



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

ANA RITA DINIS BORGES

***ESTILOS DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS
ESTUDANTES NAS FESTAS ACADÉMICAS***

RELATÓRIO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DR. HERNÂNI POMBAS CANIÇO**

MARÇO 2010

ANARITABORGES@GMAIL.COM

Índice

RESUMO	3
ABSTRACT	4
LISTA DE ABREVIATURAS	6
INTRODUÇÃO	7
COMISSARIADO QUEIMA DAS FITAS	8
- A EXPERIÊNCIA E AS ACTIVIDADES -	
PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO “ANTES QUE TE QUEIMES”	13
- OBJECTIVOS, ESTRUTURA E INTERVENÇÃO -	
SAÚDE EM PORTUGUÊS NAS NOITES DO PARQUE	21
- RESULTADOS DA INTERVENÇÃO E COMENTÁRIOS -	
ESTILOS DE VIDA ESTUDANTIL	31
- INTERPRETAÇÃO CRÍTICA -	
PROMOÇÃO DA SAÚDE	37
- CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE -	
PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESTUDANTES	43
- ENQUADRAMENTO DA INTERVENÇÃO -	43
- ÂMBITOS DE INTERVENÇÃO -	47
- PARTICIPAÇÃO DOS ESTUDANTES, SUA IMPORTÂNCIA -	50
- MEDIDAS E PROPOSTAS -	53
CONCLUSÃO	64
BIBLIOGRAFIA	65
ANEXO I	69

Resumo

O presente trabalho é baseado na experiência adquirida no ano lectivo 2008/2009, quando fui Comissária da Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Central da Queima das Fitas de Coimbra 2009, tradicional comemoração académica e maior festa estudantil do País.

É feita uma apresentação desta experiência, momento único no percurso académico e que apenas é conhecido por um estudante de cada Faculdade da Universidade de Coimbra em cada ano. O destaque reside a nível das actividades desenvolvidas, a grande parte dirigida aos estudantes da Cidade.

A actividade mais mediática da festa, as Noites do Parque (9 noites de convívios e concertos que têm lugar na Praça da Canção), transpõe para a opinião pública uma imagem dos estudantes centrada na boémia descomprometida e de atitudes irresponsáveis.

Descrevo o projecto desenvolvido durante as Noites do Parque, junto dos estudantes que as frequentam, destinado a implementar acções de informação, prevenção e segurança – “Antes que te Queimes”. Este contou com a participação de 14 instituições da Cidade de Coimbra, que recrutaram cerca de 150 voluntários com formação nas áreas de intervenção de maior interesse neste contexto: consumo de álcool, tabagismo, policonsumos, condução de veículos associada à ingestão de bebidas alcoólicas e saúde sexual e reprodutiva.

A Organização Não Governamental para o Desenvolvimento “Saúde em Português”, Membro Observador Consultivo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e um dos parceiros deste protocolo de cooperação, aplicou questionários aos estudantes, do qual resultou o trabalho de investigação “Estilos de Vida Estudantil em Coimbra na Queima das Fitas”, da autoria de “Saúde em Português”, publicamente apresentado, cujos resultados apresento e interpreto.

Exponho, com base no conhecimento e experiência que adquiri, cruzando a minha opinião com a de outros líderes de opinião do meio académico, a interpretação do estilo de vida dos estudantes que aderem às festas académicas. Confronto ainda as opiniões pessoais dos intervenientes com participação activa com as ideias veiculadas pelos meios de comunicação social.

Apresento estratégias para a promoção da saúde deste grupo populacional, também com base em resultados de programas implementados noutros locais e citadas na literatura.

Abstract

This report is based on experience gained in the academic year 2008/2009, when I held the position of Commissioner of Medicine's Faculty as well as Chairman of the Central Commission of "Queima das Fitas de Coimbra 2009", a traditional academic celebration, being the biggest student festivity in Portugal.

A presentation of this experience is made, an unique moment in the academic path that is only known by one student from each Faculty of the University of Coimbra each year. The highlight lies in the activities developed, being most of them intended for the City's students.

The most mediatic activity of this festivity, "Noites do Parque" (that consists of 9 nights of gatherings and concerts taking place at "Praça da Canção"), translates to the public opinion an image of the students focused on the uncompromising bohemian lifestyle and irresponsible behavior.

It's described the project that was developed during the "Noites do Parque", next to students that attend them, with the purpose of the implementation of information, prevention and security campaign – "Antes que te Queimes". This included the participation of 14 institutions of Coimbra City wich have recruited about 150 volunteers trained in the

intervention areas of greatest interest in this context: alcohol consumption, smoking, polydrug use, driving associated with alcohol consumption and sexual and reproductive health.

The Governmental Organization for Development “Saúde em Português”, Observer Advisory member of the Portuguese Language Countries Community and one of the partners of this cooperation protocol, applied questionnaires to students, from which developed the research work “Students’ Lifestyle at Coimbra at ‘Queima das Fitas’”, by “Saúde em Português”, publicly presented, whose results are presented and interpreted in this report.

It’s exposed, with the knowledge and experience I’ve gained, crossing my opinion with the ones of other opinion leaders from the academic society, the interpretation of the lifestyle of students who join the academic festivities. It’s further made a confrontation between the personal opinions of the stakeholders who have active participation and the ideas broadcasted by the media.

It’s presented strategies to promote the health of this demographic group, also based on results of programs who were implemented in other places and quoted in literature.

Palavras-chave

Estudantes do ensino superior, estilo de vida, promoção da saúde, Queima das Fitas, tabagismo, consumo de álcool, *binge drinking*.

Lista de Abreviaturas

AAC – Associação Académica de Coimbra

ACHA - American College Health Association

AE ESEnfC - Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APF - Associação para o Planeamento da Família

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

AUDIT - the Alcohol Use Disorders Identification Test

CAD Coimbra - Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH de Coimbra

CCQF – Comissão Central da Queima das Fitas

COQF – Comissão Organizadora da Queima das Fitas

DG/AAC - Direcção Geral da Associação Académica de Coimbra

GAPE - Gabinete de Apoio ao Estudante

IDT - Instituto da Droga e da Toxicoddependência

IPJ - Instituto Português da Juventude

IST's – infecções sexualmente transmissíveis

NEM/AAC - Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGD – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

RIQF – Regulamento Interno da Queima das Fitas

SMTUC - Serviços Municipalizados de Transportes Urbanos de Coimbra

Introdução

Fazer parte da Organização da Queima das Fitas é uma experiência que encerra em si múltiplos campos de acção. Dependendo das vivências e interesses dos membros da Organização, é dada atenção às áreas consideradas mais importantes para o público-alvo da festa, os estudantes.

Por ser estudante de Medicina, naturalmente atenta às questões que se prendem com o bem-estar dos estudantes, debrucei-me sobre a implementação de actividades positivas no domínio da Promoção da Saúde.

As festas académicas são momentos de reunião dos estudantes, em que há um objectivo especial de partilha de momentos com os colegas, mas são também momentos propícios à intervenção, dada a oportunidade ímpar de atingir numa só ocasião um grande número de estudantes.

Este relatório, mais que um relato da experiência e da intervenção realizada, pretende ser uma ferramenta útil ao conhecimento do Estilo de Vida estudantil e à prossecução de iniciativas de Promoção da Saúde dos estudantes.

Comissariado Queima das Fitas

- A experiência e as actividades -

Ser estudante em Coimbra é uma realidade ímpar na medida em que a Cidade proporciona oportunidades que não são encontradas com a mesma intensidade em outras cidades.

O principal pólo dinamizador desta realidade é a Associação Académica de Coimbra (AAC) que oferece uma panóplia de alternativas aos jovens interessados em complementar a sua formação académica. Os estudantes podem integrar uma das 16 secções culturais ou interessar-se pela prática desportiva desenvolvida por alguma das 26 secções desportivas, bem como participar no Núcleo de Estudantes da sua Faculdade/Departamento. A gestão está a cargo da Direcção Geral da AAC, o órgão executivo composto por estudantes eleitos pelos sócios efectivos (todos os estudantes da Universidade de Coimbra).

É inserido neste meio, fértil em intervenção cultural, desportiva e social, que se organiza a Queima das Fitas. Segundo o artigo 1º do Regulamento Interno da Queima das Fitas (RIQF), esta “...é uma festa dos estudantes da Universidade de Coimbra, inserida na Associação Académica de Coimbra e orientada pela tradição académica dos estudantes da Universidade de Coimbra”.

A experiência que escolhi viver no ano lectivo 2008/2009, após em anos anteriores me ter já embrenhado noutras actividades da AAC, foi o Comissariado da Queima das Fitas. A Comissão Organizadora da Queima das Fitas (COQF) tem na sua constituição as seguintes entidades: Comissão Central, Conselho Geral, Secretariado Técnico e Secretário Geral. Também de acordo com o RIQF, “a Comissão Central é constituída pelos grelados eleitos, designando-se por Comissário o grelado, eleito entre pares, cujas competências passam pela representação destes neste órgão da COQF”. Assim, os Grelados de cada Faculdade [na Faculdade de Medicina são Grelados os alunos que estão pela primeira vez no 5º ano] elegem

um Comissário, que integra a Comissão Central, sendo o órgão constituído por oito Comissários. As funções da Comissão Central, são as seguintes, de acordo com o artigo 11º do RIQF:

- a) Elaboração do Plano Orçamental e Programa da Queima das Fitas;*
- b) Elaboração do Programa da Queima das Fitas (conjunto de actividades divididas por Pelouros);*
- c) Negociar a assinatura de acordos com organismos académicos ou outros, com vista à realização conjunta de actividades a incluir no Programa da Queima das Fitas.*
- d) Supervisionar todas as realizações confiadas a terceiros, seja através de protocolo ou adjudicação e verificar se os acordos estabelecidos estão a ser respeitados.*

Após ser constituída a Comissão Central, cada Comissário assume um Pelouro, de entre os seguintes: Presidência, Tesouraria, Cultura, Desporto, Cortejo e Garraiada, Bailes, Produção de Parque e Infra-estruturas de Parque. Com a revisão do RIQF, que entrou em vigor para a edição da Queima das Fitas 2010, os Pelouros da Presidência e do Cortejo e Garraiada viram a sua nomenclatura alterada para Relações Institucionais e Tradição, respectivamente.

Assim, o cargo que desempenhei foi o de Comissária pela Faculdade de Medicina e, quanto ao organigrama da Queima das Fitas, Presidente da Comissão Central.

Eleita a 18 de Novembro de 2008, tomei posse a 9 de Dezembro do mesmo ano e desempenhei funções até à apresentação do Relatório & Contas da Queima das Fitas 2009, que ocorreu a 27 de Janeiro de 2010. Os meses de trabalho mais intenso foram os compreendidos entre Janeiro e Julho de 2009, 7 meses de trabalho árduo, durante os quais uma Comissão constituída por 23 pessoas, auxiliadas por cerca de 60 colaboradores, todos eles estudantes, organizaram a Queima das Fitas edição número 110, sobre o lema “110 anos de sonho e tradição”.

Conjuntamente com os meus colegas da Comissão Central, propus-me a concretizar um projecto ambicioso que, a um ritmo intenso, fizesse sentir Queima das Fitas a todas as pessoas, estudantes ou não.

Alargámos o habitual período de actividades (desde 45 dias antes da semana de actividades tradicionais até 30 dias após a mesma) para 110 dias, de 10 de Março a 27 de Junho, na lógica de comemorar 110 anos. Uma bandeira do nosso projecto foi evidenciar a dimensão pluralista da Queima das Fitas, com um abrangente programa Cultural, Desportivo e de Intervenção Social, que vai muito além das actividades obrigadas pelo RIQF (Missa de Bênção das Pastas, Récita, Serenata Monumental, Sarau Académico, Noites do Parque, Baile de Gala das Faculdades, Garraiada, Venda da Pasta, Verbena, Queima do Grelo, Cortejo, Chá Dançante e Chá das Cinco), sendo que cada Comissão Central é livre de planificar e concretizar todo o quadro conceptual da Queima das Fitas que organiza.

O programa cultural contou com cerca de 30 actividades, entre as organizadas autonomamente pela Comissão Organizadora e as parcerias com outras estruturas académicas.

Procurou-se abranger diversas áreas culturais, oferecendo actividades a vários públicos-alvo e dinamizar não apenas os pontos geográficos tipicamente académicos, como toda a Cidade, com eventos oportunos, interessantes e originais.

Também no Desporto se viveu grande dinamismo, com actividades inovadoras que firmaram a importância e o incentivo à prática desportiva e dando continuidade a actividades desportivas de enorme destaque no panorama nacional.

Os Pelouros das actividades tradicionais e regulamentares da Queima das Fitas (Bailes e Cortejo e Garraiada) foram, também eles, um grande desafio; por um lado, o dever de realizar as actividades míticas da festa, por outro, o desejo de deixar o cunho pessoal nas mesmas.

As Noites do Parque voltaram a ser a actividade mais participada, o que em muito se deveu ao eclético cartaz e à infra-estrutura melhorada, tendo em vista oferecer um recinto simpático e eficiente na deambulação do público.

Uma actividade em que quisemos apostar novamente e com grande destaque foi a Queima Solidária. Assumimos o dever de apoiar o próximo e tentámos levá-lo ainda mais longe que nas edições anteriores.

Numa outra perspectiva, foi intenção da Comissão Organizadora prestar atenção aos problemas que mais habitualmente estão associados aos estudantes. Nesse sentido, realizámos o programa “Queima Activa”, que visou a sensibilização para temas de impacto, como a sexualidade, os policonsumos, o tabagismo, a condução responsável. Realizámos tertúlias sobre estes temas, com participação de profissionais reconhecidos na área. Inserido neste programa, apostámos com incidência no projecto “Antes que te Queimes”, o qual vinha já de edições anteriores, mas que este ano assumiu uma dimensão histórica, com a participação de 14 instituições e com 150 voluntários no terreno.

Outra preocupação que esteve presente na Queima das Fitas 2009 foi relativa ao Ambiente. Enquanto festa que produz muita poluição, quisemos agir para contrariar essa destruição do Ambiente que todos os anos acontece. Assim, demos início ao projecto Eco-Queima, que este ano consistiu na angariação de patrocínio para plantação de árvores em número capaz de compensar a pegada de carbono do evento, requalificando deste modo uma área verde do perímetro urbano da cidade.

