

EM TEMPO DE RECESSÃO, OS ADOLESCENTES PORTUGUESES CONTINUAM SAUDÁVEIS E FELIZES OU SÃO AINDA SAUDÁVEIS MAS JÁ NÃO FELIZES?

Margarida Gaspar de Matos^{1,2,3}, Marta Reis^{1,2}, Inês Camacho^{1,2}, Celeste Simões^{1,2}, Diego Gomez-Baya⁴, Catarina Mota¹, Gina Tome^{4,2,5}, Tânia Gaspar^{1,2,6}, Maria do Céu Machado⁷ & Equipa Aventura Social

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente estudo tem como objetivo compreender a evolução dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes portugueses desde 1998 a 2014, com especial foco no período desde 2010 que coincide com o início da crise económica em Portugal.

MÉTODOS: O estudo conta com a participação de adolescentes incluídos no estudo HBSC- Health Behaviour in School-aged Children, desde 1998, em Portugal, sendo a amostra constituída por 28 987 jovens do 6º 8º e 10º ano de escolaridade, correspondentes a 5 séries do estudo.

RESULTADOS: Aumentou em 2014 a percentagem de jovens que referiram mal estar físico e psicológico, comportamentos autolesivos e menores expectativas de futuro, nomeadamente ir para a universidade. Regista-se ainda um aumento dos jovens que reportam situações de fome.

CONCLUSÕES: Esta investigação vem reforçar a importância de prevenir os efeitos da crise económica na saúde e nos comportamentos dos jovens portugueses e aponta algumas implicações nas políticas públicas nomeadamente na educação, saúde, emprego e solidariedade.

A saúde dos adolescentes é o exemplo do conceito “Saúde em todas as Políticas”. Em tempos de recessão económica o planeamento estratégico para os jovens deve envolver todas as áreas referidas como forma única de os preparar para um futuro com saúde.

PALAVRAS-CHAVE: RECESSÃO, FATORES MACROECONÓMICOS, SAÚDE, FELICIDADE, ADOLESCÊNCIA

IN TIMES OF ECONOMIC RECESSION, DID PORTUGUESE ADOLESCENTS STAY HEALTHY SO FAR, BUT NO LONGER HAPPY?

ABSTRACT

OVERVIEW: This study goal is to understand the evolution of health and risk behaviours in the Portuguese adolescents since 1998 to 2014 with a special focus on the Portuguese economic crisis.

METHODS: This study includes adolescents who are part of the HBSC project/study- Health Behaviour in School-aged Children since 1998 in Portugal, s 28 987 young people from the 6th, 8th and 10th grade were, corresponding to 5 sets of the study.

RESULTS: In 2014 these youngsters reported more frequently physical and psychological symptoms, self-injurious behaviours and lower expectations about the future, for example, the vast majority do not plan to go to University. It was also acknowledged that there was a significant increase in the number of young people who report hunger.

CONCLUSION: This research reinforces the importance of preventing the effects of the economic crisis on the health and behaviour of the young Portuguese population and highlights some implications for the public policies of the education and health, employment and social sectors.

Adolescent health is the paradigm of “Health in all Policies”. During economic downturn periods, youth strategic planning should integrate all the referred areas as the unique way to prepare them for a future with health.

KEY-WORDS: RECESSION, MACROECONOMIC FACTORS, HEALTH, HAPPINESS, ADOLESCENCE

DATA DE RECEPÇÃO / RECEPTION DATE: 02-08-2015 - DATA DE APROVAÇÃO / APPROVAL DATE: 07-08-2015

1. EQUIPA AVENTURA SOCIAL, FMH,
UNIVERSIDADE DE LISBOA

2. ISAMB, UNIVERSIDADE DE LISBOA

3. WJCR / ISPA, INSTITUTO SUPERIOR DE
PSICOLOGIA APLICADA

4. UNIVERSIDAD LOYOLA ANDALUCÍA

5. FCM, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

6. UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

7. FM, HOSPITAL STº MARIA,
UNIVERSIDADE DE LISBOA

INTRODUÇÃO

Vários estudos têm demonstrado que a crise económica exerce influência negativa na saúde e nos comportamentos⁴ na população adulta^{5,6}. Contudo, e apesar de haver fortes razões para se pensar que as famílias e as suas circunstâncias socioeconómicas influenciam tanto o bem-estar dos pais como os dos seus filhos^{7,8}, a verdade é que estudos sobre os potenciais efeitos da recessão na saúde dos adolescentes são ainda escassos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE)^{9,10} em Portugal tem vindo a diminuir o número de nascimentos (Tabela 1). A queda dos nascimentos condiciona uma diminuição das crianças inscritas na escola assim como no 2º ciclo (285.088 em 1998 e 252.667 em 2013) e no 3º ciclo (456.176).

