

ADOLESCENTES ESTRANGEIROS EM PORTUGAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE*

Margarida Gaspar de Matos^{**1}, Aldina Gonçalves², & Tania Gaspar^{2,3}

¹Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa e
Centro da Malária e outras Doenças Tropicais, Universidade Nova de Lisboa

²Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

³Universidade Lusfada

RESUMO: O objectivo principal deste estudo foi a investigação sobre as diferenças e semelhanças entre adolescentes portugueses e africanos de língua portuguesa, que vivem em Portugal, quanto a diversos comportamentos de saúde, em diferentes contextos, tais como, actividades de lazer, imagem do corpo, comunicação com os pais, violência, consumo de substâncias, escola, amizade, par sexual e expectativas de futuro.

Este estudo teve como base os dados recolhidos pelo estudo nacional do Health Behaviour School Aged-Children (HBSC) (Matos, Gaspar & Equipa Aventura Social, 2003), e procurou clarificar e aprofundar o conhecimento acerca das diferenças nos comportamentos de saúde destes adolescentes. As diferenças entre os jovens apontam em geral para um agravamento na situação dos jovens estrangeiros. No entanto, uma análise realizada com controlo da variável socio-económica praticamente anula estas diferenças.

Num segundo estudo foi utilizada uma metodologia qualitativa de recolha de dados, denominada “focus group” ou grupo de discussão centrada num determinado assunto “foco”, constituída por grupos de adolescentes dos 13 aos 17 anos.

Nos grupos de discussão com jovens de outra nacionalidade verificou-se que passam o seu tempo livre com os amigos na rua ou a praticar desporto; a maioria dos jovens refere ter problemas de saúde; o envolvimento escolar é fraco e sentem a escola como um lugar inseguro e no qual são alvo de discriminação. Os jovens relatam actos de vandalismo no seu bairro; a amizade com jovens do mesmo bairro apresenta-se como algo muito importante para estes jovens; referem haver várias alterações no agregado familiar; referem as dificuldades do processo de aculturação; estes jovens apresentam um projecto de futuro bastante concreto e com expectativas elevadas. Algumas temáticas não são desenvolvidas pelos jovens, tais como, percepção do corpo, sexualidade e comunicação com o pai.

O presente estudo sublinha a importância da utilização de metodologias qualitativas para clarificar conclusões oriundas de estudos quantitativos, e confirma que os jovens têm alguma noção das diferenças étnicas quanto aos comportamentos de saúde e aos seus contextos.

Palavras chave: Adolescência, Comportamentos de risco, Comportamentos de saúde, Estatuto socio-económico, “Grupo focal”, Nacionalidade.

FOREIGN ADOLESCENTS IN PORTUGAL: A QUESTION OF HEALTH

ABSTRACT: The aim of this study was to identify the differences between health behaviours in a sample of portuguese adolescents and adolescents from african portuguese

* O estudo HBSC 2002 foi financiado pela FCT/MCES/POCT1 37486/PSI/2001/FSE/FEDER. As autoras do presente estudo agradecem à equipa Aventura Social & Saúde.

** Contactar para E-mail: mmatos@fmh.utl.pt

speaking adolescents, living in Portugal. Health behaviours and social and physical contexts, such as, free time activities, body image, parent's communication, violence, substance use, school, peers and future expectations were identified using a questionnaire.

This paper was based on data collected during a quantitative national study Health Behaviour School Aged-Children (HBSC) (Matos, Gaspar & Equipa Aventura Social, 2003), trying to clarify this issue health behaviour in adolescence. In general african adolescents presented a worst health related condition. However, when in the analysis, socio-economic status was controlled, those differences disappear.

A second study used a qualitative methodology: "focus groups" and included african adolescents from 13 to 17 years old. During the focus group, adolescents said that they spend their free time with friends, and practising sports. Most of the adolescents said that have same health problems. The school involvement is wick, and they feel that school is an insecure and discriminator place. The adolescents refer same violent acts in their neighbourhood. Their friends from the neighbourhood are very important for these adolescents. They said that they have many alterations in their family. The adolescents feel many difficulties in the acculturation process. These adolescents show a clear future project, with high expectations. Same issues were not developed by the adolescents, such as, body image, sexuality and father communication.

