

ABORDAREA INTERDISCIPLINARĂ A COMPORTAMENTULUI DE SĂNĂTATE AL TINERILOR

Mariana CRÎȘMARU, cercetător științific, INCE

În prezent, stilul de viață reprezintă unul dintre cei mai importanți predictorii ai sănătății sau, dimpotrivă, a bolii. În acest articol sunt prezentate aspecte multidisciplinare ale comportamentului relaționat cu sănătatea, focusându-ne asupra trăsăturilor caracteristice ale tinerilor. Sunt trasate principalele tendințe sociale și epidemiologice și impactul acestora asupra comportamentului uman. Este descrisă starea sănătății tinerilor prin prisma indicatorilor statistici și datelor din sondaje sociologice. Analiza situației în materie de sănătate și comportamente de sănătate atestă o rată înaltă a mortalității provocate de cauze externe, o creștere a numărului cazurilor de infecție cu virusul HIV, o rată înaltă a sarcinilor în rândul adolescentelor. O mare parte din tinerii adoptă comportamente cu risc pentru sănătatea proprie, cu repercusiuni mai târziu în viață.

Cuvinte-cheie: *sănătate, boală, stil de viață, tineri, responsabilitate individuală.*

Lifestyle became now one of the most important predictors of health or, on the contrary, of disease. The paper examines the multidisciplinary aspects of health-related behavior, focusing on characteristics of young people. The main social and epidemiological trends and their impact on human behavior are outlined. It describes the health status of young people using statistical indicators and data from sociological surveys. Analysis of health status and health-related behaviors show a high rate of mortality due to external causes, an increase in HIV infection rates, a high rate of teenage pregnancy. Much of young people adopt risk health behaviors, with later repercussions in their lives.

Keywords: *health, illness, lifestyle, young people, individual responsibility.*

Introducere. Este unanim acceptat faptul că starea de sănătate a tinerilor este nu doar unul din indicatorii care arată nivelul de dezvoltare socială și economică a unei țării, dar și un indicator important al ocupării forței de muncă în viitor, al potențialului economic, cultural și de reproducere al oricărei societăți. Prin urmare, promovarea sănătății și educația pentru sănătate s-a transformat într-o problemă de prim rang pentru orice comunitate umană.

Dat fiind particularitățile sale specifice demografice, biologice de vârstă, activitate, sănătate sau morbiditate, tinerii sunt adesea vizați drept grup-țintă pentru identificarea stilurilor de viață și pentru campaniile de promovare a sănătății. Se remarcă faptul că în această perioadă a vieții, cu provocări și oportunități specifice, tinerii fac alegeri importante privind sănătatea lor, adoptă comportamente care pot fi continuate pe parcursul întregii vieți. Totodată, tinerii sunt considerați susceptibili sau vulnerabili la diferite îmbolnăviri și maladii [1, 2], cât și cu potențial crescut în vederea adoptării unor comportamente care prezintă risc pentru sănătatea proprie [5]. Adoptarea diferitor comportamente la această etapă poate avea rezonanță în mortalitatea, morbiditatea și problemele sociale mai târziu, pe parcursul vieții. Mai mult decât atât, implicarea în comportamente cu risc pentru sănătate poate împiedica parcursul școlar și profesional cu consecințe pe termen mediu și lung.

Sub aspectele enumerate mai sus, dar și odată cu creșterea considerabilă a costurilor pentru tratament și îngrijire medicală etc., este frecvent utilizat și promovat conceptul de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate [3], ce semnifică aplicarea regulilor de conduită privind sănătatea proprie. În Republica Moldova au fost aprobate un șir de documente strategice și programe naționale în vederea promovării sănătății, educației pentru sănătate și profilaxia maladiilor. Menționăm în special: Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020 [21]; Programul Național privind controlul tutunului pentru anii 2017-2021 [21]; Programul "Educație pentru sănătate" (curriculum opțional pentru învățământul primar) [**Error! Reference source not found.**].