A UNICEF alerta que em Portugal existe um elevado risco de consequências ao nível da saúde dos adolescentes a médio e longo prazo, sobretudo devido aos níveis elevados de pobreza infantil resultante do desemprego e das privações socioeconómicas nas famílias⁹. Um es-

tudo conduzido em 31 países mostrou que Portugal e a Irlanda foram os únicos países que reportaram até ao momento um aumento de sintomas relacionados com a saúde mental dos adolescentes (9-17 %) sobretudo associadas ao aumento do desemprego dos pais¹⁰. Dados prévios do estudo HBSC Portugal, mostram que o desemprego na família está associado a um pior bem-estar psicológico e a um menor planeamento e expectativas do futuro escolar nos adolescentes. Além disso, estes adolescentes revelam ainda índices de satisfação com a vida mais baixos que os adolescentes cujas expectativas escolares são mais elevadas^{11,12}. Nos Estados Unidos, uma maior taxa de desemprego mostrou aumentar significativamente a probabilidade de ideação suicida nas adolescentes raparigas¹³.

Há evidência da importância da investigação quanto aos hábitos e estilos de vida na adolescência para melhor compreensão dos comportamentos de risco adotados^{14,15,16,17,18,19,20,21}.

A alimentação, o número de horas e a qualidade do sono, o consumo de substâncias, a relação com os pais e familiares e com o grupo de pares, o bem-

TABELA 1 DADOS SOCIOECONÓMICOS DE PORTUGAL NOS ANOS DO ESTUDO HBSC DA OMS

Indicadores	1998	2002	2006	2010	2014
Consumo Privado (10 ⁶)	68,349.1	86,854.4	104,490.8	115,063.3	110,685.6
Consumo Público (10 ⁶)	20,016.3	28,075.6	34,016.9	37,270.0	32,254.9
Exportação de bens e serviços (10 ⁶)	30,432.5	38,432.8	49,736.7	53,750.9	69,082.9
Total Emprego (10 ³)	4,858.1	5,149.9	5,060.9	4,871.3	4,513.1
Desemprego (%)	4.9	5.0	7.6	10.8	13.9
Desemprego: homem (%)	3.9	4.1	6.5	9.8	13.5
Desemprego: mulher (%)	6.2	6.0	8.6	11.9	14.3
Taxa de Nascimentos (%)	11.2	11.0	10	9.6	7.9*
Taxa de Mortalidade (%)	10.5	10.2	9.7	10	10.2*
Ingresso no 1º Ciclo	535,112	520,211	495,628	479,519	440,378*
Ingresso no 2º Ciclo	285,088	270,825	256,252	273,248	252,667*
Ingresso no 3º Ciclo	456,176	401,895	393,354	503,695	400,478*
Ingresso no Ensino Secundário	442,783	397,532	347,400	483,982	398,447*
Ingresso no Ensino Superior	347,473	396,601	367,312	383,627	371,000*
População 0-14 anos de idade	1,699,675	1,682,761	1,656,988	1,595,173	1,521,854*
População 14-24 anos de idade	1,531,950	1,387,101	1,237,839	1,151,168	1,110,874*

*2013, **2003

estar percecionado, a sexualidade, a relação com a escola são comportamentos/ situações relevantes na saúde dos jovens e foram avaliados no estudo HBSC em Portugal desde 1998^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}.

Para além da evolução destes comportamentos no período estudado -1998-2014^{14,15,16,17,18} e a sua comparação com adolescentes da mesma idade noutras países europeus^{24,25,26,27} é interessante verificar a estabilidade do impacto de alguns moderadores como é o caso do género e da idade. São as raparigas que referem com mais frequência sentir-se sós, pouco felizes e saudáveis, no entanto são os rapazes que reportam maiores níveis de iniciação e consumo de substâncias como é o caso do álcool, tabaco ou drogas, e de comportamentos de violência interpessoal^{14,15,16,17,18,24,25,26,27}.

O conhecimento destas diferenças é fundamental para traçar estratégias de prevenção universal

e seletiva e do desenho de intervenções futuras no domínio da promoção da saúde. O presente trabalho pretende refletir sobre evolução dos comportamentos associados à saúde e comprometedores da saúde nos adolescentes portugueses de acordo com o estudo HBSC da Organização Mundial de Saúde, e tentar compreender de que forma os fatores macroeconómicos em Portugal desde 1998 aparecem associados a esses comportamentos.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

O estudo Português incluiu alunos dos 6º, 8º e 10º anos do ensino público regular. A amostra total das 5 séries de estudos entre 1998 e 2014, inclui 28.987 alunos.