The present study highlights the importance of using qualitative research in the clarification of special issues raised during qualitative studies, and confirms that adolescents notice ethnic differences on health behaviour and those contexts.

Key words: Adolescence, Focus group, Health behaviour, Nationality, Risk behaviour, Socio economic status.

A adolescência caracteriza-se por um processo de transformação, com mudanças rápidas ao nível físico, psicológico, cognitivo e sócio-cultural, confrontando-se o jovem com a definição da própria identidade e autonomia. A aquisição de muitos comportamentos e hábitos com implicações para a saúde, ocorrem durante a infância e a adolescência. Os estilos de vida e a saúde estão intimamente ligados, sendo os factores ambientais, os hábitos alimentares, o hábito de fumar, o uso e abuso de álcool e drogas, a actividade sexual insegura, factores que condicionam um desenvolvimento saudável.

Entre os factores que determinam os estilos de vida surge a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. Os indivíduos e países social e economicamente privilegiados têm uma maior amplitude de escolhas na procura de um estilo de vida saudável, enquanto que outros têm que se debater com questões fundamentais da existência, sobrevivência e direitos humanos. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligada à saúde (Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003).

O reduzido nível económico e educacional dos pais condiciona o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes na escola. Aqui entram ainda outros factores como a falta de domínio do português falado e escrito e o desfasamento dos valores veiculados na escola em relação aos das suas culturas de origem.

Os sujeitos com nível sócio-económico baixo, onde se situam muitos sujeitos de origem africana apresentam fracasso escolar e representações

negativas da escola, desistência precoce perante o fracasso, desresponsabilização pelos resultados da realização, sentimentos de desânimo e “abandono aprendido”.

As comunidades de migrantes enfrentam sérios obstáculos à completa integração social (sobretudo os mais jovens), uma vez que crescem entre dois padrões culturais e sociais distintos. Esta experiência é potencialmente geradora de conflitos no processo de construção de uma identidade social positiva (Martins & Silva, 2000). As famílias de migrantes lidam com inúmeros constrangimentos que condicionam a sua capacidade de afirmação cultural.

Os jovens de origem africana apresentam características associadas aos estilos de vida que envolvem risco, tais como provir de famílias com baixo nível sócio-económico e educacional, e de famílias mono parentais e são sujeitos a pressões específicas como a aculturação, a discriminação, o racismo, o desenraizamento, a intolerância, o preconceito, etc. (Frasquilho, 1996).

A saúde dos grupos minoritários é geralmente pobre, identificando-se vários factores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto sócio-económico baixo, etnocentrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protectores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, stress social e menor controlo pessoal.

A democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal encontrar respostas diferenciadas em função das necessidades específicas de cada um e atendendo aos seus antecedentes sociais e culturais. A gestão destas diferenças exige um modelo de cooperação entre os actores implicados: pais, escola, pares e a comunidade, (Monteiro, 2000). Com uma população estudantil de grande heterogeneidade cultural e linguística, a escola terá de assumir um papel fundamental na democratização, sendo o garante da igualdade de oportunidades ao favorecer a integração de jovens oriundos de grupos minoritários, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social dos alunos.

Diversas investigações efectuadas nos EUA, em vários sub-grupos étnico-culturais diferenciados, revelam padrões mais elevados de comportamentos de risco, tais como, consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência e insucesso escolar em jovens com antecedentes africanos (Patterson & Kupersmidt, 1990; Arbona et al., 1999). Por outro lado, são estes mesmos jovens africanos que se percebem mais sós e que apresentam uma menor auto-estima, sendo mais rejeitados pelos pares.

Perante este cenário, parece-nos fundamental conhecer e compreender a realidade psicossocial do quotidiano dos jovens de diversas nacionalidades que vivem no nosso país, de modo a identificar características, necessidades, factores ligados ao risco e à protecção, de modo a identificar áreas de intervenção urgente, mantendo sempre presente que quer o processo, quer o

conteúdo das intervenções, têm de ser objectivados de acordo com as necessidades específicas e experiências culturais desse grupo. Estudaremos aqui os comportamentos ligados à saúde e ao risco nos jovens estrangeiros de origem africana a viver em Portugal.

