

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE DESPORTO

DESPORTO, SAÚDE E ESTILOS DE VIDA...

***Diferentes olhares, objectivos e subjectivos,
sobre os comportamentos dos adolescentes***

Dissertação apresentada às provas de doutoramento
em Ciências do Desporto, nos termos do Decreto-Lei
nº 216/92 de 13 de Outubro.

Orientador: Prof. Doutor António Manuel da Fonseca

Co-Orientador: Prof.^a Doutora Isabel Balaguer

Nuno José Corte-Real Correia Alves

Porto, Abril de 2006

Ficha de Catalogação:

Corte-Real, N. (2006): *DESPORTO, SAÚDE E ESTILOS DE VIDA ... Diferentes olhares, objectivos e subjectivos, sobre os comportamentos dos adolescentes*

Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Desporto – Universidade do Porto.

ADOLESCÊNCIA

SAÚDE

ESTILOS DE VIDA

PRÁTICA DESPORTIVA

ALIMENTAÇÃO, TABACO E ÁLCOOL

Para ti, Marta...

Pela tua dedicação...

ao nosso *ninho* e às nossas *crias*.....(enquanto eu voava... voava...)

...os três *adoráveis diabinhos*... e os dois *adolescentes maiores*...

Vocês serão sempre o meu *projecto* mais bonito e importante...

Percebi durante este percurso, melhor do que nunca, a frase que um dia um amigo me disse...
“a amizade não se agradece... retribui-se... partilha-se!”

E são tantas as pessoas a quem eu tenho de agradecer, ou melhor... retribuir, o quanto me ajudaram a crescer...

Ao Professor (A.M.Fonseca) e, sobretudo, ao amigo (Tó Mané)...
porque sem ti nada disto teria acontecido... pela partilha... pelos *travões*...
(João, Ana e Inês... pelo sorriso... apesar das reuniões do candidato com o professor...)

À FADEUP... meu *porto de abrigo* nesta caminhada...
aos docentes e não docentes (com quem cruzei alguns *olhares*...)...
o meu reconhecimento e eterna gratidão pelo apoio
e pelas excelentes condições de trabalho que me proporcionaram...

Para ti, Rui... há coisas que não se dizem... sentem-se... para toda a vida...
(envolvo a Carla e a Margarida neste abraço...)

Aos Professores I. Balaguer, B. Brustad, M. Parker e T. Martinek...
pelo apoio, abertura e amizade com que partilharam o seu imenso saber...

Para o nosso grupo, antes de tudo, de amigos...
Cláudia e André, os meus *irmãos mais novos*... estiveram *lá*, sempre...
Luís e Ricardo... pelo apoio, boa disposição e companheirismo...

Aos colegas e formadores do PPES...
foi convosco que comecei a aprender a *nadar nestas águas*...

Para os, agora, Mestres... pelo que me fizeram andar para a frente...
Este trabalho também é vosso...

Uma palavra de agradecimento para os Conselhos Executivos,
professores e, claro, os alunos...

À *minha* Escola Sec. de Paredes... meu *tubo de ensaio de estimação*...
por todo o passado, pelo presente... e pelo futuro...

À Família... num ano difícil... é bom saber que não estamos sós...

Para vós, mãe e pai... A *ciência* de um... as *letras* do outro... a *arte* dos dois... fizeram de mim
muito do que sou... continuo a receber, todos os dias, a vossa energia e inspiração...

Índice Geral

Índices de Quadros	ix
Índices de Figuras	xii
Resumo	xv
<i>Abstract</i>	xvii
<i>Résumé</i>	xix
Abreviaturas.....	xx
Introdução.....	23
Capítulo 1 – Desporto, Saúde e Estilos de Vida dos adolescentes do séc. XXI.....	31
1.1 - O século XXI.....	33
1.2 - Ser adolescente no século XXI.....	35
1.3 - O conceito de Saúde no século XXI.....	39
1.4 – Comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes.....	62
1.5 – Dos comportamentos aos estilos de vida.....	86
1.6 – Da análise objectiva dos comportamentos dos adolescentes ao aprofundamento de algumas variáveis subjectivas.....	93
Capítulo 2 - Dos comportamentos isolados aos estilos de vida dos adolescentes.....	97
- Estudo 1 – Dos comportamentos isolados aos estilos de vida dos adolescentes.....	99
2.1 - Introdução.....	99
2.2 – Metodologia.....	100
2.3 - Resultados.....	114
2.4 - Discussão e conclusões.....	134
Capítulo 3 - A prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes.....	149
- Estudo 2 - A prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes	151
3.1 - Introdução.....	151
3.2 - Metodologia.....	152
3.3 - Resultados.....	154
3.4 - Discussão e conclusões.....	179

Capitulo 4 – Da percepção de Saúde aos comportamentos dos adolescentes.....	187
- Estudo 3 - Da percepção de Saúde aos comportamentos dos adolescentes	189
4.1 - Introdução.....	189
4.2 - Metodologia.....	191
4.3 – Resultados.....	192
4.4 – Discussão e conclusões.....	212
Capitulo 5 – Conclusões e sugestões.....	219
Bibliografia.....	231
<i>Post Scriptum</i>	247

Índice de Quadros

Capítulo 1.

Quadro 1.1 – Definições de Saúde em diferentes culturas.	40
Quadro 1.2. Evolução nos EUA da percentagem de crianças e jovens com excesso de peso.....	43
Quadro 1.3. Percentagem de crianças e jovens com excesso de peso (incluindo os obesos) em diferentes países.....	43
Quadro 1.4. Percentagem de adultos com excesso de peso e obesidade em diferentes países	44
Quadro 1.5. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência da actividade física dos jovens, em função o sexo e da idade	68
Quadro 1.6. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre o número de horas semanais de actividade física dos jovens, em função do sexo e da idade.....	69
Quadro 1.7. Resultados do estudo de Matos e col (2003) sobre a realização ou não de prática desportiva pelos jovens, em função do sexo e da idade.....	69
Quadro 1.8. Resultados do estudo de Balaguer e Castillo (2002b) sobre a frequência da prática desportiva dos jovens, em função do sexo e da idade.....	70
Quadro 1.9. Resultados do estudo da OMS sobre o número médio de dias e de horas em que os jovens de diferentes países praticavam actividade física, em função do sexo e da idade.....	70
Quadro 1.10. Resultados do estudo da Comissão Europeia sobre a prática de actividades físicas dos jovens em diferentes países, em função do sexo e da idade.....	71
Quadro 1.11. Resultados do relatório sobre a saúde na Europa relativos à percentagem de habitantes de diferentes países que não praticavam actividade física suficiente para manter ou melhorar a Saúde.....	72
Quadro 1.12. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência de consumo de alguns alimentos saudáveis, em função do sexo e da idade.....	74
Quadro 1.13. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência de consumo de alguns alimentos não saudáveis, em função do sexo e da idade.....	75
Quadro 1.14. Resultados do estudo da OMS sobre a frequência de consumo de alguns alimentos saudáveis e não saudáveis em vários países, em função do sexo e da idade....	76
Quadro 1.15. Resultados do estudo da OMS sobre o consumo médio de frutas e legumes em diferentes países.....	77
Quadro 1.16. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência do consumo de tabaco, em função do sexo e da idade.....	80
Quadro 1.17. Resultados do estudo da OMS (2004a) sobre a percentagem de jovens que consumiam tabaco pelo menos uma vez por semana e diariamente, em função do sexo e da idade.....	81
Quadro 1.18. Resultados do estudo da OMS (2002) sobre a percentagem de indivíduos com mais de 15 anos que consumiam tabaco habitualmente em diferentes países.....	82
Quadro 1.19. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência do consumo de bebidas alcoólicas, em função do sexo e da idade.....	83
Quadro 1.20. Resultados do estudo de Pastor e Moreno (2002) sobre a percentagem de jovens que consumiam cerveja, licores ou combinados pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e da idade.....	84
Quadro 1.21. Resultados do estudo da OMS (2004a) sobre o consumo semanal de bebidas alcoólicas e de cerveja, em diferentes países, em função do sexo e da idade.....	85
Quadro 1.22. Resultados do estudo da OMS (2004a) sobre o consumo semanal de vinho e de bebidas espirituosas em diferentes países, em função do sexo e da idade.....	85
Quadro 1.23. Resultados do estudo de Castillo e Balaguer (2002) sobre as correlações existentes entre os índices de condutas clássicas dos estilos de vida saudáveis no sexo masculino.....	90
Quadro 1.24. Resultados do estudo de Castillo e Balaguer (2002) sobre as correlações existentes entre os índices de condutas clássicas dos estilos de vida saudáveis no sexo feminino.....	91
Quadro 1.25. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a relação entre diferentes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes.....	92

Capítulo 2.	
Quadro 2.1. Ano Escolar.....	100
Quadro 2.2. Distribuição dos alunos pelas regiões onde residiam.....	101
Quadro 2.3 - Distribuição dos alunos pelas diferentes idades na amostra global e em função do sexo.....	101
Quadro 2.4. Índices de prática desportiva.....	105
Quadro 2.5. A prática desportiva e os diferentes níveis consideradas neste estudo.....	105
Quadro 2.6. Consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis. Diferentes níveis considerados neste estudo.....	107
Quadro 2.7. Índices de consumo de tabaco.....	108
Quadro 2.8. Índices de consumo de bebidas alcoólicas.....	108
Quadro 2.9. Consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. Diferentes níveis considerados neste estudo.....	109
Quadro 2.10. Distribuição dos alunos por escalões etários.....	112
Quadro 2.11 - Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva.....	115
Quadro 2.12. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva em função do sexo e da idade.....	116
Quadro 2.13. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos saudáveis.....	118
Quadro 2.14. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos não saudáveis	118
Quadro 2.15. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos saudáveis em função do sexo e da idade.....	119
Quadro 2.16. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos não saudáveis em função do sexo e da idade.....	120
Quadro 2.17. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de tabaco.....	122
Quadro 2.18. Distribuição dos alunos pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função do sexo e da idade.....	123
Quadro 2.19. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de bebidas alcoólicas.	124
Quadro 2.20. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo e da idade.....	125
Quadro 2.21. Distribuição dos alunos pelos três grupos considerados no consumo de alimentos.....	127
Quadro 2.22. Distribuição dos alunos pelos três grupos considerados no consumo de substâncias (tabaco e álcool).	128
Quadro 2.23 Os vinte e sete tipos de estilos de vida identificados.....	131
Quadro 2.24. Os vinte e sete tipos de estilos de vida identificados em função do sexo e da idade.....	133
Quadro 2.25. Indicadores de inactividade física em diferentes estudos em função do sexo e da idade.....	135
Quadro 2.26. Indicadores do consumo de alimentos em diferentes estudos em função do sexo e da idade.....	139
Quadro 2.27. Indicadores do consumo de tabaco em diferentes estudos em função do sexo e da idade.....	142
Quadro 2.28. Indicadores do consumo bebidas alcoólicas em diferentes estudos em função do sexo e da idade.....	143
Capítulo 3.	
Quadro 3.1. Tipos de prática desportiva.....	154
Quadro 3.2. Distribuição dos alunos pelos diferentes tipos de prática desportiva.....	155
Quadro 3.3. Distribuição dos alunos pelos diferentes tipos de prática desportiva em função do sexo e da idade.....	156
Quadro 3.4. A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis. Amostra global...	160
Quadro 3.5. A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	161

Quadro 3.6. A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	163
Quadro 3.7. A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis. Amostra global.....	165
Quadro 3.8. A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	166
Quadro 3.9. A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	168
Quadro 3.10. A prática desportiva e o consumo de tabaco. Amostra global.....	170
Quadro 3.11. A prática desportiva e o consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	171
Quadro 3.12. A prática desportiva e o consumo de tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	173
Quadro 3.13. A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas. Amostra global.....	175
Quadro 3.14. A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	176
Quadro 3.15. A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	178
 Capítulo 4	
Quadro 4.1. Percepção de Saúde na amostra global e em função do sexo.....	192
Quadro 4.2. Percepção de Saúde em função do sexo e da idade.....	193
Quadro 4.3. A percepção de Saúde e a prática desportiva dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	196
Quadro 4.4. A percepção de Saúde e a prática desportiva das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	198
Quadro 4.5. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	200
Quadro 4.6. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	202
Quadro 4.7. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	203
Quadro 4.8. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos não saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	205
Quadro 4.9. A percepção de Saúde e o consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	206
Quadro 4.10. A percepção de Saúde e o consumo de tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	208
Quadro 4.11. A percepção de Saúde e o consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	209
Quadro 4.12. A percepção de Saúde e o consumo de bebidas alcoólicas das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	211
Quadro 4.13. Avaliação em vários países da percepção de Saúde negativa/razoável em função do sexo e da idade.....	213

Índice de Figuras

Capítulo 2.

Figura 2.1 – Prática desportiva em função do sexo.....	115
Figura 2.2 – Prática desportiva. Sexo masculino em função da idade.....	117
Figura 2.3 – Prática desportiva. Sexo feminino em função da idade.....	117
Figura 2.4 – Consumo de alimentos saudáveis em função do sexo.....	118
Figura 2.5 – Consumo de alimentos não saudáveis em função do sexo.....	118
Figura 2.6 – Consumo de alimentos saudáveis. Sexo masculino em função da idade.....	120
Figura 2.7 – Consumo de alimentos saudáveis. Sexo feminino em função da idade.....	120
Figura 2.8 – Consumo de alimentos não saudáveis. Sexo masculino em função da idade.....	121
Figura 2.9 – Consumo de alimentos não saudáveis. Sexo feminino em função da idade.....	121
Figura 2.10 – Consumo de tabaco em função do sexo.....	122
Figura 2.11 – Consumo de tabaco. Sexo masculino em função da idade.....	123
Figura 2.12 – Consumo de tabaco. Sexo feminino em função da idade.....	123
Figura 2.13 – Consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo.....	124
Figura 2.14 – Consumo de bebidas alcoólicas. Sexo masculino em função da idade.....	126
Figura 2.15 – Consumo de bebidas alcoólicas. Sexo feminino em função da idade.....	126
Figura 2.16 – Distribuição dos alunos pelos grupos considerados no consumo de alimentos em função do sexo.....	127
Figura 2.17 – Distribuição dos alunos pelos grupos considerados no consumo de substâncias em função do sexo.....	128
Figura 2.18 – As 3 dimensões comportamentais no sexo masculino.....	129
Figura 2.19 – As 3 dimensões comportamentais no sexo feminino.....	129

Capítulo 3.

Figura 3.1 – Distribuição dos alunos pelos diferentes tipos de prática desportiva em função do sexo.....	156
Figura 3.2 – Prática Desportiva Inexistente em função do sexo e da idade.....	157
Figura 3.3 – Prática Desportiva Esporádica em função do sexo e da idade.....	157
Figura 3.4 – Prática Desportiva Reduzida – Recreação em função do sexo e da idade.....	158
Figura 3.5 – Prática Desportiva Regular – Recreação em função do sexo e da idade.....	158
Figura 3.6 – Prática Desportiva Reduzida – Competição em função do sexo e da idade.....	158
Figura 3.7 – Prática Desportiva Regular – Competição em função do sexo e da idade.....	158
Figura 3.8 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	162
Figura 3.9 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	164
Figura 3.10 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	167
Figura 3.11 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos não saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	169
Figura 3.12 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	172
Figura 3.13 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	174
Figura 3.14 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	177
Figura 3.15 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de bebidas alcoólicas das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	179

Capítulo 4.	
Figura 4.1 – Percepção de Saúde em função do sexo.....	193
Figura 4.2 – Percepção de Saúde Má/Insuficiente em função do sexo e da idade.....	194
Figura 4.3 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa em função do sexo e da idade.....	194
Figura 4.4 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e a prática desportiva dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	197
Figura 4.5 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e a prática desportiva das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	199
Figura 4.6 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	201
Figura 4.7 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	202
Figura 4.8 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	204
Figura 4.9 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de alimentos não saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	205
Figura 4.10 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	207
Figura 4.11 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	208
Figura 4.12 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.....	210
Figura 4.13 – A percepção de Saúde Boa/Muito Boa e o consumo de bebidas alcoólicas das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.....	211

Resumo

A adolescência e os seus estilos de vida, a Saúde e a prática desportiva foram os temas aprofundados nesta investigação que teve como objectivos gerais: I) Conhecer e analisar os estilos de vida dos adolescentes portugueses, percebendo a forma como os diferentes comportamentos se relacionavam entre si. II) Aprofundar o estudo da relação existente entre a prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes. III) Estudar a forma como cada adolescente percepcionava o conceito de Saúde e a relação que a avaliação subjectiva tinha com os seus comportamentos.

A amostra era constituída por 8480 adolescentes portugueses escolarizados (43% do Litoral, 46% do Interior e 11% da Ilha da Madeira), com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos tendo sido utilizada uma versão traduzida e adaptada à nossa realidade do questionário do estudo europeu *The Health Behavior Schoolchildren: A OMS cross-national survey, HBSC*, (Inventário de condutas de saúde em meio escolar), desenvolvido originalmente por Wold (1995). No nosso caso, utilizámos uma adaptação deste instrumento a partir do questionário utilizado por Balaguer (2002a).

Concluimos, em síntese, que: os rapazes praticavam desporto com maior regularidade do que as raparigas, aumentando a diferença quando a prática era enquadrada em competição; as raparigas consumiam menos alimentos não saudáveis do que os rapazes, não havendo praticamente diferenças entre os sexos no consumo de alimentos saudáveis; o consumo de tabaco era igual nos dois sexos, mas no consumo de bebidas alcoólicas eram os rapazes quem consumia mais. De uma maneira geral, os mais velhos tinham mais comportamentos de risco do que os mais novos.

Relacionando os diferentes comportamentos, observámos que apenas três em cada cem dos jovens, de ambos os sexos, tinham estilos de vida só com comportamentos protectores de Saúde: prática desportiva regular, alimentação equilibrada e inexistência de consumo de tabaco e de álcool. Por outro lado, os jovens, de ambos os sexos, que praticavam desporto com regularidade revelaram melhor consumo de alimentos saudáveis e pior consumo de alimentos não saudáveis, fumavam apenas ligeiramente menos que os que não praticavam desporto mas bebiam mais bebidas alcoólicas.

Encontrámos ainda uma associação claramente positiva entre os comportamentos protectores de Saúde, a percepção boa/muito boa que os adolescentes faziam da sua Saúde.

Não tendo sido uma evidência no nosso estudo que a prática desportiva promova outros comportamentos protectores da Saúde dos adolescentes, sugere-se um aprofundamento desta temática em futuros estudos assim como se confirma a importância e urgência de intervenção o mais precoce possível na Promoção da Saúde em meio escolar.

Palavras Chave: Adolescência, Saúde, Estilos de Vida, Prática Desportiva, Alimentação, Tabaco e Álcool

Abstract

Recognizing the need to know more about adolescents' lifestyles, health and sport participation, the general purposes of this dissertation were: i) to investigate adolescents Portuguese lifestyles, specially the relation patterns existing between the different health related behaviours; ii) to investigate the relationship between adolescents' sport participation and their health related behaviours; iii) to investigate adolescent's health perception and its relationship with their health related behaviours.

Participated in this study 8480 Portuguese adolescents (43% living on the Portuguese Coast, 46% on Interior and 11% on Madeira Island), aged between 12 and 20 years, who filled out a translated and adapted version of The Health Behaviour Schoolchildren, originally developed in behalf of the cross-national OMS survey carried in Europe (Wold (1995).

Data analysis showed that boys participated in sport more regularly than girls, especially in competitive sport. About food habits, we've found that girls consumed less unhealthy food than boys; however, there was no difference between them on healthy food consumption. About tobacco and alcohol consumption, there was no significant difference between boys and girls on tobacco consumption; however, boys drank significantly more than girls. When we've analysed adolescent's behaviours considering their age, we've found that older adolescents had more healthy risk behaviours than younger.

The cross analysis of adolescent's health related behaviours showed that only 3% of them had full healthy behaviours: regular sport practice; balanced food habits (i.e., high consumption of healthy food and low consumption of unhealthy food) and no tobacco and alcohol consumption.

The analysis of adolescent's health related behaviours considering their sport involvement showed that adolescents who participated regularly in sport consumed more healthy food but also unhealthy food, smoked slightly less but drank more alcohol than their peers who don't participated in sport.

Finally, we've found a clearly positive association between the adolescent's health perception and their healthy protective behaviours.

Considering the fact that our data didn't provided a clearly evidence supporting the usual assumption that sport involvement promotes other healthy related behaviours, we suggest the need to investigate more deeply that relationship. Moreover, we strongly believe that our data emphasizes the importance of the intervention orientated to health promotion of schoolchildren.

Key Words: Adolescence, Health, lifestyles, Sport Participation, Food Habits, Tobacco and Alcohol Consumption.

Résumé

L'adolescence et leurs modèles de la vie, la Santé et la pratique sportive ont été les sujets approfondis dans cette recherche qui a eu pour objets généraux: I) Connaître et analyser les modèles de la vie des adolescents portugais, comprendre la forme comme différents comportements s'ils se reliaient. II) Approfondir l'étude de la relation existante entre la pratique sportive et les comportements s'est relié avec la santé des adolescents III) Etudier la forme car chaque adolescent a perçu le concept de la santé et de l'influence que l'évaluation subjective a eu dans ses comportements.

L'échantillon a été constitué de 8480 étudiants portugais d'adolescents (43% de la côte, 46% de l'intérieur et 11% de l'île de la Madeira) et les âges étant compris entre les 12 et 20 années. Nous avons appliqué une version traduite et appropriée à notre réalité du questionnaire utilisé dans l'étude européenne les écoliers de comportement de santé : L'OMS transnationale examinant, HBSC, développé à l'origine pour Wold (1995). Dans le nôtre au cas, nous avons employé une adaptation de cet instrument du questionnaire utilisé pour Balaguer (2002a).

Nous avons conclu: les garçons ont pratiqué le sport avec une plus grande régularité de cela des filles, agrandi la différence quand la pratique a été adaptée en compétition; les filles ont consommé peu les nourritures non salubres de cela les garçons, ne pas avoir pratiquement des différences entre les sexes dans la consommation salubre de nourriture; la consommation de tabac était égale dans les deux sexes, mais dans la consommation de boisson alcoolique ils étaient les garçons qui ont consommé plus. D'une manière générale, le plus vieux ils ont eu plus de comportements de risque de cela nouveau. Relation des différents comportements, nous avons observé que seulement trois dans chacun cent des jeunes, les deux sexes, ils ont eu des modèles seule de la vie avec des protecteurs de comportements de santé: pratique régulière sportive, alimentation équilibrée et inexistence équilibrés de consommation d'alcool et de tabac. D'autre part, les jeunes filles et garçons, qu'ils ont pratiqué le sport avec la régularité avait révélé mieux consommation salubre de nourriture et à la plus mauvaise consommation non salubre de nourriture, ils ont seulement fumé légèrement moins que ceux qui n'ont pas pratiqué le sport mais ils ont bu la boisson alcoolique davantage.

Nous trouvons toujours une association clairement positive entre les comportements de la santé, la bonne perception bon/très bon que les adolescents ont fait de sa santé et du fait pour évaluer le comportement dans le détriment de la chance comme facteur important pour avoir une bonne santé.

Après avoir été une évidence dans notre étude que la pratique sportive ne favorise pas d'autres comportements protecteurs de la santé des adolescents, approfondir de celui-ci thématique dans de futures études est suggéré comme s'il confirme l'importance et l'urgence de l'intervention précoce possible dans la promotion de la santé dans l'école.

Mots-clés : Adolescence, Santé, Modèles de la vie, Pratique sportive, Alimentation, Tabac et Alcool

Abreviaturas

BTT – Bicicleta Todo-o-Terreno

CCPES – Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde

CDC – *Center for Disease Control and Prevention*

ESPAD – *European School Survey on Alcohol and other Drugs*

EUA – Estados Unidos da América

FADEUP – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

g.l. – Graus de liberdade

HBSC – *Health Behaviour School Children*

IASO – *International Association for the Study of Obesity*

IDP – Instituto de Desporto de Portugal

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDInex – Prática Desportiva Inexistente

PDEsp – Prática Desportiva Esporádica

PDRed-R – Prática Desportiva Reduzida – Recreação

PDRed-C – Prática Desportiva Reduzida – Competição

PDReg-R – Prática Desportiva Regular – Recreação

PDReg-C – Prática Desportiva Regular – Competição

PPES – Programa de Promoção e Educação para a Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

Introdução

O século XXI, como ponte de partida para diferentes olhares sobre a Adolescência e os seus Estilos de Vida... a Saúde... e o Desporto...

Pontes de partida...

Tendo o século XXI como ponto de partida, a Adolescência, a Saúde, os Estilos de Vida e o Desporto, foram as temáticas que escolhemos como áreas fundamentais de interesse para a realização da nossa dissertação. Por serem tão abrangentes, ao ponto de, por si só, cada uma poder constituir-se como tema central de qualquer investigação, considerámos importante começar por procurar explicar as razões desta escolha, bem como o que definimos como principal alvo do nosso interesse em cada um destes domínios e as relações existentes entre eles.

Assim, são várias as *pontes de partida* que levam à escolha do problema de qualquer dissertação de doutoramento. Em primeiro lugar, a vida do candidato ao doutoramento até à hora das grandes decisões tem, certamente, uma grande influência. Todavia, para que a decisão seja devidamente fundamentada, não chegam as motivações e interesses pessoais e, por isso, o *estado da arte* na temática escolhida é também importante (Tuckman, 1994).

Sobre as pontes pessoais... ao longo do nosso percurso profissional, tivemos a oportunidade de integrar durante cinco anos uma equipa nacional que estudou e acompanhou variadíssimos projectos promotores de Saúde em muitas escolas deste país. Projectos que tinham várias temáticas, desde a prevenção específica de determinados problemas (consumo de tabaco, álcool e outras drogas, sida, alimentação desajustada,...) até uma intervenção mais generalista, promotora de estilos de vida saudáveis. Esta riquíssima experiência mudou a nossa forma de ver tanto a Escola, como os diferentes agentes envolvidos nas Escolas e nas Comunidades. Permitiu-nos ainda desenvolver vários projectos de intervenção, em diferentes domínios, e perceber melhor, através dos erros e dos sucessos, tudo o que envolve a metodologia de projecto nestas tão abrangentes temáticas.

(...)a saúde apresenta-se como pedra angular de uma filosofia de vida, de relevância e actualidades indiscutíveis. E, nesta filosofia da vida cabe, por direito próprio, o desporto.

Bento (2002)

Sobre as *pontes do estado da arte*...

A par de todo o interesse pessoal por estas temáticas, todos os dias somos confrontados com dados novos que nos dizem o quanto é preciso trabalhar nas temáticas que foram objecto de aprofundamento neste trabalho (Arnett, 2006; Johnson, 2003). Sabemos a influência do comportamento num grande número de doenças, responsáveis nos nossos dias por incapacidades de várias ordens, por um grande número de mortes e por custos económicos, que atingem uma tão grande dimensão que se torna difícil quantificar com precisão (ver, por exemplo, Auneau e Dafflon-Arvanitou, 2002; Matarazzo, 2002; Ministério da Saúde, 2004b; OMS, 2002).

Não seria, por isso, difícil encontrar justificações para este trabalho; ainda assim, podemos acrescentar que por serem poucos os que se têm dedicado a estas temáticas, por ser ainda uma área que podemos considerar recente, por os estudos envolverem custos elevados e por se tratar de temáticas de difícil avaliação, até por estarem em constante mudança, é com dificuldade que se determina com rigor o *estado desta arte* em Portugal, objectivo este fundamental para uma posterior definição e implementação de políticas adequadas e eficazes neste domínio.