TABELA 2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES NOS ESTUDOS HBSC DA OMS NAS VÁRIAS SÉRIES, DESDE 1998

Ano de estudo	N=	Rapazes	6º ano	8º ano	10º ano
2014	6026	47,7%	35,8%	39,1%	25,1%
2010	5050	47,7%	30,8%	31,6%	37,6%
2006	4877	49,6%	31,7%	35,7%	32,6%
2002	6131	49,0%	38,6%	35,6%	25,8%
1998	6903	47,0%	34,9%	37,5%	27,6%

ESTE ESTUDO É PARTE INTEGRANTE DO ESTUDO EUROPEU HBSC – HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (WWW.HBSC.ORG; WWW.FMH.UTL.PT/AVVENTURASOCIAL; WWW.AVENTURASOCIAL.COM)

O estudo HBSC é realizado de 4 em 4 anos. Conta com a participação de 43 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde²⁸. O estudo tem como

objetivo a compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, e comparações nacionais e internacionais^{24,25,26,27,28}.

INSTRUMENTO

O questionário utilizado neste estudo foi o adotado nos estudos internacionais do HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children* nas repectivas séries desde 1998^{24,25,26,27,29}.

Todas as questões seguiram o protocolo internacional, englobando questões demográficas (idade, género e estatuto socioeconómico); questões relativas aos hábitos alimentares, de higiene e sono; imagem do corpo; prática de atividade física; tempos livres e novas tecnologias; uso de substâncias; violência; família e ambiente familiar; relações de amizade e grupo de pares; escola e ambiente escolar; saúde e bem-estar; e comportamentos sexuais. O questionário português inclui questões específicas nacionais tais como o sono, o impacto da recessão económica, as autolesões e a vivência da doença crónica.

PROCEDIMENTO

A unidade de análise usada neste estudo é a turma. Escolas e turmas foram sorteadas a partir das listas nacionais oficiais e a amostra é proporcional ao número de alunos inscritos em cada uma de 5 zonas geográficas na-

cionais (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) segundo dados fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos foi anónima e voluntária e foi obtida autorização dos encarregados de educação. Em 2014 o questionário foi respondido *online*. As várias séries deste estudo foram aprovadas pela comissão de ética do Hospital de São João no Porto. O questionário aplicado foi aprovado pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes do *Limesurvey* foram transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Sciences – SPSS – Windows” (versão 22.0). No presente estudo foram realizadas análises descritivas.

RESULTADOS

Comportamentos/ factores/ condições/ situações que se mantêm estáveis desde 1998 (Tabela 3)

TABELA 3 VARIÁVEIS EM ANÁLISE NOS ESTUDOS HBSC DA OMS NAS VÁRIAS SÉRIES, DESDE 1998

* O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL FOI CATEGORIZADO SEGUINDO O CRITÉRIO DE COLE ET AL¹, EM QUE EXCESSO DE PESO NÃO INCLUI OBESIDADE.

** DE REFERIR PARA EFEITOS COMPARATIVOS COM RESULTADOS DE ANTERIORES EDIÇÕES DESTE ESTUDO, QUE FOI ALTERADO A REDAÇÃO DA PERGUNTA OBRIGATÓRIA.

Variáveis	1998	2002	2006	2010	2014
Hábitos alimentares, Higiene e Sono					
Tomar pequeno- almoço durante a semana (todos os dias)	-	80,5%	80,0%	80,4%	84,8%
Tomar pequeno- almoço durante a semana (nunca)	-	7,8%	6,1%	6,7%	4,9%
Fazer dieta	7,3%	7,1%	10,5%	10,0%	11,3%
Consumo de frutas (raramente ou nunca)	-	5,7%	8,7%	7,7%	9,0%
Consumo de frutas (mais que uma vez por dia)	-	28,4%	22,2%	22,1%	21,2%
Consumo de vegetais (raramente ou nunca)	-	11,7%	12,2%	11,8%	14,6%
Consumo de vegetais (mais que uma vez por dia)	-	13,2%	11,7%	12,2%	13,3%
Consumo de refrigerantes (raramente ou nunca)	-	20,0%	23,4%	24,1%	31,3%
Consumo de refrigerantes (mais que uma vez por dia)	-	22,5%	15,9%	12,8%	10,1%
Consumo de doces (raramente ou nunca)	-	16,1%	14,7%	15,9%	19,4%
Consumo de doces (mais que uma vez por dia)	-	12,4%	11,7%	8,1%	7,6%
Ir para escola ou para a cama com fome por não haver comida suficiente (sempre/ frequentemente)	-	1,5%	1,2%	1,4%	2,0%
Lavar os dentes (mais que uma vez por dia)	63,9%	57,8%	62,7%	67,4%	69,9%
Horas de sono durante a semana (menos de 8 horas)	-	-	-	38,6%	28,8%
Horas de sono durante a semana (8 horas)	-	-	-	35,0%	36,1%
Imagen Corporal e Atividade Física					
Excesso de peso* (sem obesidade)	13,3%	15,0%	15,0%	15,0%	15,2%
Obesidade	2,3%	3,2%	2,9%	3,4%	3,0%
Atividade física (3 vezes ou mais/semana)	-	47,7%	46,7%	48,2%	51,0%