Estudo quantitativo

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Os aspectos da saúde relacionados com os estilos de vida, especialmente os comportamentos, são o principal interesse deste estudo que engloba ainda os aspectos do contexto social como a estrutura familiar, a relação com os pares, as condições demográficas e o estatuto socio-económico, de forma a compreender o abrangente contexto social da saúde. Os comportamentos de saúde são compreendidos num contexto estrutural, cultural, social e de factores psicológicos.

Como base num trabalho de intervenção na Escola, no âmbito da promoção e educação para a saúde, é útil definir o “estado da arte” dos conhecimentos científicos nesta área, antes de poder partir para uma intervenção “informada” ou baseada na investigação. Daí a importância de estudos como o HBSC/OMS (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003), que visam a compreensão dos comportamentos dos jovens ligados ao risco ou à saúde, do entendimento do que é a saúde por parte destes jovens, dos seus estilos de vida e das suas interações com cenários envolventes relevantes (a escola, a família, os pares, as estruturas comunitárias), e que monitorizem a evolução deste conhecimento através da actualização periódica do estudo. Portugal participou nos últimos três estudos conduzidos em 1996 (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Simões, Canha, & Fonseca, 2000), em 1998 (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000) e em 2002 (Matos et al., 2003¹).

O HBSC estima prevalências (“quantos adolescentes fumam?” p. ex.), estima comparações entre grupos (como se distribuem os resultados pelo género, pela região do país, pela idade, pela nacionalidade, pelo sucesso escolar, pela existência de uma condição de doença ou deficiência p. ex.), e estuda associações entre variáveis (o consumo do álcool, do tabaco e de drogas estão associados entre si ainda associados à provocação na escola, p. ex.).

A amostra nacional do estudo de 1998 (Matos et al., 2000), foi constituída por 6903 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial em Portugal Continental. É aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (47%

¹ Projecto financiado pelo FCT/MCES/POCTI/37486/2001/FEDER.

de rapazes). A amostra nacional de 2002 (Matos et al., 2003), foi constituída por 6131 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. É aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49% de rapazes).

Em ambos os estudos os adolescentes ficaram distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi em ambos os estudos aleatória e teve representatividade nacional para os jovens que frequentavam os graus de ensino seleccionados, no ensino oficial. Em ambos os estudos a unidade de análise foi a “turma”. Os questionários foram preenchidos na sala de aula, voluntária e anonimamente.

O conjunto de adolescentes que respondeu ao questionário HBSC “Aventura Social & Saúde” em Março de 2002, na sua grande maioria, é constituído por jovens de nacionalidade portuguesa (6,5% são estrangeiros dos quais 2,3% provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) (Quadro 1). A profissão dos pais, na maior parte dos casos situou-se no nível sócio-económico médio-baixo. Relativamente ao nível de instrução, grande parte dos pais estudou até ao primeiro ciclo (quatro anos de escolaridade).

Resultados descritivos do estudo HBSC 2002 (Matos et al., 2003), em relação aos comportamentos dos adolescentes ligados à saúde e ao risco, na comparação entre adolescentes portugueses e africanos (sem nacionalidade Portuguesa) referem que: (1) os jovens africanos em Portugal apresentam mais consumos (drogas e álcool em excesso), mais envolvimento em lutas e actos de violência, (2) têm mais frequentemente uma relação problemática na escola com insucesso escolar e sensação de isolamento na escola, (3) têm frequentemente uma relação mais problemática com a família (comunicação menos fácil com a mãe, famílias menos frequentemente nucleares ou agregados com maior mobilidade), (4) têm frequentemente uma alimentação menos saudável, (5) têm mais frequentemente mais sentimentos de infelicidade, (6) têm relações sexuais mais frequentemente, mais frequentemente sem protecção e sob efeito de álcool ou drogas, (7) vêem mais televisão.

No entanto, sublinhando a importância da variável estatuto sócio-económico, se esta mesma análise for feita separadamente para grupos de classe social mais baixa (4 e 5 da Graffard / profissão do pai) e grupos de classe social mais alta (1, 2 e 3 da Graffard / profissão do pai) dentro de cada nacionalidade, verificamos que a maior parte das diferenças se atenuam, se extinguem ou apenas são válidas para os jovens (de ambas as nacionalidades) de estatuto sócio-económico mais desfavorecido (Quadro 2).