Cercetătorii în domeniu au formulat un șir de trăsături specifice ale comportamentelor relaționate cu sănătatea acestui segment de populație [1, 4]. Astfel, prin adoptarea unui anumit comportament de risc, tinerii tind să-și exprime opoziția față de normele convenționale ale societății (ex. consumul de droguri); se identifică cu semenii și se integrează într-un anumit grup (ex. fumatul, consumul de alcool); își exprimă și confirmă valorile identității personale prin adoptarea unor comportamente adulte (ex. consumul de alcool, fumatul); declanșează mecanismul de coping / de adaptare la situații de stres, frustrare, depresie (ex. consum de alcool, droguri, fumat); experimentează stări noi (ex. consumul de droguri). Totodată, studiile arată că în cele mai dese cazuri comportamentele de risc pot apărea într-un set comportamental, cum ar fi relația dintre fumat și consumul de alcool, consumul de alcool și sex neprotejat etc.. Se atestă și o relație inversă, precum fumatul și practicarea unui anumit sport - cei care sunt implicați în activități fizice sau care practică un anumit gen de sport, fumează într-o proporție mult mai mică decât cei care sunt inactivi pe plan sportiv.

În aceeași ordine de idei, este alarmant faptul că adoptarea unor comportamente de risc la o vârstă fragedă poate duce în multe cazuri la dependență, iar rolul prevenirii și educației pentru sănătate în acest caz este unul crucial. Astfel, un șir de studii atestă faptul că practic absoluta majoritate a fumătorilor activi au început a fuma până la vârsta de 30 de ani [7]. Aceste date sunt confirmate și de cele mai recente studii realizate în Republica Moldova: 13% au început a fuma până la 15 ani, 50% între 15-19 ani, 24% la vârsta 20 -24 ani, 7% la 25-29 ani și doar 6% după vârsta de 30 ani [8]. Totodată, se accentuează că dependența (de ex. de alcool, de nicotină, de droguri etc.) se caracterizează în multe cazuri prin modificări comportamentale negative, interpersonale, emoționale, mentale și de sănătate.

Abordare multidiscplinară a comportamentului de sănătate. Comportamentul uman și relaționarea acestuia cu sănătatea este un fenomen extrem de complex și care necesită o abordare multidiscplinară. Stilul de viață sau comportamentul de sănătate cade sub incidența mai multor științe medicale (medicină clinică, sănătate publică, imunologie etc.) și a științelor socioumane (psihologie, sociologie, antropologie etc.), iar abordarea diferă în funcție de modul cum răspund teoretic, dar mai ales practic, la întrebările ce țin de problemele studiate. Ne vom referi, în special, la psihologia sănătății și sociologia sănătății, care prin sinteza și aplicarea cunoștințelor, datelor și tehnicilor specifice contribuie la promovarea și menținerea sănătății, identificarea factorilor psihologici / sociali cu rol în etiologia bolilor, prevenția și tratarea bolilor și disfuncțiilor, ameliorarea sistemului de îngrijire medicală și ajustarea politicilor în domeniul ocrotirii sănătății [12].

Se remarcă faptul că, datorită caracterului său interdisciplinar, persistă anumite confuzii cu privire la diverși termeni relaționați - comportament de sănătate (*eng. health behaviour*), comportament autoprotector în sănătate (*rus: самоохранительное поведение*) sau stil de viață sănătos (*eng. healthy lifestyle*). În general, una dintre cele mai întâlnite referiri la stilul de viață este cu privire la sănătate, ce cuprinde totalitatea deciziilor și acțiunilor voluntare care afectează starea de sănătate a persoanelor. Stilul de viață sănătos (sanogen) este setul de atitudini și practici pe care o persoană îl adoptă și care are un rol esențial în promovarea și menținerea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor (de ex. practicarea sportului, alimentație echilibrată etc.). Stilul de viață negativ (patogen) este format din comportamente de risc pentru sănătate care au consecințe negative pe termen scurt și lung asupra sănătății fizice și psihice și care pot determina o scădere a calității vieții indivizilor (de ex. fumatul, consumul de alcool, utilizarea drogurilor etc.).