Conforme referimos anteriormente, foram quatro os grandes domínios e âncoras deste trabalho:

- **O século XXI**... foi a ponte de partida para melhor percebermos o que se passa no mundo de hoje após este começo de século e de milénio. É importante percebermos bem alguns dos contornos da vida dos tempos actuais os quais, como sabemos e sentimos todos os dias, estão a transformar a nossa forma de ser, de estar e de agir (ver ponto 1.1 do Capítulo 1). E se para nós, adultos, não tem sido fácil lidar com tanta mudança em tão pouco tempo, que

dizer dos adolescentes, todos eles em mudança, dado que não é novo, com tudo a mudar tanto à sua volta, dado, esse sim, novo e que interessa estudar?

- Ser adolescente no século XXI... Assim, chegámos ao segundo tema central desta dissertação. Porquê centrar este trabalho na adolescência? Diríamos que, também aqui, há duas ordens de razões: uma pessoal, uma vez que toda a nossa vida profissional tem sido desenvolvida junto dos adolescentes sendo, por isso, uma fase da vida das pessoas que, embora conheçamos, pretendemos conhecer ainda melhor. A outra razão tem a ver com o facto de sabermos o quanto são importantes as decisões que tomamos na adolescência e também porque sabemos que é muitas vezes nesta fase que os nossos comportamentos se alteram de forma radical e que, com os ganhos em autonomia e desprendimento dos pais, também se ganham, muitas vezes para toda a vida, alguns dos hábitos que tantas consequências têm no futuro (ver ponto 1.2 do Capítulo 1).

É, por isso, importante conhecer a face visível dos comportamentos dos adolescentes, que conferem a cada um deles um determinado estilo de vida, assim como é também vital que se dêem passos para se conhecer o outro lado: a face que não se vê mas está lá, como um *iceberg*, que sustenta e explica o que se vê.

- A Saúde e os Estilos de Vida no século XXI... A Saúde, por ser um conceito tão importante para as nossas vidas, mas também tão *maltratado*, atravessa toda esta dissertação (ver ponto 1.3 do Capítulo 1).

Pensando na face visível a que nos referíamos atrás, queríamos conhecer melhor como eram alguns dos comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes. Sendo uma temática tão abrangente, tivemos naturalmente que fazer opções e priorizar os caminhos que queríamos percorrer. De todos os comportamentos relacionados com a Saúde que poderíamos estudar, optámos pelos clássicos, aqueles que têm sido mais estudados: porque são os mais comuns, porque são os mais visíveis, mais

cultivados e aceites na nossa sociedade e porque está demonstrado que actualmente são os principais causadores de perdas enormes a todos os níveis: das incapacidades de vária ordem, aos custos económicos, terminando com o número assustador de mortes.

Deste modo, entendemos ser pertinente contribuir com a nossa dissertação, para o aprofundamento do conhecimento sobre os seguintes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes: a prática desportiva; o consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis; o consumo de tabaco; o consumo de bebidas alcoólicas (ver ponto 1.4 do Capítulo 1).

Numa primeira fase, era importante analisar de forma isolada estes comportamentos relacionados com a Saúde, para melhor os entendermos e percebermos como cada adolescente se relacionava com eles. Entendemos, no entanto, que era também fundamental perceber como é que estes comportamentos se relacionavam entre si para, a partir daí, tentarmos para além da sua caracterização isolada, proceder à identificação dos estilos de vida que são adoptados pelos adolescentes de ambos os sexos, nas diferentes idades (ver ponto 1.5 do Capítulo 1).

Adicionalmente, para além do estudo da face visível dos comportamentos dos adolescentes, considerámos ser também importante estudar a face *que não se vê mas está lá*, aprofundando e reflectindo sobre as *raízes* do conceito de Saúde, a forma como cada um se relaciona com ele, o percebe e depois o protege ou coloca em risco (ver ponto 1.6 do Capítulo 1).

- O Desporto no século XXI... Todo o caminho que percorremos no desenvolvimento desta dissertação e que referimos anteriormente, teve como pano de fundo e denominador comum e central de todo este processo, tudo o que envolve a prática desportiva dos adolescentes. Também aqui por várias ordens de razões: o interesse pessoal (uma vez que aí se situa a nossa formação de base); o interesse institucional (esta dissertação decorre numa faculdade de desporto); e o facto de ser um tema actual atendendo a que o sedentarismo está aí... a obesidade também. Por fim, podemos ainda referir

uma percepção, que temos podido confirmar e consolidar com o tempo: temos de investir seriamente numa vertente do desporto enquanto promotor de estilos de vida saudáveis que, apesar de não ser nova, está ainda pouco consolidada e, sobretudo, pouco ensinada e praticada. Basta olharmos para o currículo da formação inicial de qualquer Instituição de Ensino Superior de Educação Física e Desporto para percebermos melhor a dimensão deste atraso.

Sendo estas as temáticas que pretendíamos desenvolver nesta dissertação, formulámos três objectivos gerais...

- Conhecer e analisar os estilos de vida dos adolescentes portugueses, percebendo a forma como os seus diferentes comportamentos se relacionam entre si.
- Aprofundar o estudo da relação existente entre a prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes.
- Estudar a forma como cada adolescente percebe o seu estado de Saúde e a relação existente entre essa avaliação subjectiva e os seus comportamentos.

Como já referimos anteriormente, numa primeira fase, pretendíamos *fazer um retrato* do que era visível. Ou seja, em primeiro lugar, entendemos ser importante fazer um diagnóstico da realidade e, assim, foram estas as questões que deram início à nossa investigação...

1 – Analisados isoladamente será possível fazer um diagnóstico rigoroso e quantificar os seguintes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes: prática desportiva; consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis; consumo de tabaco; consumo de álcool? Haverá diferenças entre os sexos e a idade? (ver estudo 1)

2 – E relacionando entre si os diferentes comportamentos, será possível identificar diferentes tipos de estilos de vida nos adolescentes? Haverá diferenças em função do sexo e da idade? (ver estudo 1)

Percebendo melhor como eram os estilos de vida dos adolescentes interessava-nos depois relacionar a prática desportiva com esses mesmos estilos de vida. Mas, antes dessa análise, interessava aprofundar um pouco mais o tipo de prática desportiva de que estávamos a falar.

2 – Em que contextos se verificará a prática desportiva dos adolescentes? Que diferenças haverá entre os sexos e a idade relativamente ao tipo de prática desportiva? (ver estudo 2)

De seguida, fomos então relacionar a prática desportiva com os estilos de vida dos adolescentes...

3 - Que relação existirá entre o tipo de prática desportiva dos adolescentes e os outros comportamentos relacionados com a Saúde? Que diferenças haverá entre os sexos e a idade nessa relação? (ver estudo 2)

Depois de analisarmos as relações existentes entre a prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, interessava-nos lançar um outro olhar sobre esta temática procurando assim entrar no lado subjectivo do conceito de Saúde...

4 – Que percepção sobre a sua Saúde têm os adolescentes? Que relação existirá entre essa percepção e os comportamentos dos jovens? Haverá diferenças entre os sexos e a idade? (ver estudo 3)

Estruturadas as perguntas de partida, passamos de seguida ao desenvolvimento de cada uma das temáticas atrás referidas como centrais de todo este trabalho...

Capitulo 1
Desporto, Saúde e Estilos de Vida dos adolescentes do séc. XXI...

1.1 - O século XXI...

É cíclico e tem acompanhado a evolução da humanidade. As mudanças de século e, neste caso, de milénio, são períodos especiais e diferentes. Nestas alturas, mais do que noutras, fazem-se balanços e grandes reflexões sobre o passado, tentando perspectivar o futuro. Nestas alturas, mais do que noutras, tenta-se perceber melhor o presente para assim se poder encarar com mais confiança o futuro. Acrescente-se neste caso, relativamente a outras mudanças de século, as particularidades do século XX: o ser humano evoluiu a uma velocidade sem precedentes, o conhecimento global cresceu a um ritmo alucinante e a evolução tecnológica todos os dias dá-nos novos instrumentos (Castels, 2003; Maceres e col, 2003).

Assim, a uma nova descoberta sucede-se outra, a uma nova notícia, divulgada na hora para todo o mundo, sucede outra e o ser humano quase sem tempo para se apropriar do que é novo, que logo logo vira velho...

E o que tem sucedido ao ser humano? Como temos reagido a tanta mudança? Como temos apreendido as novas regras?

Ser adolescente... ser pai ou mãe... ser professor... no século XXI será então tão diferente do que foi ser isso tudo no século XX que ainda agora terminou? Naturalmente que sim. Terá de ser forçosamente diferente, apesar de não ser fácil a assimilação da mudança. E não é apenas a mudança, só por si, que dificulta o avanço, é também o *eterno* confronto entre gerações...

Nas Famílias, entre os pais e os filhos, nas Escolas, entre os professores e os alunos, nos Clubes, entre os treinadores e os atletas, a diferença de idades e de gerações, traduz-se, como é natural, num olhar diferente sobre a realidade que nos rodeia, numa percepção diferente sobre a necessidade de mudar e ainda numa forma diversa de reagir, a cada momento, ao que é novo.

Vivemos numa altura em que depois da evolução e globalização a todos os níveis dos meios de transporte, que nos levam cada vez mais rapidamente de um lado para o outro, surgiu a massificação dos telemóveis, que levam, também muito rapidamente, as nossas palavras para todo o lado a qualquer

momento. Apareceram, entretanto, os computadores pessoais e a revolução nos hábitos e costumes do ser humano deu-se por completo (Spender, 2001). Já não é só o automóvel, o comboio e o avião para nos fazerem deslocar com rapidez; já não é só o *telefone sem fios* que nos permite ter sempre ao nosso lado as palavras dos outros; temos agora um maravilhoso instrumento que nos põe a falar e a ver todo o mundo ao ritmo de um simples *clique*.

E assim se globaliza, ao segundo, a informação, o conhecimento, as verdades e as mentiras...

E assim se inunda o mundo todos os dias com mil e uma novidades impossíveis de entender e aprofundar em tão curto espaço de tempo...

Foi, então, neste ritmo frenético que entrámos neste século onde todos sentimos que muito está a mudar mas muito mais irá mudar ainda...

Claro que a evolução tecnológica que esta era digital nos trouxe tem efeitos benéficos para a Humanidade. Claro que na base das descobertas e da evolução está um sentido e um desejo de mudança, de prazer pela descoberta, de aumento da qualidade de vida das pessoas...

A questão que se coloca, nos dias de hoje, é como temos nós assimilado as características diferentes deste *novo* mundo onde vivemos? Como é que nos comportamos? Que estilos de vida temos? Como é que entendemos os diferentes conceitos que fazem parte da nossa *nova* vida?

Como é fácil de perceber, este era um caminho complexo e de difícil saída, dada a enorme quantidade de respostas que poderemos encontrar para responder às questões que colocámos. Trouxemos para aqui estas palavras porque este era o *caos* em que nos encontrávamos no início deste trabalho. E este foi o ponto de partida por onde tudo começou e foi também a ponte que nos permitiu dar um salto por cima deste tumultuoso rio e encontrar uma outra margem mais calma e segura onde pudemos encontrar um caminho...

Deste modo, depois de situarmos o nosso estudo numa época tão especial e diferente como é o século XXI, interessava aprofundar as temáticas fundamentais deste estudo: a Adolescência; a Saúde; os Estilos de Vida e os respectivos comportamentos (a prática desportiva, o consumo de alimentos, de tabaco e de bebidas alcoólicas).

1.2 - Ser adolescente no século XXI...

A Primavera da vida é bonita de viver
tão depressa o Sol brilha como a seguir está a chover
Para mim hoje é Janeiro e está um frio de rachar
parece que o mundo inteiro se uniu para me tramar

Carlos Tê e Rui Veloso

A adolescência é a *primavera da vida*, como Carlos Tê tão bem escreveu e Rui Veloso musicou numa das canções (“Não há estrelas no céu”) que melhor retrata esta fase da vida humana tão especial e importante...

Especial por que é diferente, com tudo a mudar e os momentos a serem todos vividos de uma forma muito intensa (Weichold e Silbereisen, 2005).

Importante, porque sabemos que é nesta fase que se alicerça muito do futuro de cada um de nós, talvez por ser uma fase intermédia de passagem da infância até ao ser adulto (Hamburg e col., 1993).

Mas será a adolescência uma invenção social? Sprinthall e Collins, (2003), suscitam-nos esta interrogação sobre a adolescência, ao colocarem esta questão nos seguintes termos: “será a adolescência um estádio real do desenvolvimento humano, ou representará um conjunto de respostas situacionais dadas pelos indivíduos numa fase de transição para a vida adulta, numa dada sociedade ou cultura?”

Se olharmos para trás no tempo, facilmente percebemos que ainda antes da adolescência ser reconhecida, a infância parecia não existir durante muitos séculos. Sabemos ser verdade que durante muito tempo era comum ver crianças com 6 anos a trabalhar com os adultos, assim como vê-las na guerra. Só depois de ser reconhecida a infância como uma fase que não podia ser uma imitação em miniatura da fase adulta, é que começaram a aparecer leis que protegiam a criança e que a colocavam no local onde devia estar: com a família e na escola, não nas fábricas, muito menos nos campos de batalha (Ochaíta e Espinosa, 2004). Assim, foi um longo percurso que a humanidade percorreu até reconhecer, primeiro a infância (há cerca de 150 anos) e, mais recentemente, a adolescência (Sprinthall e Collins, 2003).

Desta forma, passou-se então, sobretudo a partir da última metade do séc. XX e nas nações mais industrializadas, a reconhecer a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano, fase essa que passou então a concentrar uma especial atenção. Sabe-se, no entanto, que ainda existem culturas e sub-culturas onde a adolescência não é considerada sendo, por isso, este um processo longo e com ritmos diferentes (Crockett, 1997; Perinat, 2003).

Weiner (1995) dedicou um capítulo do seu livro “Perturbações Psicológicas na adolescência” a reflexões de diferentes autores que nos indicam precisamente o quanto esta fase tem, por um lado, sido objecto das mais contraditórias análises através dos tempos (Lightfoot, 1997) e, por outro lado, despertado tanta atenção junto de diferentes autores que lhe têm dedicado as suas investigações.

Assim, é referida por Hall (in Weiner, 1995, p. 3) a *turbulência* própria de uma fase de transição onde tudo muda: “Com o despertar da adolescência quebra-se a velha unidade e harmonia com a natureza; a criança é expulsa do seu paraíso e tem de iniciar uma longa e penosa caminhada de ascensão (...)”

Para além da instabilidade, são ainda referidas outras características dos jovens adolescentes, salientando Freud (in Weiner, 1995, p. 4) o egoísmo e o egocentrismo, quando refere: “Considerando-se o centro do universo e

único objecto de interesse, os adolescentes são demasiado egoístas, no entanto, em nenhum outro momento da sua vida ulterior serão capazes de tanto sacrifício pessoal e dedicação.(...)”

E do egoísmo e da instabilidade surgem muitas vezes outras características tais como a solidão que, quando demasiado acentuadas, arrastam consigo vários problemas, conforme salientou Blos (in Weiner, 1995, p. 5) ao sublinhar que “a individualização adolescente é acompanhada de sentimentos de isolamento, solidão e confusão(...)”

No meio da turbulência e da confusão, que muitos autores referem como potencialmente problemáticas, outros, como Erikson (1980, 1994), falam de processos de formação de identidade, com períodos de crise numa evolução normal de alguém que está a transitar de uma fase em que é criança para outra em que terá de ser um adulto com novos papéis e responsabilidades, destacando que...

isto exige que os jovens passem vários anos a construir pontes entre os papéis e competências que cultivaram em crianças e os papéis e responsabilidades que terão como adultos.(...) a adolescência não é calamidade mas uma crise normativa, isto é, uma fase normal de conflito exacerbado caracterizada por uma aparente flutuação da força do ego (Erikson in Weiner, 1995, p. 5).

Nesta linha, é interessante retermos uma ideia de Winnicott (in Weiner, 1995, p. 9) que defende precisamente a normalidade desta fase de transição: “A cura para a adolescência pertence ao tempo e ao processo de amadurecimento gradual”.

No entanto, mesmo aceitando a ideia de que se trata de um processo normal de transição, que deverá ser encarado sem exagerados cuidados nem acentuação das características diferentes do habitual que aparecem em grande parte dos jovens, neste período algo muda nas relações intra e inter-pessoais dos adolescentes, tal como Weiner (1995, p. 8) salienta no livro já referido: “Um grau moderado de rebelião contra os pais constitui um aspecto da individualização do desenvolvimento do adolescente que parece ter caracterizado a adolescência normativa através da história escrita.”

Assim, é com naturalidade que devemos aceitar os conflitos intergeracionais que, naturalmente, surgem nesta fase e que, aliás, têm sido sucessivamente salientados através dos tempos por diversos autores, como por exemplo Hall (in Weiner, 1995, p. 7):

A vida moderna é dura e, em muitos aspectos, mais ainda para a juventude. A casa, a escola, a igreja não conseguem compreender a sua natureza e necessidades e, talvez principalmente, os seus perigos... o crescimento da vida urbana com as suas tentações, prematuridades... emancipações precoces e um reduzido sentido do dever e disciplina... a louca corrida para o enriquecimento rápido.

Estas ideias de G. Stanley Hall, o primeiro e mais importante investigador a estudar a adolescência, considerando-a como um estágio especial do desenvolvimento humano (Sprinthall e Collins, 2003) foram escritas em 1904. Note-se como, passados 100 anos, são actuais e retratam com fidelidade o que hoje se pensa sobre os adolescentes e a sua relação com o mundo à sua volta.

Em síntese, podemos referir que estamos perante uma etapa da vida humana com contornos diferentes de qualquer outra etapa em que, a par de todas as transformações e instabilidades do foro psicológico, acontecem um conjunto enorme de transformações biológicas (Rodríguez-Tomé, 2003). O chamado surto de crescimento que surge nesta fase, que sabemos ser mais precoce nas raparigas do que nos rapazes, “é um sinal da pubescência, que constitui um período de transformações físicas que conduzem à maturidade reprodutiva, a puberdade” (Sprinthall e Collins, 2003, p.45). Tudo muda, e muito depressa, nesta fase; crescemos mais rapidamente que noutro período qualquer da nossa vida, o corpo, todo ele, se transforma, ganhamos novas capacidades físicas e, vital em todo este processo, atingimos a capacidade de reprodução sexual.

Não é portanto de estranhar a instabilidade e confusão que surge numa boa parte dos adolescentes (Loeber e col., 1998). Como já referimos, as mudanças biológicas associadas a todas as questões psicossociais, fazem deste período das nossas vidas uma fase vital do nosso desenvolvimento e da

nossa passagem para a vida adulta sendo, por isso, importante estudar e aprofundar conhecimentos de forma continuada, mesmo que saibamos que as mudanças se processam a um tal ritmo que dificilmente a investigação consegue acompanhar (Jessor, Donovan e Costa, 1991).

Podemos ainda acrescentar que, por estar também o mundo numa fase impar de transformações ao mais variado nível, todos os que se dedicam ao estudo da adolescência são poucos para manter actualizados os conhecimentos que temos.

Depois de nos situarmos no tempo (isto é, o século XXI), e no espaço (neste caso a adolescência como a fase que iríamos estudar nesta dissertação), era importante aprofundar o tema central e orientador do nosso trabalho: o conceito de Saúde e alguns dos comportamentos mais importantes que caracterizam e determinam os estilos de vida...

1.3 - O conceito de Saúde no século XXI...

Para melhor tentarmos entender o que se passa nos dias de hoje com tudo o que se refere aos problemas que afectam a Saúde e à forma como cada um se relaciona com a sua Saúde, temos de olhar um pouco para trás. E a história, nesta temática como em tantas outras, é sábia pois fala-nos das razões e indica-nos caminhos (Porter, 2001).

Assim, podemos referir que estamos perante um conceito que, dada a sua importância, é referido e estudado desde os primórdios da humanidade, sendo objecto das mais diferentes interpretações, como salientaram, entre outros Brannon e Feist (2001).

Este conceito, assumindo sempre uma grande importância, tem sido explicado e entendido de diferentes maneiras pelo Homem nos vários estádios da sua evolução: em determinadas épocas, tentando encontrar razões externas a si que explicassem o fenómeno Saúde-Doença (responsabilizando-

se os Deuses ou os espíritos maus...), para noutras alturas se procurarem outras causas (como a natureza ou os micróbios) que ajudassem a compreender um conceito que ainda hoje é entendido de muitas maneiras diferentes (ver Quadro 1.1).

Quadro 1.1 – Definições de Saúde em diferentes culturas (adaptado de Brannon e Feist, 2001)

Cultura	Período temporal	a Saúde...
Pré-história	10.000 a.C.	...é posta em perigo por espíritos procedentes do exterior que se introduzem no nosso corpo
Babilónios e Assírios	1800-700 a.C.	...é posta em perigo por todos os Deuses que enviam enfermidades como castigo
Antigos hebreus	1000-300 a.C.	...é uma bênção de Deus, se bem que a doença é um castigo divino
Antigos gregos	500 a.C.	...é uma unidade holística de corpo e espírito
Antiga China	1100-200 a.C.	...é um equilíbrio entre as forças da natureza
Galeno na Antiga Roma	130-200 d.C.	...é a ausência de elementos patogénicos, como pode ser o ar em mau estado ou os fluidos corporais adulterados que causam enfermidades
Primeiros cristãos	300-600 d. C.	...não é tão importante com a enfermidade, que constitui um sinal de que o indivíduo foi escolhido por Deus
Descartes em França	1596-1650	...é uma condição do corpo mecânico, que está separado da mente
Vichow na Alemanha	Finais do séc. XIX	...é posta em perigo por organismos microscópicos que invadem as células, produzindo doenças
Freud em Viena	Finais do séc. XIX	...é influenciada pelas emoções e pela mente
OMS	1946	...“é um estado de completo bem-estar, físico, mental e social.”

Olhando um pouco para trás... “das doenças infecciosas à epidemia comportamental”...

Situando-nos numa época que sendo determinante para o mundo também o foi para a Saúde, podemos referir que nos finais do séc. XVIII, no início da Revolução Industrial, deu-se aquilo que ficou conhecido como a Primeira Revolução da Saúde. As grandes migrações do mundo rural para as cidades, aliadas às más condições de vida (por exemplo, inexistência de

condições higiénicas e hábitos alimentares desadequados) originaram doenças que dificilmente tinham cura (Quesada, 2004). Surgiram epidemias, morreram muitas pessoas.

Foi nesta altura que apareceram grandes medidas de Saúde Pública (Grande, 1991; Ribeiro, 1998), que na época foram ganhando eficácia tanto na prevenção das doenças (sistemas de esgotos, distribuição de água potável, vacinas, ...) como na cura (antibióticos).

No séc. XX, na década de 70, dá-se a Segunda Revolução da Saúde, passando o foco da atenção a ser a Saúde e não a doença (OMS, 1993). Controlou-se grande parte das doenças infecciosas mas surgiu uma nova “epidemia”, desta vez não infecciosa mas sim comportamental, conforme é referido, por exemplo, num relatório intitulado de “New perspective on the Health of Canadians”:

enquanto se faziam progressos nos cuidados de saúde... contra-forças nefastas trabalhavam para destruir esse progresso – a poluição ambiental, vida citadina, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e outras drogas, hábitos alimentares desadequados... colocavam o prazer dos sentidos acima das necessidades do corpo humano (Lalonde, 1974).

Antonovsky (in Navarro, 1999, p. 20) usa uma interessante metáfora para nos falar da relação que podemos ter com as questões da Saúde e da Doença. Segundo este autor, se olhamos para as perigosidades de um rio, estamos a ter aquilo que ele chama de orientação patogénica, enquanto que se olharmos para a nossa capacidade de nadadores estaremos a ter uma visão salutogénica: “Estamos num rio que corre, num perigoso rio da vida e não na sua margem; interessa saber quanto perigoso é o rio e qual a nossa capacidade como nadadores”.

as perigosidades do rio...

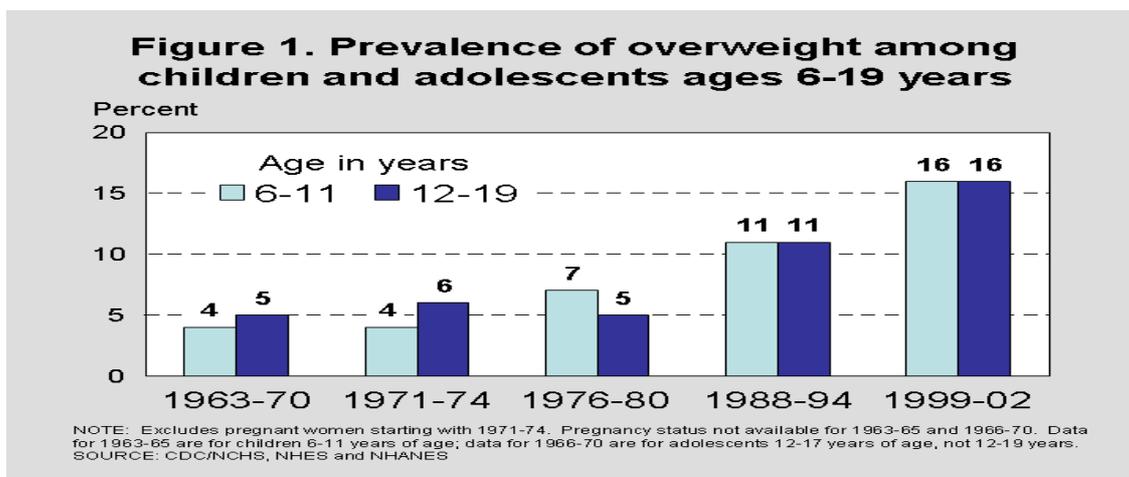
A *tal* epidemia comportamental, a que nos referíamos atrás, tem como consequências inúmeras doenças causadas por aquilo que podemos chamar de comportamentos de risco. Tabagismo, consumo de álcool, alimentação desequilibrada, obesidade, sedentarismo, entre outros, são factores de risco... (Steptoe e Wardle, 2004; OMS, 002).

Assim, centremo-nos, numa primeira análise, na obesidade que é actualmente considerado como um dos mais graves problemas de Saúde Pública, sendo mesmo chamada a epidemia global do século XXI, tal a dimensão e gravidade da situação (Carmo, 2001).

Nos EUA, segundo os dados de um estudo efectuado entre 1999 e 2002, denominado *National Health and Nutrition Examination Survey* (CDC – 2005) a prevalência de crianças e adolescentes (entre os 6 e os 19 anos) com excesso de peso era de cerca de 16%. Esta situação, por si só, já era grave mas se verificarmos que estes valores têm aumentado de ano para ano percebemos melhor a dimensão do problema (ver Quadro 1.2). Como podemos observar no Quadro que se segue, retirado do estudo acima referido, podemos verificar o quanto têm aumentado nos últimos anos as percentagens de jovens americanos com excesso de peso. Em quarenta anos passou dos 4 a 5% para os 16% de crianças e adolescentes com excesso de peso (aproximadamente 9 milhões de indivíduos).

Por outro lado, estimava-se que nos Estados Unidos a percentagem de adultos com excesso de peso ou obesos fosse de 65% (CDC – 2004).