De salientar porém que os jovens com maior estatuto socio-económico são responsáveis pelo menor consumo de leite, associado a um grande consumo de “fast food” (colas e hambúrgueres) e ainda a um maior consumo de televisão. Este resultado sugere que a inclusão socio-económica nem sempre se faz pela adopção das facetas mais favoráveis ou mais saudáveis da cultura local.

Quadro 1

Estatística descritiva dos comportamentos de saúde nos grupos estudados

N Total = 5631	Português % (N = 5499 / 97.7%)	Africano % (N = 132 / 2.3%)	Qui-quadrado
CONSUMOS			
Fumar (1 x / semana)	12,5%	10,1%	0,673
Consumir álcool (1x / semana)	7,5%	9,4%	0,609
Embriagar-se (2 ou + x)	11,9%	21,9%	11,70**
Experimentar haxixe	8,6%	14,7%	5,21*
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5,9%	18,5%	31,44**
VIOLÊNCIA			
Provocar (2/3 x / semana)	9,8%	20,8%	16,68**
Provocado (2/3 x / semana)	17,8%	21,5%	1,23
Entrar numa luta último ano	35,9%	48,8%	9,12**
Andar com armas último mês	9,3%	21,7%	22,48**
ESCOLA			
Repetente (2 ou mais anos)	9,9%	34,8%	85,08**
Sozinho na escola (+ de 1x / semana)	26,3%	34,9%	4,74*
A escola ser aborrecida	63,1%	63,5%	0,009
FAMÍLIA			
Comunicação fácil com o pai	61,7%	53,8%	2,41
Comunicação fácil com a mãe	82,9%	71,4%	10,02**
Família nuclear	84,2%	56,2%	60,60**
Agregado familiar mudou últimos 5 anos	12,3%	31,7%	39,40**
ALIMENTAÇÃO			
Consumir coca-cola diariamente	33,7%	50,8%	16,37**
Consumir leite diariamente	84,5%	72%	13,47**
Consumir hambúrgueres diariamente	9,4%	21,6%	20,81**
BEM ESTAR			
Sentir-se infeliz	16,5%	28,5%	12,41**
Sintomas físicos ou psicológicos (1x / 6 meses)	87,5%	82,1%	2,77
RISCO SEXUAL			
Ter tido relações sexuais	13,0%	31,1%	38,95**
Não ter usado preservativo	6,1%	26,3%	63,71**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2,7%	7,6%	6,71*
LAZER			
Praticar actividade física 2 x + / semana	67,2%	68,8%	0,128
Ficar c/ amigos 2 + x / semana, depois das aulas	71%	77,1%	2,33
Ver TV fim de semana 4h ou +	56,2%	65,2%	4,17*