TABELA 3 (cont.) VARIÁVEIS EM ANÁLISE NOS ESTUDOS HBSC DA OMS NAS VÁRIAS SÉRIES, DESDE 1998

Variáveis	1998	2002	2006	2010	2014
Consumos					
Consumo de tabaco – não fuma	86,9%	81,4%	87,8	88,1%	92,5%
Consumo de tabaco – todos os dias	5,4%	8,5%	5,0%	4,5%	2,6%
Consumo de bebidas destiladas – raramente ou nunca	90,1%	87,8%	88,8%	89,8%	94,2%
Consumo de bebidas destiladas – todos os dias	0,4%	1,0%	0,7%	0,3%	0,4%
Consumo de cerveja – raramente ou nunca	87,9%	91,5%	90,4%	91,7%	95,0%
Consumo de cerveja – todos os dias	1,0%	0,8%	1,0%	0,5%	0,5%
Embraguez (toda a vida) – nunca	77,9%	75,5%	73,7%	75,1%	88,0%**
Embraguez (toda a vida) – 4 vezes ou mais	4,4%	5,4%	6,0%	6,0%	3,6%**
Embraguez (toda a vida) – mais de 10 vezes	2,2%	2,5%	2,8%	2,4%	1,7%**
Consumo de drogas no último mês – nunca	97,5%	93,4%	95,5%	93,9%	96,7%
Consumo de drogas no último mês – mais do que uma vez	1,4%	4,2%	2,6%	3,4%	2,1%
Experimentação de tipos de drogas – "Marijuana" (Haxixe) – 1 vez ou mais	3,8%	9,2%	8,2%	8,8%	8,8%
Ver TV durante a semana (4 ou mais horas)	-	33,1%	35,8%	25,2%	20,1%
Usar o Computador durante a semana (4 ou mais horas)	-	7,9%	14,9%	16,8%	15,2%
Saúde e Bem-Estar					
Dor de cabeça – quase todos os dias	5,7%	6,4%	5,0%	4,1%	5,1%
Dor de estômago – quase todos os dias	1,8%	2,2%	1,5%	1,4%	2,3%
Dor de costas – quase todos os dias	7,0%	6,7%	5,7%	6,4%	6,4%
Cansaço/exaustão – quase todos os dias	-	16,8%	9,7%	9,5%	10,3%
Sentir-se triste/deprimido – quase todos os dias	5,3%	7,0%	4,6%	5,0%	5,1%
Estar nervoso – quase todos os dias	14,2%	11,3%	7,2%	6,2%	8,4%
Ter medo – quase todos os dias	-	5,5%	3,1%	3,1%	4,3%
Dificuldade em adormecer – quase todos os dias	12,3%	8,6%	7,2%	8,5%	7,8%
Satisfação com a vida***	-	7,36***	7,30***	7,45***	7,44***
Relação com a família***	-	-	-	8,47***	8,80***
Sentir-se tão triste que não aguenta... – quase sempre	-	-	3,5%	3,8%	5,5%
Violência					
Magoar a si próprio de propósito (8º e 10º ano) – nunca	-	-	-	84,4%	79,7%
Magoar a si próprio de propósito (8º e 10º ano) – alguma vez	-	-	-	15,6%	20,3%
Magoar a si próprio de propósito (8º e 10º ano) – 4 vezes ou mais	-	-	-	3,0%	4,8%
Provocar – nunca	63,8%	63,4%	63,8%	68,2%	69,1%
Provocar – várias vezes por semana	1,6%	4,0%	3,0%	2,7%	2,6%
Ser provocado – nunca	52,6%	50,7%	59,2%	63,4%	61,3%
Ser provocado – várias vezes por semana	3,9%	7,7%	4,6%	4,6%	4,7%
Envolvimento em lutas no último ano – nunca	66,7%	63,1%	63,2%	71,6%	78,7%
Envolvimento em lutas no último ano – 4 vezes ou mais	5,6%	9,0%	5,9%	5,7%	3,9%
Lesões no último ano – nenhuma	-	53,5%	58,9%	61,9%	61,8%
Lesões no último ano – 4 vezes ou mais	-	5,9%	4,3%	3,6%	3,9%

Ao longo dos 5 anos de estudo observa-se que a obesidade nas idades em estudo não teve variações de relevo nem sistemáticas.