Quadro 1.2. Evolução nos EUA da percentagem de crianças e jovens com excesso de peso (CDC, 2005)



Ao consultarmos os estudos sobre esta temática, somos confrontados com diferentes números, uma vez que se verifica uma elevada variabilidade ao nível dos escalões etários estudados, assim como da data da recolha dos dados. Porém, se esta situação dificulta a realização de uma comparação rigorosa de dados entre os diferentes países permite, apesar disso, perceber a existência de algumas tendências.

Assim, se consultarmos o Quadro 1.3, que apresenta dados da Associação Internacional para Estudo da Obesidade (IASO, 2005), percebemos um pouco melhor a dimensão do problema nos diferentes países (com Portugal na “primeira linha”).

Quadro 1.3. Percentagem de crianças e jovens com excesso de peso (incluindo os obesos) em diferentes países (adaptado de IASO, 2005)

PAÍSES	DATA	IDADES	RAPAZES (%)	RAPARIGAS (%)
PORTUGAL	2002/2003	7 - 9	30	34
ESPAÑA	1998/2000	5 - 16	31	19
EUA	1988/1994	5 - 17	27	28
MÉDIA NA EUROPA	1993/2003	5 - 17	21	20

Por outro lado, como já tínhamos verificado a partir da consulta aos estudos realizados nos EUA, o problema na população adulta atinge

proporções ainda mais alarmantes um pouco todo o mundo, conforme podemos verificar a partir da consulta do Quadro 1.4.

Quadro 1.4. Percentagem de adultos com excesso de peso e obesidade em diferentes países (adaptado de IASO, 2005)

PAÍSES	DATA	IDADES	HOMENS		MULHERES	
			IMC 25-29.9	IMC + 30	IMC 25-29.9	IMC + 30
PORTUGAL	2003/2005	18 - 64	44	15	32	15
ESPAÑA	1990/2000	25 - 60	45	13	32	16
EUA	1999/2000	20 - 74	39	28	28	34

As percentagens são muito diferentes de país para país, tanto pelas razões já apontadas como ainda pelo facto das metodologias e o número de indivíduos inquiridos nos diferentes estudos variarem muito. De qualquer modo, podemos observar de forma consistente nos dois sexos percentagens muito elevadas de adultos com excesso de peso (IMC entre 25 e 29.9) e obesos (IMC superior a 30).

Ainda relativamente aos dados publicados pela Associação Internacional para Estudo da Obesidade (IASO, 2005), fizemos uma contagem do número de países em que a prevalência de adultos do sexo masculino com excesso de peso e obesos seria superior à prevalência de adultos do sexo feminino e encontramos um dado interessante: relativamente ao excesso de peso, verificámos que em 55 países a percentagem de homens era maior do que a percentagem de mulheres; a situação inversa verificava-se em apenas 23 países. Por outro lado, relativamente à obesidade os números eram contrários uma vez que contabilizámos 81 países com mais mulheres obesas do que homens e apenas 13 países com mais homens obesos do que mulheres.

Centrando-nos com mais pormenor na situação no nosso país, olhando para o Plano de Combate à Obesidade (Ministério da Saúde, 2005), verificámos que existe uma elevada prevalência de obesidade e que a taxa de crescimento anual é preocupante. Assim, a prevalência média em 2004 era de

34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade na população adulta. Nos adultos com mais de 55 anos a situação piorava, aumentando quase duas vezes em relação à pré-obesidade e sete vezes relativamente à obesidade. Refere ainda o mesmo Plano que nas crianças dos 7 aos 9 anos a prevalência de pré-obesidade e de obesidade era de cerca de 32%, com as raparigas a apresentarem valores superiores aos rapazes.

Sabendo o quanto a obesidade depende, entre outros factores, dos estilos de vida cada vez mais sedentários associados a uma alimentação desequilibrada, e sabendo ainda que este problema aparece cada vez mais precocemente, encontramos neste problema mais uma forte justificação para a realização da nossa dissertação.

Relativamente à actividade física, num estudo europeu realizado em 1997 (OMS, 202), constatou-se que 41% da população não era suficientemente activa para tirar benefícios para a sua Saúde (apenas 14% na Finlândia, país que apresentou melhores resultados; em contrapartida, em Portugal, país pior classificado neste estudo, a percentagem de indivíduos não activos fisicamente era de 70%). Constatou-se ainda que as mulheres praticavam desporto com menor regularidade do que os homens e durante menos tempo.

Uma vez que este comportamento relacionado com o sermos ou não activos fisicamente terá uma análise aprofundada mais adiante, nesta fase do nosso estudo interessava-nos essencialmente salientar que se, por um lado, ninguém tem dúvidas da importância da prática regular de actividade física/desportiva, por outro lado, a sociedade deste conturbado século XXI tem-se tornado progressivamente mais sedentária.

Olhando para outros dois comportamentos que procurámos estudar mais aprofundadamente nesta dissertação, também ainda numa primeira análise, podemos referir que a OMS estima que actualmente morrem por ano 4,9 milhões de pessoas como consequência do consumo de tabaco. Estima-se ainda que em 2030 esse número aumente para 10 milhões (OMS, 2006a).

No estudo europeu já referido, verificou-se ainda que perto de 215 milhões de europeus fumavam (130 milhões eram homens) e que a prevalência entre os 15 e os 18 anos era de 30%. Neste estudo, Portugal estava entre os que menos consumiam.

Sobre o consumo de álcool, mais de 55.000 jovens europeus morrem todos os anos devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas; aliás, na Europa, 9% da mortalidade tem como causa o álcool (OMS, 2002). Acrescente-se ainda que Portugal é no Mundo um dos países com maior consumo “per capita” na população adulta (OMS, 2001).

a nossa capacidade enquanto nadadores...

Depois de olharmos para algumas das *perigosidades do rio*, importava centrar a nossa atenção na nossa capacidade enquanto *nadadores*.

Sabendo que uma grande parte das doenças do mundo de hoje tem a sua origem no comportamento das pessoas, certamente que a melhor forma de contrariar essas mesmas doenças é perceber bem quais são esses comportamentos e quais as razões que os originam.

E como é que cada um de nós se relaciona com a sua Saúde? Como definimos esse conceito, tão largo e abrangente, tão importante para a vida de todos nós?

Assim, e recordando uma conferência de Cardoso Ferreira realizada em 2000, parece-nos importante reflectir sobre o conceito de Saúde...

Será Saúde... um dom nas mãos do destino?...

Quantos de nós não colocam a sua Saúde nas mãos do acaso, da sorte ou do destino? Acreditando que temos um destino pré-determinado, muitos são levados a pensar e a agir de forma pouco atenta e responsável em tudo o que diz respeito à sua Saúde.

Será Saúde... um dom nas mãos dos *donos* da Saúde?...

Esta é outra ideia que ainda prevalece em muitas pessoas que, por isso mesmo, entregam a sua vida, leia-se Saúde, nas mãos de outros, os que estudaram, os que sabem tudo (!) sobre o corpo e a mente dos seres humanos. E que fazem os *donos* do conhecimento? Têm um poder imenso, ainda, na nossa sociedade, e, por isso, fazem uso dele, prescrevendo muitas vezes, se calhar vezes demais, fármacos que, sabemos, em muitos casos, apenas aliviam os sintomas, actuando essencialmente sobre as consequências e não sobre aqueles que são, muitas vezes, os causadores da doença ou do mal-estar. Estamos a falar dos comportamentos e dos estilos de vida. A visão tradicionalista da medicina, com uma base apenas curativa muito forte, apesar de já estar muito diluída, ainda prevalece e, por isso, para muitos o bom médico tem de *passar a receita*, devendo dizer, de fora para dentro, o que é que cada um tem de fazer para tratar a doença. Como é fácil de perceber, esta visão sobre a Saúde, que tem acompanhado uma boa parte da nossa sociedade na sua história recente, desresponsabiliza cada pessoa e não envolve devidamente cada um na promoção da sua própria Saúde.

Será Saúde...uma meta inatingível?...

Esta é outra forma de ver e viver o conceito de Saúde que está relacionada com a definição da OMS de 1946 e que considera Saúde como o “completo bem-estar bio-psico-social e não apenas a ausência de doença”. Esta definição de Saúde, que ainda é a mais usual quando perguntamos a alguém como define Saúde, na altura em que foi aceite levantou logo dúvidas e polémica (Bento, 1991; Ribeiro, 1998). A questão que podemos colocar, certamente entre outras, é a de que se aceitamos esta definição não estaremos a colocar uma fasquia demasiado alta em cada um de nós sobre a nossa própria Saúde? Em que momentos das nossas vidas, temos nós completo bem-estar físico, mental e social? Então, será Saúde algo que apenas podemos desfrutar em determinados momentos? Será a *tal* meta inatingível,

exterior a nós, que está muito para além da nossa vontade? E que dizer, por exemplo, de uma pessoa que seja invisual? Tendo um *handicap* físico, congénito ou adquirido, crónico estaremos condenados a não ter Saúde para o resto da nossa vida?

Será Saúde... um *mundo de não*s?...

Por outro lado, identifica-se também nos tempos de hoje uma corrente proibicionista em que se considera que quase tudo faz mal e por isso temos de levar uma vida tão controlada que, para muitos de nós, ter Saúde passa a ser uma obsessão, a qual, como qualquer obsessão, facilmente se torna difícil de controlar, virando doença o que eram ideias de Saúde. As questões ambientais, a proibição do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, a higiene, a alimentação, a sexualidade segura, tudo são questões pertinentes no mundo de hoje que, no entanto, têm de ser vistas e vividas com naturalidade, bom senso e equilíbrio.

Será Saúde...*uma semente que tem sido confundida com um chapéu*?...

Esta interessante metáfora usada por Cardoso Ferreira, remete-nos para algo que está também a acontecer em muitas pessoas. A Medicina tem evoluído tanto nas últimas décadas, fazem-se análises e estudos radiológicos altamente sofisticados, operações e transplantes inimagináveis ainda num passado recente, temos seguros que pagam tudo, clínicas e recursos humanos muito bem preparados... logo, qualquer doença, qualquer problema que nos atinja tem solução, pensam muitos nos tempos que correm. *O tal chapéu*, de que nos falava Cardoso Ferreira, tem sido usado por muitas pessoas para justificar os seus comportamentos pouco responsáveis em tudo o que diz respeito à Saúde.

Por outro lado, poderemos considerar Saúde como um recurso para a vida... um potencial que nasce connosco e que podemos desenvolver?...

Esta é outra linha, na nossa perspectiva mais de acordo com os tempos presentes em que sabemos que são os comportamentos que têm, em grande percentagem, causado tantas doenças e tantas mortes no mundo que estamos a viver no século XXI. Esta perspectiva responsabiliza cada um pelas suas acções, faz com que cada um se envolva e decida, obriga-nos a tomar decisões responsáveis, a lutar contra a adversidade, a dar a volta a todas as situações do quotidiano.

Assim, como referiu Anthonovsky, importa promover todos os dias a *capacidade de nadador* que todos devemos ter tão desenvolvida quanto possível. E nesta ideia de promoção das competências de cada um, sobretudo dos jovens, entramos todos, enquanto cidadãos, em primeiro lugar mas também enquanto pais ou professores. Os jovens, estando em formação, se foram devidamente ajudados podem ir adquirindo os hábitos para uma vida saudável, percebendo o mundo que os rodeia, desenvolvendo os seus valores, as suas crenças, as suas atitudes perante todas as situações da vida.

Por isso é tão importante discutirmos os conceitos e qual a melhor forma de os trabalharmos com os nossos jovens, em nossas casas, na Escola, na Comunidade... em todas as acções que temos todos os dias.

Nesta linha, consideramos muito pertinente a definição sobre Saúde que nos traz Christoph Déjours (1993, in Navarro, 1999, p. 18; Pestana, 2002): “Saúde para cada homem, mulher ou criança é a capacidade de criar e lutar por um projecto de vida pessoal e original, em direcção ao bem-estar”.

Depois desta breve reflexão sobre a forma como cada um de nós se pode relacionar com a sua Saúde, importava reter alguns dos conceitos aceites pela Organização Mundial de Saúde e que têm sido responsáveis pelas orientações que o Mundo tem seguido em tudo o que diz respeito às grandes medidas de Saúde Pública.

A questão é que neste campo, como em muitos outros, as mudanças não se fazem por Decreto, pelo que, sendo muito importante perceber quais têm sido as grandes decisões a nível mundial em tudo o que diz respeito à

Saúde, será também importante reflectir por que é que na prática muitas dessas medidas ou não foram implementadas ou são de muito difícil aplicação. Com esta reflexão sobre as grandes decisões que se têm tomado sobre estas temáticas pretendemos analisar tão aprofundadamente quanto possível que pontos comuns podemos encontrar nas diferentes decisões e quais as áreas de intervenção prioritária, tanto no Mundo como em Portugal.

Deste modo, importa reter as decisões que foram tomadas nas seis Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que a OMS tem organizado periodicamente desde 1986, altura em que foi realizada a 1ª Conferência, em Otawa. Nesta reunião, foi aprovada a famosa “Carta de Otawa” com orientações sobre Promoção da Saúde. Antes desta importante reunião, houve uma outra, noutra contexto, em Alma-Ata, em 1977, tendo sido nessa altura aprovada uma Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários e posteriormente aprovado também um documento sobre as Metas da Saúde para Todos.

Assim, foi baseado nos progressos registados após os dois documentos atrás referidos que se redigiu, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a Carta de Otawa para a Promoção da Saúde que começou por definir o conceito de Promoção da Saúde “como um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos, controlar a sua Saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam” (OMS, 1986).

Deste modo, a Saúde passou a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias e não como uma finalidade de vida. Nesta reunião foram ainda enumerados os pré-requisitos para a Saúde: paz , abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Foi também aceite que intervir em Promoção da Saúde significa: construir políticas saudáveis; criar ambientes favoráveis; reforçar a acção comunitária; reorientar os serviços de saúde e desenvolver competências pessoais (OMS, 1986).

De todos os temas atrás mencionados, destacamos a importância do desenvolvimento das competências pessoais, na linha do que Antonovsky nos dizia quando falava da nossa capacidade de *nadadores*.

Posteriormente, em 1988, teve lugar em Adelaide a 2ª Conferência sobre Promoção da Saúde. O tema adoptado para esta reunião, onde estiveram representados 42 países, foi o das políticas públicas saudáveis, tendo sido acordadas algumas estratégias para a intervenção e enumerado um grande objectivo: “que até ao ano 2000 as diferenças reais do estado de Saúde entre países e entre grupos dentro de um mesmo país sejam reduzidas, pelo menos em 25%, através da melhoria do nível de Saúde das nações e dos grupos desfavorecidos” (OMS, 1988, p. 3). Foram ainda identificadas quatro áreas-chave de acção imediata para a concretização de políticas públicas saudáveis: i) apoio à Saúde das mulheres; ii) alimentação e nutrição; iii) tabaco e álcool; iv) criar ambientes favoráveis à Saúde.

É interessante notar esta progressiva mudança na forma de ver tudo o que se relaciona com a Saúde, responsabilizando-se, cada vez mais, todos por esta importante área mas, antes de tudo, responsabilizando-se cada um pela promoção da sua própria Saúde.

Dando continuidade a todo este processo, realizou-se em 1991, em Sundsvall, a 3ª Conferência sobre Promoção da Saúde que teve como temática central os ambientes favoráveis à Saúde. Nesta reunião, agora já com 81 países participantes, fez-se um apelo a todo o mundo para a necessidade da existência de ambientes mais favoráveis à Saúde. Salientou-se ainda nesta reunião a importância da implementação das estratégias da *Saúde para Todos* que deveriam reflectir dois princípios básicos: equidade com o fim de se conseguir uma distribuição justa de responsabilidades e de recursos; reconhecimento da interdependência de todos os seres vivos (OMS, 1991).

Nesta altura, foi salientada mais uma vez a importância da capacitação das pessoas e a participação comunitária como factores essenciais numa estratégia de promoção da Saúde democrática, como força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento.

Em 1997, em Jacarta, realizou-se a 4ª Conferência sobre Promoção da Saúde, desta vez com o lema “Novos actores para uma nova era – adaptar a promoção da Saúde ao século XXI”. Salientou-se a importância da promoção da Saúde para se conseguirem ganhos de Saúde, reforçando-se a ideia de que é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua Saúde (OMS, 1997).

Nesta reunião foram ainda definidas as prioridades para a promoção da Saúde no século XXI:

- i) promover a responsabilidade social no que respeita à Saúde;
- ii) reforçar os investimentos para o desenvolvimento em Saúde;
- iii) consolidar e expandir as parcerias em Saúde;
- iv) garantir uma infra-estrutura para a promoção da Saúde;
- v) aumentar a capacitação da comunidade e dos indivíduos;

Sobre esta última prioridade, foi referida a importância da educação, da formação para a liderança e do acesso aos recursos. Sobre a capacitação das pessoas, foi salientada a necessidade de um acesso mais real e consistente aos processos de decisão assim como a importância que assume a aquisição de competências e conhecimentos essenciais para uma efectiva mudança.

Teve depois lugar em 2000, na cidade do México, a 5ª Conferência sobre Promoção da Saúde com o lema “Rumo a uma maior equidade”. Constatou-se nesta reunião, por um lado, a existência de progressos significativos mas, por outro lado, reconheceu-se que ainda persistiam muitos problemas de Saúde que prejudicavam o desenvolvimento social e económico que deveriam ser urgentemente resolvidos (OMS, 2000). Foi ainda referido que doenças novas e reemergentes ameaçavam os progressos registados na área da Saúde.

Sobre as acções a dinamizar, referiu-se o seguinte:

i) colocação da promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas locais, regionais, nacionais e internacionais;

ii) assumir um papel de liderança para assegurar a participação de todos os sectores e da sociedade civil na implementação de acções de promoção da Saúde;

iii) apoiar a preparação de planos de acção nacionais para a promoção da Saúde, tais como a identificação das prioridades de Saúde, o apoio a pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias, a mobilização de recursos financeiros;

iv) estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a Saúde.

Por fim, em Agosto de 2005 realizou-se a 6^o Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde na cidade de Bangkok, na Tailândia, tendo sido elaborada a denominada “Carta de Bangkok” (OMS, 2006b), onde se descreveram as medidas e os respectivos compromissos relacionados com os vários determinantes da Saúde que todos os países deverão respeitar. Tendo sido destacadas as transformações na Saúde mundial, a carta descreveu uma nova orientação para a promoção da Saúde, preconizando políticas coerentes e alianças entre os governos, as organizações internacionais, a sociedade civil e o sector privado, a fim de que todos cumpram quatro compromissos considerados fundamentais:

- i) a promoção da Saúde deve constituir uma peça chave da agenda do desenvolvimento mundial;
- ii) deve ser uma responsabilidade básica de todos os governos;
- iii) deve constar das boas práticas institucionais;
- iv) deve ser foco de iniciativas da comunidade e da sociedade civil;

Assim, pretende-se com estas medidas envolver todos numa temática que se sabe ser de importância vital para o desenvolvimento do mundo, o qual, apesar de continuar desigual, tenta com estas reuniões mundiais lutar contra essa mesma desigualdade, fazendo diagnósticos e estabelecendo depois prioridades que devem ser respeitadas por todos os governos.

Dando saliência à importância que representa o envolvimento de todos em tudo o que diga respeito à promoção da Saúde, deu-se ainda nesta reunião prioridade máxima ao estabelecimento de parcerias ao mais variado nível. Acredita-se assim, que através de parcerias talvez seja mais fácil conseguir capacitar progressivamente todos, para que cada um tenha um maior controlo sobre a Saúde e os seus determinantes, aproveitando-se e potenciando-se da melhor maneira a acção da comunidade, as políticas públicas, os serviços de Saúde e todo o envolvimento que se quer que seja tão positivo e saudável quanto seja possível em todo o mundo.

Atendendo a estes apelos e decisões da Comunidade Internacional, por cá, em 2003 e através do Despacho Ministerial nº 465/2003, o Ministério da Saúde lançou um “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida” que procurava precisamente intervir sobre os factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis aumentando assim a prevalência de factores de protecção relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial (Ministério da Saúde, 2004a).

Entendendo-se que a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas tem a ver, fundamentalmente, com os estilos de vida individuais, é importante aprofundar quais as áreas de intervenção prioritária; neste sentido, foram identificadas as seguintes: consumo de tabaco, erros alimentares, obesidade, consumo excessivo de álcool, inactividade física, má gestão do stress (Ministério da Saúde, 2004a).

A identificação destes comportamentos relacionados com a Saúde como os principais factores implicados na origem das doenças que maior número de mortes causam e que são também responsáveis por situações de incapacidade, perda de qualidade de vida, consultas, internamento e abstencionismo, reforça e justifica a nossa decisão em incluir, precisamente a análise destes comportamentos na nossa investigação.

O Programa acima referido tem, entre outras, como grandes linhas de orientação:

i) abordagem integrada de factores de risco e de protecção de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os estilos de vida, numa perspectiva holística e sistémica;

ii) cooperação intersectorial e multidisciplinar nos diferentes níveis de implementação;

iii) estabelecimento de protocolos;

iv) recurso a metodologia de análise epidemiológica e de busca de evidência científica;

v) desenho de intervenções orientadas em função do ciclo de vida e do sexo, focalizadas em ambientes específicos: Escolas, Serviços de Saúde, locais de trabalho, Cidades e Comunidades locais;

vi) reforço da formação dos profissionais, em especial da Saúde e da Educação;

vii) reforço da Educação da Saúde (nas Escolas, locais de trabalho e Comunidades locais);

viii) reforço das competências das pessoas e comunidades para agirem em favor da Saúde individual e colectiva;

ix) informação do grande público (através dos media,...).

Este Programa surge integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004b), em que foram definidas para o nosso país, seguindo as orientações da OMS, as grandes linhas estratégicas de orientação e as prioridades da intervenção. Este importante documento analisa os dados oficiais mais recentes sobre o *estado da Saúde* no nosso país, que poderemos sintetizar desta forma:

- A esperança de vida à nascença da população portuguesa era em 2000/2001 de 76,9 anos, valor inferior à média

européia que se situava em 78,2 anos. O sexo masculino tinha uma esperança de vida de 73,5 anos, inferior à do sexo feminino que se situava nos 80,3 anos.

- As principais causas de morte eram em 2001 as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca. A intervenção nestas áreas foi considerada, por isso, prioritária, o que implica intervenção nos factores de risco destas doenças, nomeadamente o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o sedentarismo.
- Os acidentes e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) são a principal causa de morte nas crianças e nos jovens. Para além de causarem a morte, os acidentes são a causa de muitas situações de deficiência e perda de funcionalidade, situações que obviamente têm graves consequências pessoais, sociais e económicas. Saliente-se ainda que um número elevado de acidentes, principalmente os de viação, têm como causa o consumo excessivo de álcool.
- Entre os jovens (dos 15 aos 24 anos), 26% dos rapazes fumavam diariamente, baixando esse valor para os 11% nas raparigas. O mesmo estudo revelava ainda que o consumo de tabaco estava a diminuir, situando-se em 20% a prevalência de fumadores com mais de 15 anos (sendo o sexo masculino o principal responsável por esta diminuição estando, no entanto a aumentar de forma preocupante o consumo de tabaco no sexo feminino).
- No consumo do álcool, a percentagem de jovens que consumia várias vezes por semana era de 13% (não foram reveladas percentagens por sexo). Apesar de ter havido uma diminuição nos consumos de álcool notou-se um aumento de consumidores do sexo masculino entre os 15 e os 17 anos.

Aliás, é extremamente preocupante em termos de Saúde Pública o que se passa com o consumo de álcool nos jovens, grupo onde está a aumentar o consumo de cerveja e de bebidas destiladas fora das refeições, duas a três vezes por semana e em grande quantidade.

- Relativamente à alimentação, o grande aumento no consumo de produtos de origem animal, associado ao consumo excessivo de gorduras saturadas, de sal, açúcar, por um lado, e o pouco consumo de fruta, legumes e vegetais, por outro lado, em determinados grupos da população, a par de níveis elevados de ingestão calórica, são os principais problemas
- Sobre a actividade física, é referido que as raparigas são mais sedentárias do que os rapazes. Assim, a percentagem de raparigas que ocupava a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias era de 64%. Esta percentagem baixava para os 46% nos rapazes. Saliente-se ainda que 75% da população com mais de 15 anos descreveu como principais actividades de tempos livres a leitura, ver televisão ou outras actividades sedentárias.

Outro dado que interessa estudar, segundo inclusive recomendação da OMS e também salientado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é a percepção que cada pessoa tem do seu estado de Saúde.

Assim, entre os Inquéritos Nacionais de Saúde de 95/96 e 98/99 houve uma ligeira diminuição da percentagem de pessoas a considerar a sua Saúde “má” ou “muito má”, assim como se verificou um pequeno aumento da percentagem de pessoas a considerarem a sua Saúde como “boa”. Saliente-se, no entanto, que foi nas idades mais avançadas, a partir dos 45-54 anos,

que se notaram maiores diferenças, assim como se notou, como seria de esperar, que eram os mais idosos que tinham uma percepção pior sobre o seu estado de Saúde. Quanto aos mais novos, não se notaram grandes diferenças entre os dois estudos na auto-apreciação do estado de saúde. Entre os 15 e os 24 anos, a percentagem de jovens do sexo masculino que fizeram uma avaliação da sua Saúde como “má” ou “muito má” foi de 0,9%. No sexo feminino esta percentagem subiu para os 2,4%.

O Plano Nacional de Saúde salienta ainda a boa classificação que o nosso Sistema de Saúde teve num Relatório sobre a Saúde Mundial, situando-se em 12º lugar, à frente de países bem mais desenvolvidos do que o nosso. De qualquer forma, foi referido como um dos aspectos a melhorar, a despesa excessiva com fármacos, aspecto que tem a ver com uma das questões que consideramos centrais em toda esta temática e que tem sido ano após ano referenciada pela OMS como de intervenção prioritária: o desenvolvimento das competências pessoais e a responsabilização de cada um em tudo o que diz respeito à sua Saúde, o que implica um novo olhar que cada um tem de ter sobre o seu estilo de vida. O fármaco adianta de muito pouco, ou apenas atenua as consequências não atacando as causas, se cada um que se sente doente, não percebe e interioriza que algo tem de mudar no seu dia-a-dia, ou seja, se não se consciencializa que o seu estilo de vida tem de incluir cada vez mais comportamentos protectores da Saúde e cada vez menos comportamentos que colocam em risco, permanentemente, a Saúde. Este foi, aliás, um dos temas centrais desta dissertação, sendo por isso, objecto de aprofundamento nos diferentes estudos que realizámos.

Ainda dentro da ideia que referimos anteriormente, podemos salientar que uma das estratégias principais do Plano Nacional de Saúde se centra precisamente ao nível das estratégias para a gestão da mudança, a mudança centrada no cidadão, o que implicará a promoção de mudança de culturas, hábitos de trabalho e formas de responsabilização.

Salienta ainda o referido Plano outras estratégias, nomeadamente ao nível das Escolas, dos locais de trabalho e dos locais de lazer. Estas

estratégias ao nível da Comunidade, referidas agora neste importante Plano Nacional, têm sido salientadas como prioritárias já há bastante tempo, nomeadamente por Constantino (1998).

Sobre as Escolas, reforçam-se as intenções de apoio ao nível do desenvolvimento curricular da promoção da Saúde em diversas áreas como a educação alimentar, a vida activa saudável, a prevenção da violência, educação para a cidadania, educação sexual e os consumos nocivos, nomeadamente de álcool, tabaco e outras drogas. Pelo seu lado, as estratégias da OMS apontam para que no ano 2015 pelo menos 50% das crianças dos Jardins-de-infância e 95% das que frequentam a escolaridade obrigatória frequentem Escolas Promotoras de Saúde.