Fazer parte da organização da Queima das Fitas foi uma verdadeira experiência de vida, oportunidade única e positiva, que me deu muito gosto viver. Deparei-me com novas realidades que me fizeram aprender e crescer. Lidei com várias pessoas e entidades: entidades institucionais protocolares da Queima das Fitas (Câmara Municipal de Coimbra, Reitoria da Universidade de Coimbra, Governo Civil de Coimbra, Assembleia da República, Tribunal

Constitucional, Secretaria de Estado da Juventude e Desporto, etc.), órgãos de comunicação social (jornais regionais e nacionais, rádios, televisões), estruturas académicas (secções, núcleos, organismos), instituições de solidariedade social (Casa da Infância Dr. Elísio de Moura, Cáritas Diocesana de Coimbra, Casa dos Pobres de Coimbra, Centro de Bem Estar Social da Sagrada Família, etc.). Negocieei com empresas prestadoras de serviços, no sentido de conseguir as condições mais favoráveis entre as ofertas disponíveis no mercado. Fui também responsável por conseguir patrocinadores e negociar as condições mais benéficas dos contratos de patrocínio. Trabalhei técnicas de promoção e marketing da festa, no sentido de a fazer conhecer ao maior número de pessoas. Fui principal responsável pelas actividades inseridas nos programas Queima Solidária, Eco-Queima e Queima Activa, fazendo parte deste último o projecto “Antes que te Queimes”, que apresentarei com mais detalhe à frente.

No cômputo final, adquiri capacidades específicas e particulares e, sobretudo, contactei com pessoas nos mais diversos contextos, com quem tive de expor ideias, discutir opiniões e aferir sensibilidades.

A nível de dificuldades, a maior com que tive de lidar, foi conciliar estas funções com a minha actividade académica e formativa do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina. Trata-se de um ano particularmente exigente, em termos de carga horária, número de unidades curriculares e sua relevância para a formação clínica. As funções que exerci, exigiram-me enorme dispêndio de tempo e dedicação justificada pela missão de representar os colegas com máxima responsabilidade e rectidão. Consegui conciliar estas duas áreas (as duas prioridades na minha vida durante aquele ano) sem que me tenha sido concedida qualquer facilidade formal.

O sentimento de cumprir os compromissos assumidos e o balanço positivo sentido e reconhecido, é a maior recompensa que tiro desta autêntica aventura formativa e vivencial.

Protocolo de Cooperação “Antes que te Queimes”

- Objectivos, estrutura e intervenção -

O projecto “Antes que te Queimes” teve o seu início em 2006, estando na sua génese um protocolo de colaboração entre

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (construção de modelo de intervenção para prevenção em contexto recreativo) e

- Governo Civil de Coimbra (competências de “colaborar [em] acções de informação e formação” na área da saúde),

tendo como parceiros:

- Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) (promoção de saúde pública e prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente pela acção do Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH – CAD Coimbra),

- Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), (responsabilidade de “reduzir o consumo de drogas sobretudo entre os jovens”, no âmbito da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga – 2005-2010),

- Associação Existências (associação de promoção e protecção da saúde, através do desenvolvimento da integração sócio - comunitária e da prestação de cuidados preventivos, curativos e reabilitativos),

- Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (AE ESEnfC) (através do “Atelier de Expressividades”, grupo de educadores de pares) e

- Comissão Organizadora da Queima das Fitas de Coimbra (COQF).

O objectivo do projecto é a educação para a saúde, no contexto das noites de convívios das festas académicas, apostando na promoção da diversão sem risco.

A base da intervenção consiste na formação pelos pares, pelo que são jovens estudantes quem intervém junto dos colegas que frequentam a Praça da Canção. Nesse sentido, os

estudantes que se propõem voluntariamente, são submetidos a um período de formação, onde aprendem a valorizar o consumo de álcool e os riscos associados a esse consumo (sexo desprotegido, sinistralidade rodoviária), os policonsumos e tabagismo e adquirem conceitos sobre saúde reprodutiva e contraceção.

As actividades desenvolvidas incluem sensibilização das comunidades estudantis, com distribuição de material informativo durante os dias das festas, distribuição de material contraceptivo (preservativo masculino e feminino), determinação de alcoolémia e aconselhamento individual aos estudantes que frequentam as festas académicas.

No âmbito do projecto, nomeadamente na vertente da segurança rodoviária, é colocado ao dispor dos estudantes uma forma de “transporte seguro”: os Serviços Municipalizados de Transportes Urbanos de Coimbra (SMTUC) disponibilizam um autocarro que faz transporte gratuito todas as noites durante a festa. Este transporte conta com a presença de educadores do projecto da AE ESEnfC, preparados para dar apoio a qualquer situação mais melindrosa que ocorra.

Nas edições de 2007 e 2008, o projecto foi implementado nos mesmos moldes, tendo sido mantidos os parceiros e intervenções. Ao mesmo tempo, começaram a surgir outras instituições interessadas em trabalhar a Queima das Fitas no mesmo âmbito, pelo que tiveram início outros tipos de intervenção em simultâneo.

Em 2009, algumas dessas instituições voltaram a contactar a Organização da Queima das Fitas, voltando a manifestar o seu interesse em participar e intervir a um nível passível de ser decalcado do projecto “Antes que te Queimes”.

Assim, conjuntamente com o Governo Civil de Coimbra, procurei reunir num único projecto comum todas as Instituições, com o objectivo de unir esforços e tornar mais coesa, visível e eficaz a intervenção realizada. Esta noção é sustentada por Zurro et al (2001): “a eficácia de um programa de promoção da saúde aumenta proporcionalmente ao número de

peessoas implicadas na sua realização.” Foi deste modo que o projecto se adaptou à entrada de um conjunto de entidades, envolvendo no final 14 instituições. As instituições que integraram o projecto, de novo, foram:

- Instituto Português da Juventude (IPJ) (criação de mecanismos de apoio ao bem-estar integral dos jovens, nomeadamente nas áreas da saúde, condutas de risco, actividade física, desporto e ambiente),

- Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra (NEM/AAC) (através Pelouro de Saúde Pública/Reprodutiva e SIDA, promoção de iniciativas de incentivo à promoção da saúde e prevenção da doença),

- Linha SOS - Estudante (secção cultural da AAC, linha de apoio emocional e prevenção do suicídio),

- Associação para o Planeamento da Família (APF) (vocacionada para promoção da educação sexual e do planeamento familiar),

- Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde Primários dos Países de Língua Portuguesa (realizou na Queima das Fitas 2008 acções de sensibilização na área dos consumos nocivos),

- Direcção Geral da Associação Académica de Coimbra (DG/AAC), (através do seu Gabinete de Apoio ao Estudante (GAPE), atento aos problemas ligados aos policonsumos e ao “flagelo” das infecções sexualmente transmissíveis) e

- Canal UP – Universidades e Politécnicos (meio visual de comunicação com população jovem, considera todas as iniciativas que contribuam para mais e melhor formação e informação do público).

Face a estas considerações conceptuais relativas a cada instituição, concluiu-se a existência de um fio condutor conciliador de todas, bem como a vocação e o interesse em

intervir a nível da promoção da saúde dos estudantes. Foi este o critério que justificou a inclusão de cada uma delas no projecto.

Para a Organização da Queima das Fitas, o propósito de apoiar veementemente este projecto e coordenar a sua implantação no terreno, foi no sentido de assumir um compromisso de salvaguarda da segurança e saúde dos estudantes que frequentam a festa, agindo em direcção à promoção de saúde e ao mesmo tempo tentando alterar a imagem que a opinião pública todos os anos recebe das festas académicas.

Assumi, com verdadeira convicção da importância do projecto, a missão da sua coordenação e acompanhamento, no que diz respeito às várias instituições.

A programação da intervenção começou a ser feita em Março, quando se propôs às instituições interessadas em intervir durante a Queima das Fitas a união de todas num único projecto comum. A principal dificuldade a este nível foi garantir a preservação da individualidade de cada instituição, preocupação à qual fomos sempre sensíveis. Posteriormente à definição das 14 instituições como membros do projecto para a Queima das Fitas 2009, estas trabalharam em conjunto, tendo em vista estipular as funções de cada uma e orientar as intervenções no sentido de ser mantida coerência entre todos os voluntários que envergassem o símbolo do “Antes que te Queimes”. A coordenação do projecto ficou a cargo da Professora Irma Brito, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, coordenadora das edições anteriores.

Foram organizadas reuniões de trabalho, com participação dos responsáveis das várias instituições, onde se apresentaram objectivos e expectativas e se apuraram sensibilidades, todas elas compatíveis com a prossecução do projecto conjunto.

Foram então estipuladas as “iniciativas de sensibilização, formação e conscientização” dirigidas ao público das Noites do Parque, descrito como “população jovem em contexto de

risco relativamente a quem é possível obter sucesso a longo prazo através de intervenções pedagógicas”.

As entidades que colaborariam com “educadores de rua” (ESEnfC, APF, NEM/AAC, Associação Existências, Saúde em Português) foram responsáveis pela formação dos voluntários recrutados. Os formadores destes voluntários integraram também a intervenção, com funções de supervisores. Pretendeu-se uma formação eficaz dos voluntários, capaz de atingir os seguintes objectivos inscritos no Protocolo de Colaboração “Antes que te Queimes”:

- a) *Aumentar os conhecimentos sobre o consumo de álcool e sexualidade responsável;*
- b) *Promover a reflexão sobre as atitudes relacionadas com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, os problemas associados como intoxicação grave, prática de sexo desprotegido e policonsumos;*
- c) *Reduzir os danos associados ao abuso de álcool e relacionados com o sexo não protegido e a condução de veículos;*
- d) *Promover escolhas livres e informadas, que visem comportamentos responsáveis do ponto de vista pessoal e social;*
- e) *Divulgar os serviços de atendimento/aconselhamento a jovens em matéria de saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias psico-activas e saúde mental;*
- f) *Esclarecer os jovens no âmbito de temáticas específicas relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva, a saber: infecção VIH/SIDA e outras IST's; contraceção de emergência e interrupção voluntária da gravidez.*

De ressaltar que os jovens voluntários integrados no projecto são como os outros estudantes: uns bebem mais, outros menos, mas receberam formação para se dirigirem aos pares em contexto recreativo e passar mensagens positivas, como por exemplo “sabes o que estás a fazer?” e “devias agir com responsabilidade”.

No dia 28 de Abril ocorreu uma reunião geral, com presença de todos os voluntários de todas as Instituições, a fim de firmar a conexão entre todos, aumentando a homogeneidade da intervenção e evitando discrepâncias de fundo.

A identificação do projecto fez-se utilizando um *outdoor* colocado junto à Praça da Canção e todos os voluntários envergaram um colete com “Antes que te Queimes” gravado.



Fig. 1: *Outdoor* “Antes que te Queimes”

Foi também realizado um *flyer* informativo, com colaboração de todos os parceiros, e que todos os voluntários puderam distribuir. O *slogan* escolhido numa das reuniões entre todos os parceiros foi “Antes que te Queimes, diverte-te com responsabilidade”. Os arranjos gráficos destes meios de divulgação foram da responsabilidade da COQF e o financiamento dos mesmos ficou a cargo do Governo Civil de Coimbra.

As iniciativas desenvolvidas consistiram em:

- Aparcamento de uma Unidade de Saúde Móvel no Largo da Portagem, (responsabilidade do CAD Coimbra e dinamização a cargo do Atelier de Expressividades e de profissionais de saúde supervisores das várias instituições), disponível todos os dias das 22h às 3h. Aqui os educadores de pares realizaram testes de alcoolémia e entrevistaram no espaço envolvente, fazendo abordagens dialógicas para a redução de consumos/danos associados e distribuindo material contraceptivo e de sensibilização;

- Aparcamento da mesma Unidade na Praça da República, todas as tardes das 15h às 19h, com dinamização a cargo da APF. Os voluntários e supervisores realizaram testes de rastreio do VIH e prestaram informações sobre os temas em destaque.

- O IPJ, IDT e Associação Existências integraram técnicos supervisores nas actividades informativas e formativas.

- Intervenção dentro do recinto das Noites do Parque, com distribuição de material contraceptivo e de material informativo, e abordagens plasmadas às realizadas nas demais áreas de intervenção. Esta presença constante no recinto, principal ponto agregador do público-alvo da festa, embora fosse da competência de todos os voluntários (sendo disponibilizado pela COQF livre acesso a um número definido de voluntários de cada instituição por noite), era a área de intervenção exclusiva da Saúde em Português, NEM/AAC, APF e GAPE-DG/AAC.

- Estabelecimento pela COQF de uma tenda destinada ao “Antes que te Queimes” no recinto das Noites do Parque, da responsabilidade da Saúde em Português. Neste espaço estiveram disponíveis voluntários que realizaram testes de alcoolémia e glicémia, sensibilizaram os estudantes para os consumos nocivos e não moderados, fizeram aconselhamento sexual e aplicaram os questionários de avaliação epidemiológica cujos resultados são também objecto neste trabalho.

- Estabelecimento do *stand* “Descobre Outros Prazeres” no recinto das Noites do Parque, da responsabilidade do GAPE - DG/AAC, para a promoção e venda de bebidas sem álcool e informação sobre os temas de interesse.

- Todos os parceiros divulgaram as actividades do Projecto nos seus sites oficiais/blogues.

CAD (2ª a 6ª Feira 12 -17h)
 Edifício BCG
 Avenida Bissaya Barreto 3000 - 076 COIMBRA
 Telefone: 239487400
 cadcoimbra@srscoimbra.min-saude.pt

CAJ (atendimento a jovens)
 Avenida Afonso Henriques, nº 128 1º
 Dias úteis 17h-20h
 239 482 744 (Fim de semana 808 200 429)

SOS-Droga 1414 (apoio e aconselhamento, anónimo e confidencial)

Gabinete 4ª Feira Jovem – APF Centro
 4ª feira (14-17:30h)
 Av. Fernão Magalhães, nº151 2A
 3000–176 Coimbra
 Telefone: 239 825 850
 ariscoapfcentro@hotmail.com

XPTO Sexualidades – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra/ GAE
 4ª feira (14-17:30h);
 Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra
 Telefone: 239 851 450 ext. 380/ Mail: xptosexualidades@fpce.uc.pt
 LINHA OPÇÕES: 707 200 249. Dias úteis das 12h às 20h

juventude.gov.pt

GOVERNO CIVIL DO DISTRITO DE COIMBRA

ASSOCIAÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

IPJ Instituto Português da Juventude, I.P.