A percepção geral de satisfação com a vida (média da escala de Cattell¹⁸ num intervalo de 0 a 10) tem-se mantido sem oscilações de relevo.

* O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL FOI CATEGORIZADO SEGUINDO O CRITÉRIO DE COLE ET AL¹, EM QUE EXCESSO DE PESO NÃO INCLUI OBESIDADE.

** DE REFERIR PARA EFEITOS COMPARATIVOS COM RESULTADOS DE ANTERIORES EDIÇÕES DESTE ESTUDO, QUE FOI ALTERADA A REDAÇÃO DA PERGUNTA OBRIGATÓRIA.

*** VALOR DA MÉDIA.

TABELA 3 (cont.) VARIÁVEIS EM ANÁLISE NOS ESTUDOS HBSC DA OMS NAS VÁRIAS SÉRIES, DESDE 1998

Variáveis	1998	2002	2006	2010	2014
Escola, Ambiente Familiar e Expectativas					
Gostar da escolar	86,9%	76,8%	76,9%	76,5%	73,1%
Ser bom aluno – percepção dos professores	30,4%	35,4%	35,6%	37,5%	38,2%
Pressão com os trabalhos da escola – muita	3,8%	12,7%	11,3%	12,3%	9,3%
Mãe não tem emprego	-	26,8%	24,4%	22,2%	20,5%
Pai não tem emprego	-	6,4%	7,1%	8,4%	10,1%
Expectativas futuras – prosseguimento de estudos (Universidade)	-	-	-	63,5%	54,9%
Expectativas futuras – vida profissional	-	-	-	10,2%	15,6%
Comportamentos Sexuais					
Já teve relações sexuais (8º e 10º ano)	-	23,7%	22,7%	21,8%	16,1%
Idade primeira relação sexual (10º ano, valor em média)****	-	14,22	14,47	14,43	14,21
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual (8º e 10º ano)**** - % referente ao uso de preservativo	-	92,6%	94,1%	95,2%	70,4%**
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual (8º e 10º ano)**** - % referente ao uso da pílula	-	40,0%	47,1%	53,5%	31,0%**
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (8º e 10º ano)****	-	12,1%	14,1%	12,7%	15,9%

** DE REFERIR PARA EFEITOS COMPARATIVOS COM RESULTADOS DE ANTERIORES EDIÇÕES DESTE ESTUDO, QUE FOI ALTERADA A REDAÇÃO DA PERGUNTA OBRIGATÓRIA.

Comportamentos/ factores/ condições/ situações com uma evolução positiva desde 1998 (Tabela 3)

Pode observar-se, que ao longo dos anos aumentou o número de jovens que toma o pequeno almoço durante a semana (todos os dias). Desde de 2002 tem diminuído o consumo de doces e refrigerantes.

Relativamente ao sono (questão apenas para os estudos de 2010 e 2014) houve uma diminuição dos jovens que referiram dormir menos de 8 horas.

Apesar de se ter verificado uma ligeira diminuição, entre 2002 e 2006, do número de jovens que referem praticar atividade física a partir de 2010 surge um ligeiro aumento (3 ou mais vezes por semana).

A lavagem dos dentes, mais que uma vez por dia, tem vindo a aumentar desde 2002.

A partir de 2002 a percentagem de jovens que refere que raramente ou nunca consome bebidas destiladas tem vindo a aumentar. Relativamente ao consumo de tabaco, desde 2002 a percentagem de jovens que referem consumir tabaco todos os dias tem vindo a diminuir.

Observa-se que houve entre 2002 e 2006 um aumento dos jovens que referem ver televisão 4 horas ou mais por dia. Este número tem vindo a diminuir desde 2010.

Desde 2002 o número de jovens que refere ter atitudes provocatórias (bullying) tem vindo a diminuir.

Relativamente às lesões no último ano (4 vezes ou mais) vinha a observar-se uma descida desde 2002 que se manteve estável em 2014.

Desde 2002 que se observa uma diminuição do nú-

mero de mães desempregadas (contrariamente ao aumento do desemprego do pai).