De recordar que, de acordo com o Ministério da Saúde (2004b, p. 12), Escola Promotora de Saúde é uma Escola onde os jovens têm oportunidade de adquirir competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua Saúde e a agir sobre os factores que a influenciam. Para isso, são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado.

Neste sentido, têm sido dados diversos passos no nosso país para introduzir estas temáticas nas Escolas, não só ao nível dos seus Projectos Educativos mas, essencialmente, ao nível das suas práticas do dia-a-dia.

Assim, pelo menos desde 1990, através do Projecto “Viva a Escola”, a que se seguiu, em 1993, a institucionalização do Programa de Promoção e Educação para a Saúde, muitas têm sido as Escolas que têm desenvolvido trabalho nesta área (Corte-Real, 1998; Rocha, 1999). Mais recentemente foi criada uma Comissão (CCPES) que tem por missão precisamente coordenar o desenvolvimento de projectos promotores da Saúde nas Escolas.

Promover a Saúde é assim uma das temáticas que atravessa toda a Escola em todos os seus domínios devendo a intervenção da Escola ser o mais alargada possível, tanto ao nível curricular como extracurricular (Delgado e Tercedor, 2002; Tones e Green, 2004). Entre os diversos temas que poderão ser objecto de intervenção, o Ministério da Saúde (2006) destaca: as relações

intra e interpessoais com ligação, natural, aos afectos e à educação sexual; a higiene, pessoal e dos espaços; a alimentação; a actividade física e a prática desportiva; o consumo de drogas legais (tabaco e álcool) e ilegais; a prevenção rodoviária... e todos os outros temas com ligação a estes e que poderão ser objecto de intervenção que se quer pensada e concertada, o que implica o trabalho em Projecto sem actividades avulsas que, todos sabemos, dificilmente são avaliadas (Bennett e Murphy, 1999; Laverack, 2004).

Trabalhar nas temáticas atrás mencionadas de forma concertada, tendo por base o que nos ensina a metodologia de projecto (Katz e col., 2002; McKenzie e Smeltzer, 2001), implica um esforço de todos no sentido de serem capazes de gerar consensos que permitam encontrar pontos comuns na sua acção, tanto ao nível das metodologias de trabalho como na dinamização das actividades. É, por isso, muito importante implementar de forma continua formação para todos os agentes envolvidos nas Escolas (e outras instituições) que queiram serem promotoras de Saúde (Aranda e Martín, 2003; Young et al, 2000; Rollnick e col., 2003).

Foi na sequência destas ideias que surgiu em Dezembro último o Despacho nº 25995/2005 (2ª série) que refere que as Escolas interessadas em concretizar Programas/Projectos sobre “Educação para a Saúde” (Ministério da Educação, 2006) devem:

- i) nomear um professor coordenador que seja o responsável pela concretização das diferentes actividades;
- ii) integrar estas temáticas nos planos curriculares e no Projecto Educativo de Escola.
- iii) em articulação com as famílias, devem ser abordadas temáticas ligadas à promoção do desenvolvimento pessoal e social e à prevenção de comportamentos de risco assim como prever mecanismos de avaliação.
- iv) articular a acção com os Centros de Saúde e outras instituições e recursos da comunidade.

É ainda sugerido que as Escolas criem um gabinete de atendimento aos alunos.

Este documento chegou às Escolas em Janeiro, tendo sido solicitado que até ao passado dia 17 de Fevereiro as Escolas enviassem para o Ministério da Educação um Plano de Trabalho que envolvesse as temáticas atrás referidas. Não sendo só agora que se procura envolver as Escolas nestes temas onde, aliás, muitas têm já um longo historial de muito bom trabalho enquanto Escolas Promotoras de Saúde, sente-se que agora, mais do que nunca, se estão a criar condições para que a intervenção seja mais concertada e continuada no tempo; ou seja, que não dependa, como até aqui, apenas da boa vontade de alguns mas que se assuma, de uma vez por todas, que trabalhar nestas áreas tem de fazer parte do dia-a-dia de todas as Escolas do século XXI.

Esta situação, como é óbvio, reforça a importância de se aprofundarem conhecimentos, nomeadamente através de trabalhos de investigação que procurem ajudar as Escolas não só a fazerem diagnósticos rigorosos sobre o presente como ainda, dando resposta ao solicitado no Despacho atrás referido, se avalie todos os anos a intervenção que se vai fazendo.

Por fim, e ainda na linha do que mencionamos atrás, é também referido no Plano Nacional de Saúde a necessidade de se incentivar a investigação em Saúde, tornando-se assim indispensável o desenvolvimento de projectos de investigação nestas áreas consideradas prioritárias. Este dado reforça ainda mais a pertinência da temática escolhida para esta investigação.

Assim, num século onde, como vimos, tudo acontece tão depressa, com tudo a mudar à velocidade de um segundo, reforça-se, a cada dia que passa, a importância de lançarmos novos olhares sobre tudo o que se relaciona com a Saúde. Doenças que não sendo novas só agora despertam preocupação, números que nos têm de fazer pensar duas vezes antes de agir, comportamentos que, hoje sabemos com certeza científica, têm de mudar.

1.4 – Comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes...

Como salientámos no ponto anterior, assume nos tempos de hoje uma importância transcendente a investigação, que tem de ser constante, sobre os comportamentos que protegem a Saúde e também sobre os que a colocam em risco (Marks e col., 2001). Como vimos, entre outros problemas, a OMS salienta, há já vários anos, a importância de se intervir ao nível da alimentação, do consumo de tabaco e de álcool, assumindo também cada vez maior preocupação o sedentarismo que, como sabemos, está intimamente relacionado com a obesidade, problema que é já considerado, como referimos, a epidemia do século XXI (Stroebe, 2000).

Temos então de estudar melhor este *Homo Sapiens Sapiens*, aquele ser pensante que partiu há milhares de anos à descoberta do desconhecido e que de invenção em invenção nos conduziu a este século XXI, (tão cheio de tecnologias), transformando-se em muitos outros *Homos*, nomeadamente no *Homo Sedentarius* que rapidamente está a virar *Obesus*...

Em contraponto a este predominante estilo de vida, progressivamente sedentário, assim o indicam inúmeros estudos (Ministério da Saúde, 2004b, entre outros), interessa estudar comportamentos que contrariem esta tendência e daí o nosso interesse pelo *Homo Sportivus*, tão bem retratado por Bento (2004).

Uma vez que estamos nesta dissertação a falar de adolescentes, interessava perceber como é o adolescente *Sportivus*. O que é que o distingue do outro adolescente, o *Sedentarius*? E em que medida adoptará os outros comportamentos igualmente relacionados com a sua Saúde? Terá este adolescente *Sportivus* um estilo de vida mais saudável do que o outro, o adolescente *Sedentarius*? E que Desporto é este que se pratica no início deste novo século? Com que regularidade e em que contextos se pratica?

Seleccionados, pelas razões já anteriormente indicadas, os comportamentos relacionados com a Saúde que interessava estudar, e depois de aprofundadas um pouco mais as áreas temáticas envolvidas na nossa investigação, era importante conhecer um pouco melhor estes

comportamentos, que aliados a outros hábitos e características pessoais, conferem a cada um de nós um determinado estilo de vida.

Neste sentido, da pesquisa efectuada para aprofundarmos os conhecimentos sobre os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, escolhemos cinco estudos que analisámos com maior pormenor pelas seguintes razões:

- i) foram desenvolvidos por equipas de investigação de indiscutível qualidade e rigor;
- ii) procuraram analisar não apenas um dos comportamentos de Saúde, mas sim os quatro comportamentos que queríamos incluir na nossa investigação. Acresce ainda que em quatro destas diferentes investigações o instrumento que serviu de base foi o mesmo, com as naturais adaptações relacionadas com os diferentes contextos;
- iv) tinham os adolescentes escolarizados como grupo alvo (a única excepção foi a de um estudo europeu sobre a Saúde, coordenado pela OMS, que analisou a população sem olhar às idades mas que, ainda assim, dadas as suas características e interesse dos dados recolhidos, decidimos considerar aqui);
- v) no seu conjunto, permitem ter uma ideia abrangente acerca da realidade neste domínio, comparando a situação nacional com a de outros países. Um dos estudos foi realizado em Portugal e os restantes quatro foram realizados em vários países europeus, comparando dados relativos a diferentes países, entre os quais Portugal, fornecendo assim um enquadramento potencialmente útil para uma melhor compreensão e interpretação dos nossos resultados.

Importará, porém, reconhecer que apesar das características comuns atrás apontadas e consideradas para a selecção destes estudos, foram várias as diferenças na forma como as diferentes equipas de investigação analisaram os diversos comportamentos, o que dificultou em certa medida a nossa tarefa,

obrigando-nos a centrar a nossa atenção essencialmente nos pontos comuns potencialmente mais úteis para os nossos objectivos.

Passamos, de seguida, a enumerar os estudos por nós seleccionados:

i) em primeiro lugar, o estudo “A Saúde dos Adolescentes Portugueses (quatro anos depois)”, realizado em Portugal sob a coordenação de Margarida Matos, no âmbito do Estudo Europeu “Health Behavior in School-aged Children” (*HBSC*), foi para nós uma referência importante devido, por um lado, à dimensão e características da amostra do estudo (n total = 6131, alunos do 6º ao 10º ano de escolaridade com idades entre 11 e 25 anos) e, por outro lado, devido ao instrumento utilizado: “Comportamento e Saúde em jovens em idade escolar do Estudo Europeu HBSC” (Matos e col., 2003).

ii) em seguida, os estudos realizados em Espanha, sob a coordenação de Isabel Balaguer da Universidade de Valência, e resumidos no livro “Estilos de Vida en la Adolescência”, também pelo instrumento utilizado, características das amostras, desenho da investigação e metodologia seguida na análise dos dados, foram para nós um guião que nos acompanhou desde o início do nosso trabalho (Balaguer e col., 2002a);

iii) o relatório de 2004 do Estudo Europeu HBSC, já citado anteriormente, com dados referentes a 35 países europeus participantes nesta grande investigação, pelas razões atrás apontadas e aqui reforçadas pela possibilidade de compararmos dados de vários países, foi outra importante fonte de informação (OMS, 2004a);

iv) um outro importante relatório, publicado em 2004 pela Comissão Europeia, com a designação de “Study on young people’s lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance”, tinha dados que considerámos determinantes para o diagnóstico dos comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes e a sua relação com a prática desportiva, temática que para nós era determinante e que também pretendíamos desenvolver. Para além das temáticas incluídas neste estudo, a sua actualidade, dimensão da amostra (18 países e mais de 90000 jovens participantes), profundidade das análises e

recomendações recorrentes foram para nós aspectos determinantes (Comissão Europeia, 2004);

v) por fim, seleccionámos o Relatório sobre a Saúde na Europa, desenvolvido pela O.M.S. em 2002, fundamentalmente pela sua actualidade, características da investigação e porque continha dados que complementavam bem a informação que recolhemos nos outros estudos (OMS, 2002).

Apresentamos a seguir o resultado da pesquisa que efectuámos sobre cada um dos comportamentos já referenciados, incluindo nesta análise os resultados e respectivas conclusões obtidas nos estudos que indicamos anteriormente.

Sobre a prática desportiva...

Em primeiro lugar, considerámos importante aprofundar um tema que tem sido cada vez mais objecto dos mais variados estudos, diríamos que de todos os ângulos, direcções e olhares que se possam imaginar (Maia e Oliveira, 2002; Mota e Sallis, 2002). Para além disso, são ainda utilizados diferentes conceitos que, apesar de estarem todos relacionados com o movimento humano, são certamente diferentes nas suas especificidades. Assim, aparecem nos diferentes estudos, tanto nacionais como internacionais, referências à actividade física, ao exercício físico e ainda à prática desportiva não se percebendo perfeitamente, em muitas situações, a que tipo de actividade física é que os investigadores se referiam quando analisaram este comportamento.

Este aspecto da definição dos conceitos e posterior tomada de decisão sobre o que estudar em relação a este comportamento, foi considerado por nós como muito importante, razão pela qual nos referiremos a ele novamente a propósito do primeiro estudo.

Passemos então à definição de três conceitos que estão relacionados com o que envolve o ser activo fisicamente, segundo a opinião de diferentes autores:

Sobre a actividade física, a definição mais utilizada em inúmeras investigações que consultámos, estabelece que corresponde “a qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte no aumento de gastos energéticos relativamente à taxa metabólica de repouso” (Bouchard e col., 1990; Caspersen e col., 1985).

Mas, outros autores, como Devis (2001, p. 299), referem que o movimento humano só deve ser considerado como actividade física se houver intencionalidade, devendo por isso excluir-se desta definição todos os movimentos reflexos. Assim, este autor define actividade física como “todo o movimento corporal intencionado que se realiza com os músculos esqueléticos, resultando daí um gasto energético e uma experiência pessoal que nos permite interactivar com os seres e o ambiente que nos rodeia”.

Ainda sobre esta temática da definição do abrangente conceito Actividade Física, o mesmo autor (Devís, 2000) refere que este termo engloba uma grande diversidade de actividades que juntou em oito grupos:

- i) actividades quotidianas: andar, subir escadas, tarefas domésticas, ...;
- ii) actividades cíclicas: andar, correr, nadar, andar de bicicleta, remar, saltar à corda, ...;
- iii) exercícios de preparação física: flexões de braços, multisaltos, estiramentos, ...;
- iv) desporto: ténis, badmington, basquetebol, futebol, rugby, golfe, atletismo, judo, ...;
- v) actividades na natureza: escalada, rafting, parapente, ...;
- vi) danças: danças regionais e do mundo, contemporânea, clássica, recreativa, ...;
- vii) jogos: populares, tradicionais, espontâneos, ...; e

viii) outro tipo de exercícios: yoga, tai-chi, ginástica de manutenção, step,...

Não é por isso consensual a definição deste importante conceito que na nossa opinião por abranger um tão grande grupo de actividades e de movimentos dificilmente poderá ser avaliado na sua totalidade.

Uma das actividades que integram o grande conceito Actividade Física, o exercício físico, também muito referido e avaliado nas investigações nesta área do conhecimento, normalmente define-se como “movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados para melhorar ou manter, um ou mais componente da condição física” (Caspersen, Powell e Christensen, 1985).

Por outro lado, Desporto, segundo Garcia-Ferrando (in Balaguer e Castillo, 2002b) refere-se “à actividade física orientada por regras, estruturada e de natureza competitiva”. Ainda relativamente à prática desportiva, o Conselho da Europa, numa definição mais abrangente produziu a seguinte definição na Carta Europeia de Desporto:

Entendemos por Desporto todas as formas de actividade física que, através de uma participação organizada ou não, têm por objectivo a melhoria da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados em competições de todos os níveis. (Conselho da Europa, 1995)

Nesse sentido, decidimos, procurar, numa primeira fase, nos estudos a que fizemos referência, dados que nos ajudassem a perceber melhor que actividade física, exercício físico ou prática desportiva realizavam os jovens.

Como primeiro comentário podemos referir que é comum dizermos hoje, com base em dados rigorosos, que os índices de prática desportiva de uma boa percentagem dos jovens são baixos, que o sexo masculino é mais activo do que o feminino e que os mais novos praticam mais desporto do que os mais

velhos. O que notámos nos diferentes estudos é que ainda não há consenso (alguma vez haverá?) sobre os termos utilizados, porquanto, como já salientamos, tanto encontrámos análises sobre a actividade física, como sobre o exercício físico ou ainda sobre a prática desportiva.

Uma vez que pretendíamos, numa fase mais adiantada da nossa dissertação, aprofundar as questões mais relacionadas com a prática desportiva, optámos por, nesta fase inicial, considerar nos diferentes estudos todas as análises que de alguma forma se relacionassem com a actividade física, nos seus diferentes contextos e enquadramentos.

Em termos globais, os resultados do estudo de Matos e col. (2003) revelam que eram os rapazes e os mais novos que praticavam mais actividade física e desporto, conforme podemos confirmar através da consulta aos três Quadros seguintes.

Na verdade, a frequência da actividade física realizada pelos rapazes e pelos mais novos era consideravelmente superior à realizada pelas raparigas e pelos mais velhos (ver Quadro 1.5).

Quadro 1.5. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência da actividade física dos jovens, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

Actividade Física (frequência)		nunca (%)		-3 vezes semana (%)		3 vezes semana (%)		todos os dias (%)	
		masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
análise por sexo		3,2	4,9	28,2	43,7	53,8	45,4	14,8	6,0
análise por idade	13 anos	3,3		37,8		47,7		11,3	
	15 anos	3,6		34,7		52,3		9,3	
	+16 anos	8,0		37,9		46,9		7,3	

Quanto ao número de horas semanais dedicadas à realização de actividade física, foi igualmente evidente que os rapazes indicaram os valores mais elevados, embora aqui não tenham sido identificadas diferenças tão pronunciadas entre os vários escalões etários considerados, provavelmente

devido ao facto destes dados não terem sido analisados separadamente para rapazes e raparigas (ver Quadro 1.6).

Quadro 1.6. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre o número de horas semanais de actividade física dos jovens, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

Actividade Física (nº horas semanal)		½ hora ou menos (%)		1 a 3 horas (%)		4 horas ou mais (%)	
		masc	fem	masc	fem	masc	fem
análise por sexo		23,0	46,3	53,1	45,1	23,9	8,6
análise por idade	13 anos	33,6		51,8		14,6	
	15 anos	33,9		48,7		17,4	
	+16 anos	38,6		46,5		14,9	

Ainda relativamente ao estudo de Matos e col. (2003), verificámos que, a exemplo do referido para a questão da actividade física, as percentagens de praticantes do sexo masculino e dos escalões etários mais baixos eram muito superiores às dos praticantes do sexo feminino e dos escalões etários mais elevados (ver Quadro 1.7).

Quadro 1.7. Resultados do estudo de Matos e col (2003) sobre a realização ou não de prática desportiva pelos jovens, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

Praticar desporto		Sim (%)		Não (%)	
		masc	fem	masc	fem
análise por sexo		89,5	73,1	10,5	26,9
análise por idade	13 anos	83,8		16,2	
	15 anos	79,5		20,5	
	+16 anos	74,5		25,5	

Também Balaguer e Castillo (2002b) verificaram que eram os rapazes os que mais praticavam desporto. Já relativamente à comparação dos índices de prática com base nas idades dos jovens não se notaram grandes diferenças, talvez pelo facto de serem apenas considerados neste estudo os dados de três escolas e de apenas dois escalões etários (Quadro 1.8).

Quadro 1.8. Resultados do estudo de Balaguer e Castillo (2002b) sobre a frequência da prática desportiva dos jovens, em função do sexo e da idade (adaptado de Balaguer e Castillo, 2002b).

Prática Desportiva (frequência)	nunca		máximo 1x semana		2-3 x semana		4-5 x a 6-7 x semana	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
Escola 1 - 13 anos (n=272)	14	40	11	17	52	38	23	6
Escola 2 - 15 anos (n=288)	16	47	18	18	38	26	29	9
Escola 3 - 15 anos (n=239)	13	52	21	22	46	18	20	9

A análise dos resultados do Estudo Europeu *HBSC* (OMS, 2004a) em que participaram diversos países europeus, como já salientamos, permite-nos proceder à comparação dos nossos dados com dados relativos às mesmas questões obtidos numa investigação com uma dimensão muito mais elevada, possibilitando assim a contextualização dos comportamentos revelados pelos jovens portugueses no espaço Europeu.

Assim, conforme se pode observar no Quadro 1.9, tanto no que diz respeito ao número médio de dias por semana com pelo menos uma hora de actividade física, como relativamente à percentagem de jovens com pelo menos uma hora de actividade física 5 dias ou mais por semana, as conclusões foram idênticas: os rapazes eram mais activos do que as raparigas e os mais novos também eram mais activos do que os mais velhos.

Quadro 1.9. Resultados do estudo da OMS sobre o número médio de dias e de horas em que os jovens de diferentes países praticavam actividade física, em função do sexo e da idade (adaptado de OMS, 2004a).

	nº médio de dias por semana com pelo menos uma hora de actividade física				% de jovens com pelo menos uma hora de actividade física 5 dias ou mais por semana			
	13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
País com melhor média	5,1	4,3	4,7	3,8	61	43	57	42
Média de todos os países	4,2	3,5	3,9	3,2	40	27	35	22
Espanha	4,1	3,7	4,0	3,4	40	29	38	23
Portugal (*)	4,0	2,9	3,4	2,7	38	15	25	13
País com pior média	3,4	2,7	3,7	2,3	26	15	25	13

(*) – Na análise do nº médio de dias, entre os 34 países, Portugal ficou situado em 32º no grupo dos 13 anos e em 31º no grupo dos 15 anos. Na análise das percentagens, Portugal ficou situado em 29º no grupo dos 13 anos e em 34º no grupo dos 15 anos.

Por outro lado, a análise deste estudo permite-nos ainda verificar que os adolescentes portugueses apresentaram resultados sempre inferiores às médias europeias, situando-se nos últimos lugares, indicador que reforça a necessidade de investirmos no nosso país na promoção da actividade física e da prática desportiva.

O Estudo da Comissão Europeia (2004), que foi realizado por vários investigadores europeus e envolveu diferentes países, fez outro tipo de análise relativamente à actividade física dos jovens mas chegou também às mesmas conclusões, conforme podemos verificar no Quadro 1.10. Tanto numa actividade física realizada apenas duas vezes por semana, como quando a actividade física era realizada todos os dias ou quase, encontramos sempre o sexo masculino mais activo assim como os mais novos a praticarem mais do que os mais velhos.

Também neste estudo, os valores médios apresentados pelos jovens portugueses situavam-se abaixo das médias apresentadas nos outros países.

Quadro 1.10. Resultados do estudo da Comissão Europeia sobre a prática de actividades físicas dos jovens em diferentes países, em função do sexo e da idade (adaptado de Comissão Europeia, 2004).

	% de jovens que praticavam actividades físicas fora da Escola pelo menos duas vezes por semana				% de jovens com pelo menos uma hora de actividade física moderada todos os dias ou quase todos os dias.			
	13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
País com melhor média	90	82	90	62	61	40	45	37
Média de todos os países	82	68	79	55	49	32	41	26
Espanha	77	62	70	55	40	28	38	23
Portugal	87	62	80	54	38	15	25	14
País com pior média	72	41	68	42	25	13	24	11

Nota: Este estudo envolveu 18 países europeus e as percentagens médias aqui apresentadas são apenas aproximadas após leitura das figuras apresentadas no relatório.

Os resultados do Relatório sobre a Saúde na Europa (OMS, 2002) convergem com os do estudo anterior, porquanto identificam Portugal como o país com maior percentagem de habitantes que não praticavam uma actividade física suficiente para manter ou melhorar a Saúde (pelo menos, 3,5 horas por

semana). Este estudo não analisava os dados apenas da população adolescente, mas sim da população em geral o que, ainda que fugindo um pouco às idades e ao âmbito da nossa dissertação, não deixa de reforçar a necessidade de intervirmos nesta área no nosso país (Quadro 1.11).

Quadro 1.11. Resultados do relatório sobre a Saúde na Europa relativos à percentagem de habitantes de diferentes países que não praticavam actividade física suficiente para manter ou melhorar a Saúde (adaptado de OMS, 2002).

países	%
País com melhor média	14
Média de todos os países	41
Espanha	50
Portugal (país com pior média)	70

Sobre o consumo de alimentos...

Todos aceitamos, sem grande contestação, que a alimentação é, certamente, um dos nossos comportamentos mais importantes na vida. E é precisamente por estar presente em toda a vida e em todos os dias, várias vezes ao dia, que temos de olhar para ele com especial atenção (Loureiro, 1999).

Sendo cada um de nós um individuo diferente dos outros, é natural que as nossas necessidades nutritivas variem e dependam de vários factores, tais como: o sexo, a idade, a altura, o peso, o nível habitual de actividade física, o tipo de trabalho habitual, o estado de Saúde, as condições gerais de vida ou ainda outros factores mais extrínsecos aos indivíduos como o clima (Roales-Nieto, 2004a). Por outro lado, sabe-se hoje que uma dieta equilibrada ajuda a manter uma boa Saúde, podendo mesmo evitar muitas doenças.

Sendo a alimentação um dos comportamentos mais determinantes que temos em toda a vida, assume na adolescência uma importância vital para o normal e adequado desenvolvimento de todos os jovens. Aliás, é reconhecido que se os jovens adolescentes adquirirem hábitos alimentares saudáveis nesta importante fase da sua afirmação, têm mais probabilidades de manterem esses hábitos na vida adulta, reduzindo assim o risco de doenças crónicas e de

muitos outros problemas relacionados com a Saúde (Loureiro, 1999; OMS, 2004a).

Segundo o Relatório sobre a Saúde na Europa (OMS, 2002), a carga de morbilidade que se pode atribuir a uma alimentação desadequada é mais importante do que se possa pensar à partida. Com efeito, a má alimentação associada ao progressivo sedentarismo é referida como um dos factores mais importantes de desenvolvimento de incapacidades de vária ordem. São apontados neste Relatório, como exemplos de má alimentação, os ácidos das gorduras saturadas, que podem explicar o aumento das taxas de colesterol na população, tendo um papel determinante na epidemia das doenças coronárias, identificadas como a principal causa de morte na região europeia. Salienta-se ainda que o consumo regular de frutas e vegetais permite reduzir o risco de doenças crónicas mas sabe-se, igualmente, que apesar do conhecimento daquele benefício, na maioria dos países da Europa não se atinge o recomendado pela OMS de 400 gramas por pessoa e por dia (OMS, 2004b).

Por outro lado, no estudo da Comissão Europeia (2004), reforça-se o alerta acerca dos indicadores da má alimentação da população em geral e dos jovens em particular. Entre outros aspectos, salienta-se que, sendo o pequeno-almoço uma refeição tão importante, mais de um terço dos jovens europeus não o comem nos dias em que têm escola. Normalmente, os que não comem o pequeno-almoço, compensam depois esta falha com *snacks* ricos em gorduras e açúcares. Faz-se ainda referência neste estudo ao escasso consumo regular de vegetais e ao elevado consumo de carne, salsichas e doces; sobre o consumo de frutas, salienta-se que é variável de país para país.

Sendo este comportamento de difícil avaliação, porquanto envolve um conjunto muito alargado de variáveis, muitas delas de difícil mensuração e diagnóstico correcto, emergem maiores dificuldades na análise e comparação dos dados dos diferentes estudos. Ainda assim, tal como referimos na abordagem ao comportamento anterior, é possível identificar a existência de alguns pontos comuns entre os diferentes estudos analisados e, a partir daí, estabelecer algumas conclusões.

Matos e col. (2003), analisaram no seu estudo três alimentos que podemos considerar saudáveis e três alimentos não saudáveis. Fazendo as médias obtidas no consumos destes alimentos, verificámos que as raparigas consumiam em maior percentagem do que os rapazes os alimentos saudáveis; quando analisados os resultados em função da idade, verificava-se que eram os mais novos que comiam em maior percentagem os alimentos saudáveis (ver Quadro 1.12).