CAD CENTRO DE ACONSELHAMENTO E DETECÇÃO PRECOZ DA VIH/SIDA DE COIMBRA

EXISTÊNCIAS

Saúde em Português

APF CENTRO ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

SOS ESTUDANTE 808 200 204 969 554 545

IPJ CANAL IPJ

Queimadas Fitas

www.queimadasfitas.org

ANTES QUE TE QUEIMES,
 DIVERTE-TE COM RESPONSABILIDADE

QUEIMA DAS FITAS COMEÇA A 23 DE SETEMBRO ANTES QUE TE QUEIMES 2009

TABELA DE ALCOLÉMIA

	PESO (kg)	CERVEJA 5° 33cl	COPO DE VINHO 11° 25cl	SHOT/LICOR 40° 1 dose	APERITIVO 20° 1 dose	
♀	JEIUM	45	.44	.80	.66	.29
		55	.36	.65	.54	.24
		65	.30	.55	.46	.20
	REFEÇÃO	45	.24	.44	.36	.16
		55	.19	.36	.29	.13
		65	.16	.31	.25	.11
♂	JEIUM	65	.26	.48	.39	.17
		75	.22	.42	.34	.15
		85	.20	.37	.30	.13
	REFEÇÃO	65	.16	.31	.25	.11
		75	.14	.27	.21	.09
		85	.12	.24	.19	.06

O organismo elimina +/- 0,1g/L de álcool/hora. São precisas 5 horas para diminuir uma taxa de 0,5g/L para 0 g/L.

QUEIMA ACTIVA E PROTEGIDA

Porque EU mereço
 Porque TU mereces
 Porque NÓS merecemos

Não te deixes infectar pela dúvida.
 Informa-te!

Teste em 15 minutos

Gratuito – Anónimo – Confidencial

239487400
 Horário: 2ª a 6ª das 12 às 17 horas

UMA PALAVRA, **SOS**
 UM OUVIDO, estudante
 UMA AJUDA... linha de apoio emocional
 808 200 204
 969 554 545

Energia, usa só a tua!
 Se tens uma noite inteira pela frente não tentes vivê-la toda num instante!

IPJ Instituto Português da Juventude, I.P.

Nesta Queima sê criativo! Mas...
 Se tens dúvidas?
 Precisas de ajuda?
 Contacta JA o Teu IPJ

Loja Ponto JA de Coimbra
 Rua Pedro Monteiro, 73 - 3000-329 Coimbra
 239 790 600
 Fax: 239 704 607
 ipj.coimbra@ipj.pt

ponto ja

Fig. 2: Flyer “Antes que te Queimes”, flyer dobrado em tríptico com 6 faces

Saúde em Português nas Noites do Parque

- Resultados da intervenção e Comentários -

A Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD), Saúde em Português, é uma Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde Primários dos Países de Língua Portuguesa, com sede em Coimbra, que foi formada em 1993. Um grupo de médicos, enfermeiros e outros profissionais de Saúde concluíram a necessidade de acção concertada para promoção e protecção da saúde das populações desses países. Actualmente conta com mais de 600 associados e usufrui de uma bolsa de 200 voluntários.

Actuam também a nível nacional, em Portugal, nomeadamente em contextos diagnosticados como sendo propícios à promoção da saúde da população, nomeadamente nas festas académicas. A sua intervenção na Queima das Fitas teve início na edição de 2008 e continuou em 2009, fazendo parte do protocolo de cooperação “Antes que te Queimes”.

A Saúde em Português participou com uma equipa constituída por 32 profissionais de saúde e estudantes, em regime de voluntariado, que estudou os hábitos alcoólicos e tabágicos de mais de 1000 estudantes e esteve em permanência durante as 9 Noites do Parque a realizar educação para a saúde. A COQF disponibilizou um espaço no recinto onde a Instituição se estabeleceu. A sua acção consistia na determinação da alcoolémia e glicémia dos estudantes, que tinham de responder a um questionário de avaliação de hábitos alcoólicos (questionário AUDIT – versão portuguesa) e de avaliação de hábitos tabágicos (teste de Fagerstrom – avaliação da dependência tabágica – e teste de Richmond – avaliação da motivação para deixar de fumar) (Anexo I). As alcoolémias foram determinadas utilizando dois alcoolímetros, um adquirido pela Saúde em Português e outro cedido pelo Governo Civil de Coimbra.

Os resultados da participação de Saúde em Português na Queima das Fitas, incluindo os resultados dos questionários que conduziu ao trabalho “Estilos de Vida Estudantil em

Coimbra na Queima das Fitas”, da autoria de Saúde em Português, foram apresentados pela Organização em Conferência de Imprensa de 19 de Maio de 2009, na qual participei como presidente da Comissão Central da Queima das Fitas (CCQF).

Assim, foram cerca de 200 horas de actividade, durante as quais foram preenchidos 1.096 questionários e realizados 1.013 testes de alcoolémia. As noites em que foram inquiridas mais pessoas foram segunda-feira (147), terça-feira (151) e quarta-feira (166) e houve menos respostas nas duas noites de sexta-feira (62 e 93). Este facto dever-se-á ao facto de as noites de fim-de-semana serem as mais frequentadas, atingindo-se mais de 20.000 pessoas no recinto, o que dificulta a deambulação dos estudantes até ao local onde a Saúde em Português se encontrava estabelecida. Do mesmo modo, o cartaz de concertos é mais apelativo nessas noites, pelo que os jovens têm menor vontade para procurar outras ofertas disponíveis no recinto. Nos dias de semana, o espaço encontra-se mais liberto, e há maior facilidade de aderir a este tipo de acção.

Os jovens que fizeram parte do estudo têm uma média de 21,6 anos de idade, compreendidos entre os 15 e os 38 anos. A moda é 19 anos. Existe predomínio de elementos do sexo masculino (67,1%), o que atribuo ao facto de os rapazes terem mais curiosidade em saber o nível de alcoolémia que atingiram com a quantidade de bebidas ingerida previamente.

Quanto à profissão, 84,7% dos inquiridos eram estudantes, 50,4% dos quais da Universidade de Coimbra e 30% do Instituto Politécnico de Coimbra. Os restantes pertenciam a outros estabelecimentos de ensino do País, 3% eram estudantes do ensino secundário e menos de 1% eram estrangeiros.

Seria interessante ter uma amostra maior e analisada em separado de estudantes do ensino secundário: segundo Kramer et al (2004) ocorrem mudanças comportamentais importantes durante o ensino secundário. À medida que se atravessa este período, há uma maior tendência a apostar em comportamentos de risco e a experimentar consumos,

provavelmente devido à sua observação nos pares e às expectativas sociais, que sofrem uma modificação. No entanto, uma vez que estes alunos frequentam as Noites do Parque predominantemente ao fim-de-semana, onde vimos já que a adesão à intervenção é menor, e que o seu interesse é assistir aos concertos e participar nas actividades de lazer e recreação, a sua adesão à actividade não é elevada.

A caracterização da amostra por idade e sexo é a seguinte:

Grupo etário	Masculino	Feminino	TOTAL
15 – 19 A	198	106	304 (27,7%)
20 – 24 A	403	209	612 (55,8%)
25 – 29 A	118	36	154 (14,0%)
30 – 34 A	14	5	19 (1,7%)
35 – 39 A	5	2	7 (0,6%)
TOTAL	738 (67,3%)	358 (32,7%)	1096

Tabela 1: Caracterização da amostra

A distribuição dos inquiridos pelas diferentes Faculdades foi a seguinte: 52,9% de estudantes eram da Faculdade de Ciências e Tecnologia, seguida pela Faculdade de Medicina (12,8%). As Faculdades de Direito, Economia e Letras tiveram respectivamente 8,3%, 8,3% e 8,1% das respostas, e as que reuniram menos respostas foram Faculdade de Farmácia (4,3%), Psicologia e Ciências da Educação (3%) e Ciências do Desporto e Educação Física (2,4%). Estas percentagens não expressam à partida o maior ou menor interesse dos estudantes das respectivas faculdades participarem num estudo deste género, mas serão proporcionais ao

número total de estudantes de cada Faculdade. Do mesmo modo, nas escolas do Instituto Politécnico de Coimbra, o Instituto Superior de Engenharia reuniu 41,2% das respostas, sendo também de todos o que tem maior número de estudantes.

Os resultados da medição da alcoolémia foram os seguintes: 43,7% dos estudantes apresentavam alcoolémia $< 0,5$ g/l, 49,3% encontravam-se entre 0,5 e 1,99 g/l e apenas 7% tinham alcoolémia > 2 g/l. De uma forma mais detalhada, os resultados das determinações de alcoolémia foram:

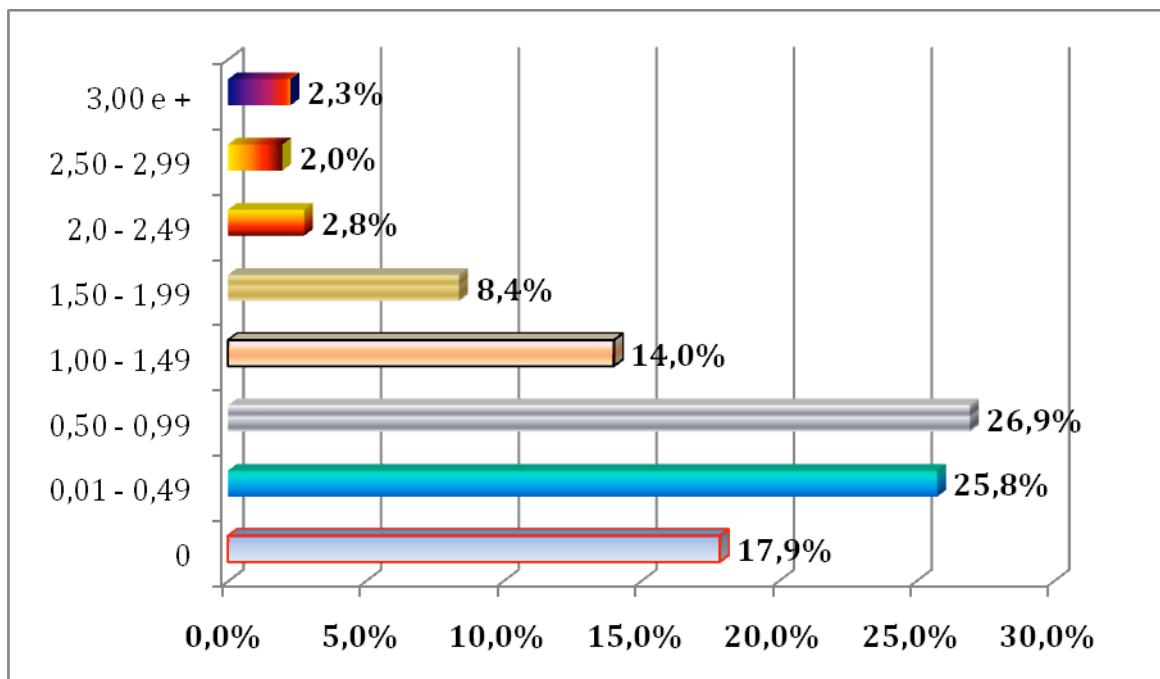


Gráfico 1: Resultados das determinações de alcoolémia

Estes resultados desmistificam a imagem que se tem dos estudantes nas festas académicas. Na verdade, a esmagadora maioria de estudantes que se disponibilizaram à determinação do seu nível de alcoolémia não apresentam níveis concordantes com um estado de embriaguez extrema ou inconsciência, que se associam aos estudantes nas festas académicas. É ainda necessário considerar que os estudantes que se prestaram a determinar a sua alcoolémia foram aqueles que haviam ingerido bebidas alcoólicas, ou seja, este resultado não expressa os níveis de alcoolémia de todos os estudantes, pois os que não ingeriram álcool

durante a noite estão à partida fora da amostra.

Quando questionados relativamente a ir ou não conduzir após a realização do teste, 75% dos estudantes referiram que não e apenas 24% assumiram que iriam conduzir. Relacionando a resposta afirmativa com os níveis de alcoolémia dessas pessoas, apenas 11% dos inquiridos que iam conduzir apresentavam alcoolémia $> 0,5$ g/l. Os voluntários perguntavam, enquanto faziam o teste de alcoolémia, se as pessoas iam conduzir depois, sendo opinião que aqueles que referiram que iriam conduzir e que apresentavam níveis superiores a 0,5 g/l diziam que “não era já”, mas apenas passadas algumas horas.

Em relação à necessidade de assistência por profissionais e saúde relacionada com consumo de álcool, 90% dos inquiridos nunca foram assistidos em Serviço de Saúde devido ao consumo de álcool, tendo apenas 9% recebido assistência prévia por esse motivo.

Os hábitos alcoólicos foram avaliados através da aplicação do instrumento AUDIT – the Alcohol Use Disorders Identification Test (versão portuguesa) (Anexo I). Este é um método simples de rastreio de consumidores excessivos, sendo uma ferramenta útil para definir qual o padrão de consumo do inquirido (baixo risco – o consumo aumenta o risco de consequências futuras; consumo nocivo – consequências físicas e psíquicas; dependência alcoólica – *cluster* comportamental, cognitivo e fisiológico).

A dependência de drogas estabelece-se mediante o progressivo estabelecimento de tolerância farmacológica (necessidade de doses maiores para atingir o mesmo efeito) e o aparecimento de dependência física e psíquica. Actualmente a dependência física e química denomina-se neuroadaptação (Zurro et al, 2001). A farmacodependência diz respeito ao “síndrome caracterizado por um esquema de comportamento no qual se estabelece uma grande prioridade para o uso de uma substância psico-activa determinada, ficando para segundo plano outros comportamentos habitualmente considerados mais importantes” (OMS, 1982).

O AUDIT consiste num questionário com 10 perguntas acerca do consumo alcoólico recente, sintomas de dependência alcoólica e problemas relacionados com o álcool. É o único teste de rastreio desenhado para uso internacional, responde-se com rapidez, é flexível e foca-se na situação actual da pessoa.

Segundo as respostas a este questionário, 49% das pessoas apresentaram baixo risco, 44% têm consumo nocivo e 7% apresentam dependência.

Os estudantes do Ensino Superior são um grupo de risco particular para elevados consumos de álcool, o que se prova por altas taxas de *binge drinking*. Define-se actualmente por *binge drinking* o consumo de 5 ou mais bebidas por rapazes ou 4 ou mais bebidas para raparigas numa só ocasião (Prendergast, 1994, Wechsler & Austin, 1998). A diferença entre géneros deve-se às diferentes taxas de metabolismo. É importante prestar atenção aos consumos nocivos, dado tratar-se de um indicador significativo de graves consequências em toda a vida estudantil.