Comportamentos/ factores/ condições/situações com uma evolução negativa desde 1998 (Tabela 3)

Desde 2010 que se observa um aumento do número de jovens com comportamentos autolesivos (questão colocada apenas aos jovens de 8º e 10º ano de escolaridade). Desde 2006 que tem vindo a aumentar o número de jovens que refere sentir-se tão triste que não aguenta.

Desde 2002 que se tem observado uma diminuição do consumo de fruta, mais do que uma vez por dia.

Entre 2010 e 2014 aumentou o número de jovens que refere ir frequentemente para a escola ou para a cama com fome, por não haver comida suficiente em casa.

Observa-se uma diminuição da percentagem de jovens que refere gostar da escola. Desde 2010 tem diminuído o número de jovens que tem planos para continuar a estudar e frequentar a universidade.

As relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (questão posta apenas ao 8º e 10º ano de escolaridade), têm sofrido oscilações desde 2002, com um aumento entre 2010 e 2014.

A percepção de cansaço/exaustão (quase todos os dias) aumentou entre 2010 e 2014, bem como a referência estar nervoso quase todos os dias. No que diz respeito à referência à percepção de medo, a percentagem de jovens aumentou também entre 2010 e 2014.

Desde 2002 tem aumentado o desemprego dos pais (ao contrário do que sucede com as mães).

DISCUSSÃO

Portugal vive em contexto de recessão económica desde 2009 associado. Durante este período foram realizadas duas séries do estudo HBSC (2010 e 2014) que podem ser uma contribuição importante para estimar o seu impacto nos comportamentos/fatores/condições/ situações associados à saúde e comprometedores da saúde nos adolescentes portugueses.

Apesar de haver razões para se pensar que as famílias e as suas circunstâncias socioeconómicas influenciam o bem-estar dos pais como os dos seus filhos^{7,8}, estudos sobre os potenciais efeitos da recessão na saúde dos adolescentes são escassos, não permitindo uma comparação entre vários estudos e uma reflexão sobre possíveis políticas públicas de carácter preventivo. Segundo o INE, parecem existir associações diretas da crise económica na diminuição do número de nascimentos, prevendo-se assim um envelhecimento da população, embora seja plausível que a uma diminuição nos cuidados de saúde à população se possa associar um aumento da morbilidade e mortalidade. No entanto, Martin McKee em *Financial crisis, Austerity and Health in Europe*, não consegue ainda demonstrar o impacto da crise na Grécia, Irlanda e Portugal, embora refira que por cada 1 a 3% de crescimento do desemprego, aumenta o suicídio, o consumo de tabaco e álcool, a má nutrição e os problemas mentais³⁰. Algumas famílias portuguesas, devido à situação económica, não têm filhos ou têm menos filhos dos que desejariam³¹. Outro factor associado à crise económica é o facto de muitos pais não terem possibilidades financeiras para que os seus filhos ingressem no ensino superior. Ainda segundo o INE, tem vindo a aumentar o risco de pobreza. De acordo com o estudo HBSC em Portugal, tem vindo a aumentar o número de jovens que refere ir para a escola ou para a cama com fome por não haver comida suficiente.

Neste estudo evidencia-se que desde 2010 tem havido um aumento de jovens que referem que quase todos os dias têm dores de cabeça, dores de estômago, sentem cansaço, exaustão, sentem-se nervosos e que têm medo, estes sintomas poderão estar relacionados com as preocupações provenientes das dificuldades financeiras sentidas na família³² e contribuir para um aumento de queixas de saúde psicológica dos adolescentes em Portugal¹⁰. Observa-se igualmente, comparando os resultados de 2010 e 2014 que há uma diminuição da expectativa futura de prosseguir

os estudos (ingresso no ensino universitário) e uma diminuição do gosto pela escola, resultados que vão no mesmo sentido dos observados no estudo desenvolvido por Frasquilho et al, a partir de dados do estudo HBSC em 2010^{11,12}. No estudo HBSC de 2014¹⁸ sublinha-se que não só que os jovens gostam menos da escola, como o que apreciam em geral na escola são os recreios, apreciando pouco as aulas e ainda menos a comida na escola. Em relação às aulas referem o seu desagrado pela matéria que consideram muita e desinteressante e pela pressão dos pais para o sucesso, apesar disso menos jovens em 2014 referem a intenção de no futuro frequentar o ensino superior. De acordo com o INE, efetivamente entre 2010 e 2013 diminuiu o número de jovens que ingressaram no ensino superior. De notar ainda que há um aumento de jovens, desde 2010, que referem que se sentem tão tristes que às vezes acham que não aguentam, e ainda um aumento dos que referem ter comportamentos autolesivos.