Psihologul american Edward. P. Sarafino determina comportamentul de sănătate drept orice activitate pe care oamenii o îndeplinesc pentru a-și menține sau îmbunătăți sănătatea, indiferent de cum își percep starea lor de sănătate sau dacă comportamentul își atinge într-adevăr scopul [13]. Deoarece starea de sănătate a oamenilor influențează tipul de comportament pe care îl adoptă și motivația lor de a face acest lucru, același cercetător face distincție între comportamentul persoanei care are o stare bună de sănătate (*well behaviour*), care prezintă simptome de boală (*symptom-based behavior*) sau când persoana este bolnavă (*sick-role behavior*).

Se remarcă faptul că modelele explicative care servesc drept fundament teoretic în psihologia sănătății pun accent, în fond, pe trăsăturile de personalitate sau opțiunile personale ale indivizilor: modelul convingerilor despre sănătate (Rosenstock, 1966), teoria comportamentului planificat (Ajzen 1985, 1988, apud Berry, 2004), teoria autoeficacității (Bandura 1982).

Sociologul W. Cockerham, în abordările sale asupra stilurilor de viață, a fost influențat de dialectica lui M. Weber, ce se referea la oportunități (*life chances*) pe care oamenii le au în alegerea unui anumit stil de viață și opțiuni (*life choices*) care reprezintă probabilitatea realizării acestor opțiuni, luând în considerație condițiile structurale necesare. Astfel, cercetătorul definește stilul de viață sănătos drept un set de comportamente cu impact asupra sănătății pe care indivizii decid să le urmeze în dependență de oportunitățile la care au acces [14]. Mai mult decât atât, W. Cockerham insistă asupra considerării condiționărilor structurale în analizele sale, reiterând că stilul de viață pe care îl adoptă o persoană nu sunt acțiuni aleatorii, dar depind în mod direct de circumstanțele legate de poziția lui socială și, mai general, de ceea ce-i oferă societatea în care trăiește, referindu-se la condițiile politice, economice și sociale [14] (*Fig. 1*).

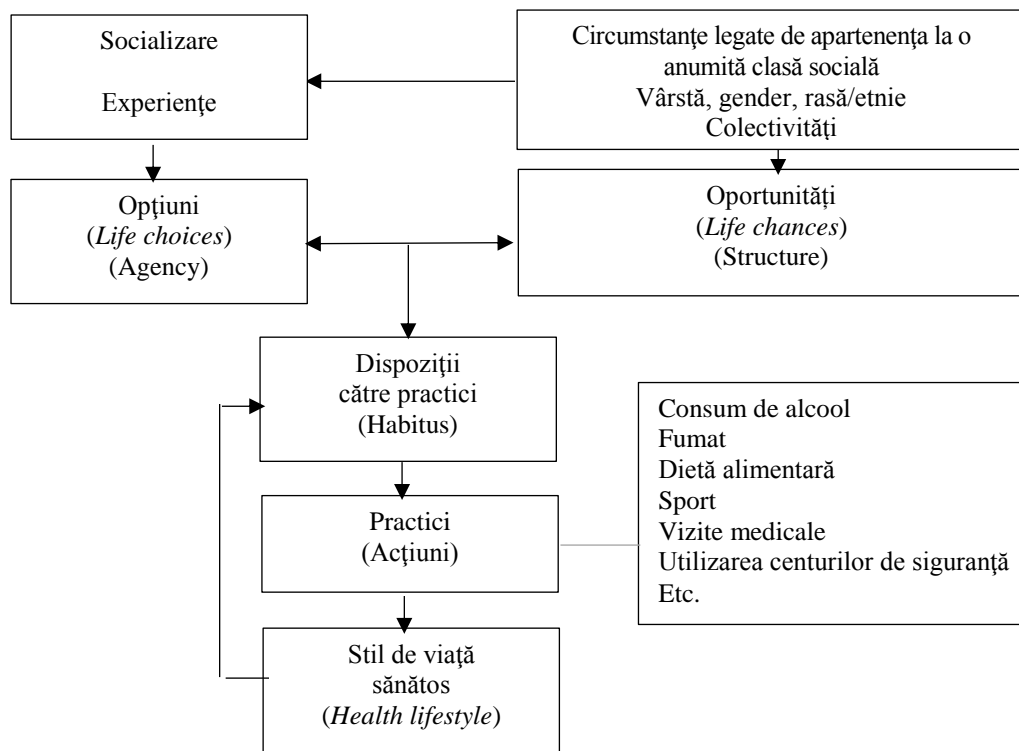


Fig. 1. Paradigma stilurilor de viață sănătoase

Sursa: Cockerham W., 2005.