A dependência alcoólica é avaliada pelos seguintes critérios (*DSM-IV*):

1. Repetidos esforços ou desejo contínuo de controlar ou cessar o consumo de álcool;
2. Intoxicações frequentes ou incumprimento de obrigações sociais/laborais, ou consumo de álcool em circunstância perigosas (eg. conduzir sob efeito do álcool);
3. Tolerância: necessidade de ingerir quantidades crescentes de álcool para obter os mesmos efeitos;
4. Síndrome de abstinência (específico para o álcool) ao cessar a ingestão de álcool;
5. Preocupação frequente sobre como obter bebidas alcoólicas;
6. Abandono de actividades importantes para consumir bebidas alcoólicas;
7. Uso de substâncias psico-activas para colmatar o síndrome de abstinência;
8. Continuação do consumo apesar da existência de transtornos físicos ou mentais, ou problemas significativos de índole social ou legal.

O tipo de alcoolismo que pode estar relacionado com as festas académicas é o alcoolismo *beta*, de etiologia sociocultural, em que se bebe de forma irregular e não existe dependência, perda de controlo ou síndrome de abstinência, havendo capacidade de abstinência. As complicações são físicas e este tipo de alcoolismo pode converter-se no *delta*, tipo excessivo regular, em que já há um modo de beber contínuo, dependência física e psíquica, síndrome de abstinência, mas ainda não existe perda de controlo.

Quanto à distribuição da alcoolémia segundo o dia do teste, os resultados foram:

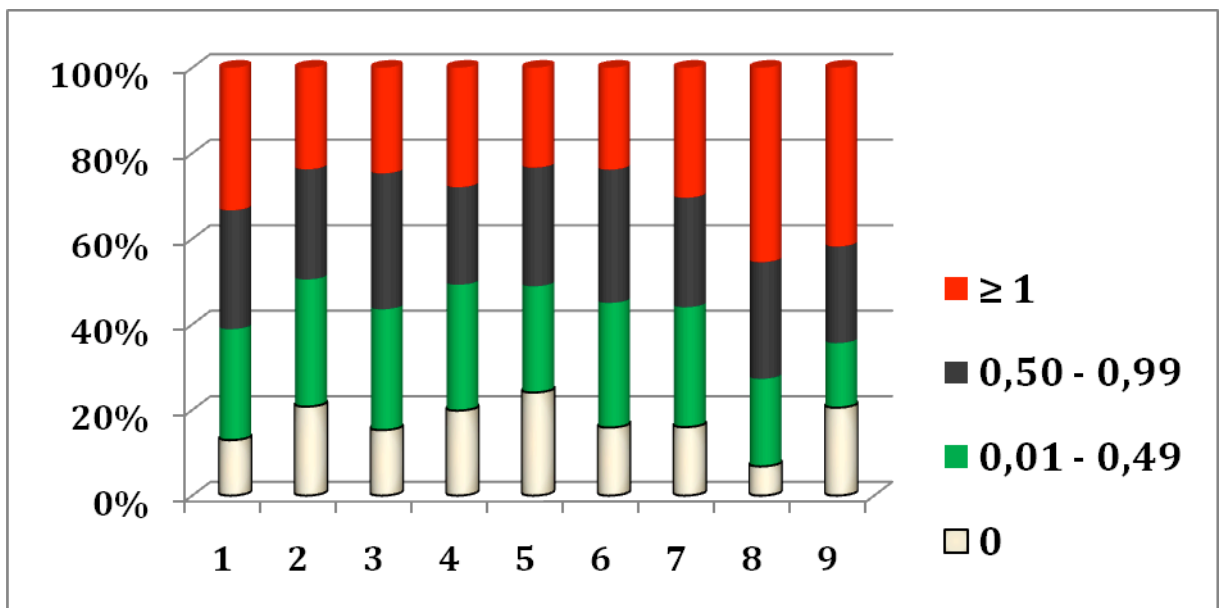


Gráfico 2: Alcoolémia segundo o dia do teste

Constatou-se uma distribuição homogénea durante os dias de semana, sem grandes variações de dia para dia. Nos últimos dois dias (último fim-de-semana) assistiu-se a maior percentagem de indivíduos com alcoolémias superiores a 2 g/dl. Para este resultado, concorrerá o facto de ser principalmente ao fim-de-semana que se realizam os habituais jantares de curso, que se relacionam com maior ingestão de bebidas alcoólicas; em associação, falamos das duas últimas noites de festa, em que há acumulação de noites de diversão e inversão de horários, o que predispõe a estado de debilidade física.

No que diz respeito à relação da alcoolémia com a hora de realização do teste, a percentagem de pessoas com níveis mais elevados de alcoolémia aumenta em relação proporcional à hora. Isto significará que os efeitos do *binge drinking* vão sendo mais notórios com o passar das horas, possivelmente também por não haver cessação no consumo.

Verifica-se que as pessoas mais velhas atingem níveis elevados de alcoolémia em menor percentagem, resultado possível de uma maior consciencialização que já adquiriram com a experiência de vida. O padrão vigente no escalão 15-19 anos é sobreponível aos seguintes (20-24 e 25-29), o que mostra que nos anos superiores se dá continuidade a hábitos e comportamentos iniciados em idades mais precoces.

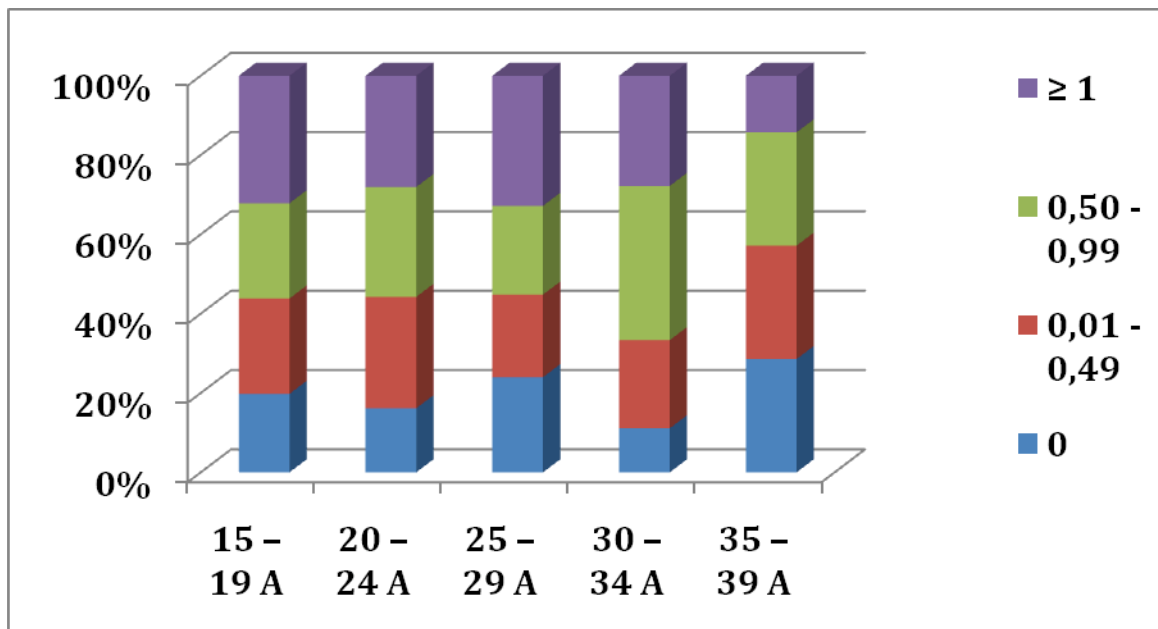


Gráfico 3: Alcoolémia segundo a idade

Esta constatação está de acordo com LaBrie et al (2006), para quem os alunos dos primeiros anos (“caloiros”) estão em maior risco e os hábitos instituídos nesse ano geralmente continuam-se ao longo do curso. De uma forma geral, os caloiros consomem maiores quantidades de álcool que os colegas dos anos superiores, daí que intervenções precoces com caloiros possam ter sucesso na prevenção de problemas subsequentes.

Na distribuição da alcoolémia segundo a ocupação, os estudantes são responsáveis por cerca de 80% das alcoolémias superiores a 1 g/l, sendo que os trabalhadores atingem a sua maior percentagem (25%) no escalão da alcoolémia inferior a 0,01 g/l. Daqui se conclui que o abandono da vida estudantil e ingresso no mercado de trabalho leva a um afastamento natural do estilo de vida estudantil no que diz respeito aos consumos excessivos.

Quanto ao tabagismo, a percentagem de fumadores encontrada nesta amostra foi 40%, havendo igual proporção fumador - não fumador entre géneros. Quanto à idade de início do hábito tabágico, 67% dos inquiridos começaram a fumar com menos de 18 anos, não havendo uma vez mais diferença entre rapazes e raparigas. Este resultado comprova que este hábito é iniciado durante a adolescência, pelo que a intervenção tem de ser feita na escola secundária, o que está de acordo com Lenz (2004), para quem os programas de prevenção de tabagismo são necessários durante a escola secundária, com continuidade durante os primeiros anos de Universidade.

O fumador é influenciado por múltiplos factores sociais, económicos e culturais, perante os quais responde de forma pessoal. Os fumadores apresentam maior tendência na busca de sensações novas, são mais susceptíveis à influência dos pares e mais rebeldes relativamente às regras da sociedade e família.

Apenas 45% do público que respondeu ao questionário já tentou deixar de fumar. Foi aplicado o teste de Fagerstrom (Anexo I), que consiste num questionário com 6 perguntas para avaliar o nível de dependência física da nicotina e classificá-la em três níveis (baixa, moderada e elevada). De acordo com este teste, 67,8% dos inquiridos apresentaram baixa dependência tabágica, 29,3% obtiveram *score* moderada e apenas 2,9% apresentaram dependência elevada. Daqui se conclui que é oportuno intervir junto deste grupo populacional, tendo em vista a desabituação tabágica, visto que os níveis de dependência não são ainda muito elevados.

Por outro lado, quanto à motivação para deixar de fumar, avaliada pelo Teste de Richmond (Anexo I), os resultados não foram neste sentido. Este teste constituído por 4 perguntas permite objectivar a motivação e classificá-la em três graus (baixa, moderada, alta). Na amostra inquirida, 77% obtiveram baixa motivação, 19% motivação moderada e 4% motivação elevada.

Entre as razões para deixar de fumar neste grupo populacional, podem ser encontradas as seguintes: estéticas (halitose, dentes amarelos, mau odor da roupa e cabelo), monetárias, sensação de dependência (recuperar a liberdade), sintomas (tosse, odinofagia, dispneia), prevenir doenças (infecções respiratórias) e menor capacidade para exercício (Pascoal, 2001).

Uma grande maioria dos inquiridos (85%) concorda com a lei de proibição de fumar em locais públicos, pelo que uma Lei que impeça realmente o público de fumar em cafés, restaurantes, etc., pode ser bem aceite e ter consequências positivas para a diminuição da prevalência do tabagismo.

Estilos de Vida Estudantil

- Interpretação crítica -

Não há conceitos universais e objectivos para estilos de vida saudável entre os jovens. Isto é particularmente verdade quando falamos de comportamentos como o consumo de bebidas alcoólicas e a actividade sexual. As definições comumente utilizadas tendem a classificar comportamentos em termos muito estritos, como sejam “nunca ter consumido bebidas alcoólicas” ou “nunca ter tido intercorrências na vida sexual”. Estes conceitos não englobam um importante grupo de jovens: aqueles que experimentam e praticam comportamentos que comportam algum risco para a saúde, mas fazem-no de forma moderada. Kramer et al (2004) consideram que este estilo de vida é considerado normal por professores, profissionais de saúde e pais.

Muitos adolescentes já experimentaram bebidas alcoólicas e alguns fazem-no com moderação. Não está provado que a melhor definição de comportamentos saudáveis no que diz respeito ao consumo de álcool seja a total abstinência (Kramer et al, 2004).

A adolescência é um período de experimentação, em que há uma necessidade extrema de experimentar tudo: sabores, cheiros, relacionamentos, vivências. Talvez por isso, as principais causas de morbidade e mortalidade que ocorrem nesse grupo etário são mediadas pelo estilo de vida (Kramer et al, 2004). Nesta altura também é habitual surgir curiosidade para experimentar álcool, tabaco, que para muitos adolescentes acaba por ser apenas isso: uma experiência. Outros, associando factores de índole sociocultural à própria personalidade, repetem a experiência.

A juventude assume-se depois como uma etapa de transição, na qual é determinante o acesso a situações de total autonomia económica, social e familiar. Hoje em dia os jovens dependem até muito tarde da família em termos económicos, o que condiciona a sua autonomia financeira e a saída de casa. Cerca de 50% dos jovens entre os 15 e os 24 anos

vivem exclusivamente dos recursos familiares (Zurro et al, 2001). Os pais, face ao desejo de independência dos filhos, devem posicionar-se numa resposta favorecedora dessa independência, baseada na capacitação para a “segurança em si mesmo”.

A influência da família nas crenças e comportamentos dos seus membros produz-se tanto através das relações interpessoais do dia-a-dia como pelas características socioculturais do meio onde se insere. Sendo a família a unidade social primária, transmite aos elementos os conceitos de saúde e doença, escolhas positivas e negativas para o estilo de vida. É muito importante iniciar a difusão de hábitos saudáveis na infância, durante a educação: se as crianças adquirirem uma noção errada acerca do papel dos estilos de vida na prevenção de doenças, terão menos motivos para alterar os estilos e vida tendo em vista melhorar a saúde.

A classe social também assume influência, estando provado que os escalões socioeconómicos mais baixos estão mais associados a certas doenças. Este facto talvez se deva à menor informação sobre os processos condicionadores de doença e a menor valorização da saúde. É uma realidade que não sofrerá alteração com a melhoria do nível económico das populações, necessita de um longo processo de modificação de conceitos junto desses grupos.

Segundo a OMS, os temas que mais afectam a adolescência e juventude são: consumos, suicídio e gravidez indesejada. Os consumos têm uma forte dinâmica social e são o tema prioritário em qualquer programa dirigido aos jovens. O risco de suicídio na adolescência exige que haja uma acção integrada dos âmbitos escolar e familiar e a gravidez na adolescência combate-se com trabalho junto das famílias e educação sexual nas escolas, sobre métodos contraceptivos e a utilização dos serviços de Planeamento Familiar / Saúde Sexual e Reprodutiva pelos jovens e adolescentes.

A ACHA (American College Health Association), na sua avaliação nacional de saúde estudantil, acrescentou outros problemas comuns entre os jovens: *stress* / *distress*, depressão,

problemas de sono, problemas familiares e tempo gasto na Internet.

Segundo os últimos dados, registados pelos Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias psico-ativas na População Geral – Portugal, realizados em 2001 e 2007 pelo IDT, “na camada mais jovem (15-17 anos) da população inquirida, 40% confessa ter-se iniciado no consumo de bebidas alcoólicas em 2007, o que significa um aumento de 10% em relação a 2001. Dado preocupante é a percepção do perigo por parte destes jovens. Cerca de 20% atribui pouco risco ao consumo de cinco ou mais bebidas num só fim-de-semana.”