Quadro 1.12. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência de consumo de alguns alimentos saudáveis, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

Consumo de alimentos saudáveis leite, frutas e vegetais (frequência - % médias)		raramente ou nunca (%)		pelo menos uma vez por semana (%)		pelo menos uma vez por dia (%)	
		masc	fem	masc	fem	masc	fem
		análise por sexo		8,8	7,8	39,6	37,3
análise por idade	13 anos	7,9		36,6		55,4	
	15 anos	9,0		38,7		52,1	
	+16 anos	10,4		43,0		46,5	

Relativamente ao consumo de alimentos não saudáveis (Quadro 1.13), verificou-se que os rapazes consumiam estes alimentos em maior percentagem do que as raparigas. Na análise em função da idade, no estudo de Matos e col. (2003) não foram encontradas grandes diferenças, muito provavelmente porque os dados não foram analisados separadamente para rapazes e raparigas.

Quadro 1.13. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência de consumo de alguns alimentos não saudáveis, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

Consumo de alimentos não saudáveis refrigerantes, hambúrgueres/..., doces... (frequência - % médias)		raramente ou nunca (%)		pelo menos uma vez por semana (%)		pelo menos uma vez por dia (%)	
		masc	fem	masc	fem	masc	fem
		análise por sexo		22,9	29,8	51,6	50,2
análise por idade	13 anos	26,8		50,6		24,0	
	15 anos	24,3		53,0		22,6	
	+16 anos	23,6		53,3		23,0	

No estudo realizado na Comunidade Valenciana, Blasco e col. (2002) verificaram, relativamente à questão da alimentação, que:

- i) metade dos jovens comia frutas regularmente, não se registando o mesmo em relação às verduras e hortaliças as quais eram consumidas com regularidade por menos de metade dos inquiridos. Relativamente ao consumo de legumes, não chegavam a metade os que consumiam com regularidade, havendo mesmo cerca de 20% que nunca os consumiam.
- ii) o consumo de peixe também era deficitário enquanto o consumo de carne parecia estar acima das quantidades recomendadas, o mesmo se registando no consumo de doces, que eram consumidos em excesso por 30% dos rapazes e 40% das raparigas. Quanto às bebidas com gás, eram os rapazes quem mais consumiam (33%), com 22% das raparigas a também apresentarem consumos excessivos.
- iii) os mais jovens tinham hábitos alimentares mais adequados, havendo no entanto o risco de se estarem a afastar da tradicional alimentação saudável mediterrânea.

Relativamente ao Estudo Europeu *HBSC* (OMS 2004a), centrámos a nossa atenção na análise efectuada ao consumo de quatro alimentos, dois dos quais podemos considerar saudáveis e dois não saudáveis, tendo verificado, em relação aos primeiros, que as raparigas, de uma forma geral, os consumiam mais frequentemente do que os rapazes, o mesmo se registando

por parte dos mais novos, comparativamente aos mais velhos (Quadro 1.14). Quando comparados os resultados relativos aos diferentes países analisados, verifica-se que Portugal apresentou percentagens superiores à média europeia no consumo de alimentos saudáveis.

Relativamente ao consumo de alimentos não saudáveis, os rapazes apresentavam maiores consumos do que as raparigas nos dois escalões etários. Comparando com outros países, os rapazes portugueses apresentaram uma percentagem de consumo de alimentos não saudáveis superior à média europeia só no escalão dos 13 anos, enquanto que as raparigas portuguesas apresentaram sempre consumos inferiores à média europeia.

Quadro 1.14. Resultados do estudo da OMS sobre a frequência de consumo de alguns alimentos saudáveis e não saudáveis em vários países, em função do sexo e da idade (adaptado de OMS, 2004a).

	% média de jovens que consomem fruta e vegetais todos os dias				% média de jovens que consomem refrigerantes e doces todos os dias			
	13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
País com melhor média	48	51	45	52	11	8	10	7
Média de todos os países	29	35	25	32	31	29	31	28
Espanha	22	23	19	23	29	26	30	26
Portugal	33	41	27	34	34	27	27	24
País com pior média	17	19	11	16	50	47	50	49

No Estudo da Comissão Europeia (2004) realizado, como já referimos, por vários investigadores europeus em diferentes países, não foi efectuada uma análise discriminada dos consumos e hábitos alimentares dos jovens por país, uma vez que os dados disponíveis, dadas as diferentes metodologias seguidas, não a permitiram. Ainda assim, considerando as conclusões encontradas nos diversos estudos realizados em alguns dos países, foi possível elaborar algumas conclusões gerais relativamente ao consumo de alimentos:

- i) as crianças e os adolescentes raramente comiam vegetais;

- ii) os consumos de cereais, batatas, arroz e pão pareciam ser igualmente muito baixos.
- iii) por outro lado, os consumos de carne, salsichas, doces e açúcar pareciam ser muito altos;
- iv) o consumo de frutas variava de país para país (por exemplo, era apropriado em Espanha e insuficiente na Polónia e na Suécia); e
- v) as raparigas comiam o pequeno-almoço com menos frequência do que os rapazes, tinham hábitos alimentares mais irregulares e faziam mais vezes dieta. Apesar disso, as raparigas tinham uma alimentação de melhor qualidade do que os rapazes.

Olhando agora para o Relatório sobre a Saúde na Europa (OMS, 2002), verificámos que, ao contrário do verificado para a actividade física, Portugal apresentou os melhores resultados relativamente aos hábitos alimentares, a par da Itália. Neste estudo não foram analisados outros consumos, nem se fizeram análises em função do sexo ou da idade, pelo que podemos dizer que a alimentação, sendo uma temática onde ainda temos de intervir em Portugal, não se apresenta como a área onde apresentamos os piores resultados, muito pelo contrário (ver o Quadro 1.15).

Quadro 1.15. Resultados do estudo da OMS sobre o consumo médio de frutas e legumes em diferentes países (adaptado de OMS, 2002).

	Consumo médio diário, em g/pessoa, de frutas e legumes
Média de todos os países	169
Portugal e Itália	220
Áustria, Bélgica, França	172
Países nórdicos	136
País com pior média	100

Por fim, podemos salientar e reforçar a ideia de que estamos perante um comportamento de difícil avaliação rigorosa, razão pela qual, consideradas igualmente as enormes diferenças metodológicas existentes ao longo das

diferentes análises, se torna ainda mais difícil encontrar dados consistentes que permitam elaborar conclusões úteis e inequívocas.

Não obstante, da análise realizada aos diferentes estudos anteriormente referidos, parece resultar a existência de uma significativa irregularidade no consumo dos diferentes alimentos, registando-se altas percentagens de jovens com consumos de alimentos saudáveis mas também altas percentagens de jovens com consumo de alimentos não saudáveis. Saliente-se ainda a ideia de que as raparigas parecem ter, no geral, melhores hábitos alimentares do que os rapazes, verificando-se nestes uma tendência mais acentuada para os hábitos alimentares piorarem com o aumento da idade, situação que parece não ser tão evidente nas raparigas.

Sobre o consumo de tabaco...

O consumo de tabaco remonta há mais de dois mil anos nas regiões onde a planta crescia de forma natural, a América. Terão sido os espanhóis que, com a chegada ao continente americano, trouxeram a planta para a Europa acreditando nos seus poderes curativos. Sabe-se também que não foi pacífica a sua introdução nos hábitos europeus, chegando mesmo o seu consumo a ser considerado um vício imoral. Assim, só a partir do séc. XVIII se começou a generalizar o consumo de tabaco, a droga mais socializada e generalizada, tendo uma enorme importância económica e social (Roales-Nieto, 2004b).

O aumento exagerado e generalizado do consumo de tabaco que, como se sabe, atingiu ao longo do tempo muitos milhões de pessoas em todo o mundo, acabou por ter enormes repercussões em termos de Saúde Pública. Hoje, a droga que se acreditava ter poderes curativos é responsável, segundo a OMS, por quase 5 milhões de mortos todos os anos, prevendo-se ainda o aumento deste número se entretanto não se tomarem medidas mais apertadas que diminuam de forma drástica o seu consumo (OMS, 2006a).

Relativamente à Europa, estima-se que perto de 215 milhões de europeus sejam fumadores e que a prevalência entre os 15 e os 18 anos seja de cerca de 30% (OMS, 2002).

Devido às razões já apontadas, o tabaco é uma das drogas que mais tem sido estudada nos últimos anos. Por outro lado, sendo uma droga legal e socialmente aceite, apesar de já ter tido melhores dias no que diz respeito à aceitação por parte de todos, tem um início de consumo precoce, o que aumenta as probabilidades de doenças crónicas, tantas vezes fatais ou pelo menos responsáveis por perda da qualidade de vida em tantas pessoas de todas as idades em todo o mundo (Lima, 1999; Tomás e Atienza, 2002).

Sabe-se ainda que, de uma maneira geral, parece estar a diminuir o consumo de tabaco no sexo masculino, estando a aumentar muito no sexo feminino, com diversos estudos a mostrarem níveis de consumo idênticos nos dois sexos ou mesmo superiores no sexo feminino. Deste modo, uma vez que já não há dúvidas sobre as consequências graves que o tabaco tem para a Saúde, têm-se intensificado, sobretudo nos últimos anos, as campanhas de prevenção do consumo de tabaco, assim como se têm produzido leis que procuram reduzir o consumo assim como proteger os consumidores passivos.

Tem sido uma luta difícil, nem sempre ganha, bastando para isso olhar para os resultados dos diferentes estudos que mostram que, para além do número ainda enorme de adultos fumadores, muitos jovens iniciam o consumo muito precocemente.

Olhemos para alguns dos dados que recolhemos nos diferentes estudos que consultámos:

Assim, como podemos observar no Quadro 1.16, no estudo desenvolvido por Matos e col. (2003), rapazes e raparigas apresentaram praticamente a mesma regularidade de consumo de tabaco (cerca de 10%, em ambos os géneros referiram consumos diários). Podemos ainda verificar que os mais novos apresentavam menor consumo de tabaco do que os mais velhos.

Quadro 1.16. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência do consumo de tabaco, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

Consumo de Tabaco (frequência)		não fuma (%)		- uma vez por semana (%)		uma vez por semana (%)		todos os dias (%)	
		masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
análise por sexo		81,1	81,7	5,7	5,5	4,3	4,7	8,8	8,1
análise por idade	13 anos	87,9		4,7		3,7		3,6	
	15 anos	75,5		7,9		5,9		10,7	
	+16 anos	61,6		7,8		7,7		22,8	

Por outro lado, no estudo realizado na comunidade valenciana por Tomás e Atienza (2002) ressaltam as seguintes conclusões

i) o consumo de tabaco aumentava progressivamente com o aumento da idade dos jovens;

ii) as raparigas apresentavam maiores consumos do que os rapazes. Tanto na amostra de alunos com 13 anos como nas amostras com alunos de 15 anos, as raparigas fumavam mais do que os rapazes. Na Escola com alunos de 13 anos, existiam 19% de raparigas e 11% de rapazes com consumos esporádicos ou regulares. Numa das Escolas com alunos de 15 anos, 50% das alunas fumavam enquanto apenas 30% dos alunos o faziam. Na outra Escola, também com alunos de 15 anos a situação era a mesma, embora com percentagens mais elevadas de fumadores em ambos os sexos (62% das raparigas e 46% dos rapazes); e

iii) relativamente aos consumos diários, foram identificadas algumas situações preocupantes uma vez que as percentagens eram bastante elevadas, confirmando-se a tendência anteriormente registada de as raparigas apresentarem consumos mais elevados do que os rapazes. Assim, numa das Escolas, a percentagem de fumadoras diárias era de mais do dobro das fumadoras esporádicas (36% e 15%, respectivamente) não se verificando uma diferença tão pronunciada em relação aos rapazes (17% e 13%, respectivamente). Noutra Escola, porém, foram encontradas diferenças ainda mais elevadas, com 50%

das raparigas com 15 anos a fumar diariamente enquanto apenas 12% fumavam esporadicamente. Nos rapazes, uma vez mais, a diferença foi menos acentuada do que a das raparigas, com 30% a fumarem diariamente e 16% a fazê-lo esporadicamente.

No Estudo Europeu *HBSC* (OMS, 2004a), confirmámos a tendência já observada nos estudos anteriores, com os rapazes e as raparigas a apresentarem consumos de tabaco muito parecidos e os mais novos, em ambos os sexos, a terem menores consumos do que os mais velhos.

Portugal, em comparação com os outros países europeus, apresentava no escalão etário dos 13 anos resultados acima da média nos dois sexos; quanto ao escalão dos 15 anos, os rapazes portugueses apresentaram consumos mais baixos do que a média, ao contrário das raparigas que apresentaram consumos acima da média (Quadro 1.17).

Quadro 1.17. Resultados do estudo da OMS (2004a) sobre a percentagem de jovens que consumiam tabaco pelo menos uma vez por semana e diariamente, em função do sexo e da idade adaptado de OMS, 2004a).

	% de jovens que consumiam cigarros pelo menos uma vez por semana				% de jovens que consumiam cigarros diariamente			
	13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
País com melhor média	3	1	15	13	2	1	11	9
Média de todos os países	9	8	24	23	5	4	18	17
Espanha	8	9	24	32	5	4	16	23
Portugal (*)	14	12	18	26	8	5	13	20
País com pior média	19	37	57	67	17	28	53	54

(*) – Na análise dos consumos semanais, entre os 34 países, Portugal ficou situado em 32º no grupo dos 13 anos e em 13º no grupo dos 15 anos. Na análise dos consumos diários, Portugal ficou situado em 29º no grupo dos 13 anos e em 14º no grupo dos 15 anos.

No estudo da Comissão Europeia (2004), os dados relativos ao consumo de tabaco foram certamente retirados do estudo *HBSC* (OMS, 2004a) uma vez que constatámos que as percentagens eram praticamente iguais. Assim, nesta análise fazemos apenas referência ao estudo *HBSC*.

Olhando agora para o Relatório sobre a Saúde na Europa (OMS, 2002), em que os participantes tinham mais de 15 anos, o sexo masculino apresentou maiores consumos do que o sexo feminino, tendo Portugal apresentado resultados acima da média em ambos os sexos (Quadro 1.18).

Quadro 1.18. Resultados do estudo da OMS (2002) sobre a percentagem de indivíduos com mais de 15 anos que consumiam tabaco habitualmente em diferentes países (adaptado de OMS, 2002).

	%	
	masc	fem
País com melhor média	12	5
Portugal	30	8
Espanha	42	34
País com pior média	62	34

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas...

O consumo de bebidas alcoólicas, tal como o do tabaco, remonta às antigas civilizações, podendo a origem do seu consumo situar-se no ano 8000 a.C. Sendo consumida de variadíssimas formas, é a droga mais utilizada em muitas culturas (Pastor e Moreno, 2002). Para além de poder ser consumida de diferentes formas, com diferentes graduações, sendo esta droga legal e socialmente bem aceite em culturas como a europeia, a sua utilização pelos adolescentes está largamente disseminada como comprovam diferentes estudos, estando o problema nem tanto na experimentação ou consumo ocasional (em festas pontuais) mas sim no consumo excessivo e regular.

O álcool tem vários riscos, directos e indirectos. De forma directa, afecta quase todos os órgãos, com especial incidência o fígado, através da acumulação de gordura que provoca o aumento do seu tamanho. O passo seguinte é a cirrose que representa a principal causa de morte dos alcoólicos. O abuso do consumo de bebidas alcoólicas está ainda relacionado com outros problemas de Saúde, nomeadamente doenças respiratórias, danos neurológicos e várias outras patologias (Brannon e Feist, 2000). Ainda segundo Brannon e Feist (2000), como efeitos indirectos do consumo de álcool, temos

alterações ao nível da agressividade e da atenção e o aumento da probabilidade de produzir danos não intencionados em si próprio ou nas pessoas que consigo convivem. Dentro destes danos, assumem particular relevância os acidentes rodoviários, os quais em Portugal, como sabemos, atingem números dramáticos todos os anos.

Nos estudos que consultámos, verificámos que era o sexo masculino e os mais velhos quem consumiam com maior regularidade bebidas alcoólicas.

Na análise efectuada por Matos e col. (2003) sobre o consumo de bebidas alcoólicas, foram consideradas as bebidas de forma separada pelo que a observação que podemos fazer mais do que relativamente às percentagens é sobre as tendências que neste caso, como podemos observar no Quadro 1.19, têm todas a mesma direcção independentemente do tipo de bebida considerada: os rapazes consumiam com maior regularidade do que as raparigas, assim como os mais novos estavam em maior percentagem no grupo dos que nunca ou apenas raramente consumiam sobretudo cerveja e bebidas espirituosas.

Quadro 1.19. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a frequência do consumo de bebidas alcoólicas, em função do sexo e da idade (adaptado de Matos e col., 2003).

	consumo de cerveja			consumo de vinho			consumo de bebidas espirituosas		
	Todos os dias	Todas as semanas/meses	Raramente ou nunca	Todos os dias	Todas as semanas/meses	Raramente ou nunca	Todos os dias	Todas as semanas/meses	Raramente ou nunca
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
rapazes	1,5	11,3	87,2	1,3	3,8	95,0	1,8	12,6	85,6
raparigas	0,2	4,1	95,7	0,2	1,0	98,8	0,3	9,9	89,8
13 anos	0,7	3,2	96,1	0,7	1,2	98,1	1,4	5,2	93,5
15 anos	0,9	10,1	89,0	1,1	2,6	96,3	0,9	15,7	83,4
+16 anos	1,7	19,3	79,0	0,6	6,4	93,0	1,3	26,6	72,1

Da análise do estudo realizado em Valência sobre o consumo de álcool (Pastor e Moreno, 2002), resulta como primeira conclusão, na linha de outras investigações, o facto de o consumo aumentar muito com a idade e de os 15 anos serem a idade em que se começava a verificar um aumento considerável. Esta situação foi observada essencialmente no consumo de cerveja e de licores ou combinados (Quadro 1.20) já que nos outros consumos

considerados (vinho, champanhe e sidra) não foram encontradas percentagens tão elevadas de jovens com consumos regulares (abaixo dos 10%). Destacava-se ainda neste estudo o facto de parecer que, também nas bebidas alcoólicas, estarem a aproximar-se os consumos nos dois sexos, sendo no entanto o consumo de cerveja um consumo tipicamente masculino e o de licores ou combinados ser mais preferido pelas raparigas.

Quadro 1.20. Resultados do estudo de Pastor e Moreno (2002) sobre a percentagem de jovens que consumiam cerveja, licores ou combinados pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e da idade (adaptado de Pastor e Moreno, 2002).

% de jovens que consumiam cerveja uma vez por semana ou mais				% de jovens que consumiam licores ou combinados uma vez por semana ou mais			
13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
2,3	2,9	20	15	1,5	5	25	30

Da análise aos resultados recolhidos em diferentes países no âmbito do estudo *HBSC* (OMS, 2004a), emerge como primeira observação, algo já verificado nos outros estudos: os mais novos consumiam menos bebidas alcoólicas do que os mais velhos e os rapazes consumiam mais do que as raparigas (Quadros 1.21 e 1.22). É ainda interessante notar que a diferença de consumo entre os sexos era menos acentuada no consumo de vinho e de bebidas espirituosas do que no consumo de cerveja (consumo tipicamente masculino, como igualmente referiram Pastor e Moreno, 2002).

Nesta análise, Portugal apresentou de uma maneira geral consumos abaixo da média europeia, o que não deixa de ser uma boa notícia, face a outras análises anteriormente referidas contrariando o que seria eventualmente de esperar, dados os altíssimos índices de consumo que normalmente apresentamos nos adultos. Inclusivamente, no escalão dos 15 anos, Portugal foi o país que apresentou consumo semanal de bebidas alcoólicas mais baixo (Quadro 1.21).

Quadro 1.21. Resultados do estudo da OMS (2004a) sobre o consumo semanal de bebidas alcoólicas e de cerveja, em diferentes países, em função do sexo e da idade (adaptado de OMS, 2004a).

	Consumo semanal de bebidas alcoólicas				Consumo semanal de cerveja			
	13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
	%	%	%	%	%	%	%	%
País com melhor média	9	3	21	11	1	1	10	5
Média de todos os países	15	9	34	24	9	4	26	11
Espanha	10	4	32	25	4	0,3	14	4
Portugal *	13	4	21	11	7	1	11	5
País com pior média	34	25	58	54	21	9	48	32

(*) – Na análise dos consumos semanais de bebidas semanais, entre os 34 países, Portugal ficou situado em 8º no grupo dos 13 anos e em 1º no grupo dos 15 anos.

Neste estudo, seguindo as mesmas tendências identificadas noutras análises já referidas, observámos que a diferença nos consumos dos dois sexos era mais acentuada no consumo de cerveja do que no consumo das outras bebidas. Interessa, no entanto, reter, numa análise mais global, que os rapazes consumiam com maior regularidade do que as raparigas e que os consumos aumentavam com a idade (Quadro 1.22).

Quadro 1.22. Resultados do estudo da OMS (2004a) sobre o consumo semanal de vinho e de bebidas espirituosas em diferentes países, em função do sexo e da idade (adaptado de OMS, 2004a).

	Consumo semanal de vinho				Consumo semanal de bebidas espirituosas			
	13 anos		15 anos		13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
	%	%	%	%	%	%	%	%
País com melhor média	1	0	2	2	1	1	3	2
Média de todos os países	5	3	8	6	5	3	12	10
Espanha	3	0,3	8	4	4	2	18	16
Portugal	4	0,4	4	2	8	5	12	10
País com pior média	19	8	32	16	16	19	36	33

No estudo da Comissão Europeia (2004), os dados relativos ao consumo de álcool foram também retirados do estudo *HBSC* (2004), a exemplo do que já tínhamos verificado no consumo de tabaco. Assim, na análise que foi efectuada sobre este comportamento neste estudo, reforça-se a ideia de que os consumos eram muito variáveis de país para país e que as raparigas apresentavam maiores taxas de abstinência do que os rapazes, apesar de nos últimos anos estar a aumentar muito o consumo de bebidas alcoólicas nas raparigas.

No Relatório sobre a Saúde na Europa (OMS, 2002) apenas foi efectuada uma análise mais global desta problemática, tendo sido salientado, entre outros aspectos, que a Europa era a região do mundo com maiores consumos e que as médias observadas nos diferentes países eram muito diferentes, entre os 0,9 e os 13,3 litros por pessoa, para um consumo médio de 7,3 litros (dados de 1998). Foi ainda referido que actualmente as médias nos diferentes países se alteraram, aumentando de maneira geral, podendo mesmo em alguns países chegar aos 20 litros por pessoa.

Neste estudo faz-se também referência ao ESPAD, projecto europeu de diagnóstico dos consumos em meio escolar, dizendo-se que se verificam na Europa diferentes cenários: nos países nórdicos os consumos parecem estar a estabilizar, mas a diminuir na Suécia; na Letónia e na Lituânia a aumentar, mas com uma ligeira baixa na Estónia; nos 15 países da União Europeia (na altura ainda só eram 15), a Irlanda era o país com maiores aumentos, seguida da Grécia, Luxemburgo e Portugal; nos restantes países, as taxas de consumo tinham baixado em seis países e estavam estáveis nos outros cinco.

1.5 – Dos comportamentos aos estilos de vida...

Da análise dos vários estudos centrados nos comportamentos dos adolescentes, parece resultar acima de tudo a evidência de que uma das características mais vincadas desta fase da vida humana, já salientada por nós, é precisamente a diversidade, a diferença, a mudança. Nesse sentido, a forma

diferente como ao longo dos diversos estudos foi feita a análise dos comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, adicionada à sua especificidade, por um lado, e à inconstância com que eram adoptados por eles, por outro, constitui-se como uma dificuldade acrescida para quem quer proceder a um diagnóstico rigoroso neste domínio.

A ideia que fica, é que se percebe esta enorme variedade de estudos e de formas diferentes de olhar para os comportamentos dos adolescentes por existirem muitas possibilidades de análises, dadas as características dos comportamentos e das diferentes possibilidades que temos para avaliar cada um dos comportamentos por si só.

Queremos, no entanto, salientar um aspecto que para nós foi determinante:

Procurámos, mas não encontramos muitas referências à análise conjunta dos diferentes comportamentos, relacionando-os entre si. E se falamos de estilos de vida, entendemos que devemos estudar no seu conjunto os diferentes comportamentos que os jovens adoptam e não apenas analisar cada um isoladamente.

Sendo importante esta análise isolada dos comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes para conhecermos com profundidade cada um deles e assim sabermos onde intervir prioritariamente, entendemos ser também adequado perceber melhor como é que se relacionam estes comportamentos dos adolescentes configurando um determinado estilo de vida.

E como podemos definir estilo de vida?...

Segundo a OMS (in Matos e col., 2000b, p. 22), “estilos de vida são um modo de vida baseados em padrões identificáveis de comportamentos determinados pela interacção entre as características pessoais do individuo, as interacções sociais e as condições de vida socioeconómicas e envolventais”.

Nutbeam (in Matos e col., 2000b, p. 22) acrescenta que não se pode afirmar que existe um estilo de vida óptimo para ser prescrito a todas as

peças, até porque, acrescentamos nós, esta ideia contraria a actual definição de Saúde que co-responsabiliza cada indivíduo na gestão e promoção da sua própria Saúde. Acrescenta ainda Nutbeam “que a cultura, o estatuto socio-económico, a estrutura familiar, a idade, a habilidade física, o envolvimento em casa e no local de trabalho, (leia-se as Escolas, no caso dos adolescentes), farão certos estilos e condições de vida mais atractivos, possíveis e apropriados”.

Podemos assim dizer que o estilo de vida de cada indivíduo, estando directamente relacionado com as diferentes características que cada um tem, é constituído por um conjunto de padrões comportamentais. Não há por isso um, mas sim vários estilos de vida que poderemos considerar *saudáveis* (Matos e col., 2000a).

Castillo e Balaguer (2002) reforçam esta ideia salientando precisamente que os estilos de vida relacionados com a Saúde referem-se a padrões ou conjunto de condutas mais ou menos estáveis que têm relação com a Saúde; umas, como a actividade física e a alimentação saudável, influenciam de forma positiva a Saúde e outras, como o consumo de tabaco e de álcool, com influência negativa.

Conforme referimos anteriormente, dentro dos comportamentos que pretendíamos estudar, a prática desportiva assumia para nós, por razões óbvias, importância especial. Assim, na análise dos estilos de vida dos jovens, era para nós determinante relacionar a prática desportiva dos adolescentes com os outros comportamentos relacionados com a sua Saúde, tentando assim encontrar respostas para algumas dúvidas que tínhamos quando iniciámos este trabalho. Aliás, depois de analisados os estudos realizados neste domínio, apesar de, como já salientámos, não termos encontrado muitas análises que relacionassem de forma evidente os diferentes comportamentos, encontramos alguns indicadores que fornecem suporte para a colocação de uma importante questão : Será a prática desportiva sinónimo de um estilo de vida saudável?...

Nesta temática, como em muitas outras relacionadas com a Saúde, são muitos os equívocos. Um deles, relativo ao tipo de relação que normalmente se faz da Saúde com a actividade física e a prática desportiva, parece ser evidente e necessitar de análise profunda, conforme sublinhou Mota (2004). Esta relação é muitas vezes mal interpretada, relacionando-se com ganhos de Saúde o que são simples actividades informais ou de puro entretenimento. Temos ainda, dentro desta temática, a corrida acelerada a muitos ginásios por parte de muitas pessoas que foram apenas atrás da moda ou do anúncio bem feito, não fazendo a necessária introspecção relativamente ao seu estilo de vida. Como é habitual, nestes caso, o abandono precoce é a norma.

Refere, a este propósito, Mota (2004) que

é por isso que o desporto, o envolvimento do *ser activo* só tem sentido no âmbito de um projecto que nos remeta para o sujeito, as suas aspirações, necessidades e vontades, ou seja, nos coloque fundamentalmente o desporto como projecto de vida.