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Quadro 2

Estatística descritiva dos grupos sócio económicos

N Total = 4748	ESE baixo (N = 2929), 61.7%			ESE médio / alto (N = 1819), 38.3%		
	Português (2879)	Africano (50)	Qui quadrado	Português (1780)	Africano (39)	Qui quadrado
CONSUMOS						
Fumar (1 x / semana)	12%	12,5%	0,01	11,4%	10,3%	0,04
Consumir álcool (1x / semana)	7,1%	15,2%	4,37*	7%	6,1%	0,04
Embriagar-se (2 ou + x)	12%	24,5%	7,00**	10,7%	23,7%	6,39*
Experimentar haxixe	7,4%	23,3%	15,17**	10%	15,2%	0,95
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5,1%	21,7%	24,9**	7,1%	11,8%	1,09*
VIOLÊNCIA						
Provocador (2/3 x / sem)	9,9%	20,8%	6,19*	8,6%	12,8%	0,87
Provocado (2/3 x / sem)	17,5%	16,7%	0,024	16,3%	15,4%	0,024
Entrar numa luta último ano	36%	48,9%	3,33	32,5%	46,2%	3,25
Andar com armas último mês	9,3%	31,3%	25,95**	8,8%	10,5%	0,142
ESCOLA						
Repetente (2 ou mais anos)	11,4%	34%	24,17**	5,2%	33,3%	54,94**
Sozinho na escola (+ de 1x / sem)	27,3%	30,4%	0,22	22,6%	42,1%	8,03**
A escola ser aborrecida	61,7%	70,2%	1,41	64,1%	63,2%	0,01
FAMÍLIA						
Comunicação fácil com o pai	61,7%	52,5%	1,42	63,4%	61,3%	0,06
Comunicação fácil com a mãe	83,8%	73,2%	3,32	82,7%	77,1%	0,74
Família nuclear	89,6%	75,6%	14,8**	87,2%	51,5%	34**
Agregado familiar mudou nos últimos 5 anos	11,1%	21,4%	4,46*	12,7%	32,4%	12,45**
ALIMENTAÇÃO						
Consumir coca-cola diariamente	35,8%	50%	4,29*	28,5%	52,6%	10,49**
Consumir leite diariamente	83,7%	74,4%	2,65	88%	73%	7,64**
Consumir hambúrgueres diariamente	10,4%	20,0%	4,35*	7,3%	21,1%	9,97**
BEM ESTAR						
Sentir-se infeliz	15,6%	28,9%	5,90*	14,3%	20,5%	1,2
Sintomas físicos ou psicológicos (1x / 6 meses)	86,9%	77,5%	3,06	88,3%	90,3%	0,12
RISCO SEXUAL						
Ter tido relações sexuais	12,6%	38%	32,01**	12,2%	23,1%	5,03
Não ter usado preservativo	5,7%	32,1%	44,97**	4,9%	24%	17,6**
Relações sexuais com drogas / álcool	2,2%	14,3%	17,32**	2,3%	0%	0,60
LAZER						
Praticar actividade física 2 x + / semana	66,7%	71,4%	0,47	69,5%	64,9%	0,36
Ficar c/ amigos 2 + x / semana, depois das aulas	71,7%	88%	6,45*	70,8%	74,4%	0,23
Ver TV fim de semana 4h ou +	57,5%	64%	0,84	55,5%	71,8%	4,12*

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Estudo qualitativo – Grupos de discussão focados em temas (“focus group”)

Para entender estes resultados no seu vivido quotidiano, foram estes aprofundados através de uma metodologia qualitativa junto de jovens migrantes africanos em Portugal.

A recolha de dados foi realizada através dum procedimento denominado “grupo focal”. Um grupo focal é um grupo de discussão centrado num tema, uma entrevista semi-estruturada, que envolve uma discussão e que utiliza respostas simultâneas no sentido de obter informação sobre determinado assunto (“foco”). O objectivo é chegar perto das opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que toda a informação dada pelos participantes é válida. Neste projecto o objectivo principal do “grupo focal” é gerar diferentes pontos de vista e opiniões sobre “a vivência da pertença a uma cultura estrangeira”, a partir da perspectiva dos adolescentes e deixá-los explorar estas ideias de modo mais profundo.

Foram realizados dois grupos focais: um grupo constituído por 6 elementos (2 raparigas e 4 rapazes) com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos, e outro grupo constituído por 4 elementos (2 raparigas e 2 rapazes) com idades compreendidas ente os 15 e 17 anos. Sete destes jovens não vivem com o pai (3 pais faleceram e 4 saíram de casa após divórcio). Todos têm irmãos (entre 2 a 6 irmãos).

Cerca de metade dos jovens participantes está em Portugal desde muito pequeno e outros estão em Portugal há 1 ou 2 anos. De um modo geral os jovens referem ter havido alterações no agregado familiar nos últimos tempos: “O meu pai saiu quando houve o divórcio”, “O meu irmão foi para uma casa aqui do bairro com a mulher”, “a minha irmã foi viver com um homem”, “A minha avó que veio de África e está a viver connosco”. Os dados provenientes dos grupos de discussão foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo da frequência com que cada categoria ocorreu. Foram criadas categorias *a priori*, embora tenham emergido novas categorias na análise posterior das transcrições das discussões nos grupos. As categorias pré-estabelecidas foram baseadas nos dados do estudo do HBSC/OMS, 2002 e numa revisão de literatura. A análise de conteúdo baseou-se nas transcrições das discussões dos adolescentes participantes nos “grupos focais”. A partir do discurso dos participantes foram ainda registados exemplos ilustrativos das categorias pré-estabelecidas. Em síntese, estas discussões alargadas permitiram uma compreensão de vários temas:

Lazer nos seus tempos livres os jovens preferem estar com os amigos. Os rapazes referem mais vezes estar com os amigos na rua, e as raparigas com as amigas em casa a conversar ou ver TV.
Os jovens (rapazes e raparigas) referem nos seus tempos livres a prática de desporto ou ficar em casa sozinhos, a ver TV ou sem fazer nada. Os

jovens participantes acham que há poucas actividades e espaços para ocupar tempos livres e férias;

- Violência* quando questionados em relação à violência todos referem que alguns jovens usam armas (facas e pressões de ar), referindo ainda diversos actos de vandalismo, tais como, pintar as paredes com *grafittis*, partir janelas das lojas e estragar jardins. Para a maioria dos jovens participantes a polícia tem uma conotação negativa: “só aparece para fazer rugas ou quando há tiroteios”. Foi referido pelos jovens que seria melhor integrar a polícia no bairro, estando mais vezes presente e não só em casos pontuais;
- Escola* os jovens referem não passar tempo na escola depois das aulas e sentir-se um pouco discriminados na escola por ser “do bairro”. De um modo geral consideram a escola um lugar inseguro, onde existem muito roubos;
- Amigos* os jovens referem que as amizades são geralmente pessoas do bairro, mesmo na escola passam mais tempo com pessoas do bairro. Referem, ainda que tentam promover boas relações com jovens de outros bairros, mas existem certos jovens que boicotam esse processo, levando a rivalidades e más relações com outros bairros. Verificou-se que muitos dos amigos são familiares próximos (irmãos, primos, etc.);
- Risco sexual* os jovens concordam que os adolescentes têm a primeira experiência sexual por volta dos 14 anos e que não falam com os pais sobre estes temas pois ainda é tabu. Os amigos são a sua maior fonte informação;
- Consumos* dos jovens presentes apenas um refere fumar embora todos considerem que a maioria dos jovens fuma e que o consumo de tabaco por parte das raparigas está a aumentar. Em relação ao consumo de álcool, nenhum refere ter consumo regular de álcool ou drogas. Concordam que são os mais velhos que mais consomem tabaco e álcool e que a droga (haxixe) se limita a grupos restritos;
- Família* a maioria dos adolescentes não vive com o pai, todos referem ter um agregado familiar bastante alargado, constituído por diversos irmãos e em alguns casos pelas avós. De um modo geral os jovens referem ter havido alterações no agregado familiar nos últimos tempos. Os jovens apresentam uma fraca ou inexistente comunicação com o pai. Em relação à mãe, referem passar pouco tempo com ela por estar muito tempo ausente de casa a trabalhar. Ao mesmo tempo verbalizam uma preocupação da mãe com o seu bem-estar;
- Comunidade* quanto ao processo de inclusão social, de um modo geral, os jovens referem que têm saudades de África e que gostariam de voltar para visitar a terra e os familiares que lá ficaram. Todos os jovens referem, de um modo ou outro, problemas de adaptação, uns querem participar activamente numa boa integração nesta nova cultura, outros dizem querer deixar o país. Quanto ao processo de aculturação dos pais, os jovens referem que estes lutaram muito para conseguir a legalização, habitação e emprego. Referem uma constante luta contra a discriminação e a exclusão. Os jovens mostram-se insatisfeitos com o processo de

realojamento (em 2000, 3 anos antes deste grupo de discussão) com a falta de condições das habitações, a falta de espaços verdes e de espaços para os jovens, a falta de um Centro de Saúde e de uma escola próximos. Referem que as pessoas do Bairro são discriminadas e estigmatizadas e que existem guerras/disputas com outros Bairros. Alguns dos jovens referem pertencer a grupos que promovem partilha e trocas culturais com outros Bairros, permitindo diminuir a estigmatização e a exclusão social e conhecer e dar a conhecer experiências e culturas.

CONCLUSÕES

A educação para a saúde não se pode limitar à adopção de uma abordagem de cariz informativo. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde. Os jovens devem estar informados, poder tomar decisões e responsabilizar-se pela sua saúde, devendo ser competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e para transformar o seu envolvimento físico e social de modo a favorecer um estilo de vida saudável, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura.