No seguimento destes cenários, a imagem dos estudantes que está associada às festas académicas é de boémios inveterados e irresponsáveis.

A comunicação social insiste sistematicamente e sustenta este conceito, e a Queima das Fitas 2009 não foi excepção.

Pôde ler-se no Diário de Notícias de dia 2 de Maio: “A Queima das Fitas de Coimbra, que arrancou na madrugada de ontem com a tradicional Serenata Monumental, já começou a registar os habituais excessos. Ao longo da madrugada, 25 pessoas deram entrada nas Urgências dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), sobretudo com intoxicações alcoólicas. Segundo disse ao DN fonte dos HUC, 18 casos correspondiam a situações de intoxicação alcoólica (...).”



Fig. 3: Serenata Monumental: vista panorâmica do Largo da Sé Velha, Coimbra.

Como se pode ver pela fotografia acima, falamos de um evento que é assistido por uma autêntica multidão de estudantes que envergam orgulhosamente a sua capa e batina, alguns a viver o inesquecível momento de pela primeira vez traçarem a capa, outros emocionados com a sua Balada de Despedida. São milhares de pessoas a viver um dos momentos mais simbólicos da sua vida académica; entre esses milhares, 18 beberam mais do que deviam.

No Programa da RTP Serviço de Saúde, exibido dia 18 de Janeiro de 2010, subordinado ao tema “Dependências”, Eduardo Mendes (médico de família, director executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Sul) admitiu que o consumo de álcool em Portugal é uma questão cultural dominante que tem de ser tida em atenção aquando da formação dos jovens. “Tem-se verificado um consumo acrescido da cerveja (...) e regista-se mesmo, um certo ‘orgulho’ em consumir a bebida em doses enormes, aos fins-de-semana e em certos eventos, nomeadamente nas Queimas das Fitas”.

Maria Elisa, apresentadora do programa, refere: “Todos nós assistimos a alguns dirigentes estudantis a seguir às Queimas virem fazer comunicações aos órgãos de comunicação social, dizendo ‘bebeu-se mais em Coimbra nesta Queima do que no Festival da Cerveja de Munique’, e todos passamos essa mensagem como se houvesse alguma coisa de positivo nisso, quando não há nada.”

Em oposição a estas afirmações, a signatária na edição de 2 de Maio de 2009 do Diário de Notícias, “lamentou que se ‘foque sempre’ a questão dos excessos, lembrando que esta é uma celebração que reúne ‘35 mil pessoas’ por noite. Queremos combater essas situações e temos uma estrutura montada para evitar problemas, mas há muito mais para dizer sobre a Queima”.

De facto, as sucessivas organizações da Queima das Fitas e demais festas académicas deparam-se sempre com esta tendência repetitiva dos meios de comunicação social para colocar a tónica no número de assistência em Serviços de Saúde a jovens embriagados. Pela minha experiência, é transmitida uma imagem que não corresponde à realidade, é antes um exagero desta. As festas académicas estão associadas a consumos, da mesma forma que toda a etapa de adolescência e juventude o está, o que está de acordo com Kramer et al (2004).

Procurei a opinião de outros líderes estudantis, opiniões validadas pelo facto de serem pessoas que trabalharam de perto e conheceram activamente os estudantes do ensino superior,

seus hábitos e comportamentos.

Nuno Pais ocupou o cargo de Presidente da CCQF 2008 e é actualmente representante dos alunos de 2º ciclo no Conselho Pedagógico da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Para ele, as festas académicas são celebrações onde existem vários eventos propícios à confraternização dos estudantes e “é natural que essas ocasiões sejam habitualmente acompanhadas de consumo de bebidas alcoólicas, o que acaba por ser uma questão cultural”.

João Pedro Campos foi director do Jornal Universitário A Cabra, da Secção de Jornalismo da Associação Académica de Coimbra entre Outubro de 2006 e Junho de 2007 e é actualmente jornalista de um jornal nacional, continuando a realizar trabalhos relacionados com os estudantes. Ele opina que a associação das festas académicas a comportamentos excessivos “acontece com alguma razão de ser e baseado nalgumas situações que as pessoas vão vendo. No entanto, penso que, de entre os estudantes que vão às festas académicas, se trata de uma minoria, que acaba, por algumas atitudes que tem, a tornar-se responsável por colar esse rótulo a todos os estudantes.” A nossa convicção de que a massa estudantil, na sua maioria, não tem comportamentos desajustados e desadequados, que justifica que se atribua esta imagem a todos os estudantes, também é partilhada por Nuno Pais que acrescenta que “há ainda um sem número de estudantes que não consomem bebidas alcoólicas e muitos nem participam nas festas e acaba por se generalizar uma imagem injusta e incorrecta”.

De facto, é entristecedor que de entre uma festa que tem tanto para contar, a comunicação social, em especial os jornais nacionais, incidam sucessivas vezes nesta associação, numa perspectiva que é já considerada um *cliché* dentro do ambiente académico. Neste contexto, João Campos referiu que, na qualidade de jornalista de um Jornal Nacional, na Queima das Fitas 2008 apurou que estaria a assistir-se a uma diminuição nas ocorrências relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas e propôs-se relatar esta nova tendência. O

que verificou foi haver falta de interesse em abandonar este *cliché*, o que contribui para que se perpetue a mesma imagem, ainda que seja cada vez mais distante da realidade que se vive. É importante que se tenha esta noção da influência imbatível que os órgãos de comunicação social têm no processo. João Campos reforça “com isto perde-se muito, porque assiste-se a um desvalorizar da vida e da actividade do estudante, que vai muito para além do tipo que bebe copos” e Nuno Pais acrescenta que “se perde a oportunidade de destacar a parte boa das festas académicas”.

É assim notório que está a haver uma mudança nos estilos de vida dos estudantes, assistindo-se hoje a menos situações extremas do que há alguns anos. Nuno Pais acredita “que essa mudança se deve a motivos educacionais, culturais e financeiros: as pessoas passam mais tempo em casa e acabam por não participar numa perspectiva meramente consumista em eventos propícios a isso.” Ainda que partilhe desta percepção João Campos refere “que mais coisas terão de ser feitas”.

Um programa como o “Antes que te Queimes” acaba por consistir numa forma de contrariar, junto da opinião pública, a ideia pré-estabelecida relativamente aos consumos dos estudantes nas festas académicas.

Saúde em Português, na divulgação pública do trabalho científico “Estilos de Vida Estudantil em Coimbra na Queima das Fitas” que teve a amostra supracitada na Queima das Fitas 2009, apresentou como conclusões que a maioria dos estudantes não consome bebidas alcoólicas ou bebe moderadamente.

Promoção da Saúde

- Cuidados Primários de Saúde -

A Conferência da OMS de Alma-Ata (1978) definiu os cuidados primários de saúde como “a assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, sustentados por bases científicas, aceitáveis pela sociedade, colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua participação plena e por um custo que a comunidade e o País possam suportar.”

São cuidados coordenados, globais e pessoais, acessíveis, activos, continuados e permanentes, prestados por equipas multidisciplinares (Goroll et al, 1999). A participação activa da comunidade é fundamental em todas as fases do processo (informação, planificação, programação, execução e avaliação das actividades), sendo a comunidade quem decide quais as prioridades no domínio da saúde e como e com que recursos se produzem as acções destinadas à sua correcção (Zurro et al, 2001). Também de acordo com a Declaração de Alma-Ata – Saúde para Todos no Ano 2000, “é direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde”.

Considerando esta definição no âmbito das políticas de saúde, os cuidados primários são aqueles que são fornecidos fora do hospital, que são por isso menos técnicos do que os cuidados secundários ou terciários (Zurro et al, 2001).

A promoção da saúde faz parte dos cuidados primários de saúde. É a primeira função na escala da importância e tem de ser desenvolvida sobre toda a população, saudável e doente. Qualquer actividade, recomendação ou intervenção que demonstre capacidade para melhorar a qualidade de vida das pessoas ou diminuir a sua morbilidade/mortalidade é uma medida de promoção da saúde.

A Declaração de Alma-Ata – Saúde para todos no ano 2000 representa o baluarte dos Cuidados de Saúde Primários, tendo sido nesta conferência que “governos, a OMS e a

UNICEF, bem como organizações internacionais, organizações não governamentais para o desenvolvimento, agências financeiras, os trabalhadores na área da saúde e toda comunidade mundial em geral” foram encorajados a desenvolver e aplicar os Cuidados de Saúde Primários de forma “urgente e eficaz”. Assumiu-se assim um compromisso internacional, de introdução e emancipação progressiva da protecção e promoção de Saúde, de acordo com as directrizes veiculadas pela Declaração.

De ressaltar a definição de “a promoção e protecção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial”, efectiva oficialização da importância crucial de pôr em marcha de forma activa este nível de cuidados de Saúde.

Igualmente importante, enquanto conjunto de “obrigações e esforços comuns” dos dirigentes mundiais para o desenvolvimento equilibrado de todas as pessoas do mundo, especialmente as mais vulneráveis e, em particular, as crianças do mundo a quem pertence o futuro” são os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, que se pretendem alcançados até 2015 pelos 169 Estados Membros das Nações Unidas. Os objectivos focam-se fundamentalmente no combate à pobreza e desenvolvimento sustentável e responsabilizam os Estados pela redução da mortalidade de crianças, melhoria da saúde materna, combate de doenças como a malária e a SIDA, tudo isto através de parcerias globais. Nestes objectivos cabem todo o tipo de iniciativas e acções que se dirijam à promoção e protecção da saúde das populações, com primordial incidência nos grupos mais susceptíveis, como é o caso dos adolescentes e jovens e a sua adopção de estilos de vida saudável – arrisco propor que este fosse o 16º objectivo de desenvolvimento do milénio, o encorajamento desde a infância à escolha de estilos de vida positivos.

Em oposição a estas pretensões, continuamos a ter de nos focar nos comportamentos e atitudes mais prevalentes na sociedade. Relativamente à grande implementação de hábitos

como o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, não existem métodos de diagnóstico precoce de cancro do pulmão ou de cirrose alcoólica. Por conseguinte, a maior rentabilidade preventiva parte de medidas de promoção de saúde, que em muitos casos são as únicas eficazes.

A OMS só reconheceu o tabaco como droga em 1974. Actualmente é amplamente conhecida a capacidade de criar uma forte dependência tanto a nível psicológico como farmacológico, acrescentando ainda o facto de ser risco para muitas doenças (cancro de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica, cardiopatia coronária). O seu efeito não é apenas sobre a mortalidade directamente causada mas também sobre os anos de vida perdidos e morbilidade gerada. Pela mesma Organização, os transtornos relacionados com o álcool são “qualquer deterioração no funcionamento físico, mental ou social de um indivíduo, cuja natureza permita inferir com algum grau de confiança que o álcool é parte causal do transtorno”. O álcool está relacionado com 40 a 50% dos acidentes de viação, 15 a 20% dos acidentes laborais e 50% dos homicídios (Zurro et al, 2001).

As actividades de promoção de saúde, das quais é exemplo o programa “Antes que te Queimes”, são necessárias para criar ou fomentar hábitos e atitudes correspondentes a uma concepção saudável de vida. Uma característica deste conjunto de actividades, pela sua generalidade e o habitual conteúdo da mensagem que contém, é a possibilidade de serem desenvolvidas por pessoas ou grupos de pessoas externos ao Sistema Nacional de Saúde, que pode actuar apenas numa perspectiva motivacional.

Para organizar uma equipa que pretenda desenvolver um trabalho de promoção da saúde, é necessário que o trabalho seja coordenado mas que não haja uma hierarquia entre os vários membros da equipa: ou seja, quem coordena não tem consigo uma posição privilegiada na hierarquia. Tem de existir uma planificação das actividades para que os objectivos sejam atingidos e é definitivamente essencial a participação de todos os membros da equipa na

planificação, execução e avaliação de todos os programas e actividades. Desta forma, todos os elementos são responsabilizados e têm uma visão global das tarefas, independentemente do seu papel concreto.

Quanto ao papel do responsável/coordenador do programa, este é essencial num programa de trabalho em equipa. Este elemento deve ser um dos membros da equipa e nunca um elemento externo à mesma e a área de intervenção deve ter relação com a sua actividade profissional diária. As actividades que lhe estão incumbidas são: organizativas (aglutinar e integrar as funções dos vários elementos e organizar o trabalho em equipa), institucionais (fazer a ligação da equipa com outros serviços públicos relacionados) e assistenciais (enquanto membro do grupo, não se pode privar de realizar essas funções). Num programa que reúna varias instituições, poderá haver dificuldade na definição de qual delas deverá sair o coordenador. À partida, qualquer profissional do programa pode desenvolver essas funções e a escolha pode ser baseada mais nas capacidades individuais da pessoa do que propriamente no título/cargo que desempenha na sua vida profissional. Ainda assim, a tendência é no sentido de geralmente ser indicado um médico do programa (Zurro et al, 2001).

Na equipa têm importante papel os voluntários da comunidade. As suas funções passam por conhecer os programas e actividades previstas, dar a conhecer a sua perspectiva sobre a situação da saúde da população, colaborar no cumprimento e avaliação do programa, participando activamente nas tarefas de educação para a saúde e tentando levar a todo o público um conhecimento mínimo para que se saibam proteger e à sua saúde e saibam quais os recursos aos quais podem recorrer na área envolvente.