Studii anterioare care au anchetat probabilitatea adoptării unui stil de viață sănătos confirmă faptul că circumstanțele socioeconomice, educaționale și cele legate de mediul în care trăiește individul servesc drept factori determinanți în acest aspect [7]. Prin urmare, opțiunea pentru un stil de viață sănătos este nu doar individuală, ci depinde în cea mai mare parte, de mediul social și de material al persoanei.

Astfel, este eronat să credem că simpla informare a populației despre comportamentele cu risc sporit pentru sănătate fără modificări esențiale în sistemul social, economic și ecologic își vor atinge scopul și obiectivele scontate. Indivizii trebuie să aibă oportunități și posibilități reale de a trăi o viață sănătoasă. Prin urmare, campaniile de promovare a sănătății trebuie să targheze nu doar indivizii, în cazul dat tinerii, dar să acționeze și la nivelul structurilor socio-economice și de mediu prin implementarea unor programe și politici publice complexe [15].

Starea sănătății și comportamente de sănătate al tinerilor. Starea generală a sănătății tinerilor²⁴ privită prin prisma indicatorilor obiectivi, dar și a celor subiectivi

²⁴ Definirea legală a categoriei sociale tineri în Republica Moldova a cunoscut o modificare. Legea nr. 215 din 29.07.2016 cu privire la tineret definește, în art. 2, tinerii ca fiind persoanele cu vârste cuprinse între 14 și 35 de ani. Anterior, prin Legea nr. 279 din 11.02.1999, limitele de vârstă pentru grupul tineri erau stabilite la 16, respectiv 30 de ani. În mod uzual în științele sociale pentru tineri este folosit intervalul 15-29 de ani.

înregistrează cea mai favorabilă situație comparativ cu alte categorii de vârstă. Totuși, datorită vulnerabilităților specifice, sănătatea acestui segment de populație poate fi considerată un indicator sau un "barometru" al sănătății colectivităților viitoare. Ceea ce înseamnă că o societate sănătoasă și productivă, cu un viitor prosper și sustenabil are de la baza sa o dezvoltare sănătoasă a copiilor / tinerilor.

În acest scop au fost folosite următoarele rapoarte și studii: "Ocrotirea sănătății populației în Republica Moldova", Anuar statistic al sistemului de sănătate din Moldova (2015, 2016, 2017), Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP); "Accesul populației la servicii de sănătate al populației" (2012, 2016), Biroul Național de Statistică (BNS); Cercetarea opiniei privind problemele, valorile și aspirațiile tinerilor din Republica Moldova, studiu sociologic (2016); "Youth Well-being Policy Review in Moldova" (OCDE, 2017). Conform datelor BNS [17], în Republica Moldova tinerii cu vârsta 15-29 ani reprezintă aproximativ un sfert din populația stabilă a țării, cu tendință de scădere a ponderii în totalul populației - de la 26,5% în 2012, la 22,6% în 2017. Cei mai mulți tineri sunt în mediul rural, unde este concentrată o pondere mai mare a tinerilor de până la 25 de ani.

Statisticile oficiale și diferite studii atestă faptul că problemele tinerilor din Republica Moldova s-au menținut și chiar s-au acutizat în ultimii ani. Astfel, Indicatorul de Deprivare Multidimensională a Tinerilor (*Youth Multidimensional Deprivation Indicator*) ce măsoară ponderea tinerilor care sunt afectați simultan de multiple deprivări în domeniul educației, ocupării forței de muncă, sănătății, participării civice și incluziunii sociale (OCDE, 2017) [11], arată că mai mult de o treime (36,2%) din tineri se confruntă cu deprivări în multiple dimensiuni ale bunăstării. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 18-29 de ani sunt expuși unui nivel mai înalt de deprivare decât tinerii de 15-17 ani (37,4% față de 20,8%).