Por outro lado, olhando para os adolescentes, com todas as suas especificidades, mudanças e desejo de experimentar coisas novas, a questão que colocámos ganha novos contornos: até que ponto, o facto dos jovens praticarem desporto influencia positivamente a adopção de outros comportamentos protectores de Saúde?

Procurando precisamente encontrar respostas para esta questão, Castillo e Balaguer (2002) analisaram as correlações existentes entre os comportamentos clássicos relacionados com a Saúde dos adolescentes da comunidade valenciana (considerando os dados relativos a cada um dos sexos separadamente) tendo encontrado diferenças entre os estilos de vida dos rapazes e das raparigas, bem como alguns dados que suportam a pergunta que colocamos anteriormente.

Conforme é possível verificar através da consulta ao Quadro 1.23, da análise efectuada apenas aos dados dos jovens do sexo masculino, resultou que a correlação com magnitude mais elevada foi a registada entre o consumo de tabaco e de álcool. No que diz respeito às correlações existentes entre a

prática desportiva e a actividade física com os outros comportamentos é interessante observar as diferenças. Assim, foi identificada uma correlação negativa, com significado estatístico, entre os consumos de tabaco e de álcool e a actividade física, mas o mesmo já não se verificou em relação à prática desportiva, a qual se correlacionou de forma negativa com o consumo de tabaco (mas sem significado estatístico) e de forma ligeiramente positiva em relação ao álcool.

Em relação à correlação da actividade física e da prática desportiva com a alimentação, os resultados também nos levam a equacionar se aqueles comportamentos protectores de Saúde estão tão positivamente relacionados como normalmente se considera. De facto, apesar de ter sido identificada uma correlação positiva (com significado estatístico) entre a actividade física e a prática desportiva com a alimentação saudável, o mesmo se verificou relativamente à alimentação não saudável. Neste caso, foi encontrada uma correlação positiva mais forte na actividade física do que na prática desportiva.

Estes resultados indicando, por um lado, que se confirma a associação positiva entre alguns comportamentos de risco, nomeadamente consumo de tabaco, de álcool e de alimentos não saudáveis, por outro lado, reforçaram as nossas dúvidas iniciais sobre a efectiva influência assumida pelo facto dos jovens serem activos fisicamente na adopção de outros comportamentos protectores de Saúde. Isto no que diz respeito aos jovens do sexo masculino.

Quadro 1.23. Resultados do estudo de Castillo e Balaguer (2002) sobre as correlações existentes entre os índices de condutas clássicas dos estilos de vida saudáveis no sexo masculino. (adaptado de Castillo e Balaguer, 2002)

Variáveis	Tabaco	Álcool	Alimentação Saudável	Alimentação não saud.	Prática Desportiva
Tabaco	-				
Álcool	.61**	-			
Alimentação Saudável	-.04	-.02	-		
Alimentação não saudável	.02	.16**	.19**	-	
Prática Desportiva	-.05	.02	.16**	.07	-
Actividade Física	-.19**	-.19**	.18**	.19**	.17**

(* P<.05; ** p<.01)

Relativamente ao sexo feminino, Castillo e Balaguer (2002) encontraram algumas diferenças face aos resultados encontrados para o sexo masculino nomeadamente nas correlações entre a actividade física e a prática desportiva e os outros comportamentos (Quadro 1.24). Assim, na análise dos dados referentes às raparigas, ao contrário do verificado com os rapazes, foi evidente uma correlação negativa forte (com significado estatístico) entre a prática desportiva e os consumos, tanto de tabaco como de álcool. Acrescente-se ainda que, também ao contrário do verificado nos rapazes, as correlações entre actividade física e os consumos eram negativas mas sem significado estatístico. Na alimentação também encontramos diferenças, com a correlação positiva entre a alimentação saudável e a prática de actividade física e de desporto a não atingir uma expressão tão evidente como em relação aos rapazes.

Estes resultados permitem duas leituras: por um lado, confirma-se a necessidade de proceder a análises separadas para cada um dos sexos; por outro lado, com a leitura deste estudo de Castillo e Balaguer (2002) confirmamos as dúvidas que tínhamos sobre a influência que a prática desportiva poderá ter na adopção de outros comportamentos protectores de Saúde.

Quadro 1.24. Resultados do estudo de Castillo e Balaguer (2002) sobre as correlações existentes entre os índices de condutas clássicas dos estilos de vida saudáveis no sexo feminino (adaptado de Castillo e Balaguer, 2002).

Variáveis	Tabaco	Álcool	Alimentação Saudável	Alimentação não saud.	Prática Desportiva
Tabaco	-				
Álcool	.66**	-			
Alimentação Saudável	-.08	-.03	-		
Alimentação não saudável	.13**	.19**	-.05	-	
Prática Desportiva	-.21**	-.20**	.08	-.03	-
Actividade física	-.09	-.07	.09	.05	.30**

Por sua vez, no estudo de Matos e col. (2003), no capítulo em que foi apresentada a análise relativa à *associação entre diversos factores e comportamentos ligados ao risco e à protecção da Saúde*, (efectuada a partir do recurso à regressão logística e ao cálculo de *odds ratio*), encontrámos alguns resultados que não deixam de ser interessantes, quando se procura relacionar a actividade física, a alimentação não saudável, o consumo de tabaco e o consumo de álcool.

Mais especificamente, como podemos verificar no Quadro 1.25, a actividade física parecia estar associada positivamente, embora de forma ligeira, com o consumo de alimentos não saudáveis e negativamente com o consumo de tabaco (relação negativa mais forte) e com o consumo de álcool (menos forte). Olhando para estes dados é possível verificar ainda a existência de uma associação positiva muito forte entre o consumo de tabaco e de álcool, bem como uma associação igualmente positiva (embora menos forte) entre estes consumos e a alimentação não saudável.

Assim sendo, neste estudo foi encontrada apenas uma associação negativa com significado estatístico entre a actividade física e o consumo de tabaco, não se passando o mesmo entre a actividade física e o consumo de álcool.

Quadro 1.25. Resultados do estudo de Matos e col. (2003) sobre a relação entre diferentes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes (adaptado de Matos e col., 2003).

	ACTIVIDADE FÍSICA	ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL	CONSUMO DE TABACO	CONSUMO DE ÁLCOOL
ACTIVIDADE FÍSICA	-	1.09	0.76 *	0.94
ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL	1.09	-	1.38 **	1.11
CONSUMO DE TABACO	0.79	1.41 **	-	3.99 ***
CONSUMO DE ÁLCOOL	0.90	1.14	4.04 ***	-

Verificámos ainda que no estudo da Comissão Europeia (2004) se, por um lado, não foram encontradas quaisquer associações, quer positivas quer negativas, entre a prática desportiva e o consumo de álcool, por outro lado,

verificou-se a existência de uma associação negativa entre a prática desportiva e o consumo de tabaco.

Pelo seu lado, Bañuelos (1996), num estudo realizado na Comunidade Autónoma de Madrid junto de 1360 estudantes de 17-18 anos, concluiu que os jovens que praticavam regularmente exercício físico consumiam menos tabaco do que os que apenas tinham uma prática ocasional mas, por outro lado, consumiam mais bebidas alcoólicas.

À mesma conclusão chegaram Dun e Wang (2003), num estudo realizado junto de cerca de 2500 estudantes com idades entre os 18 e os 23 anos. Neste estudo, foram bem evidentes, em ambos os sexos, as associações positivas entre prática desportiva recreativa e o consumo de bebidas alcoólicas. Relativamente à associação da prática desportiva com o consumo de tabaco foram encontradas associações negativas; ou seja, quem praticava desporto com regularidade fumava menos do que quem só praticava de forma reduzida. Acrescente-se que quem não praticava desporto fumava ainda mais do que quem praticava de forma reduzida.

Parece assim pertinente colocar-se esta questão: afinal, que influência terá o facto dos jovens praticarem desporto na adopção de outros comportamentos relacionados com a Saúde?

1.6 – Da análise objectiva dos comportamentos dos adolescentes ao aprofundamento de algumas variáveis subjectivas...

Como já salientámos quando abordámos o conceito de Saúde, sendo este conceito tão abrangente e implicando um sem número de variáveis, se queremos aprofundar esta temática e se a intenção consistir em procurar conhecer para intervir, deveremos considerar diferentes análises que, por um lado, nos permitam fazer o diagnóstico dos comportamentos e, por outro, nos ajudem a perceber algumas das razões que determinam esses comportamentos (Bruchon-Schweitzer, 2002; Kegler e col., 2002).

Assim, parece-nos determinante que, para além da recolha de dados mais objectivos, se procure fazer também uma avaliação da componente subjectiva que envolve este conceito. A importância desta análise, aumenta ainda mais se considerarmos que na nossa investigação estávamos centrados na adolescência, fase da vida humana tão especial e tão sujeita a mudanças, onde acontecem um conjunto de adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais que devem ser estudadas de diferentes ângulos (Garcia-Merita e Soler, 2002).

Nesta linha, conforme aliás salientou Ogden (2004), o facto de as investigações aprofundarem mais as medidas de avaliação objectiva ou subjectiva de Saúde reflecte a forma como definimos este conceito e quais os aspectos que mais valorizamos. Se considerarmos Saúde essencialmente como presença ou ausência de morte, as taxas de mortalidade são valores de medida precisos que permitem inclusivamente comparações entre os diferentes países.

Por outro lado, considerando que tudo o que envolve o conceito de Saúde tem uma dimensão muito mais complexa, certamente que considerar apenas a taxa de mortalidade não satisfaz. Pode, neste caso, olhar-se também para as taxas de morbilidade que, apesar de não nos darem toda a informação sobre o estado de Saúde de uma população, dão-nos mais indicadores do que se olharmos apenas para as taxas de mortalidade. De qualquer forma, estes indicadores centram-se essencialmente na doença já instalada nas populações e é, também por isso, que cada vez mais se tem optado por incluir na investigação sobre esta temática as medidas do estado subjectivo de Saúde, sobretudo quando centramos a nossa investigação nos jovens, a maioria deles sem doença ainda declarada. Assim o fizeram, entre outros, Balaguer e col. (2002a) e Matos e col. (2003).

Dentro desta temática abrangente, a avaliação da percepção de Saúde de cada indivíduo é um dos caminhos possíveis, sendo mesmo recomendado o seu estudo pela OMS, visto ser um dos indicadores mais considerados (Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Ministério da Saúde (2004b). Adicionalmente, sendo importante analisar a forma como cada jovem avalia o seu estado de

Saúde, também nesta temática interessa estudar até que ponto a percepção de Saúde está relacionada com os comportamentos (Castillo e Balaguer, 2002). Ou seja, que relação existirá entre o lado subjectivo e o lado objectivo que envolve este conceito?

Recordando tudo o que escrevemos anteriormente, importará salientar o que diferentes autores têm dito (entre outros, Balaguer, 2002a), bem como as inúmeras referências nos documentos produzidos ao longo dos anos pela OMS acerca da importância que assumem os comportamentos de cada um em tudo o que se relaciona com a Saúde, desde os ganhos ou perdas de qualidade de vida até às causas de morte prematura.

Assim, percebendo melhor que avaliação cada um faz destes aspectos relacionados com a sua Saúde, avaliação que sabemos ser subjectiva porque é de cada um, conforme as suas características e circunstâncias de vida, e aprofundando depois que relação existe entre essa avaliação e os comportamentos que cada um tem, acreditamos que poderemos intervir melhor...

Capitulo 2

Dos comportamentos isolados aos estilos de vida dos adolescentes...

Estudo 1. Dos comportamentos isolados aos estilos de vida dos adolescentes...

2.1 - Introdução

Conforme referimos no capítulo 1, várias equipas de investigadores têm procurado caracterizar, de diferentes formas, os comportamentos relacionados com a Saúde dos jovens.

Todavia, da consulta que fizemos a várias investigações resulta a constatação de que as análises realizadas se caracterizam em grande medida pelo estudo numa perspectiva analítica e individualizada dos diferentes comportamentos e não pela sua análise interligada, isto apesar de, frequentemente, ser assumido que o que está em causa é conhecer os estilos de vida dos jovens e não apenas os seus comportamentos isoladamente.

Ainda que reconhecendo a importância de se estudar em profundidade e detalhe o tipo de comportamentos adoptados pelos adolescentes com impacto ao nível da sua Saúde, consideramos de especial importância procurar responder igualmente à seguinte questão: será possível identificar diferentes tipos de estilos de vida relacionados com a Saúde dos adolescentes, a partir da análise das relações existentes entre os seus comportamentos?

Nesse sentido, foi nosso objectivo proceder, numa primeira fase da nossa dissertação, à caracterização dos principais comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, designadamente a prática desportiva, o consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas, bem como analisar as relações existentes entre os referidos comportamentos, procurando assim identificar os estilos de vida adoptados pelos adolescentes.

Adicionalmente, com base nas indicações existentes ao nível da literatura disponível neste domínio do conhecimento, procurámos ainda, tanto num caso como no outro, analisar os resultados encontrados em função do sexo e da idade dos adolescentes

Assim, com este primeiro estudo, que para nós iria ser a base que nos permitiria depois aprofundar os estilos de vida dos adolescentes, pretendíamos atingir os seguintes objectivos:

- Caracterizar os seguintes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes: prática desportiva – consumo de alimentos – consumo de tabaco – consumo de bebidas alcoólicas, analisando os resultados em função do sexo e da idade.

- Identificar e analisar diferentes tipos de estilos de vida dos adolescentes, verificando as diferenças em função do sexo e da idade.

2.2 - Metodologia

amostra

Participaram neste estudo 8480 jovens (52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino) que frequentavam escolas do 3º ciclo e do ensino secundário estando representados todos os anos de escolaridade destes ciclos do ensino português (ver Quadro 2.1).

Quadro 2.1. Ano Escolar

Ano	%	n
7º	21	1734
8º	20	1718
9º	21	1777
10º	18	1504
11º	11	959
12º	9	741
Total	100	8433

As escolas onde foram recolhidos dados eram de várias regiões de Portugal Continental e da Ilha da Madeira, pertencendo 43% da amostra à zona

Litoral do nosso país, 46% ao Interior e os restantes 11% à ilha da Madeira (ver Quadro 2.2).

Quadro 2.2. Distribuição dos alunos pelas regiões onde residiam

Região	%	n
Douro Litoral	25	2147
Beira Litoral	2	140
Estremadura	16	1412
Trás-os-Montes	16	1360
Beira Alta	30	2523
Madeira	11	898
Total	100	8480

A média das idades dos jovens inquiridos era de 15,49 anos (desvio padrão de 1,72 anos), tendo os mais novos 12 anos e os mais velhos 20 anos (ver Quadro 2.3).

Quadro 2.3 - Distribuição dos alunos pelas diferentes idades na amostra global e em função do sexo.

IDADES	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
12 anos	3	222	3	115	2	107
13 anos	11	968	11	446	12	522
14 anos	17	1469	17	705	17	764
15 anos	19	1542	18	747	18	795
16 anos	21	1771	22	876	20	895
17 anos	15	1302	15	618	16	684
18 anos	12	1020	12	466	13	554
19 anos	1	95	1	45	1	50
20 anos	1	82	1	45	1	37

instrumento

Para a recolha de dados foi utilizada uma versão traduzida e adaptada à nossa realidade do questionário utilizado no Estudo Europeu “The Health Behavior Schoolchildren (HBSC): A OMS cross-national survey”(Inventário de condutas de saúde em meio escolar), desenvolvido por Wold (1995).

Este instrumento foi originalmente elaborado por uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra, sendo posteriormente adoptado pela OMS, no âmbito do desenvolvimento de um programa de investigação dos estilos de vida dos adolescentes europeus.

O HBSC é um questionário específico para adolescentes que recolhe um grande número de variáveis relacionadas com os estilos de vida. No nosso caso, utilizámos uma adaptação deste instrumento a partir do questionário utilizado por Balaguer e col. (2002a).

variáveis...

na análise isolada dos comportamentos

Conforme já referimos, as variáveis consideradas neste estudo foram a prática desportiva, o consumo de alimentos, o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas.

Na análise das variáveis, seguimos inicialmente um modelo que já foi utilizado por investigadores da Universidade de Valência (Balaguer, 1999; Balaguer e col., 2002a) e que consiste em criar um conjunto de seis índices para cada um dos comportamentos considerados com base na análise das respostas dadas pelos jovens relativamente a cada um dos comportamentos. E foi isso que nós fizemos, numa primeira fase da análise dos dados, para cada um dos comportamentos a partir das perguntas retiradas do Questionário utilizado no estudo europeu HBSC.

Consideramos, no entanto, que o agrupamento dos comportamentos em seis índices é mais adequado, por exemplo, quando queremos avaliar projectos de intervenção nestes domínios. No entanto, no caso da nossa investigação,

uma vez que era nosso objectivo analisar, numa segunda fase, os comportamentos relacionados com a Saúde em conjunto, para assim conseguirmos caracterizar os diferentes estilos de vida dos adolescentes, entendemos que seria melhor reduzir de seis para três os índices determinados inicialmente, de maneira a não pulverizar tanto a nossa amostra, tornando assim mais exequível a análise que pretendíamos fazer a seguir. Outra razão que justifica considerarmos apenas três grupos na análise dos comportamentos prende-se com a leitura dos resultados que se torna naturalmente mais fácil e acessível.

Deste modo, pretendíamos determinar três grupos que dividissem os comportamentos em diferentes níveis a partir dos seis índices iniciais. E esses três grupos teriam as seguintes características:

Grupo I - onde entrassem os jovens com comportamentos que pudéssemos considerar como representativos de risco elevado para a Saúde dos adolescentes.

Grupo II - onde entrassem os jovens com comportamentos que pudéssemos considerar como representativos de risco moderado para a Saúde dos adolescentes.

Grupo III - onde entrassem os jovens com comportamentos que pudéssemos considerar como protectores da Saúde dos adolescentes.

Depois, tendo os diferentes comportamentos divididos em três grupos, e na tentativa de tornar graficamente mais apelativa e mais facilmente percebida a apresentação dos resultados do diagnóstico que pretendíamos fazer, decidimos atribuir uma cor a cada um dos grupos. Deste modo, escolhemos as três cores que internacionalmente todas as pessoas conhecem e identificam com um certo tipo de comportamento: cor vermelha = sinal de parar (leia-se, neste caso, comportamento de risco elevado); cor amarela = avançar com cuidado (leia-se, neste caso, comportamento de risco moderado); cor verde = avançar à vontade (leia-se, neste caso, comportamento protector).

Passamos a seguir a apresentar a forma como analisámos cada um dos comportamentos:

prática desportiva

Como referimos no capítulo anterior, quando abordámos a temática relacionada com a actividade física, verificámos que os diferentes estudos consideraram este comportamento de forma diferenciada conforme os objectivos de cada investigação. Deste modo, é comum vermos referenciados três conceitos que, estando relacionados, correspondem a actividades diferentes.

Depois de termos definido esses três conceitos (actividade física, exercício físico e prática desportiva), optámos por considerar nesta investigação apenas a prática desportiva que se realizava fora da Escola. Fundamentámos esta nossa decisão essencialmente porque esta prática desportiva, quando praticada, revela intencionalidade do individuo para ter esse comportamento e sabemos que, ao contrário do que acontece com a participação nas aulas de Educação Física que é de frequência obrigatória, não é praticada por muitos jovens fora do contexto escolar. Assim, uma vez que pretendíamos caracterizar os estilos de vida dos jovens, entendemos ser mais adequado analisar até que ponto os adolescentes praticavam ou não desporto fora do contexto escolar.

Deste modo, considerámos nesta análise a prática das diferentes modalidades desportivas realizada fora da escola, entre outras, futebol, basquetebol, voleibol, andebol, ginástica, ciclismo,...

No estudo da prática desportiva, considerámos a frequência da actividade (nunca, 1 a 3 vezes por mês, 1 vez por semana, 2 a 3 vezes por semana, 4 a 5 vezes por semana ou 6 a 7 vezes por semana) e a duração de cada sessão (menos de 20 minutos, entre 20 a 45 minutos, mais de 45 minutos). Em função das respostas, e de acordo com o estudo já referido, realizado por Balaguer e col. (2002a), constituímos primeiramente um conjunto de índices (de 1 a 6), cada um dos quais correspondendo a um diferente envolvimento, em termos de frequência e duração da prática (ver Quadro 2.4).

Quadro 2.4. Índices de prática desportiva

ÍNDICES	DESCRITIVO
1	Não pratica
2	Pratica 1 a 3 x/mês ou 1 x/semana, menos de 20 min. sessão
3	Pratica 1 x/semana, + de 20 min/sessão ou 2/3 x semana, menos 20 min/sessão
4	Pratica 2/3 x/semana, + de 20 min./ sessão ou 4/5 x semana, menos 20 min/sessão
5	Pratica 4/5 x/semana, + de 20 min/sessão ou 6/7 x semana, menos 20 min/sessão
6	Pratica 6/7 x/semana, + de 20 min/sessão

Obtivemos assim um índice global da prática desportiva realizada fora da Escola, não nos interessando nesta altura diferenciar o seu tipo.

A seguir, dividimos o índice de prática desportiva em três grupos (ver Quadro 2.5):

- Grupo vermelho, onde incluímos os jovens com comportamentos de risco elevado, neste caso inexistência de prática desportiva (índice 1);
- Grupo amarelo, onde incluímos os jovens com comportamentos de risco mais moderado visto representar uma prática reduzida de desporto (índices 2 e 3);
- Grupo verde, onde incluímos os jovens com comportamentos protectores da Saúde, neste caso prática regular de desporto (índices 4, 5 e 6).

Quadro 2.5. A prática desportiva e os diferentes níveis consideradas neste estudo

VARIÁVEIS	GRUPOS	NÍVEIS	ÍNDICES
PRÁTICA DESPORTIVA	I – VERMELHO	prática desportiva inexistente	1
	II – AMARELO	prática desportiva reduzida (pratica, no máximo, 2/3 x semana menos 20 min/sessão)	2 e 3
	III - VERDE	prática desportiva regular (pratica, pelo menos, 2/3 x semana mais de 20 min./ sessão)	4, 5 e 6

consumo de alimentos

saudáveis

Continuando a seguir o modelo utilizado por Balaguer e col. (2002a), para determinar o consumo de alimentos saudáveis foram analisados seis alimentos: leite, frutas, peixe, sopa, legumes/ hortaliças e iogurte.

Perguntou-se aos alunos a frequência com que comiam estes 6 alimentos (nunca ou quase nunca, 1 a 3 dias por semana, 4 a 6 dias por semana ou todos os dias) e em função das respostas relativamente ao consumo de cada um dos seis alimentos considerados, atribuímos pontos entre 0 e 2:

2 = consumo do alimento de 4 a 6 dias por semana a todos os dias

1 = consumo do alimento entre 1 a 3 dias por semana

0 = consumo do alimento inexistente ou quase inexistente.

A seguir, somámos os pontos dos seis alimentos considerados obtendo resultados totais entre 0 e 12.

Por fim, atribuímos um índice para o consumo de alimentos saudáveis entre 1 (que significava que nunca ou quase nunca consumiam o conjunto destes alimentos) e 6 (que significava que todos os dias ou quase todos os dias consumiam o conjunto destes alimentos), agrupando os pontos do seguinte modo:

- índice 1 = entre 0 e 2 pontos.
- índice 2 = entre 3 e 4 pontos.
- índice 3 = entre 5 e 6 pontos.
- índice 4 = entre 7 e 8 pontos.
- índice 5 = entre 9 e 10 pontos.
- índice 6 = entre 11 e 12 pontos.

não saudáveis

Para determinar o consumo de alimentos não saudáveis foram considerados os seguintes seis alimentos: café, rebuçados/ gomas, doces/ pastéis, bebidas com gás, batatas fritas, hambúrgueres/ salsichas.

A forma que usámos para a análise do consumo de alimentos não saudáveis foi igual à adoptada para o consumo de alimentos saudáveis.

Na análise deste comportamento relacionado com a Saúde, seguimos os mesmos critérios dos já referidos para a prática desportiva, com as devidas adaptações atendendo às especificidades deste comportamento. Assim, olhando para os seis índices iniciais já descritos anteriormente, entendemos ser adequado dividi-los dois a dois de forma a permitir-nos enquadrar os diferentes comportamentos nos três grupos (ver Quadro 2.6)

Quadro 2.6. Consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis. Diferentes níveis considerados neste estudo

VARIÁVEIS	GRUPOS	NÍVEIS	ÍNDICES
CONSUMO ALIMENTOS SAUDÁVEIS	I - VERMELHO	consumo inexistente ou muito irregular	1 e 2
	II - AMARELO	consumo irregular (em média 1 a 3 dias semana)	3 e 4
	III - VERDE	consumo regular (em média 4 a 6 dias semana)	5 e 6
CONSUMO ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS	I - VERMELHO	consumo regular (em média 4 a 6 dias semana)	5 e 6
	II - AMARELO	consumo irregular (em média 1 a 3 dias semana)	3 e 4
	III - VERDE	consumo inexistente ou muito irregular	1 e 2

III) consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas

Os índices relativos ao consumo de tabaco variavam, tais como os outros índices, entre 1 (nunca fumaram) e 6 (fumam todos os dias, mais de 40 cigarros por semana) conforme se pode observar no Quadro 2.7.

Quadro 2.7. Índices de consumo de tabaco

INDICES	DESCRITIVO
1	Nunca fumaram
2	Já experimentaram, mas não fumam
3	Fumam, mas não todas as semanas
4	Fumam todas as semanas
5	Fumam todos os dias, menos de 40 cigarros por semana
6	Fumam todos os dias, mais de 40 cigarros por semana

Para o consumo de bebidas alcoólicas foram também considerados seis índices, desde o 1 (nunca consumiram álcool) até ao 6 (consumiam pelo menos uma bebida todos os dias), conforme se pode observar no Quadro 2.8.

Quadro 2.8. Índices de consumo de bebidas alcoólicas

INDICES	DESCRITIVO
1	Nunca consumiram bebidas alcoólicas
2	Consumem pelo menos uma bebida menos de uma vez por mês
3	Consumem pelo menos uma bebida todos os meses
4	Consumem pelo menos uma bebida todas as semanas
5	Consumem pelo menos uma bebida duas a três vezes por semana
6	Consumem pelo menos uma bebida todos os dias

Na análise destes comportamentos relacionados com a Saúde, tal como fizemos anteriormente, também dividimos os alunos em três grupos (ver Quadro 2.9):

- Grupo vermelho, onde incluímos os jovens com comportamentos de risco elevado, neste caso consumos regulares;
- Grupo amarelo, onde incluímos os jovens com comportamentos de risco mais moderado, neste caso consumos, no máximo, semanais;

- Grupo verde, onde incluímos os jovens com comportamentos protectores da Saúde, neste caso consumo inexistente ou apenas muito esporádico (só no caso das bebidas alcoólicas).

Quadro 2.9. Consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. Diferentes níveis considerados neste estudo.

VARIÁVEIS	GRUPOS	NÍVEIS	ÍNDICES
CONSUMO TABACO	I – VERMELHO	consumo regular (diário)	5 e 6
	II – AMARELO	consumo irregular (no máximo, semanal)	3 e 4
	III – VERDE	consumo inexistente	1 e 2
CONSUMO BEBIDAS ALCOÓLICAS	I – VERMELHO	consumo regular (no mínimo, duas a três vezes por semana)	5 e 6
	II – AMARELO	consumo irregular (no máximo, uma vez por semana)	3 e 4
	III – VERDE	consumo inexistente ou, no máximo, consumo esporádico (menos de uma vez por mês)	1 e 2

variáveis...

na análise dos estilos de vida

Para que o objectivo desta análise fosse atingido considerámos não cinco variáveis (como anteriormente) mas apenas três, considerando, desta forma, as seguintes dimensões comportamentais:

- Prática Desportiva (exactamente da mesma forma já indicada na análise isolada dos comportamentos).
- Consumo de Alimentos (considerando em conjunto o consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis).
- Consumo de Substâncias (considerando em conjunto o consumo de Tabaco e de Álcool).