A educação para a saúde nas escolas portuguesas pode desenvolver-se no sentido de ir ao encontro das necessidades dos jovens, incluindo “actores” tais como os pais e os “pares”; incluindo “cenários” tais como a comunidade e a optimização dos tempos de lazer saudável, e ajudando a “elevar” os estilos de vida saudáveis a um “estatuto de prestígio”; incluindo temáticas tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e gestão de emoções, competências de identificação e resolução de problemas, a promoção da assertividade e da resiliência nos jovens, em síntese ajudando os jovens a tomar decisões, a participar na vida social, mantendo opções pró-sociais e saudáveis (Matos, 1998; Matos, Simões, & Carvalhosa, 2000). O risco aparece actualmente, não só através de escolhas de vida pessoais prejudiciais para a saúde, mas também através de uma cultura do tipo “porque não?”, “não tenho nada a perder?”. Os jovens sublinham a falta de alternativas.

Sugere-se uma intervenção preferencialmente preventiva, com ênfase no envolvimento e participação dos adolescentes no âmbito da comunidade, nos contextos mais frequentados pelos adolescentes: escola, centros de juventude, centros de saúde, na família, entre outros.

Para a elaboração esclarecida de programas de intervenção na comunidade, que promovam os comportamentos de saúde e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis a nível comunitário tendo em conta as diferenças socioculturais dessas mesmas comunidades, é necessário partir de um estudo prévio, para conhecimento da situação real actual, antes de partir para uma intervenção “informada” (baseada numa investigação prévia).

O presente estudo sugere a desigualdade económica como o maior factor de desequilíbrio para a saúde, e não o estatuto de “*estrangeiro oriundo de*

África”, como inicialmente poderia parecer. Contudo, como não está no nosso âmbito uma alteração de substância a este nível, continuarão a ser realizadas intervenções centradas no jovem, na escola, na família e na comunidade, embora esta compreensão deva entrar em linha de conta no processo de estruturação de programas de intervenção.

A escola e o tempo de lazer parecem um bom ponto de partida para a promoção da saúde entre-culturas, assim como as alternativas para lidar com a vida, a procura de prazer e de bem-estar. A intervenção poderá ter como foco por um lado a interacção entre-culturas, por outro lado as alternativas, ou seja, a forma de ajudar os adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro sexo, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de externalização: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou a comportamentos desajustados de internalização (depressão, sintomas físicos, ansiedade).

São, entre outros argumentos, estes factos que dão origem à adopção de estratégias participativas e promotoras de competências, na promoção de estilos de vida saudáveis activos (Matos, 1998; Matos, Simões, & Carvalhosa, 2000). A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, sobretudo em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco.

Propõem-se programas de promoção de competências pessoais e sociais que ajudem os jovens a manter-se informados, bem como a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, identificar e gerir emoções, e assim otimizar a escolha e manutenção de um estilo de vida saudável.

REFERÊNCIAS

- Arbona, C., Jackson, R., McCoy, A., & Blakely (1999). Ethnic Identity as a predictor of attitudes of adolescents toward fighting. *Journal of Early Adolescence*, 19(3), 323-340.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organization.
- Frasquilho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores e educação para a saúde: O caso da toxicoddependência*. Lisboa: Laborterapia.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitoria, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT, MS.
- Matos, M., & Santos, T. (2002). Gender and smoking in young people in Portugal. In M. Lambert, A. Hublet, P. Verduyck, L. Maes, & S. Broucke (Eds.), *Gender differences in smoking in young people*. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion, ENYPAT, ECC.

Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade Física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH /PPES.

Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social. Lisboa: FMH/IRS-MJ.

Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.

Martins, E. & Silva, J. (2000). Cultura(s) e diversidade. In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Diversidade e Multiculturalidade, Lisboa: ISPA*

Monteiro, S. (2000). Direito à cultura. In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Diversidade e Multiculturalidade. Lisboa: ISPA*.

Patterson, C., Kupersmidt, J., & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.

Teixeira, J. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde. In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Diversidade e Multiculturalidade. Lisboa: ISPA*.