Absoluta majoritate a sondajelor sociologice ce vizează probleme de sănătate, arată că tinerii își apreciază preponderent starea de sănătate ca fiind una bună sau foarte bună, iar perceperea pozitivă a stării de sănătate se reduce odată cu înaintarea în vârstă, fapt determinat în cea mai mare parte de prevalența prin anumite boli caracteristice unor grupe specifice de vârstă [8, 10] (Fig. 2).

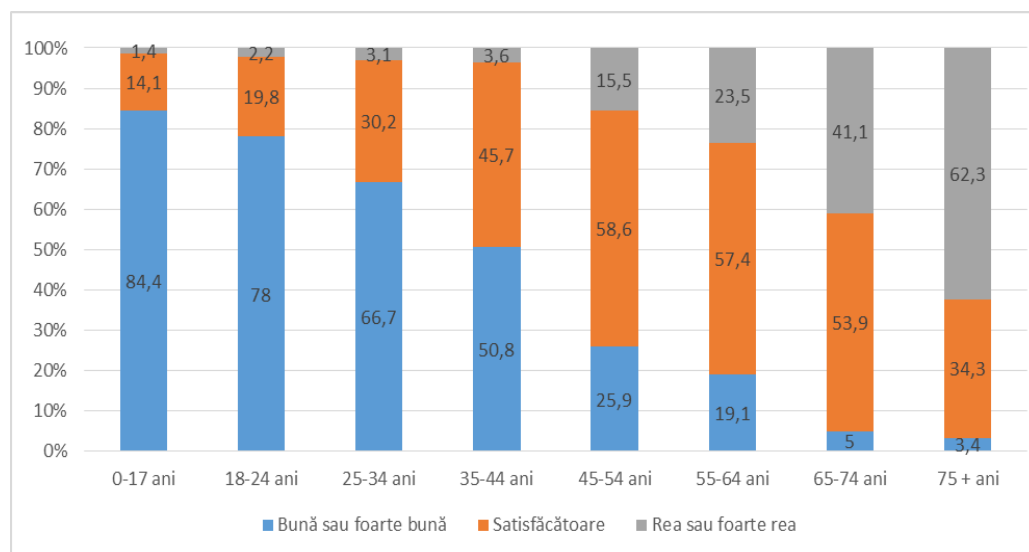


Fig. 2. Structura populației după vârsta declarată, pe grupe de vârstă, %

Sursa: Raportul de sinteză ”Accesul populației la serviciile de sănătate”, BNS, 2017.

Studiile mai arată că practic fiecare a zecea persoană de până la 18 ani suferă de careva boli cronice, rata de prevalență a bolilor cronice sporește odată cu vârsta și a înregistrat o ușoară creștere în 2016 față de 2012 (Fig. 3).

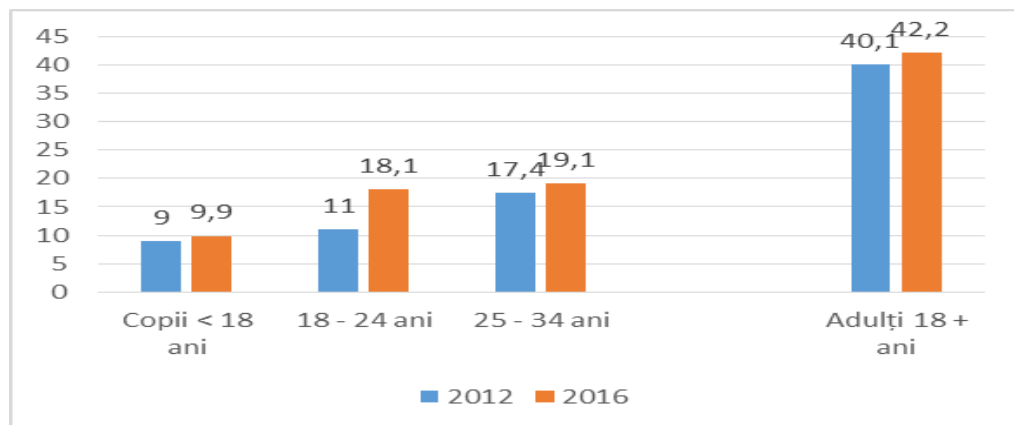


Fig. 3. Ponderea populației care suferă de boli cronice, pe grupe de vârstă, %

Sursa: Raportul de sinteză ”Accesul populației la serviciile de sănătate”, BNS, 2017.