Como já referimos, partimos da análise que efectuámos na primeira parte deste estudo e fizemos a seguir uma análise conjunta dos

comportamentos que já tínhamos estudado, relacionando-os entre si. Seguindo a metodologia que orientou a análise anterior, identificámos em cada uma das três dimensões comportamentais três grupos:

Grupo verde – que representa o grupo de jovens com comportamentos que considerámos como protectores de Saúde.

Grupo amarelo – que representa o grupo de jovens com comportamentos que considerámos de risco moderado.

Grupo vermelho – que representa o grupo de jovens com comportamentos que considerámos de risco elevado.

A constituição destes três grupos, em cada uma das dimensões estudadas, seguiu os seguintes critérios:

- Prática Desportiva – Uma vez que a análise da prática desportiva já tinha sido efectuada não fizemos neste estudo qualquer alteração nesta variável.

- Consumo de Alimentos e Consumo de Substâncias – Partimos da análise que efectuámos anteriormente e estabelecemos para estas duas dimensões comportamentais os seguintes critérios de inclusão em cada um dos grupos:

Grupo vermelho – incluímos neste grupo todas as situações em que os jovens tivessem referido que um dos comportamentos estudados em cada uma destas duas dimensões comportamentais estivesse no grupo vermelho, não interessando em que grupo estava o outro comportamento. Por exemplo, no consumo de substâncias, se um jovem fuma cigarros todos os dias mas nunca bebe álcool, entendemos que pelo facto de estar no grupo vermelho no consumo de tabaco só por si já é justificativo para estar também situado no grupo vermelho na dimensão comportamental consumo de substâncias.

Grupo amarelo – incluímos neste grupo todas as situações em que os jovens tinham dois comportamentos de risco moderado (grupo amarelo) ou quando um era protector da Saúde e o outro era apenas de risco moderado.

Grupo verde – incluímos neste grupo os jovens que tinham os dois comportamentos protectores de Saúde (grupo verde) em cada uma das dimensões comportamentais.

variáveis sócio demográficas

Uma vez que pretendíamos também estudar as diferenças verificadas nas respostas dadas pelos jovens dos dois sexos nas diferentes idades, incluímos neste estudo a análise de mais duas questões relacionadas com o sexo e a idade.

sexo

A identificação do sexo dos adolescentes foi realizada com base na resposta a uma questão específica nesse sentido, em que lhes foi solicitado que indicassem o seu sexo: masculino ou feminino.

idade

Relativamente às idades, agrupámos os alunos em quatro escalões etários: 12-13 anos; 14-15 anos; 16-17 anos e 18-20 anos (ver Quadro 2.10). Agrupámos as idades dos jovens nestes escalões etários devido a duas ordens de razões: apesar da nossa amostra ser suficientemente grande, entendemos não ser útil para o tipo de análises que pretendíamos fazer ter demasiadamente pulverizados os dados, situação que aconteceria caso tivéssemos considerado as idades ano a ano; por outro lado, uma vez que recolhemos os dados em Escolas do 3º ciclo e do ensino secundário, em turmas dos diferentes anos de escolaridade, entendemos ser mais adequado agrupar as idades em função das diferentes fases (ou anos de escolaridade) que os adolescentes passam na Escola:

- 12-13 anos: é uma fase de transição e de adaptação a um novo ciclo (7º ano de escolaridade);
- 14-15 anos: é altura em que os jovens estão já numa fase intermédia do 3º ciclo (8º/9º ano de escolaridade);

- 16-17 anos: volta a ser uma nova fase de transição entre o 3º ciclo e o ensino secundário, coincidindo ainda os 16 anos com a idade que o nosso sistema judicial considera os jovens como responsáveis pelos seus actos, ou seja, passam a ser considerados como imputáveis face à justiça parecendo-nos, também por isso, que é um escalão etário que nos interessava estudar;
- 18-20 anos: considerámos ainda um quarto escalão onde incluímos todos aqueles que tinham mais de 17 anos inserindo aqui todos os que, independentemente do ano escolar, tivessem já atingido a maioridade.

Quadro 2.10. Distribuição dos alunos por escalões etários.

Escalão etário	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
12-13 anos	14	1192	14	562	14	630
14-15 anos	36	3017	36	1456	35	1561
16-17 anos	36	3071	36	1483	36	1578
18-20 anos	14	1200	14	558	15	642
Total	100	8480	100	4069	100	4411

procedimentos da aplicação dos questionários

Com a finalidade de conseguir a necessária autorização para a recolha dos dados, procedemos a reuniões com os Conselhos Executivos das várias escolas cujos alunos participaram no nosso estudo, durante as quais explicámos não só os objectivos do estudo mas também o seu enquadramento e metodologia a seguir, designadamente para a recolha dos dados.

Posteriormente, os Presidentes dos Conselhos Executivos apresentaram o Projecto em reuniões dos Conselhos Pedagógicos, sendo assim autorizada a participação de cada escola neste estudo.

A aplicação dos questionários foi realizada por estudantes de mestrado que participavam nas actividades do Laboratório de Psicologia do Desporto da

nossa Faculdade, integrando a equipa de investigação desta área de interesse, tendo seguido todos um guião que continha alguns pontos considerados fundamentais, nomeadamente:

- cada aplicação devia ter sempre a presença de um professor da escola nas aulas em que foram aplicados os questionários.
- antes dos alunos iniciarem o preenchimento do questionário, o investigador lia as instruções escritas no cabeçalho, perguntando no fim se havia alguma dúvida.
- o investigador estava presente enquanto decorria o preenchimento do questionário disponibilizando-se para esclarecer qualquer dúvida, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- Quando um aluno terminava o preenchimento do questionário o mesmo era recolhido para um envelope.

Tentamos desta forma, por um lado, garantir que os alunos percebessem que este era um processo sério ao qual eles deviam dar toda a atenção e que, por outro lado, a confidencialidade iria ser sempre mantida.

procedimentos estatísticos

Depois da aplicação, os questionários, numa primeira fase, tiveram leitura óptica através do programa “Teleform”, sendo posteriormente os dados verificados pelos elementos da equipa de investigadores da FADEUP.

O tratamento estatístico foi efectuado no programa de análises estatísticas denominado SPSS (Statistical Package for Social Science - Windows) versão 14.0. Na análise dos dados, utilizámos uma estatística descritiva com apresentação das frequências e percentagens para as variáveis nominais, médias e desvio padrão para variáveis contínuas. Recorremos ainda ao Teste do Qui-Quadrado (estudo da distribuição em variáveis qualitativas – escalas de medida nominal ou ordinal) com análise de residuais ajustados (para localização dos valores significativos). O nível de significância

considerado foi de 0,05, sendo apresentados a negrito nos Quadros os valores com residuais ajustados iguais ou superiores a 1,9 em cada célula.

2.3 - Resultados

Análise isolada dos comportamentos

Como salientamos quando referimos as variáveis estudadas, fizemos para cada um dos comportamentos duas análises diferentes. Numa primeira fase, reunimos as respostas, segundo os critérios já mencionados, em seis grupos que correspondiam a diferentes índices em cada um dos comportamentos e depois, com base nesta primeira análise, considerámos apenas três grupos. Na apresentação dos resultados, fazemos apenas referência à segunda análise que efectuámos dado ter sido esta análise que nos permitiu avançar para o segundo estudo.

Desta forma, apresentamos a análise dos comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, fazendo referência em primeiro lugar aos resultados da amostra global, sem considerarmos nem o sexo nem a idade. Ainda no mesmo Quadro, apresentamos os dados considerando já as diferenças entre os sexos. Por fim, e de forma a percebermos melhor os comportamentos dos jovens, fazemos uma análise considerando em conjunto o sexo e o escalão etário.

Prática desportiva

Quando analisámos a prática desportiva na amostra global (ver Quadro 2.11), observámos que menos de um terço dos jovens (28%) praticavam desporto com regularidade (grupo verde). Verificámos ainda que 12% dos jovens não praticavam nenhum desporto (grupo vermelho) e que 60% apresentavam uma prática reduzida (grupo amarelo).

Quando fizemos a análise da prática desportiva por sexo, verificámos que o sexo feminino apresentava níveis de prática desportiva muito inferiores aos apresentados pelo sexo masculino. De facto, 18% das raparigas e 38%

dos rapazes apresentaram uma prática desportiva regular; por outro lado, quando observámos o grupo vermelho, aquele que representava inexistência de prática desportiva, verificámos que 19% das raparigas e apenas 5% dos rapazes não praticavam qualquer desporto.

Estas diferenças, observadas na prática desportiva realizada pelos dois sexos, eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 600,891$; $p < 0,001$).

Quadro 2.11 - Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva.

PRÁTICA DESPORTIVA GRUPOS	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
I - VERMELHO	12	1057	5	226	19	831
II - AMARELO	60	5083	57	2310	63	2773
III - VERDE	28	2340	38	1533	18	807

Olhando para a Figura 2.1, podemos observar as diferenças registadas nos dois sexos nos três níveis de prática, representados pelas cores verde (prática regular), amarelo (prática reduzida) e vermelho (prática inexistente).

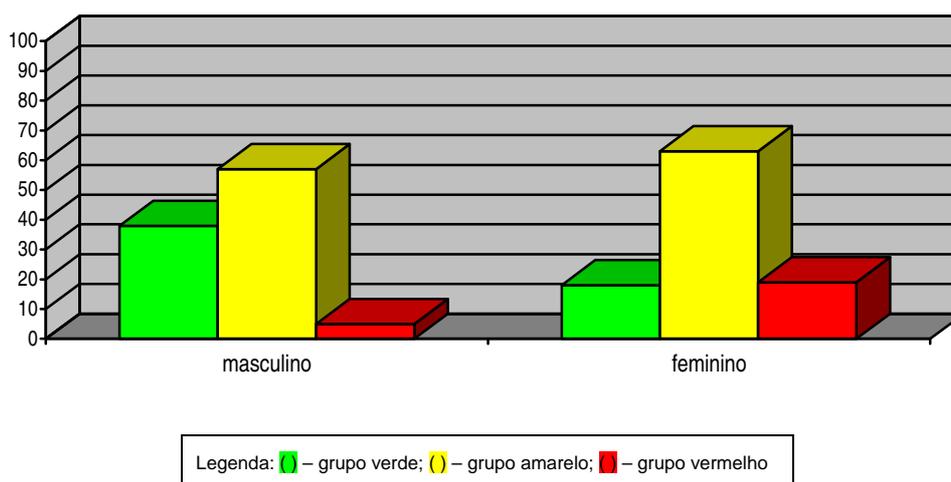


Figura 2.1 – Prática desportiva em função do sexo.

A análise dos dados com a amostra dividida em função dos escalões etários permite-nos verificar com maior detalhe as diferenças que se verificaram nos dois sexos enquanto a idade avançava.

Assim, podemos verificar que os rapazes praticavam desporto com maior regularidade e que os mais novos eram apenas ligeiramente mais activos do que os mais velhos, sendo esta situação mais evidente no sexo feminino. As diferenças encontradas entre os sexos, em todos os escalões etários, eram estatisticamente significativas (ver Quadro 2.12).

Aos 12-13 anos, encontrámos 39% dos rapazes e apenas 20% das raparigas com prática regular de desporto. Comparando depois as percentagens observadas no escalão dos mais velhos, notámos maiores diminuições nos níveis de prática no sexo feminino, uma vez que baixava a percentagem nos rapazes para 37% e nas raparigas para 15%.

Quando verificámos as percentagens de rapazes e raparigas no grupo vermelho, continuámos a encontrar pequenas diferenças, neste caso apenas no sexo feminino. No sexo masculino, em todos os escalões etários, as percentagens situavam-se nos 5/6 % enquanto que no sexo feminino passava dos 21% nos 12-13 anos para 23% nas maiores de 17 anos.

Quadro 2.12. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva em função do sexo e da idade.

GRUPOS	12-13 anos		14-15 anos		16-17 anos		18-20 anos									
	masculino		feminino		masculino		feminino									
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)								
vermelho	6	(35)	21	(131)	5	(78)	16	(245)	5	(79)	19	(308)	6	(34)	23	(147)
amarelo	55	(310)	59	(371)	55	(799)	64	(999)	59	(883)	64	(1007)	57	(318)	62	(396)
verde	39	(217)	20	(128)	40	(579)	20	(317)	36	(531)	17	(263)	37	(206)	15	(99)
g.l. = 2	$\chi^2=80,324$		$p < 0,001$		$\chi^2=181,768$		$p < 0,001$		$\chi^2=231,925$		$p < 0,001$		$\chi^2= 111,271$		$p < 0,001$	

Olhando para as Figuras 2.2 e 2.3, podemos confirmar as ligeiras diferenças observadas não só entre os sexos como entre as idades. Podemos ainda salientar que as diferenças registadas nos escalões etários eram estatisticamente significativas apenas no sexo feminino ($\chi^2_{(6)}= 27,789$; $p < 0,001$; com

residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo vermelho nos 18-20 anos e no grupo verde nos 14-15 anos). No sexo masculino as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(6)} = 7,369$; $p = 0,288$).

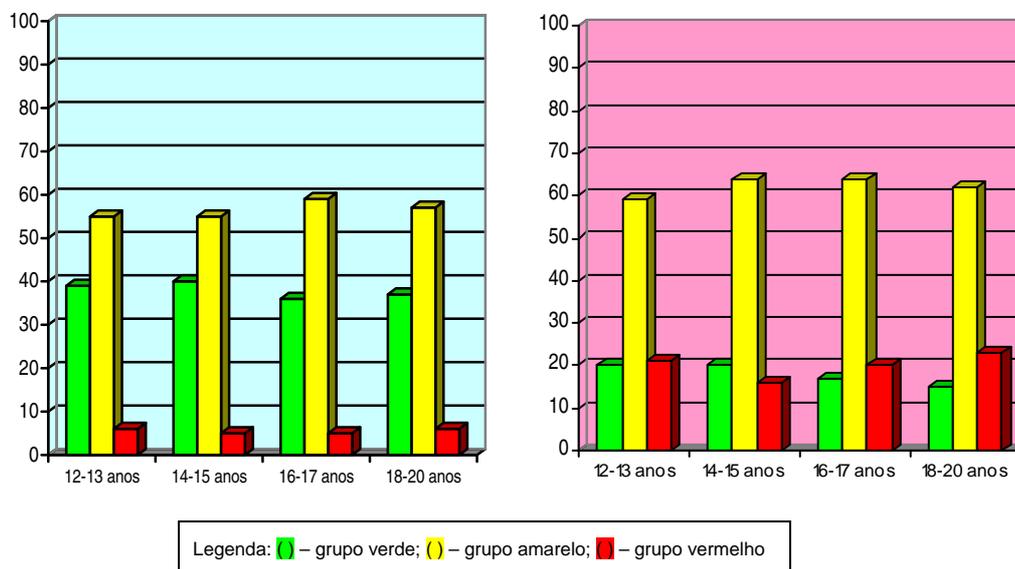


Figura 2.2 – Prática desportiva. Sexo masculino em função da idade.

Figura 2.3 – Prática desportiva. Sexo feminino em função da idade.

Consumo de alimentos

Relativamente ao consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis considerados neste estudo, notou-se, na análise da amostra global, que mais de metade (58%) consumia com regularidade os alimentos saudáveis mas, por outro lado, 20% consumia também com regularidade os alimentos não saudáveis e 49% situava-se no grupo amarelo do consumo destes alimentos, conforme se pode observar nos Quadros 2.13 e 2.14.

Quando analisámos as diferenças entre os sexos no consumo dos alimentos saudáveis (Quadro 2.13), verificámos que apesar dos valores encontrados serem muito parecidos nos dois sexos, as diferenças eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 17,416$; $p < 0,001$). Podemos ainda salientar que havia mais raparigas do que rapazes a consumir os alimentos saudáveis (60% das raparigas no grupo verde e 56% dos rapazes no mesmo grupo).

Quadro 2.13. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos saudáveis.

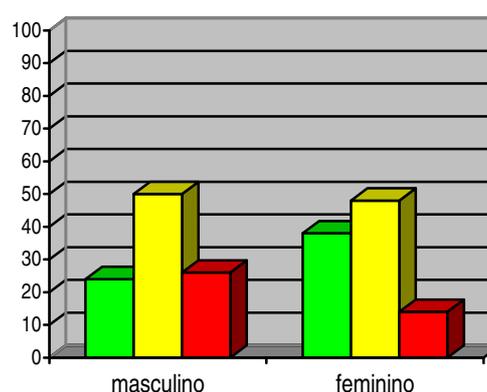
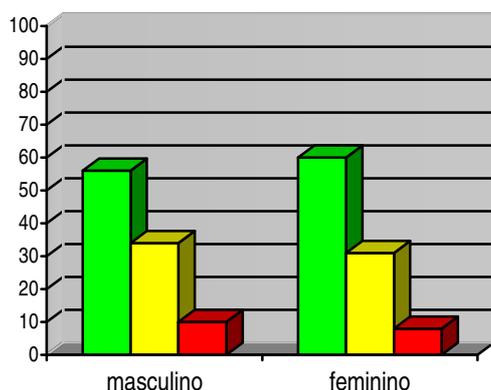
CONSUMO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS GRUPOS	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
I – VERMELHO	9	795	10	406	9	389
II – AMARELO	33	2751	34	1390	31	1361
III - VERDE	58	4934	56	2273	60	2661

Relativamente ao consumo dos alimentos não saudáveis (Quadro 2.14) as diferenças entre os resultados observados nos dois sexos eram mais acentuadas ($\chi^2_{(2)} = 292,291$; $p < 0,001$), sendo os rapazes quem consumia com maior frequência esses alimentos (26% dos rapazes no grupo vermelho e 14% das raparigas no mesmo grupo).

Quadro 2.14. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos não saudáveis.

CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS GRUPOS	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
I - VERMELHO	20	1671	26	1049	14	622
II - AMARELO	49	4163	50	2057	48	2106
III - VERDE	31	2646	24	963	38	1683

A análise das Figuras 2.4 e 2.5 permite-nos perceber a dimensão das diferenças registadas entre os sexos.



Legenda: ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Figura 2.4 – Consumo de alimentos saudáveis em função do sexo.

Figura 2.5 – Consumo de alimentos não saudáveis em função do sexo.

Quando analisámos as diferenças entre os rapazes e as raparigas nos vários escalões etários, confirmámos os resultados anteriores, ou seja, os rapazes consumiam em menor percentagem do que as raparigas os alimentos saudáveis em todos os escalões etários, embora só existindo diferenças estatisticamente significativas no escalão dos 16-17 anos (Quadro 2.15). Relativamente às idades, verificámos que à medida que a idade avançava, havia um ligeiro decréscimo, nos dois sexos, nos grupos vermelho e verde, aumentando as percentagens, por consequência, no grupo amarelo.

Quadro 2.15. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos saudáveis em função do sexo e da idade

GRUPOS	12-13 anos		14-15 anos		16-17 anos		18-20 anos									
	masculino		feminino		masculino		feminino									
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)								
vermelho	11	(63)	8	(53)	10	(151)	9	(137)	9	(51)	10	(61)				
amarelo	28	(159)	27	(169)	32	(467)	32	(499)	37	(549)	30	(478)	39	(215)	33	(215)
verde	61	(340)	65	(408)	58	(838)	59	(925)	54	(803)	61	(962)	52	(292)	57	(366)
g.l. = 2	$\chi^2 = 3,481$		$p = 0,175$		$\chi^2 = 2,382$		$p = 0,304$		$\chi^2 = 16,925$		$p < 0,001$		$\chi^2 = 3,351$		$p = 0,187$	

A consulta das Figuras seguintes permite-nos verificar os resultados encontrados nos dois sexos nos diferentes escalões etários. Verificámos ainda que, relativamente à análise conjunta em função do sexo e da idade, as diferenças encontradas eram estatisticamente significativas apenas no sexo masculino ($\chi^2_{(6)} = 20,830$; $p = 0,002$ com residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo amarelo nos 16-17 anos e nos 18-20 anos e no grupo verde nos 12-13 anos). No sexo feminino as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(6)} = 9,644$; $p = 0,140$).

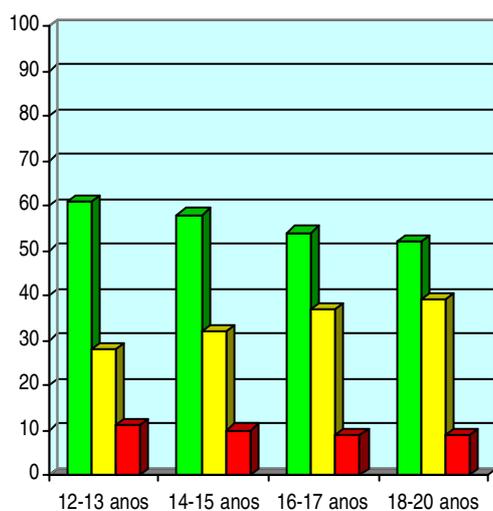


Figura 2.6 – Consumo de alimentos saudáveis. Sexo masculino em função da idade.

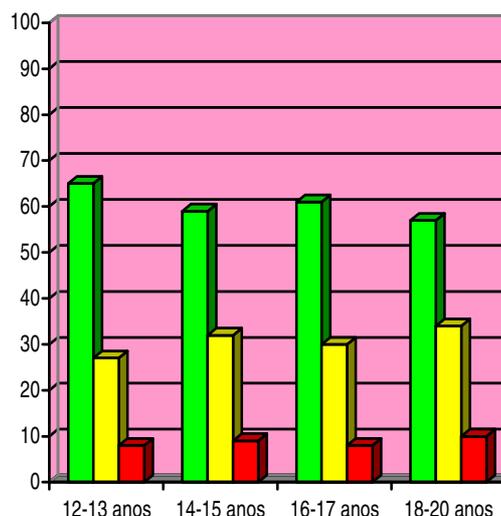


Figura 2.7 – Consumo de alimentos saudáveis. Sexo feminino em função da idade.

Legenda: ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

A mesma análise, mas relativa ao consumo de alimentos não saudáveis, confirma que os rapazes, em todos os escalões, consumiam com mais frequência alimentos não saudáveis do que as raparigas, conforme se pode observar no Quadro seguinte. Os valores encontrados eram estatisticamente significativos em todos os escalões etários. Verificámos ainda que no sexo masculino aumentava ligeiramente nos mais velhos o consumo de alimentos não saudáveis, enquanto que no sexo feminino baixavam esses consumos a partir dos 16 anos.

Quadro 2.16 Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de alimentos não saudáveis em função do sexo e da idade

GRUPOS	12-13 anos		14-15 anos		16-17 anos		18-20 anos	
	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
vermelho	23 (131)	14 (91)	26 (385)	17 (257)	27 (401)	12 (198)	24 (132)	12 (76)
amarelo	49 (275)	47 (294)	50 (728)	48 (751)	51 (761)	49 (770)	52 (293)	45 (291)
verde	28 (156)	39 (245)	24 (343)	35 (553)	22 (331)	39 (610)	24 (133)	43 (275)
g.l. = 2	$\chi^2= 23,793$ p < 0,001		$\chi^2= 71,529$ p < 0,001		$\chi^2= 149,333$ p < 0,001		$\chi^2= 58,914$ p < 0,001	

Olhando para as Figuras 2.8 e 2.9, a exemplo do que aconteceu anteriormente, ficam bem evidentes as maiores diferenças encontradas no sexo feminino no que diz respeito ao consumo de alimentos não saudáveis nos vários escalões etários. Assim, as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas no sexo masculino ($\chi^2_{(6)}= 9,484$; $p = 0,148$), situação que não se verificava no sexo feminino, onde encontrámos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(6)}= 19,538$; $p = 0,003$ com residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo vermelho nos 14-15 anos e no grupo verde nos 18-20 anos).

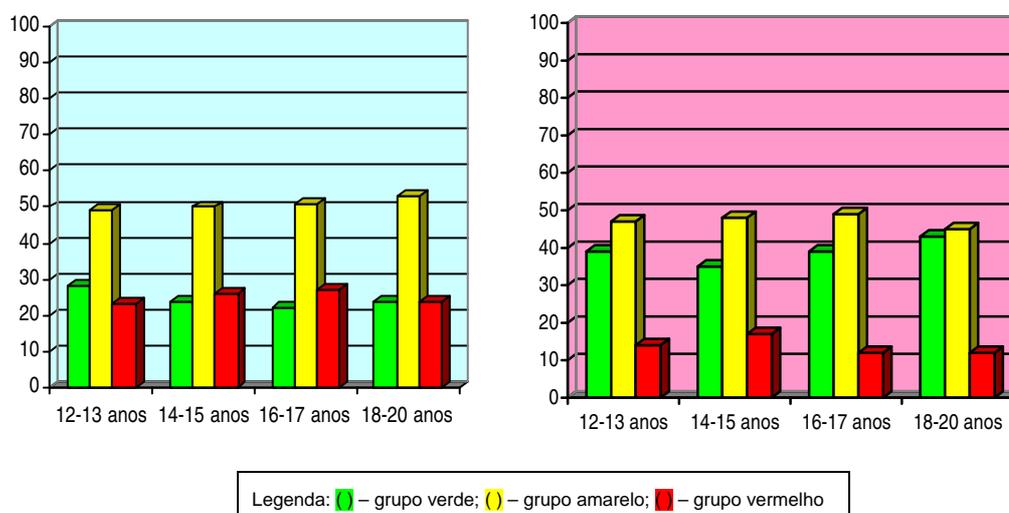


Figura 2.8 – Consumo de alimentos não saudáveis. Sexo masculino em função da idade.

Figura 2.9 – Consumo de alimentos não saudáveis. Sexo feminino em função da idade.

Consumo de tabaco

Relativamente ao consumo de tabaco, quando analisámos os dados da amostra global, verificámos que 80% dos jovens referiram que não fumavam. Por outro lado, encontrámos 10% dos jovens com consumos regulares (ver Quadro 2.17). Quando analisámos as diferenças entre os sexos, verificámos que estas eram muito pequenas, com os rapazes a apresentarem ligeiramente maior regularidade no consumo do que as raparigas (11% dos rapazes e 10% das raparigas consumiam com regularidade estando, por isso, no grupo vermelho).

Realce-se ainda que as diferenças encontradas entre os sexos não eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 1,927$; $p = 0,382$).

Quadro 2.17. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de tabaco.

CONSUMO DE TABACO GRUPOS	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
I - VERMELHO	10	870	11	434	10	436
II - AMARELO	10	875	10	428	10	447
III - VERDE	80	6735	79	3207	80	3528

A observação da Figura 2.10, permite-nos visualizar o quanto eram semelhantes os valores encontrados nos dois sexos.