A saúde mental do adolescente é um problema crescente e preocupante –Francis Lee em “*Adolescence mental health, opportunity and obligation*” refere que actualmente 1 em cada 5 adolescentes tem problemas de saúde mental que persiste na idade adulta³³.

Olfson e colaboradores em *Trends in mental healthcare among children and adolescents* conclui que há maior utilização dos serviços de saúde mental, aumento das situações graves e principalmente mais medicação com ansiolíticos e antidepressivos³⁴. Na Islândia, foi dado apoio psicológico a todos os adolescentes durante a crise e conseguiram evitar os efeitos negativos na saúde³⁰.

A saúde física dos adolescentes tem vindo a melhor em Portugal como em toda a Europa desde 2002^{14,15,16,17,18}), no entanto em 2014, se o declínio na saúde física dos adolescentes ainda não foi muito acentuado, pelo contrário registam-se já vários sinais de aumento do mal-estar psicológico. Embora um estudo transversal do tipo do presente não permita estabelecer uma causalidade, a diminuição do reforço das políticas públicas nas áreas da saúde e da educação levou por exemplo à extinção das áreas curriculares não disciplinares que estiveram muito provavelmente associadas à acentuada melhoria da saúde dos adolescentes a partir de 2006^{35,36}, e foram patentes em vários trabalhos anteriores à recessão económica^{37,38,39}.

Com a recessão económica tem-se testemunhado sucessivos cortes de verbas atribuídas a áreas vitais na saúde e no bem estar na adolescência, como é o caso da saúde e da educação e uma diminuição de profissionais de educação e saúde que tinham como base a intervenção com jovens e as suas famílias, alguns estudos registam que os profissionais de

CORRESPONDÊNCIA:

MARGARIDA GASPAR DE MATOS
FACULDADE DE MOTRICIDADE
HUMANA
ESTRADA DA COSTA,
1495-688 CRUZ QUEBRADA
MARGARIDAGASPAR@NETCABO.PT

educação e saúde apresentam sinais claros de desmotivação e cansaço^{40,41}. As políticas de saúde para os adolescentes são o exemplo do conceito “Saúde em Todas as Políticas”, criado pela Finlândia em 2006 durante a presidência da União Europeia. As estratégias são combinadas e abrangentes como o demonstra também o recente o plano irlandês para 2014-2020 chamado “*Better Outcomes, Brighter Future*”