Datele studiului corelează cu datele administrative și relevă tendințe similare: pe primul loc situându-se bolile gastrointestinale / digestive, urmată de boli a rinichilor, respiratorii, neurologice.

Potrivit statisticilor oficiale [9], structura mortalității pe clase ale cauzelor de deces practic nu s-a schimbat pe parcursul ultimilor ani: cele mai multe decese în rândul tinerilor au drept cauză accidentele, intoxicațiile și traumatismele (48,5%), printre care: leziuni autoprovocate (14,7%), agresiuni, omucideri (2,5%); urmate de tumori (11,7%), bolile aparatului circulator (11,3%), bolile aparatului digestiv (8,0%), bolile infecțioase și parazitare (5,5%) și bolile aparatului respirator (4,3%). Totodată, datele atestă o creștere a mortalității prin sinucidere și mortalității prin bolile aparatului digestiv (cauzată, în primul rând, de ciroze ale ficatului), cât și majorarea numărului de cazuri noi de tumori maligne.

O situație alarmantă rămâne a fi numărul sarcinilor, dar și avorturile în rândul fetelor și adolescentelor. Concluziile unui amplu studiu ”Sarcina în perioada adolescenței” [16] sugerează că ratele ridicate ale sarcinii la această etapă a vieții sunt determinate de gradul scăzut de informare a adolescentelor cu privire la sexualitate și planificarea familială, necunoașterea serviciilor de sănătate adresate tinerilor, insuficiența și calitatea slabă a programelor în domeniu, accesibilitatea geografică (financiară) scăzută a serviciilor prietenoase tinerilor.

O altă problemă stringentă o constituie majorarea numărului de cazuri de infecție cu virusul HIV la tineri. Potrivit datelor statistice oficiale [18], în anul 2017, numărul tinerilor în vârstă de 15-34 de ani infectați cu HIV a constituit 314 persoane, cu 18,5% mai mult față de anul 2013. În structura incidenței cu virusul HIV pentru tinerii cu vârsta 15-34 ani se relevă o pondere mai mare pe segmentul 30-34 ani (38,9%), după care urmează grupul de vârstă 25-29 ani (34,7%), iar pentru grupul de vârstă 15-24 ani se înregistrează o pondere de 26,4%.

La rândul său, datele unui șir de studii sociologice atestă că tinerii sunt predispuși unor comportamente de risc pentru sănătate. Astfel, potrivit rezultatelor studiului „Accesul populației la serviciile de sănătate” [8], aproape fiecare al șaselea tânăr este fumător, cei mai activi fiind cei în vârstă de 30-34 ani. Datele studiului mai arată că tinerii din mediul urban fumează mai mult decât cei din mediul rural, situația fiind similară pentru toate grupele de vârstă. Totodată, ponderea bărbaților fumători este de circa 10 ori mai mare decât a femeilor (*Fig. 4*). Comparativ cu datele studiului precedent din 2012, numărul bărbaților fumători este în scădere, în timp ce numărul femeilor care fumează a crescut, deși nesemnificativ.

După cum a fost menționat anterior, mai mult de jumătate dintre fumători (63,4%) au început să fumeze până la 19 ani, iar aproximativ fiecare a patra persoană a început să fumeze de la vârsta de 20-24 ani. În mediul urban ponderea celor care încep să fumeze de la o vârstă mai fragedă este mai mare decât în mediul rural.

