (1999). Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40(3), 197-207.
- Ponton, L. E. (1997). *The romance of risk: Why teenagers do the things they do*. New York: BasicBooks.
- Pronk, N. P., Goodman, M. J., O'Connor, P. J., e Martinson, B. C. (1999). Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. *Jama*, 282(23), 2235-2239.
- Reardon, S. F., e Buka, S. L. (2002). Differences in onset and persistence of substance abuse and dependence among whites, blacks, and Hispanics. *Public Health Reports*, 117 Suppl 1, S51-59.
- Rolf, J. E., e Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz e J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 229-249). New York: Klumer Academic e Plenum Publishers.
- Roysamb, E., Rise, J., e Kraft, P. (1997). On the structure and dimensionality of health-related behaviour in adolescents. *Psychology and Health*, 12, 437-452.
- Sanders, M. (2000). Family intervention and prevention of behaviour disorders in children and adolescents. In M. G. Matos, C. Simões e S. F. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 35-55). Lisboa: IRS /MJ.
- Scheidt, P., Overpeck, M. D., Wyatt, W., e Aszmann, A. (2000). Adolescents' general health and wellbeing. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, C. A. Smith e J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 24-38). Copenhagen: World Health Organization.

- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., e Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence*, 20(2), 178-209.
- Schwarzer, R., e Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 213-239). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sells, C. W., e Blum, R. W. (1996). Current trends in adolescent health. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen e L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 5-34). New York: Plenum Press.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analyses*. New York: Academic Press.
- Simões, C. (1997). *Fatores e processos envolvidos nas intenções comportamentais: Análise das determinantes sócio-cognitivas e do papel da influência social a nível das intenções comportamentais relacionadas com a saúde*, Dissertação Apresentada com vista à Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia na Especialidade de Psicologia Social. Porto: F.P.C.E. - U.P. (não publicada).
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social. Tese de Doutoramento (não publicada)*. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, C., e Marques, J. (2000). Determinantes sócio-cognitivas de intenções comportamentais relacionadas com a saúde. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 25-36.
- Simões, C., e Matos, M. G. (1994). Promoção das Competências Sociais como Estratégia de Facilitação do Desenvolvimento Pessoal e Social. *Revista Educação Especial e Reabilitação*, 2, 47-56.
- Simões, C., Rocha, E., Malho, M. J., e Matos, M. G. (2002). Prevenção primária: Acções de ligação à comunidade. *Boletim do LAC*, 65(3).
- Sprinthall, N. A., e Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista* (2.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinberg, L. (1998). Adolescence. *Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence* Retrieved 20-03-2000, from www.findarticles.com
- Steinberg, L., e Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology* Retrieved 06-02-2002, from www.findarticles.com
- Stephoe, A., e Wardle, J. (1996). The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.
- Sullivan, H. S. (1996). *Harry Stack Sullivan: Interpersonal theory and psychotherapy*. London: Routledge.

- Swaim, R. C., Bates, S. C., e Chavez, E. L. (1998). Structural equation socialization model of substance use among mexican-american and white non-hispanic school dropouts. *Journal of Adolescent Health, 23*, 128-138.
- Sweeting, H., e West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science e Medicine, 56*(1), 31-39.
- Thomas, H., e Brunton, G. (1997). Gender and healthy child/youth development: A synthesis of the current literature. *Gender and Health: From Research to Policy, The Fifth national Health Promotion Research Conference* Retrieved 20-06-1999, from <http://hiru.mcmaster.ca/OHCEN/groups/hthu/gender.htm>
- Toumbourou, J. W. (2001). Working with families to promote health adolescent development. *Family Matters* Retrieved 15-11-2001, from www.findarticles.com
- Trimpop, R. M. (1994). *The psychology of risk taking behavior*. North-Holland: Elsevier Science.
- United States Department of Health and Human Services (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health Retrieved 16-03-2004, from <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#under>
- Wagner, B. M., Cohen, P., e Brook, J. S. (1996). Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. *Journal of Adolescent Research, 11*(3), 347-374.
- Webster-Stratton, C., Reid, J., e Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7), 943-952.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D., e Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Retrieved 15-11-2001, from www.findarticles.com
- Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B., e Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet, 361*(9354), 289-295.
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., e Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology, 20*(2), 99-111.
- WHO (2003). The World Health Report Retrieved 16-03-2004, from <http://www.who.int/whr/2003/>
- Windle, M., e Davies, P. T. (1999). Depression and heavy alcohol use among adolescents: Concurrent and prospective relations. *Development and Psychopathology, 11*, 823-844.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., e Yarcheski, T. J. (2001). Social support and well-being in early adolescents: the role of mediating variables. *Clinical Nursing Research, 10*(2), 163-181.