”, transversal e dirigido à potenciação das capacidades/ recursos/ trunfos (assets) dos jovens. Esta investigação vem reforçar a importância de compreender os efeitos da crise económica na saúde e nos comportamentos dos jovens portugueses e suas implicações nas políticas do sector, e reforçar a ideia que estas não podem ser descontinuadas, muito menos em tempos de recessão económica.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística - INE- Taxa de desemprego entre 1998 e 2014 - https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
2. Instituto Nacional de Estatística - INE- Taxa de mortalidade entre 1998 e 2014-https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001388&contexto=bd&selTab=tab2
3. Instituto Nacional de Estatística - INE- Número de Nascimentos entre 1998 e 2014- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001346&contexto=bd&selTab=tab2
4. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011-1029.
5. Baumbach, A., & Gulis, G. (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health*, 24(3), 399-403.
6. Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
7. Conger, R., & Conger, K. (2008). Understanding the Processes Through Which Economic Hardship Influences Families and Children. *Handbook of Families & Poverty*. In T. H. E. In D. Crane (Ed.), *Handbook of families & poverty* (pp. 64-82). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
8. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. [Article]. *Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
9. Wall, K., Almeida, A. d., Vieira, M., Cunha, V., Rodrigues, L., Coelho, F., et al. (2013). *As Crianças e a Crise em Portugal: Vozes de Crianças, Políticas Públicas e Indicadores Sociais* 2013. Lisboa: ICS UL / UNICEF.
10. Ploerntner, T.-K., Rathmann, K., Elgar, F. J., de Looze, M., Hofmann, F., Ottova-Jordan, V., et al. (2014). Adolescents' psychological health complaints and the economic recession in late 2007: a multilevel study in 31 countries. *Eur J Public Health* cku056.
11. Frasquilho, D., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2014). Do adolescents' future expectations differ by parental employment situation? Highlights from the portuguese HBSC/WHO survey. *Int Journal of Develop Research* 4(10), 1981-1986.
12. Frasquilho, D., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2014). Does Age Matter? Parental Employment Status Influence on Psychological Well-Being: Findings from the national study of Portuguese Schoolchildren. *Revista Psicologica da Criança e do Adolescente*, 5(1), 57-71
13. Gassman-Pines, A., Ananat, E. O., & Gibson-Davis, C. M. (2014). Effects of statewide job losses on adolescent suicide-related behaviors. *Am J Public Health*, 104(10), 1964-1970.
14. Matos, M. G., & Equipa do Projeto Aventura Social (2000). A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS . FMH/PEPT
15. Matos, M. G., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois). Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana, PEPT & CMDT.
16. Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social. (2006). A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006.Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com
17. Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., G., Gaspar, T., Reis, M., Ramiro, L., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social. (2012). Relatório Final do Estudo HBSC 2010. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com
18. Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa do Aventura Social. (2015). A Saúde dos Adolescentes Portugueses em tempo de Recessão. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com
19. Simões, C. (2007). Comportamentos de risco na adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
20. Tomé, G., Camacho, I., Matos, M., & Dinis, J.(2011). A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes Portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 24(4)747-756
21. Tomé, G., Matos, M., Camacho, I., Simões, C., Gomes, P., & Caldas de Almeida, J. (2015). Strangers, Powerless and Hopeless in their Own Town: Alienation among Adolescents in Times of Recession. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 8(4), 247-255.DOI: 10.9734/BJESBS/2015/17546
22. Simões, C., Batista-Foguet, J. M., Matos M. G., & Calmeiro, L. (2008). Alcohol use and abuse in adolescence: proposal of an alternative analysis. *Child: care, health & development*. 34(3):291-301.
23. Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 147-164.
24. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R & Todd J (eds.) (2000) *Health and health behaviour among young people* (Health Policy for Children and Adolescents, No.1). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
25. Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. (2004). HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO.
26. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (eds.) (2008) *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
27. Currie C et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*.Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
28. Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *J Public Health*, 15(3), 179-186.
29. Currie C., Samdal,O., Boyce, W., Smith, R. (2001). *Health Behaviour in School-Aged Children: A Who Cross-National Study (HBSC)*. Research Protocol for the 2001/2002 Survey: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edimburg
30. Karanikolos,M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M., Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31
31. Machado, M. C., Alves, M. E., & Couceiro, M. L. (2011). *Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde*. Ata pediátrica Portuguesa, 42 (5), 195 - 204.
32. Matos, M. G., Gaspar, T., Cruz, J., & Neves, A. M. (2013). New Highlights About Worries, Coping, and Well-being During Childhood and Adolescence. *Psychology Research*, 3(5), 252-260.
33. Lee F, Heimer H, Giedd J, Lein E, Sestan N, Weinberger D, Casey B., Adolescence mental health, opportunity and obligation Science 2014; 346:547-9
34. Olfsom M, Druss BG, Marcus SC. Trends in mental health care among children and adolescents. *N Engl J Med*. 2015 May 21;372(21):2029-38
35. Sampaio, D., Baptista, M.I., Matos, M. G., & Silva, M. (2005). GTES- Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa: Ministério da Educação - DGIDC (www.dgidc.min-edu.pt)
36. Sampaio, D., Baptista, M.I., Matos, M. G., & Silva, M. (2007). GTES- Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa: Ministério da Educação - DGIDC (www.dgidc.min-edu.pt)
37. Matos, M. G., Baptista, M. I., Simões, C., Gaspar, T., Sampaio, D., Diniz, J. A., Goulão, J., Mota, J., Barros, H., Boavida, J., & Sardinha, L. (2008). Portugal: from research to practice – promoting positive health for adolescents in schools. In Social cohesion for mental well-being among adolescents. WHO/HBSC FORUM 2007. Copenhagen, Denmark.
38. Matos, M. G., & Sampaio, D. (Coord.) (2009). *Jovens com saúde: diálogos com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, Lda.
39. Matos, M. G., Sampaio, D., Baptista, I., & Equipa Aventura Social, UTL and CMDT/UNL (2013). Adolescent's health education and promotion in Portugal: a case study of planning for sustainable practice. In Samdal, O., & Rowling, L. (Eds.), *The Implementation of health promoting schools, exploring the theories oh what, why and how* (pp. 123-126). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
40. Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J.P. & Leal, I. (2014a). Sexual Education in Schools in Portugal: Evaluation of a 3 Years Period. *Creative Education*, 5 (15), 1353-1362. <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2014.515154>
41. Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., & Ribeiro, J.P., & Leal, I. (2014b). Educação sexual em Portugal: legislação e avaliação da implementação em Portugal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2), 335-355. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150203>
42. Better Outcomes Bighter Futures (2014) *The national policy framework for children & young people 2014 – 2020*, Ireland 2014.