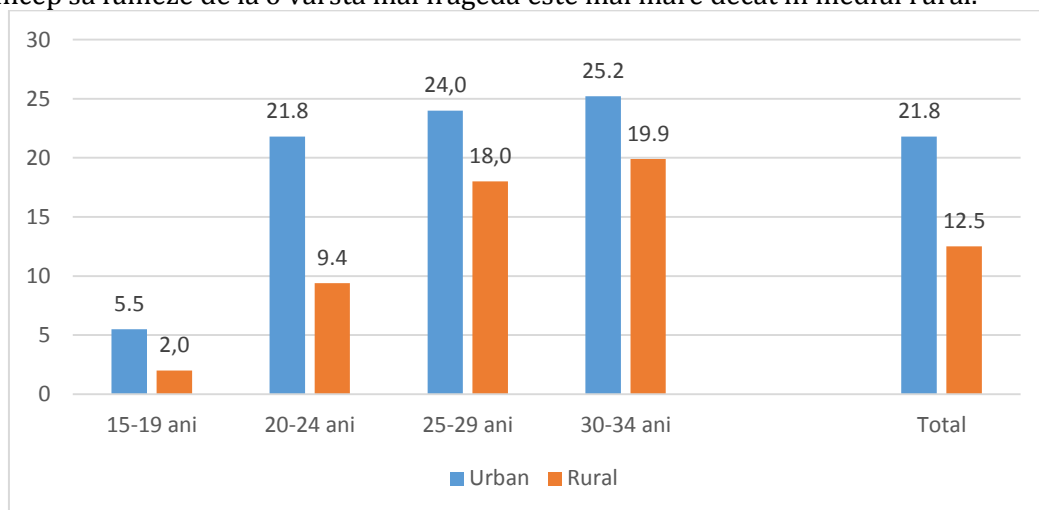


Fig. 4. Rata fumătorilor pe grupe de vârstă și mediul de reședință, %

Sursa: Raportul de sinteză "Accesul populației la serviciile de sănătate", BNS, 2017.

Consumul de alcool în rândul tinerilor este de asemenea o problemă extrem de îngrijorătoare. Potrivit datelor unui sondaj sociologic realizat în rândul tinerilor [9], 61,8% din tineri au menționat că în ultimele 12 luni au consumat băuturi alcoolice. Amploarea acestui fenomen este sesizată mai pregnant în cadrul cercetărilor calitative. Astfel, în cadrul discuțiilor focus-grupuri, interviurilor aprofundate, atât tinerii, cât și diferiți experți au confirmat consumul excesiv de băuturi alcoolice și răspândirea fumatului în rândul tinerilor [10, 19].

Același sondaj sociologic sugerează că adresarea tinerilor la medic este redusă. Circa 1/5 nu s-au adresat nici odată la medic în decursul ultimelor 12 luni, iar aproape 60% din tineri se adresează rar sau foarte rar. Mai frecvent se apelează femeile în raport cu bărbații. Din cauza dificultăților financiare, mulți tinerii nu-și pot permite urmarea tratamentului prescris de medic, acest lucru este valabil chiar și în cazul când se îmbolnăvesc copiii acestora.

Concluzii. În pofida unei aprecieri preponderent pozitive a stării sănătății de către tineri, indicatorii obiectivi denotă o situație mai alarmantă - o rată ce se menține înaltă pe parcursul ultimilor ani a deceselor din cauza accidentelor, intoxicațiilor și

Sesiunea științifică „Transformări demografice și priorități de politici”

traumatismelor, inclusiv o creștere a mortalității prin sinucidere și o majorare a numărului de cazuri noi de tumori maligne.

Datele statistice oficiale și studii în domeniu reliefează că potențialul de dezvoltare a tinerei generații din țara noastră este afectat, în special, de comportamentul adictiv (abuz de alcool, fumat, consum de droguri etc.). Această stare de lucruri se explică preponderent prin conștientizarea redusă a responsabilității personale pentru problemele de sănătate, cunoștințe și deprinderi limitate în aceste domenii; lipsa comportamentului preventiv în materie de sănătate; stare materială precară; insuficiența și slaba calitate a programelor educative privind modul de viață sănătos; nivel înalt de stres etc..