Assim, é possível formar-se uma estrutura de promoção de saúde válida para a intervenção pretendida, junto dos jovens e estudantes que frequentam as festas académicas, de acordo com o diagrama:

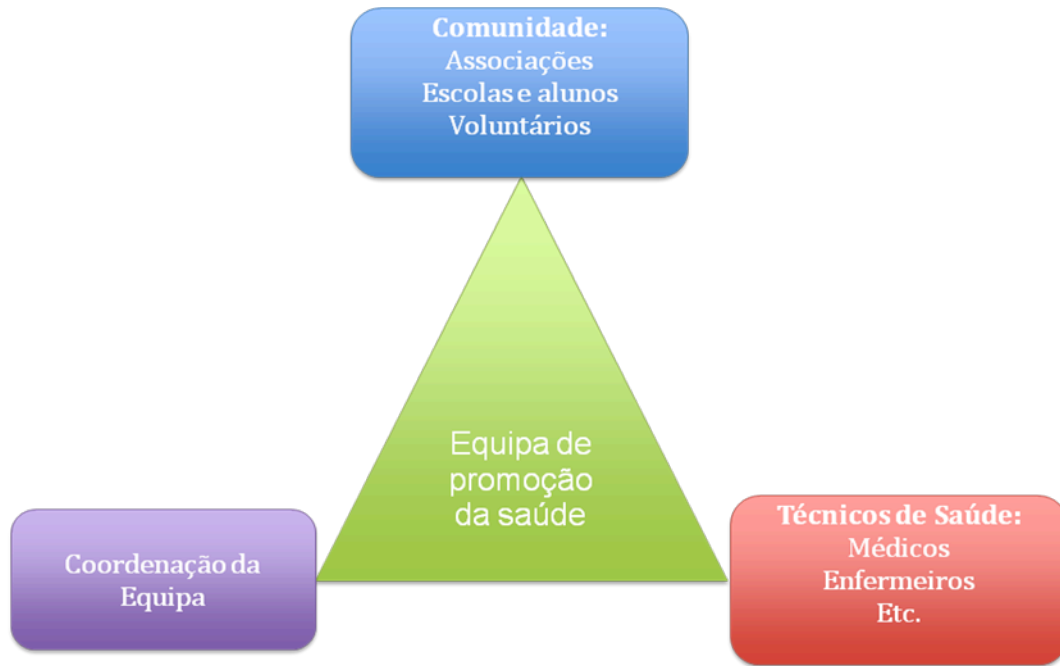


Fig. 4: Elementos da equipa de promoção da Saúde nas Festas Acadêmicas

No campo da comunidade podem fazer-se representar quaisquer estruturas para além das expostas, como sejam instituições religiosas, sindicatos, associações culturais e recreativas, etc. (Zurro et al, 2001). A participação da comunidade reveste-se de enorme importância em todo o trabalho de promoção da saúde, baseando-se num lema: “a promoção da saúde da comunidade é tarefa da própria comunidade”.

As maiores dificuldades dum modelo deste género são: para os técnicos de saúde, a alteração na sua forma habitual de realizar as tarefas; a noção individualista e assistencial que têm dos cuidados de saúde; a crença de que os conhecimentos técnicos não podem ser transferidos para a população. Por parte da comunidade, o que mais é sentido é a complexidade de conhecer as sociedades desenvolvidas e a inexistência de mecanismos reais de participação.

Outra etapa importante e fundamental para a qualidade da intervenção, é que as actividades sejam avaliadas (estrutura, procedimentos, resultados, impacto). Pode avaliar-se a morbilidade (prevalência e incidência) antes e depois do programa, para verificar se se

verificou alguma alteração, e a opinião do público-alvo (questionários). Para que estes instrumentos sejam postos em prática é necessário que as actividades estejam programadas em protocolo de actuação (prioridades, objectivos, normas de actuação) e que existam sistemas de recolha e tratamento da informação gerada (Meilman e Hall, 2006, Peck et al, 2003, Zurro et al, 2001).

Promoção da Saúde dos Estudantes

- Enquadramento da intervenção -

A Carnegie Foundation define a saúde dos estudantes (“college health”) como dizendo respeito à intersecção cuidadosa entre educação e saúde. A saúde dos estudantes não pode ser separada das influências de ordem física, social, emocional, política ou cultural, nem da noção de pertença e de partilha de valores da comunidade. Ela deve ser adequada ao desenvolvimento, educacionalmente efectiva, especializada em termos médicos, acessível e conveniente.

O início da intervenção dirigida à saúde dos estudantes ocorreu em 1860, por Edward Hitchcock, físico e professor de higiene no Colégio Amherst, baseando-se na boa forma física e educação para a higiene (Swinford, 2002).

Hoje em dia a ênfase é cada vez mais posta na prevenção e promoção da saúde, bem como na compreensão de os comportamentos relacionados com saúde deverem ser considerados num determinado contexto social. Swinford (2002) considera que a percepção do que contribui para a saúde do indivíduo sofreu modificações nas últimas 3 décadas, também no que diz respeito à saúde dos estudantes.

Zurro et al (2001) define que para formar uma equipa que intervenha na promoção da saúde dos estudantes é necessário conhecer os seguintes factores: situação política, económica e de infra-estruturas sanitárias, necessidades de saúde dos estudantes, disponibilidade de profissionais de saúde, estrutura populacional, objectivos e organização do sistema sanitário, funções atribuídas aos profissionais da equipa. É fundamental que a realidade dos estudantes esteja estudada e caracterizada, e que factores de risco para comportamentos de risco estejam diagnosticados, de forma a melhorar a capacidade dos profissionais de saúde detectarem os jovens em risco, desenvolverem estratégias preventivas inovadoras e modificar estilos de vida negativos.

São factores de risco para os consumos (álcool, tabaco e outras drogas):

- género masculino;
- baixa percepção dos riscos associados aos consumos abusivos;
- início precoce de uso de substâncias;
- pais com problemas relacionados com delinquência;

(Taylor, 2006)

- factores do estilo de vida (menor consumo de frutas e vegetais e pior forma física associam-se a maior consumo de tabaco) (Lenz, 2004);

- uso prévio de drogas (nomeadamente marijuana e *binge drinking*; *binge drinking* durante o ensino secundário triplica o risco de vir a ser fumador);

- *stress* (forte motivação para fumar);

- depressão (estudantes que receberam alguma vez o diagnóstico de depressão ou foram tratados por depressão têm um risco 7 vezes superior de serem fumadores; estudantes que revelam menor satisfação na vida tem maior tendência a ser fumadores. A nicotina do tabaco é estimulante, daí que estes jovens fumem para conseguirem uma interferência no seu estado de humor);

- influência de toda a comunidade, nomeadamente dos pares;

(Lenz, 2004, Taylor, 2006)

O último factor assume grande relevância no contexto de início e manutenção dos consumos dos jovens. Um jovem que vê os amigos e colegas a terem um determinado comportamento considera-o normal e leva à sua natural modelação; por outro lado, ter amigos que consomem facilita o acesso às bebidas alcoólicas (Ricciardelli et al, 2008). Do mesmo modo, frequentar ambientes de fumadores e ter pais que fumem transmite a ideia de alta prevalência de tabagismo entre a comunidade e apoia o consumo.

A exposição a mensagens pró e anti-tabaco influencia fortemente a predisposição dos estudantes para fumar (Weiss, 2005). Os jovens estão expostos a mensagens pró-tabaco, veiculadas por todos os meios de comunicação social, em revistas, lojas, eventos culturais e desportivos, filmes, Internet, etc. Surgem figuras conhecidas associadas ao tabaco ou a consumir tabaco e isto é apelativo para os jovens e inspira-os para a imitação do modelo. Este é um factor de risco para o início do hábito, uma vez que intervém directamente na susceptibilidade do jovem. O mesmo se poderá considerar para o hábito de consumir bebidas alcoólicas.

A susceptibilidade para fumar/beber (a falta de uma certeza firme de não querer fumar/beber ou experimentar um cigarro/uma bebida no futuro próximo) é um estágio crucial no processo de iniciação, uma vez que aumenta a vulnerabilidade para muitos factores predisponentes que estimulam e experimentação. Está mais susceptível quem esteve exposto a esses consumos através da televisão, anúncios de marcas, etc.

Os estudantes sobrestimam a quantidade e frequência com que os outros estudantes bebem e esta falsa percepção leva ao aumento do consumo em todos eles (Prendergast, 1994).

Tão importante como conhecer factores de risco para os consumos, é saber quais os factores que poderão ser protectores para os consumos. Kramer et al (2004) definiu alguns factores preditivos de escolhas saudáveis:

- baixos índices de *stress*;
- boa performance académica;
- noção da preocupação dos pais: os pais que transmitem a mensagem de que “ficariam muito preocupados pelos comportamentos de riscos dos seus filhos” podem ser um poderoso suporte social para a escolha de comportamentos saudáveis pelos filhos.

Usando um critério estrito, que considere a abstinência total, os grupos que são mais predispostos a praticar estilos de vida saudável são género feminino e imigrantes. No entanto,

usando um critério mais alargado, que identifique os jovens que incorrem em comportamentos de risco com moderação (o que, como já vimos, será a maioria), os grupos que são mais predispostos a praticar estilos de vida saudável, o género feminino já não figura, pelo que se conclui que estas incorrem em riscos moderados tantos quanto os rapazes.

Promoção da Saúde dos Estudantes

- Âmbitos de intervenção -

Nos USA é proibido o consumo de bebidas alcoólicas antes dos 21 anos, pelo que os jovens acedem a essas bebidas através da interação social com outros. (Jensen e Simvoska, 2005). Muitos estudantes que fumam, fazem-no em festas. Estes factos comprovam que a tomada de decisão dos jovens é resposta à vulnerabilidade face aos hábitos dos pares em contextos propícios. Assim, é necessária a existência de um esforço preventivo nos contextos em que os comportamentos são mais prováveis, dos quais as festas académicas são um bom exemplo.

Por outro lado, a escola é um espaço idóneo para implementar intervenções de qualquer tipo, em concreto de promoção da saúde e que favoreçam estilos de vida positivos entre os jovens.

Von Bothmer e Fridlund (2001) tentaram descobrir de quem é a responsabilidade de promover uma “geração 0% tabaco” e de fornecer informação aos jovens sobre o tabaco/drogas. Concluíram que para os adolescentes, a responsabilidade é dos pais; para os pais, é da escola; para a escola, é dos profissionais de saúde.

Tanto os pais como os profissionais escolares têm de reconhecer a sua importância na criação de uma “geração 0% tabaco”. As escolas médicas, de enfermagem e tecnologias da saúde devem ter um papel activo na promoção da saúde da população, nomeadamente dos jovens e estudantes, interessando-se por encorajar os alunos, os pais e os professores para abandonar o hábito do tabaco.

Thombs et al (2004) definiram três explicações possíveis para o insucesso de campanhas sociais que visam a redução do consumo de bebidas alcoólicas.

A primeira diz respeito a estas campanhas não transmitirem *feedback* acerca dos

consumos dos amigos/conviventes próximos dos estudantes. Assim, muitos estudantes não retiram informação que venha a ser relevante no sentido de tomar uma atitude, porque não se sabem posicionar relativamente à tendência média do grupo.

Outra explicação possível é estes estudos dependerem de dados obtidos por *self report*: os estudantes pensam que esse método sobrestima o verdadeiro nível de consumo de álcool, porque os estudantes “mentem” nestes questionários, e assim as mensagens usadas nas campanhas que recorrem a *feedback* sobre esta forma não são vistas como credíveis.

A terceira explicação prende-se com a possibilidade dos estudantes não captarem o objectivo da campanha ou não alcançarem a mensagem na sua totalidade, sendo cépticos em relação a ela.

Ricciardelli et al (2008) identificaram mais algumas causas:

- as mensagens não são informativas, não transmitem dados concretos sobre o problema ou apresentam razões, factos, consequências ou qualquer argumento lógico;
- as mensagens não são apelativas e por vezes são insultuosas;
- as mensagens não correspondem aos conceitos dos jovens nem à auto-visão que o jovem tem dos seus próprios consumos;
- os estudantes não querem que lhes seja dito o que fazer.

Devido a esta resistência, é necessário que os investigadores e educadores para a saúde saibam rastrear essa resistência psicológica, para que campanhas futuras incluam estratégias para desafiar a visão destes estudantes, de forma que não seja contraproducente.

Estes pontos de vista são consistentes com a teoria da resistência psicológica (Grandpre et al, 2003): eles valorizam os termos específicos pelos quais a campanha pode alienar o público-alvo e como muitos estudantes podem achar a campanha inútil. Assim, serão mais benéficos programas interactivos centrados no estudante, onde eles próprios possam definir o problema.

Apesar destes pontos negativos serem referidos, Ricciardelli et al (2008) mostram uma grande vantagem em prosseguir com campanhas deste género, uma vez que a maioria dos estudantes reconhece que a campanha os faz pensar acerca dos seus hábitos, identifica claramente as mensagens principais e considera a campanha um meio útil para incutir preocupação nos jovens relativa a consumos excessivos.

Promoção da Saúde dos Estudantes

- Participação dos estudantes, sua importância -

A educação deve focar-se no sentido de ajudar os estudantes a determinar o que é saudável para eles próprios (Rakel e Hedgecock, 2008).

O conceito de participação dos estudantes é actualmente uma noção popular nas escolas que promovem a saúde, bem como na educação de uma forma geral. Quanto mais os estudantes estiverem envolvidos em projectos relacionados com a saúde, mais importante vai ser para o orientador fornecer o devido apoio e conhecimento de forma a facilitar o processo de aprendizagem. A participação deve ser activa (adquirir simplesmente serviços de saúde não é participação), envolver escolha e ter potencialidade efectiva. A participação está associada fortemente à responsabilização e ao desenvolvimento de competências para a acção. Segundo a OMS (1997) “A responsabilização dos jovens (...) capacita-os a influenciar as suas vidas e condições de vida. Isto é conseguido através de políticas educacionais de qualidade e práticas subsequentes, as quais fornecem oportunidade para participação em tomadas de decisão sobre assuntos críticos.”

Jensen e Simovska (2005) definem porque é importante apostar na participação dos estudantes na promoção da saúde:

- se os estudantes não forem desenhados nos programas, não vão sentir domínio sobre a área de aprendizagem; deste modo, a hipótese das acções levarem a mudança nos comportamentos e atitudes dos estudantes reduz-se.

- noção de “desenvolvimento democrático” no âmbito das estratégias de educação participativa: as acções mais moralistas que impõem comportamentos predeterminados encontram dificuldades significativas junto dos estudantes.

- por uma questão ética, é adequada à construção de estratégias relativas à saúde a inclusão do público de cuja saúde se está a tratar.

- é importante que seja auscultado o público-alvo acerca das suas definições de vida, escola e comunidade saudável.

Foi criada uma matriz, adaptada da escala de participação de Hart (Hart, 1997) (8 degraus, em que cada passo representa um aumento na participação dos estudantes e diferentes formas de cooperação com os adultos). A matriz pretende captar de uma forma simples o modo como diferentes participações são vistas e usadas pelos coordenadores no trabalho com os estudantes. As cinco linhas representam diferentes categorias de co-determinação e envolvimento dos estudantes. O objectivo não é estabelecer um modelo ideal para promoção da saúde; pelo contrário, é importante que os parceiros incluídos no programa dediquem algum tempo a discutir a forma de intervenção, podendo a matriz ser útil a essa discussão:

	A. Envolvimento no projecto	B. Seleccção do tema	C. Investigação	D. Acções	E. Avaliação / Follow up
5. Estudantes sugerem, diálogo e decisão em conjunto					
4. Estudantes sugerem, dialogam e decidem					
3. Professores sugerem, diálogo e decisões em conjunto					
2. Professores sugerem, ausência de diálogo, estudantes aceitam ou rejeitam					
1. Decisões impostas (por professores, legislação, etc.), ausência de diálogo					

Tabela 2: Matriz de participação dos estudantes

A primeira categoria representa “não-participação”, o que acontece em alguns casos. Na segunda categoria é apresentada uma hipótese que os estudantes têm de “pegar ou largar”. As três categorias seguintes distinguem-se umas das outras pela relação entre quem dá a ideia para discussão, e quem no final toma a decisão. Estas três hipóteses têm sido importantes no contexto de promoção da saúde de estudantes. Esta matriz poderá ser integrada na estruturação conjunta do programa de intervenção nas festas académicas, uma vez que a massa humana é fundamentalmente composta por estudantes, de forma a tornar a intervenção mais eficaz e participativa.

Um programa de intervenção com participação dos estudantes encontra as seguintes implicações e desafios:

- colocar a participação dos estudantes no centro não implica que o “conteúdo” relativo à saúde seja visto como vago ou supérfluo; pelo contrário, exige que seja desenvolvido um novo cenário de conhecimento extensivo e coerente e que os professores/coordenadores, na posição de consultores, conheçam as condições ambientais e os paradigmas de saúde actuais sob uma perspectiva de acção-orientação.

- os professores necessitam de possuir competências pedagógicas elevadas para apoiar, estimular e desafiar os estudantes, o que é um desafio muito exigente. É necessário desenvolver modelos educacionais flexíveis e materiais, da qual é exemplo a abordagem “IVAC”: (I) Investigação, (V) Visões e alternativas, (A) Acção, (C) Mudança (Jensen e Simvoska, 2005).

- o conceito de participação deve ser pensado cuidadosamente em todos os aspectos que dirão respeito a um programa promotor da saúde. A política de saúde deve ser desenvolvida em conjunto por professores e alunos, e deve modificar e alterar de forma contínua os conceitos e atitudes entre orientadores e estudantes.

Promoção da Saúde dos Estudantes

- Medidas e Propostas -

As campanhas globais de prevenção não devem induzir que se evite a experiência, mas consolidar estruturas que possibilitem abandonar o que se experimentou, potenciando estilos de vida positivos. Deve ser dada atenção aos recursos ao dispor dos jovens, os relacionamentos positivos, oportunidades, capacidades e valores que ajudem os jovens a crescer de forma saudável.

Existe uma grande distância entre ter noção do problema e mudar o comportamento. Ainda que as campanhas de promoção da saúde aumentem o grupo que adquire essa noção, isto não significa que os hábitos mudem. Para colmatar esta realidade, é necessário que se invista na repetição das campanhas, porque muitos anos de exposição a mensagens preventivas são fundamentais para obter e manter alterações nos comportamentos.

Face a uma campanha positiva, com mensagem que induza à auto-reflexão (eg. “Pensas acerca do que bebes?”) (Thombs et al, 2004), os estudantes não captam o propósito da mensagem e entendem como uma campanha anti-consumos tradicional, baseada no medo, racionalizando assim: “a campanha diz para não beber” ou “é contra os hábitos alcoólicos”. O mesmo se pode dizer para uma campanha no mesmo estilo, dirigida ao hábito tabágico. Terá de ser feito um esforço e apostar sucessivamente neste tipo de mensagem para que os estudantes se sintam mais familiarizados com este trabalho. Para trabalhar essa área poderá propor-se a realização de actividades interactivas, talvez em grupos mais pequenos ou com recurso à Internet, para gradualmente os estudantes se consigam entrosar eficazmente nestas campanhas pró-activas.

Para que as campanhas usem informação que possa ser vista como mais credível pelos estudantes, a informação deve ser objectiva, como por exemplo com a utilização de dados

relativos a níveis de alcoolémia/número de jovens fumadores/custos em tabaco em alternativa ao *self-report*.

Para a prossecução dos programas de promoção da saúde é importante que os mesmos sejam financiados, o que será facilitado se existirem provas da efectividade das edições anteriores. Assim, os orientadores dos programas deverão garantir a necessidade de implementar estratégias de avaliação como parte do programa implementado.

No que diz respeito à intervenção propriamente dita, alguns factores de risco não são modificáveis, como sejam o género masculino, antecedentes pessoais de toxicomania, mas é possível intervir relativamente a muitos outros.

Relativamente ao factor de risco depressão, será importante ajudar estes jovens a receber tratamento médico e aconselhamento. No contexto das festas académicas, há que ter em atenção que os sintomas depressivos são mais significativos nos primeiros anos dos cursos, quando alguns estudantes sofrem a separação de casa e deparam-se com novos obstáculos naturais enquanto estudantes do ensino superior.

São aconselhados esforços para apoiar os estudantes numa transição bem sucedida para a Universidade, os quais devem começar na escola secundária, onde se deve investir em estratégias de previsão dessa transição e ensinar mecanismos de *coping*, ou seja, munir os estudantes com capacidades adequadas a lidar com as mudanças que ocorrerão na sua vida.

Essa preparação deve ter continuidade na Universidade, através de programas de orientação dos estudantes dos primeiros anos (Lenz, 2004). Do mesmo modo, pode apostar-se em mecanismos de *coping* e redução do *stress* também junto de jovens que são detectados como tendo presente este factor de risco para os consumos.

Os adolescentes valorizam muito os pais, enquanto modelos, definidores de valores e fontes de informação. O comportamento dos pais influencia o dos filhos, através de um

processo de imitação. É importante que haja um bom diálogo entre pais e filhos sobre o tema dos consumos, independentemente do estatuto (não) fumador / (não) consumidor bebidas alcoólicas dos pais. Os pais devem expor a sua preocupação relativamente às escolhas dos filhos nestes domínios, uma vez que não manifestar esta preocupação aumenta a probabilidade de um jovem que experimenta fumar/beber se tornar um fumador/bebedor crónico. Devem também focar os perigos do tabaco/álcool enquanto vício, bem como o pesado encargo económico que representa.

A escola pode e deve assumir a sua responsabilidade através da introdução e manutenção de políticas 0% tabaco/0% álcool, embora possa ser mais fácil agir em relação ao hábito tabágico, uma vez que é mais frequente fumar do que ingerir bebidas alcoólicas nas escolas. Mais do que prestar atenção ao ensino dos malefícios do tabaco, a escola deve encorajar os alunos na sua capacitação para as escolhas correctas relativamente ao estilo de vida e reforçar com a oferta de ambientes de suporte e oportunidades que influenciam a sua saúde (Nutbeam, 1997). Esta estimulação é fundamental, uma vez que segundo o mesmo autor os estudantes que mais necessitam de educação para a saúde são aqueles que se mostram menos receptivos.

Existe uma correlação entre as escolas com políticas deste género implementadas e a prevalência de hábitos tabágicos entre os estudantes: estas medidas promovem um ambiente anti-tabágico que potencialmente faz diminuir o seu uso pelos adolescentes (Peck et al, 1993).

Esta intervenção deve ser coordenada com outras realizadas na comunidade, de forma a consolidar conceitos e noções e deve ser encarada numa perspectiva abrangente (meio-ambiente, comunidade, individual) no sentido de criar uma atitude consistente e coesa relativamente ao hábito tabágico.

A sociedade tem também um papel importante, sendo conhecido que os índices de saúde de uma população são em muito dependentes das leis e regulações vigentes. Legislação reguladora do tabagismo/consumo alcoólico e iniciativas de base comunitária tendo em vista dificultar o acesso/uso do tabaco ou bebidas alcoólicas podem funcionar como motores de mudança na sociedade (Nutbeam et al, 1993).

Ainda assim, João Goulão, Presidente do IDT, diz ter consciência de que haverá um momento em que os interesses se revelarão antagónicos: “Aumentar a idade mínima legal para o consumo de álcool dos 16 para os 18 anos só é possível havendo fiscalização e sabemos que vai ser difícil porque mexe com vários interesses”. O mesmo se considerará válido para o tabagismo.

As leis anti-tabágicas são essenciais numa perspectiva de acção integrada e sustentada nos diferentes contextos. As políticas anti-tabágicas das escolas ganharão força com a existência de leis anti-tabágicas na comunidade. Do mesmo modo, o cumprimento da lei de consumo de bebidas alcoólicas (proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores ou a pessoas que se apresentem notoriamente embriagadas) deve ser incentivado e com fiscalização efectiva, tendo em vista o seu cumprimento pleno.

A sociedade merece uma lei eficaz que promova um ambiente não fumador, proibindo fumar em restaurantes, cafés, hotéis, hospitais, cinemas, transportes públicos, complexos desportivos e em todos os locais interiores. Do mesmo modo, a proibição de venda de tabaco a menores de 16 anos beneficiará de ser alargada para os 18 anos (idade média de fim do ensino obrigatório em Portugal), indo desta forma reforçar as medidas de proibição do consumo de tabaco entre os estudantes nas escolas.

Existem evidências de que um aumento de 10% no preço do tabaco leva a uma diminuição de 5% no consumo de tabaco pelas populações europeias, e mais de 15% de diminuição entre os jovens (Anderson, 2000). Pais e educadores não valorizam este aspecto

como eficaz, mas efectivamente o aumento dos preços pode exceder a disponibilidade económica dos jovens. Tendo este facto como linha de conta, pode também ser eficaz a tomada de posição pelos pais de suspensão da mesada dos adolescentes que começam a fumar (Von Bothmer e Fridlund, 2001).

A intervenção no âmbito do tabagismo tem de ser de duas índoles: educacional e legislativo (proibir publicidade ao tabaco em meios de comunicação, medidas restritivas quanto a fumar em locais públicos, proibição da venda de tabaco a menores de idade). O objectivo é conseguir diminuir o número de jovens que iniciam o hábito e atrasar ao máximo a primeira experiência, reduzir o número total de fumadores, e criar um ambiente social negativo para o hábito de fumar.

Uma vez que as mensagens pró-tabaco nunca serão abolidas, é necessário implementar campanhas anti-tabaco visando conter os efeitos lesivos do marketing do tabaco sobre a juventude. As mensagens poderão focar efeitos a curto e longo prazo do tabaco (incluindo fumo passivo), como resistir à pressão social para fumar.

Embora as mensagens anti-tabaco intervenham na predisposição dos jovens para fumar como factor protector, são incapazes de superar o impacto poderoso dos anúncios pró-tabaco. Ainda assim, elas são capazes de reduzir a susceptibilidade dos jovens para fumar. Assim, as campanhas anti-tabaco são insuficientes, é necessário criar mecanismos que regulem os anúncios pró-tabaco.

Será também importante fornecer serviços de apoio aos jovens fumadores. Mesmo que a sua motivação seja baixa, de acordo com os resultados obtidos no estudo apresentado, será conveniente oferecer nas Faculdades/Departamentos, através dos Serviços Médicos dos Serviços de Acção Social, uma consulta de cessação tabágica que seja gratuita e confidencial, de forma a ser fácil aceder a ela. Uma consulta de desabituação alcoólica poderá ser

igualmente oferecida, para os jovens diagnosticados como tendo consumo nocivo/dependência.

Wechslet et al, 1994 refere que existe uma grande associação entre jovens que praticam *binge drinking* e a condução posterior ao consumo, ainda que essa associação não tenha sido verificado nos resultados do “Antes que te Queimes”. Campanhas de prevenção e consciencialização para a condução responsável mostraram-se eficazes, nomeadamente através do reforço das leis. A combinação de campanhas nos *media* e a realização de operações stop resultaram numa maior consciencialização do risco de ser preso devido a condução sob efeito do álcool e, em consequência, leva a redução desse comportamento e das taxas de acidentes (Voas, R.B., 1997).

As intervenções mais eficazes são aquelas que em simultâneo se referem a atitudes e comportamentos relacionados com os consumos, utilizam dados estatísticos para provar as percepções erradas acerca dos hábitos dos pares e aumentam a motivação dos estudantes para mudar os seus hábitos de beber / tabagismo (LaBrie, J.W., et al, 2006),

Os programas que utilizam estratégias de intervenção motivacional baseiam-se em fornecer *feedback* para modificar a percepção dos estudantes acerca dos consumos normais, ajudar os estudantes a encontrar inconsistências entre os objectivos e os comportamentos actuais e ajudá-los a conhecer novas estratégias para lidar com situações de alto risco. Estas medidas são implementadas numa perspectiva não punitiva ou de confrontação, sendo aqui que reside o cerne desta intervenção.

Para uma campanha que tenha como objectivo aumentar o conhecimento dos estudantes sobre os riscos associados ao *binge drinking*, utilizando os *mass media*, definem-se as recomendações destinadas à sua máxima optimização, testadas por Jack et al (2005). São apresentadas as recomendações em função de uma campanha dirigida ao *binge drinking*, mas

poderão ser consideradas as mesmas orientações para uma campanha que tenha como objecto o tabagismo.

- **Desenho da mensagem:** a campanha deve utilizar uma mensagem forte, incisiva, limite, provocante, capaz de captar a atenção. Ainda que o principal público-alvo sejam os estudantes de ensino superior (principalmente os de alto risco para consumos excessivos), ela deve ser desenvolvida de forma a atingir também os estudantes do ensino secundário, bem como pais, educadores e a comunidade (Jack et al, 2005, LaBrie et al, 2006).

- **Conteúdo da mensagem:**

1) A mensagem não deve condenar hábitos, mas antes promover consumos moderados e responsáveis, dentro dos limites da pessoa;

2) A mensagem não deve promover a abstinência total, uma vez que não é esse o padrão dominante entre os adolescentes, nem o desejado;

3) Fornecer informação ao público-alvo sobre como diminuir os efeitos de consumo alcoólico excessivo (eg. ter alguma coisa para comer entretanto, alternar entre bebidas alcoólicas e não alcoólicas, não ingerir as bebidas muito próximas temporalmente umas das outras) e de como agir perante um amigo em intoxicação alcoólica (eg. informar acerca dos sinais de intoxicação alcoólica, ensinar posição de segurança, não encorajar amigos notoriamente embriagados a continuar o consumo, garantir que o amigo intoxicado chega a casa em segurança);

4) Sensibilizar para efeitos imediatos sobre a saúde e segurança, em detrimento de efeitos a longo prazo. Os efeitos a longo prazo poderão ser encarados numa perspectiva “causa actual – dano futuro”, identificando por exemplo que consumos excessivos na idade estudantil podem prejudicar a sua performance académica com repercussão na situação económica futura (para além do bem-estar físico e social).