Pentru soluționarea problemelor legate de stilul de viață și sănătate sunt necesare campanii de informare și programe de intervenții eficace. Tinerii nu trebuie priviți drept agenți pasivi, dar în calitate de agenți activi prin înțelegerea aspirațiilor, problemelor, necesităților acestora și motivându-i să adopte și să mențină un stil de viață sănătos, sporind astfel controlul asupra propriei sănătăți. Trebuie conștientizat faptul că medicina nu poate vindeca bolile cronice, iar stilul de viață al unei persoane le poate cauza sau preveni apariția, de aceea sănătatea trebuie privită ca o realizare (*achievement*) - un scop pentru atingerea căruia trebuie asumată responsabilitatea individuală pentru sănătate.

Este imperativ să fie realizate studii complexe și profunde privind explicarea determinismului și cauzalității acestor fenomene. Doar prin adoptarea unei abordări sociologice distinctive față de cea socioepidemiologică acești factori pot fi ierarhizați, teoretizați și explicați în mod corespunzător și care trebuie analizați în calitate de indicatori ce stau la baza principiilor care generează explicații teoretice adecvate.

Referințe bibliografice

1. Barriers to and Facilitators of the Health of Young People: A systematic review of evidence on young people's view and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating. Volume 2: Complete Report. London: EPPI-Centre, 2002.
2. Rifkin S. B., Lewando-Hundt G. and Draper A. K., Participatory approaches in health promotion and health planning. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000.
3. Guttman N., Ressler W.H, On being responsible: ethical issues in appeals to personal responsibility in health campaigns, in Journal of Health Communication, 2001, p. 117-136.
4. Nutbeam D.. Book: Evaluating Health Promotion. BMJ (Clinical research ed.), 1999.
5. Nutbeam D., Achieving 'best practice' in health promotion: improving the fit between research and practice. Health Education Research, Vol. 11, # 3, 1996, p. 317-326.
6. Barnekow V., Buijs G., Clift S., Jensen B. B., Paulus P., Rivett D. & Young I., Health-promoting schools: a resource for developing indicators. IPC of the European Network of Health Promoting Schools, 2006.
7. Wallace C. D., & Haerpfer, C. W., *Living Conditions, Lifestyles and Health*, Routledge, 2010.
8. "Accesul populației la serviciile de sănătate". Rapoarte de sinteză. BNS, 2012, 2017,.

9. "Ocrotirea sănătății populației în Republica Moldova". Anuar statistic al sistemului de sănătate din Moldova. ANSP, 2015, 2016, 2017.
10. Cercetarea opiniei privind problemele, valorile și aspirațiile tinerilor din Republica Moldova, Raport studiu sociologic, CB-AXA, 2016.
11. "Youth Well-being Policy Review of Moldova", EU-OECD Youth Inclusion Project, Paris, 2018.
12. Oprea L., Gavrilovici C., Bazele comportamentului social în sănătate, București: Pro Universitaria, 2015.
13. Sarafino E. P., Health psychology: biopsychosocial interactions, Seventh edition, 2011.
14. Cockerham W. C., Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure, în Journal of Health and Social Behavior, vol. 46, 2005, p. 51-67.
15. Cockerham W. C., The Contemporary Sociology of Health Lifestyles, In book: The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine, 2015, p.471-487.
16. Bunton R., Nettleton S., Burrows R., The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk, 1995.
17. Gagauz, O., Sarcina în vârsta adolescenței, Chisinau: INCE, 2015.
18. Anuar Statistic al Republicii Moldova, BNS, 2017.
19. Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, ANSP, 2016.
20. Incluziunea Tinerilor aflați în afara sistemului de educație, formare și ocupație profesională (tineri NEET)", INCE, 2017.
21. Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014 - 2020. http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/strategia_nationala_de_sanatate_publica_2014-2020_rom_ru_eng.pdf.
22. Programul Național privind controlul tutunului pentru anii 2017-2021. lex.justice.md/UserFiles/File/2017/mo429-433.../an.1_1015.docx
23. Educație pentru sănătate. Ministerul educației https://mecc.gov.md/sites/default/files/curriculum_educ.pt_sanatate_final_redactat_03.09.2015_v.1.pdf