5) Perspectivar o apelo emocional, como forma de reflexão para a decisão de *binge drinking* (os jovens devem parar para pensar no impacto que os consumos excessivos terão nos seus amigos e familiares; a mensagem deve conseguir causar discussão entre pares). Esta forma de apelo é mais eficaz quando o público-alvo está desperto para a gravidade do problema, mas a motivação para mudar comportamentos é baixa.

- Elementos da mensagem:

1) Linguagem: referir-se a *binge drinking* utilizando termos mais familiares para os estudantes, mais como sendo o nível de consumo tolerado pelo jovem, intenção de ficar embriagado ou rapidez com que se ingerem as bebidas alcoólicas (em vez de referência ao número de bebidas que constituem *binge drinking*);

2) Conter elementos visuais adequados e solicitar a participação de pessoas (celebridades/casos verídicos), que partilhem a sua história pessoal sobre *binge drinking* / dependência do álcool. As imagens devem ser realistas, com as quais o público se identifique;

3) Fazer referência a estatísticas actuais e locais, como forma de aumentar o realismo e o sentimento de vulnerabilidade pessoal do público-alvo;

4) Não colocar imagens de pessoas aparentemente divertidas enquanto participam no comportamento de risco (disrupção da mensagem);

Formas de disseminar a mensagem:

1) Recorrer a múltiplos canais de distribuição da mensagem, nomeadamente: televisão (canais de música e vídeo), internet (*banners*, *pop-ups* em *sites* de música, redes sociais, etc.), posters / *flyers* / *outdoors* em locais muito frequentados por estudantes (bares, residências de estudantes, faculdades, meios de transporte, etc.).

Estas campanhas podem ser uma boa estratégia para a educação dos estudantes que consideram *binge drinking* a norma; se a sua percepção for alterada e passarem a ser da opinião que *binge drinking* não é a norma, a incidência de comportamentos lesivos pode ser

diminuída. A campanha deve ser multifacetada e não ter como objectivo único aumentar a preocupação relativa ao comportamento. O ideal é integrar campanhas informativas com estratégias de criação ambientes envolventes, onde os estudantes sejam encorajados a fazer escolhas saudáveis. Uma intervenção de rua, como a que é feita no programa “Antes que te Queimes”, deve ser sustentada por uma campanha baseada neste desenho.

Para o sucesso da intervenção é fundamental que haja o envolvimento da comunidade do campus (faculdade, pais, pessoal escolar, grupos de estudantes, etc.), tendo em vista oferecer um ambiente de apoio aos estudantes.

A participação dos órgãos administrativos no desenvolvimento de programas de redução alcoólica no campus universitário é fundamental (NIIAAA, 2002). São desejadas iniciativas da reitoria/direcção das faculdades em sinergia com demais intervenções.

Envio de cartas, cerca de um mês antes de começarem as aulas, aos estudantes de primeiro ano e pais (cartas distintas) apelando aos efeitos negativos dos consumos exagerados entre estudantes, poderá ser uma medida eficaz (LaBrie et al, 2006). A carta deve encorajar os pais e filhos a discutir, antes do ingresso no ensino superior, o papel que o consumo de bebidas alcoólicas vai ter na vida estudantil do filho. Esta tomada de posição por uma destas entidades coloca uma tónica institucional no assunto, aumentando a consciencialização dos estudantes e pais acerca dos perigos dos consumos irresponsáveis.

Pensando nos estudantes de medicina em específico, enquanto membros da comunidade, privilegiados no âmbito da promoção da saúde, este deveria ser um tema no qual se apostasse ao longo da formação académica dos futuros médicos. Se os estudantes de medicina não forem saudáveis, serão piores modelos para os pacientes e população, por serem incapazes de aconselhar em questões relacionadas com estilo de vida.

Por oposição, os estudantes que estão mais predispostos a praticar um estilo de vida saudável, têm maior probabilidade de conseguir encorajar os pacientes a fazê-lo também (Barss et al, 2008, Rakel e Hedgeckcock, 2008).

Sir William Osler disse “Deixem-nos emancipar o estudante e dar-lhe tempo e oportunidade para a cultura da sua mente, de forma a que, na sua juventude, não seja um brinquete nas mãos de outros, mas um ser capaz de pensar e reflectir”.

Criar uma disciplina escolar, nomeadamente nas Faculdades de Medicina, dedicada a fornecer formação prática relativa a estilo de vida (nutrição, exercício físico, segurança, tabagismo, higiene alimentar, consumo de bebidas alcoólicas), seria uma estratégia com possibilidade de impacto positivo na comunidade. Uma disciplina que incida nestes temas será capaz de desenvolver nos estudantes capacidades de observação e aplicar estratégias de promoção da saúde, definição de prioridades da saúde, melhoria do seu próprio estilo de vida e fortalecimento das suas capacidades globais.

A disciplina seria estruturada para incidir nos seguintes temas (Barss et al, 2008):

- Conhecer os principais determinantes de saúde da população em termos de estilo de vida, nomeadamente nutrição, exercício físico, segurança, tabagismo, hábitos alcoólicos;
- Treino de entrevista, recolha de história clínica e exame físico, especificamente orientado para detectar determinantes de saúde;
- Conhecimento do seu próprio estilo de vida, encorajando a auto-reflexão;
- Prática de estilo de vida saudável e seguro pelos estudantes, para proteger a saúde destes e permitir-lhes servir de modelos a pacientes e comunidades;
- Conceitos básicos para fases mais avançadas de saúde pública.

Em alternativa, e mais adequado a estudantes que não apenas de medicina, poder-se-á criar uma ferramenta de saúde disponível na Internet que ajude os estudantes à auto-reflexão sobre os mesmos itens relativos ao estilo de vida e criar o seu próprio plano de saúde. Essa

ferramenta seria um questionário focado nos principais determinantes de saúde, a partir do qual seria construído o plano personalizado para o estudante. Os utilizadoras deveriam visitar o *site* após a introdução do plano na sua vida, para constatar de que modo os seus indicadores de saúde estariam a mudar. O *site* forneceria ainda informação útil para a saúde, em tópicos como: exercício / actividade física, alimentação, pirâmide alimentar, cálculo do IMC, prevenção de doença cardiovascular, exercício aeróbio, etc.

Uma ferramenta deste género é capaz de melhorar o conhecimento científico, de forma a sustentar um estilo de vida saudável e pode ter intervenção na alteração dos hábitos (Rakel, e Hedgeckcock, 2008).

Conclusão

A vida social assume uma grande importância em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento. O ser humano é inatamente um ser social.

A adolescência e juventude são períodos naturalmente mais susceptíveis à experimentação e ingresso em hábitos que poderão não ser os mais saudáveis. São por isso as idades ideais para intervir no sentido de implementação de um estilo de vida saudável.

Fruto dessas experiências, as pessoas ficam habilitadas para aquilo que gostam e não gostam de fazer, o que vai ter impacto na idade adulta. Nessa fase da vida, em que há uma maior responsabilização pelos comportamentos, o bem-estar vai depender a existência de um WLB (work-life balance), isto é, da percepção de equilíbrio entre o tempo disponível para o trabalho e para a vida social. Aí, vai ser necessário conseguir usufruir do tempo de forma a atingir os objectivos do indivíduo (Gropel e Kuhl, 2009).

Daí que seja importante que as pessoas vivam as oportunidades que a vida oferece, que experimentem, que participem nas festas acadêmicas, para com isso firmarem a personalidade e o estilo de vida que vão ter no futuro. Para salvaguarda, a tônica terá de imperar nos comportamentos moderados e responsáveis.

As iniciativas de promoção da saúde terão sempre relevância, sobretudo ao longo da adolescência e juventude, numa perspectiva de capacitar o público-alvo para essas mesmas escolhas positivas.

Bibliografia

- Altun, I. (2008). Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 14(4): 880-887.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais*. JCF. Lisboa.
- Anderson, P. (2000). The evidence of health promotion effectiveness – shaping public health in a New Europe. 2ª edição, Bruxelas: 69-79.
- Babor, T.F. et al (2001). AUDIT – The Alcohol use disorders identification test. World Health Organization.
- Barss, P., et al (2008). Strengthening public health medicine training for medical students: development and evaluation of a lifestyle curriculum. *Medical Teacher*. 30: e196-e218.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*. 71: 843-861.
- Cimeira do Milénio (2000). *Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. Nova Iorque, USA.
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração de Alma-Ata - Saúde Para Todos no ano 2000*. Alma-Ata, Casaquistão, URSS.
- Cox, C.G. et al (2001). Trends in the number and administrative characteristics of medical school health promotion programmes. *Medical Education*. 35: 173-174.
- DeJong, W. (2002). The role of mass media campaigns in reducing high-risk drinking among college students. *J Stud Alcohol*. 14: 182-92.
- Feighery, E. et al (1998). Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people. *Tobacco Control*. 7: 123-128.
- Gandpre, A. et al (2003). Adolescent reactance and anti-smoking campaigns: a theoretical approach. *Health Communication*. 15: 367-373.
- Goroll, A.H., May, L.A., Mulley, A.G. (1999). *Cuidados Primários em Medicina - uma abordagem do paciente em ambulatório*. 3ª edição, pp 1-4. MC Graw-Hill de Portugal.
- Gropel, P. e Kuhl, J. (2009). Work-life balance and subjective well-being: the mediation role of need fulfillment. *Br J Psychol*. 100: 365-375.
- Hart, R.A. (1997). Children's participation: the theory of involving young citizens in community development and environmental care. Earthscan Publications.

- Jack, S.M. et al (2005). Marketing a hard-to-swallow message. *Canadian Journal of Public Health*. 96(3): 189-193
- Jensen, B.B. e Simovska, V. (2005). Involving students in learning and health promotion processes – clarifying why? what? and how?. *IUHPE – Promotion & Education*. 12 (3-4): 150-156.
- Jones, R. et al (2003). *Oxford Textbook of Primary Care Medical*. 1ª edição, Oxford University Press, Oxford.
- Kramer, E. et al (2004). Defining and understanding healthy lifestyles choices for adolescents. *J Adolesc Health*. 35: 26-33.
- LaBrie, J.W. et al (2006). Heads Up! A nested intervention with freshmen male college students and the broader campus community to promote responsible drinking. *J Am Coll Health*. 54(5): 301-304.
- Larimer, M.E., Cronce, J.M. (2002). Identification, prevention and treatment: a review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *J Stud Alcohol*. 14: 148-163.
- Lenz, B.K. (2004). Tobacco, depression and lifestyle choices in the pivotal early college years. *J Am Coll Health*. 52(5): 213-219.
- Meilman, P.W. e Hall, T.M. (2006). Aftermath of tragic events: the development and use of community support meetings on a university campus. *J Am Coll Health*. 54(6): 382-384.
- Nutbeam, D. et al (1993). Evaluation of two schools smoking education programmes under normal classroom conditions. *British Medical Journal*. 306: 102-107.
- Pascoal, I. (2005). Cessação Tabágica: consulta especializada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. n.º 3: 137.
- Peck, D.D. et al (1993). The Colorado tobacco-free schools and communities project. *Journal of School Health*. 63(5): 214-217.
- Pereira, A., Oliveira, L., (2010, 3 de Janeiro). Ameaça para a Saúde Pública. *Correio da Manhã*, p. 5.
- Poulin, C.C. (2007). School smoking bans. *Drug and Alcohol Review*, 26: 615-624.
- Prendergast, M.L. (1994). Substance use and abuse among college students: a review of recent literature. *J Am Coll Health*. 43: 99-113.
- Rakel, D.P. e Hedgecock, J. (2008). Healing the healer: a tool to encourage student reflection towards health. *Medical Teacher*. 30: 633-635.
- Ricciardelli, L.A. (2008). University students' perception of the alcohol campaign: "Is getting pissed getting pathetic? (Just ask your friends)". *Addict Behav*. 33: 366-372.
- Saúde em Português – Apresentação*. Acedido em 20, Fevereiro, 2010 em : http://www.plataformaongd.pt/site3/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=41

- Stephoe, A., Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*. 53: 1621-1630.
- Swinford, P.L. (2002). Advancing the health of students: a rationale for college health programs. *J Am Coll Health*. 50: 309-312.
- Tavares, P.S. (2009, 2 de Maio). Primeira noite da Queima de Coimbra leva 25 às urgências. *Diário de Notícias*, p. 15.
- Taylor, J. (2005). Substance use disorders and cluster B personality disorders: physiological, cognitive and environmental correlates in a college sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 31: 515-535.
- Taylor, J. (2006). Life events and the peer substance use and their relation to substance use problems in college students. *J Drug Education*. 36(2): 179-191.
- Thombs, D.L. et al (2004). A close look at why one social norms campaign did not reduce student drinking. *J Am Coll Health*. 53(2): 61-68.
- Trabalho de investigação *Estilos de Vida Estudantil em Coimbra na Queima das Fitas*, disponível em *Ser solidário*, nº 51, Abril / Maio 2009 e Saúde em Português.
- Tunbridge, R. (2005). Assessing the value of environmental prevention programmes in reducing driving under the influence (DUI) among college students. *Addiction*. 100: 269-270.
- Turrisi, R. et al (2000). College student drinking: an examination of theoretical models of drinking tendencies in freshmen and upperclassmen. *J Stud Alcohol*. 61: 598-602.
- Voas, R.B. (1997). Drinking and driving prevention in the community: program planning and implementation. *Addiction*. 92: S201-S219.
- Von Bothmer, M. e Fridlund, B. (2001). Promoting a tobacco-free generation: who is responsible for what?. *J Clin Nurs*. 10: 784-792.
- Walsh, R.A. e Paul, C.L. (2008). School smoking bans. *Drug and Alcohol Review*. 27: 570-571.
- Wechsler H. e Austin, B. (1998). Binge drinking: the five/four measure (correspondence). *J Stud Alcohol*. 59: 122-123.
- Wechsler, H. et al (1994). Health and behavioral consequences of heavy drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*. 272: 1672-1677.
- Weiss, J.W. et al (2006). Longitudinal effects of pro-tobacco and anti-tobacco messages on adolescent smoking susceptibility. *Nicotine & Tobacco Research*. 8(3): 455-465.

WHO (1997). Conference resolution. The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. First conference of the european network of health promoting schools.

Ziemelis, A., Bucknam, R.B., Elfessi, A.M. (2002). Prevention efforts underlying decreases in binge drinking at institutions of higher education. *J Am Coll Health*. 50(5): 238-251.

Zurro, M., Cano-Perez, A. (2001). *Manual de Atencion Primaria - organizacion e pautas de actuacion en la consulta*, cap. 1, 3, 6, 29, 42. Ediciones Doyma, Barcelona.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO APLICADO PELA
ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM PORTUGUÊS
NAS NOITES DO PARQUE DA QUEIMA DAS FITAS 2009