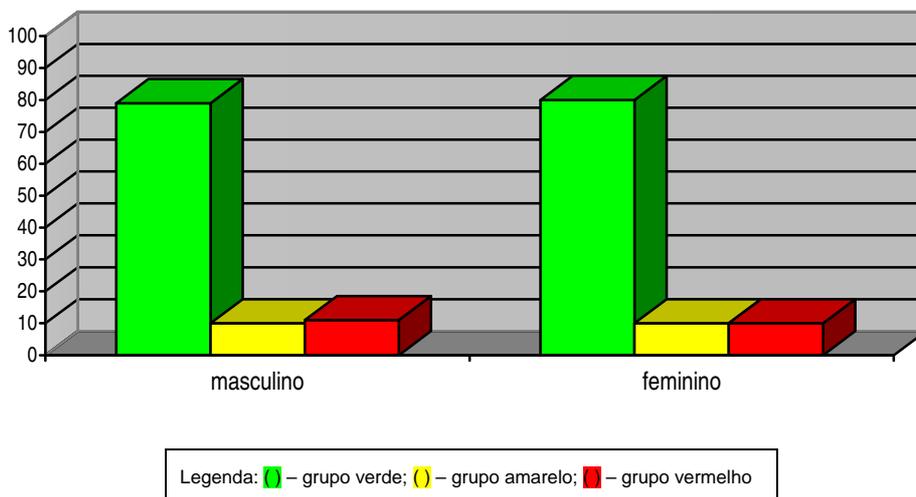


Figura 2.10 – Consumo de tabaco em função do sexo.

Na análise considerando o sexo e a idade em simultâneo (ver Quadro 2.20), não encontramos diferenças estatisticamente significativas em nenhum escalão etário, o que confirma a tendência anteriormente observada. Notava-se, no entanto, uma grande diferença na regularidade dos consumos que ia aumentando imenso com a idade. Nos rapazes, passava de 1% com consumos regulares aos 12-13 anos para 23% no escalão dos maiores de 17 anos. Nas raparigas, nos mesmos escalões, passava dos 2% para 19%.

É interessante notar que não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em nenhum escalão etário.

Quadro 2.18. Distribuição dos alunos pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função do sexo e da idade

GRUPOS	12-13 anos		14-15 anos		16-17 anos		18-20 anos	
	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
vermelho	1 (8)	2 (13)	6 (82)	6 (89)	14 (215)	14 (211)	23 (129)	19 (123)
amarelo	4 (21)	5 (30)	10 (148)	10 (156)	13 (197)	11 (180)	11 (62)	13 (81)
verde	95 (533)	93 (587)	84 (1226)	84 (1316)	73 (1081)	75 (1187)	66 (367)	68 (438)
g.l. = 2	$\chi^2 = 1,508$ p = 0,470		$\chi^2 = 0,029$ p = 0,985		$\chi^2 = 3,408$ p = 0,182		$\chi^2 = 3,064$ p = 0,216	

Nas Figuras seguintes podemos verificar a dimensão das diferenças encontradas nos escalões etários. Como seria de esperar, as diferenças encontradas nos escalões etários apresentavam valores estatisticamente significativos em ambos os sexos (no sexo masculino - $\chi^2_{(6)} = 258,854$; $p < 0,001$ com residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo vermelho nos 16-17 anos e nos 18-20 anos, no grupo amarelo nos 16-17 anos e no grupo verde nos 12-13 anos e nos 14-15 anos; no sexo feminino - $\chi^2_{(6)} = 199,221$; $p < 0,001$, com residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo vermelho nos 16-17 anos e nos 18-20 anos, no grupo amarelo nos 16-17 anos e no grupo verde nos 12-13 anos e nos 14-15 anos).

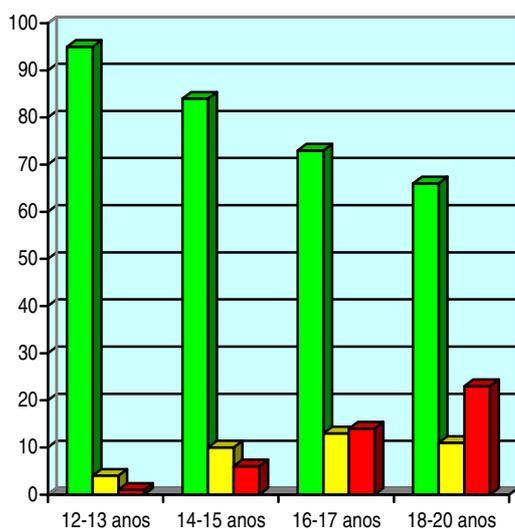


Figura 2.11 – Consumo de tabaco. Sexo masculino em função da idade.

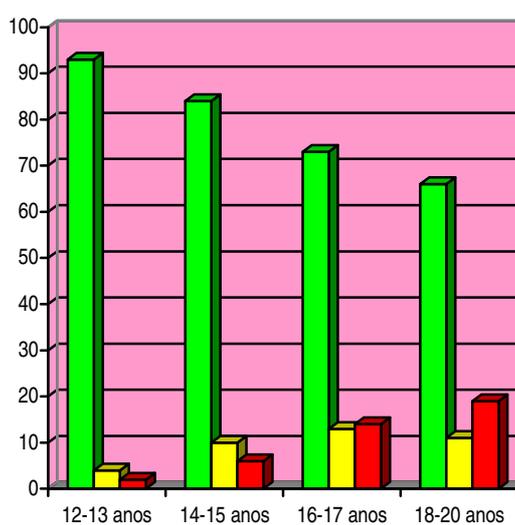


Figura 2.12 – Consumo de tabaco. Sexo feminino em função da idade.

Legenda: ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Consumo de bebidas alcoólicas

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, quando analisámos os dados da amostra global, verificámos que 62% dos jovens referiram que não consumiam ou que consumiam apenas esporadicamente. Por outro lado, encontrámos 8% dos jovens que referiram consumos regulares (ver Quadro 2.19).

Quando analisámos as diferenças entre os sexos encontrámos uma percentagem mais elevada de rapazes com consumos regulares (13% dos rapazes e apenas 4% das raparigas no grupo vermelho). As diferenças encontradas entre os sexos, eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 243,084$; $p < 0,001$).

Quadro 2.19. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de bebidas alcoólicas.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	amostra global		masculino		feminino	
	GRUPOS	%	n	%	n	%
I - VERMELHO	8	705	13	526	4	179
II - AMARELO	30	2557	31	1268	29	1289
III - VERDE	62	5218	56	2275	67	2943

Observe-se na figura 2.13 as grandes diferenças encontradas no consumo de álcool nos dois sexos.

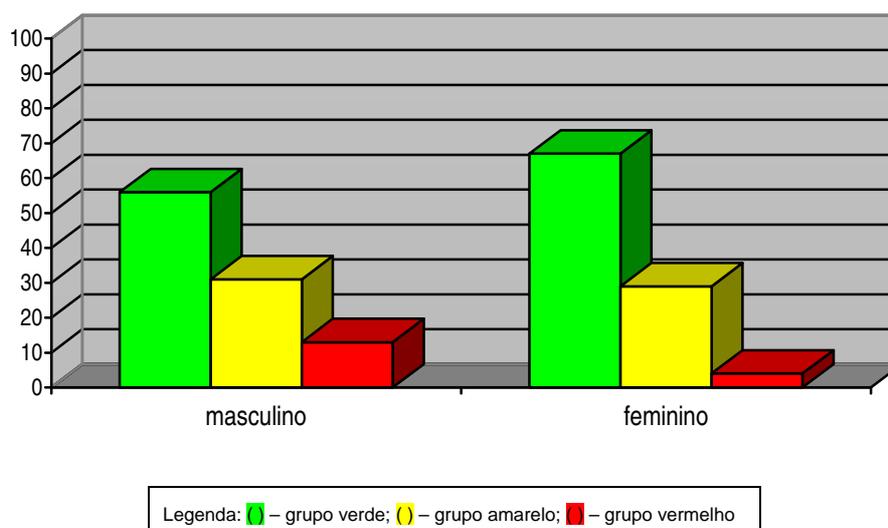


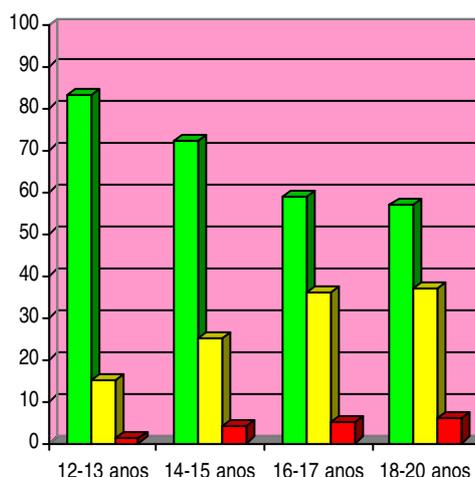
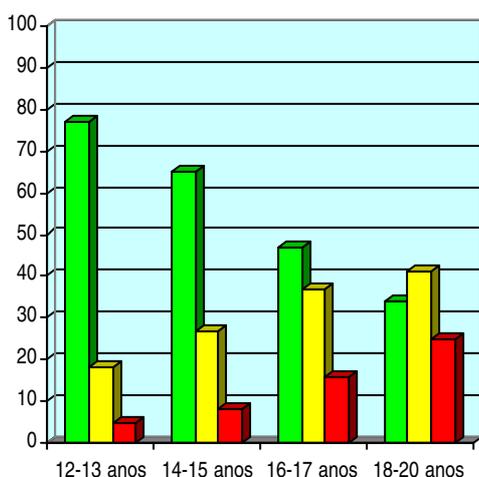
Figura 2.13– Consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo.

Na análise por sexo e por escalão etário em simultâneo a tendência verificada indica-nos que os rapazes consumiam mais do que as raparigas em todos os escalões, com os mais novos, em ambos os sexos, a consumirem menos bebidas alcoólicas do que os mais velhos, conforme se pode verificar no Quadro seguinte. As diferenças encontradas entre os sexos eram estatisticamente significativas em todos os escalões etários.

Quadro 2.20. Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo e da idade.

GRUPOS	12-13 anos		14-15 anos		16-17 anos		18-20 anos	
	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
vermelho	5 (28)	1 (8)	8 (118)	3 (54)	16 (240)	5 (80)	25 (140)	6 (37)
amarelo	18 (99)	16 (97)	27 (391)	25 (385)	37 (551)	36 (569)	41 (227)	37 (238)
verde	77 (435)	83 (525)	65 (947)	72 (1122)	47 (702)	59 (929)	34 (191)	57 (367)
g.l. = 2	$\chi^2= 15,741$ p < 0,001		$\chi^2= 35,050$ p < 0,001		$\chi^2= 109,614$ p < 0,001		$\chi^2=110,371$ p < 0,001	

Tal como no consumo de tabaco, também no consumo de bebidas alcoólicas podemos verificar pela observação das Figuras seguintes o aumento do consumo com a idade sendo as diferenças, em ambos os sexos, estatisticamente significativas (no sexo masculino - $\chi^2_{(6)}= 338,892$; p < 0,001 com residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo vermelho nos 16-17 anos e nos 18-20 anos, no grupo amarelo nos 16-17 anos e nos 18-20 anos e no grupo verde nos 12-13 anos e nos 14-15 anos; no sexo feminino - $\chi^2_{(6)}= 168,743$; p < 0,001 com residuais ajustados superiores a 1,9 no grupo vermelho nos 16-17 anos e nos 18-20 anos, no grupo amarelo nos 16-17 anos e nos 18-20 anos e no grupo verde nos 12-13 anos e nos 14-15 anos).



Legenda: ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Figura 2.14 – Consumo de bebidas alcoólicas. Sexo masculino em função da idade.

Figura 2.15 – Consumo de bebidas alcoólicas. Sexo feminino em função da idade.

Análise dos estilos de vida

Conforme já fizemos referência na introdução deste estudo, na análise dos estilos de vida considerámos apenas três variáveis que denominámos de dimensões comportamentais...

Prática desportiva

No estudo dos estilos de vida analisámos a prática desportiva exactamente da mesma forma já referida anteriormente.

Consumo de Alimentos

Relativamente ao consumo de alimentos, quando analisámos em conjunto o consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, constatámos que, na amostra global, apenas 16% dos jovens estavam situados no grupo verde e, como já esperávamos, verificámos que o sexo masculino apresentou piores hábitos alimentares do que o sexo feminino. Verifique-se que 34% dos rapazes e 22% das raparigas encontravam-se no grupo vermelho. Da mesma forma, no grupo verde, as diferenças entre os dois sexos eram bem evidentes: 11% dos rapazes e 22% das raparigas estavam situadas neste grupo. Repare-

se ainda que no grupo amarelo encontrámos percentagens praticamente iguais nos dois sexos (Quadro 2.21).

As diferenças encontradas entre os sexos no consumo de alimentos eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 272,041$; $p < 0,001$).

Quadro 2.21. Distribuição dos alunos pelos três grupos considerados no consumo de alimentos.

CONSUMO DE ALIMENTOS GRUPOS	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
I – VERMELHO	28	2387	34	1404	22	983
II – AMARELO	56	4718	55	2239	56	2479
III – VERDE	16	1375	11	426	22	949

Na Figura seguinte podem-se observar as diferenças encontradas entre os dois sexos relativamente a esta dimensão comportamental.

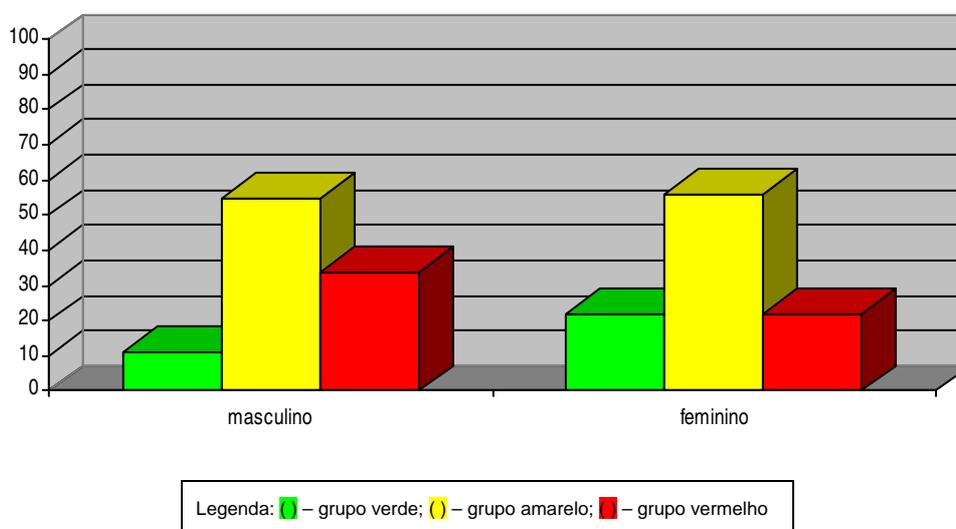


Figura 2.16 – Distribuição dos alunos pelos grupos considerados no consumo de alimentos em função do sexo.

Consumo de Substâncias (tabaco e álcool)

Como se pode comprovar observando o Quadro 2.22, quando analisámos o consumo de tabaco e de álcool em conjunto, verificámos que o sexo masculino apresentava piores índices de consumos do que as raparigas, atingindo essas diferenças valor estatisticamente significativo ($\chi^2_{(2)} = 78,394$; $p < 0,001$). É interessante notar, no entanto, que esta diferença entre os dois sexos

é menor do que as diferenças encontradas relativamente às outras duas dimensões comportamentais que estudámos.

Olhando para os valores encontrados no grupo vermelho, tínhamos 18% dos rapazes e apenas 12% das raparigas. Pelo contrário, no grupo verde encontrámos mais raparigas do que rapazes (60% e 52%, respectivamente em cada um dos sexos). Saliente-se, no entanto, que mais de metade dos jovens (56%) estavam no grupo verde nesta dimensão comportamental.

Quadro 2.22. Distribuição dos alunos pelos três grupos considerados no consumo de substâncias (tabaco e álcool) em função do sexo.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS	amostra global		masculino		feminino		
	GRUPOS	%	n	%	n	%	n
I - VERMELHO		15	1302	18	754	12	548
II - AMARELO		29	2427	30	1205	28	1222
III - VERDE		56	4751	52	2110	60	2641

A leitura da Figura seguinte permite-nos observar as diferenças entre os sexos no consumo de substâncias.

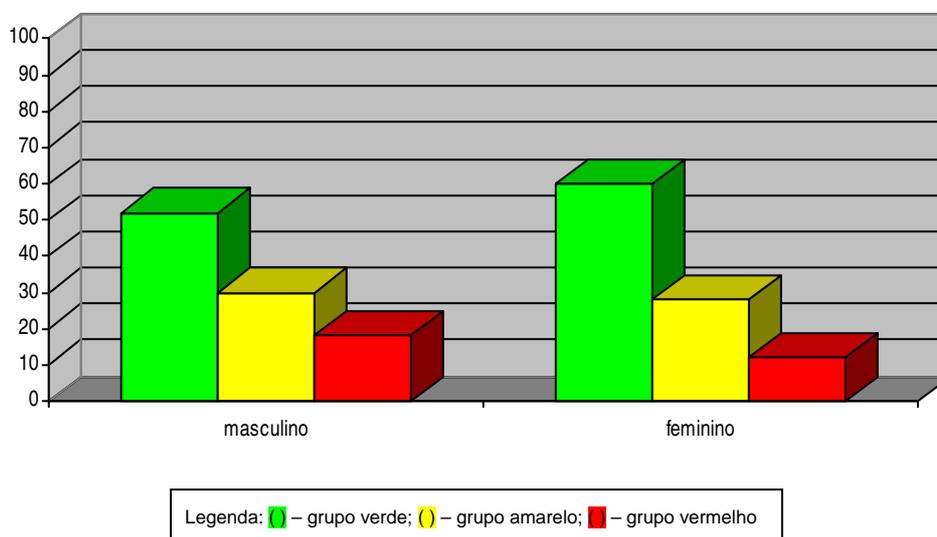


Figura 2.17 – Distribuição dos alunos pelos grupos considerados no consumo de substâncias em função do sexo.

Quando olhámos para os comportamentos isoladamente, depois de fazermos a análise da amostra global e em função do sexo, efectuámos uma análise considerando ao mesmo tempo o sexo e a idade. Nesta fase deste

estudo, decidimos não efectuar esta última análise uma vez que, como estávamos a analisar os mesmos comportamentos só que vistos em conjunto, podíamos tirar as mesmas conclusões sendo por isso mais pertinente avançar para a análise que nos interessava efectuar de seguida. Podemos, no entanto, dizer que seria de esperar para cada uma das três dimensões comportamentais os mesmos resultados, ou seja, os mais novos tinham menos comportamentos de risco do que os mais velhos.

Assim, depois desta análise podemos observar que as diferenças nos comportamentos dos dois sexos eram muitas. Em síntese (ver Figuras 2.18 e 2.19) podemos dizer que as raparigas eram mais inactivas do que os rapazes mas tinham, por outro lado, um consumo de alimentos mais equilibrado e consumiam menos substâncias (tabaco/álcool).

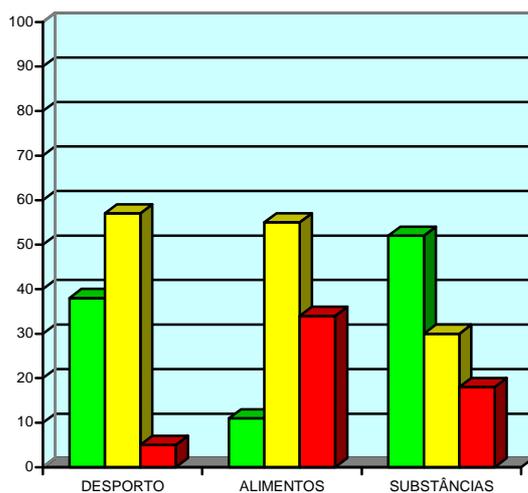


Figura 2.18– As 3 dimensões comportamentais no sexo masculino.

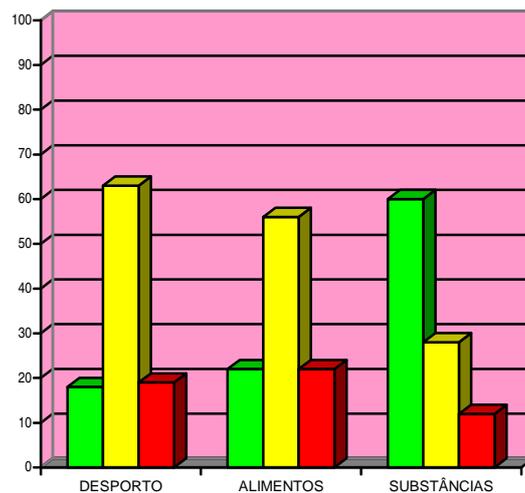


Figura 2.19 – As 3 dimensões comportamentais no sexo feminino

Legenda: ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Depois de termos analisado separadamente as três dimensões comportamentais, fizemos então uma análise conjunta na tentativa de identificar quais os tipos de estilos de vida mais frequentes nos adolescentes. Considerando os três grupos (vermelho, amarelo e verde), em cada uma das três dimensões comportamentais (prática desportiva, consumo de alimentos e consumo de substâncias), obtivemos vinte e sete combinações ou se

quisermos, encontrámos vinte e sete tipos de estilos de vida diferentes. Foi essa análise que fizemos e que apresentamos no Quadro 2.23.

Numa primeira observação, podemos salientar que apenas 2,6% dos adolescentes ($n = 222$) da nossa amostra, segundo os critérios que adoptámos e que já apresentámos anteriormente, estavam no grupo verde nas três dimensões comportamentais consideradas. Continuando a olhar unicamente para este estilo de vida, que estava posicionado apenas na 13ª posição e que incluía apenas comportamentos que considerámos protectores de Saúde, encontrámos, numa interessante coincidência, exactamente o mesmo número de rapazes e de raparigas ($n=111$) o que em termos percentuais se traduzia em percentagens praticamente iguais: 2,7% dos rapazes e 2,5% das raparigas.

Por outro lado, o estilo de vida que apresentou valores percentuais mais elevados, com 19% dos jovens, foi aquele em que a prática desportiva e o consumo de alimentos apresentavam níveis que considerámos de risco moderado (grupo amarelo) e o consumo de substâncias estava no grupo verde. Quando analisámos este estilo de vida em função do sexo, encontrámos mais raparigas (21%) do que rapazes (17%) com estes comportamentos.

Em segundo lugar, com 10%, encontrámos um estilo de vida com as três dimensões comportamentais no grupo amarelo. Neste estilo de vida, encontrámos percentagens praticamente iguais nos dois sexos: 9,7% dos rapazes e 10,7% das raparigas.

O terceiro estilo de vida com mais jovens (8,2%), foi aquele que apresentava dois comportamentos no grupo verde (prática desportiva e consumo de substâncias) e o consumo de alimentos no grupo amarelo, observando-se neste caso uma grande diferença nas percentagens de rapazes e de raparigas: apenas 5,4% das raparigas e 11,2% dos rapazes.

Por outro lado, com os três comportamentos no grupo vermelho encontrámos poucos jovens, apenas 0,6% ($n=52$), com 0,3% dos rapazes ($n=14$) e 0,9% das raparigas ($n=38$). Por fim, podemos ainda salientar que, como seria de esperar, as diferenças encontradas entre os sexos eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(26)} = 887,138$; $p < 0,001$).

Quadro 2.23. Os vinte e sete tipos de estilos de vida identificados.

				amostra global		masculino		feminino	
	PD	ALIM	SUBS	%	n	%	n	%	n
1				19,1	1622	16,9	686	21,2	936
2				10,2	865	9,7	393	10,7	472
3				8,2	694	11,2	454	5,4	240
4				7,3	616	4,2	171	10,1	445
5				7,0	596	7,7	315	6,4	281
6				5,2	440	6,2	252	4,3	188
7				4,5	383	5,2	211	3,9	172
8				4,5	382	6,2	253	2,9	129
9				4,5	382	2,0	80	6,8	302
10				3,7	314	5,5	225	2,0	89
11				3,7	314	5,2	212	2,3	102
12				2,8	238	4,1	166	1,6	72
13				2,6	222	2,7	111	2,5	111
14				2,5	209	3,7	152	1,3	57
15				2,2	187	1,3	51	3,1	136
16				2,1	175	2,9	120	1,2	55
17				1,9	157	1,2	49	2,4	108
18				1,7	148	,5	19	2,9	129
19				1,6	136	,6	26	2,5	110
20				1,0	85	1,0	42	1,0	43
21				,9	79	,4	16	1,4	63
22				,8	67	,5	19	1,1	48
23				,7	60	,5	19	,9	41
24				,6	52	,3	14	,9	38
25				,3	27	,1	3	,5	24
26				,2	21	,2	10	,2	11
27				,1	9	0	0	,2	9
totais -				100	8480	100	4069	100	4411

Legenda: – grupo verde; – grupo amarelo; – grupo vermelho

Fazendo a mesma análise, mas olhando para o sexo e a idade ao mesmo tempo, confirmámos as tendências observadas quando fizemos este tipo de análise anteriormente com os mais jovens a adoptarem estilos de vida com mais comportamentos protectores de Saúde do que os mais velhos (ver Quadro 2.24). De uma maneira geral, e como seria de esperar, nos estilos de vida com mais comportamentos de risco as percentagens de jovens, de ambos os sexos, aumentavam com a idade. Por outro lado, se olharmos para o estilo de vida que apresentava as três dimensões comportamentais no grupo verde, encontrámos, no escalão etário dos mais novos (12-13 anos), 3,9% dos rapazes e 2,2% das raparigas, enquanto que no escalão dos mais velhos (18-20 anos) as percentagens diminuían para 2,5% nos rapazes e 1,7% nas raparigas.

Confirmando esta tendência, no estilo de vida onde encontrámos maior percentagem de jovens, com a prática desportiva e o consumo de alimentos no grupo amarelo e o consumo de substâncias no grupo verde, tínhamos no escalão etário dos mais novos (12-13 anos), 25% dos rapazes e 26% das raparigas, enquanto que no escalão dos mais velhos (18-20 anos) as percentagens diminuían, respectivamente, para 11% e 15%. Por outro lado, no estilo de vida com as três dimensões comportamentais no grupo amarelo, as percentagens aumentavam em ambos os sexos quando a idade avançava, passando nos rapazes de 4% (aos 12-13 anos) para 10% (18-20 anos) e nas raparigas, nas mesmas idades, de 5% para 13%. No terceiro estilo de vida mais adoptado pelos jovens, com a prática desportiva e o consumo de substâncias no grupo verde e o consumo de alimentos no grupo amarelo, encontrámos no escalão etário dos mais novos (12-13 anos), 16% dos rapazes e 9% das raparigas, enquanto que no escalão dos mais velhos (18-20 anos) as percentagens diminuían, respectivamente, para 5% e 3%.

No estilo de vida com os três comportamentos no grupo vermelho apesar de termos encontrado poucos jovens, as percentagens aumentaram muito quando a idade avançava. Assim, enquanto que no escalão etário dos 12-13 anos tínhamos apenas 0,2% dos rapazes e das raparigas, nos maiores de 17 anos, a percentagem aumentava, respectivamente, para os 0,7% e 1,7%.

Quadro 2.24. Os vinte e sete tipos de estilos de vida identificados em função do sexo e da idade.

	P D	A L I M	S U B S	12 - 13 anos		14 - 15 anos		16 - 17 anos		18 - 20 anos									
				masc.		fem.		masc.		fem.		masc.		fem.					
				%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n				
1	■	■	■	25,1	141	26,2	165	18,8	273	25,5	398	14,3	213	17,7	279	10,6	59	14,6	94
2	■	■	■	4,3	24	4,6	29	8,3	121	9,7	151	12,7	190	13,2	209	10,4	58	12,9	83
3	■	■	■	16,0	90	9,2	58	13,0	189	6,0	94	9,7	145	4,4	70	5,4	30	2,8	18
4	■	■	■	6,2	35	13,7	86	4,9	72	9,4	146	3,6	54	9,3	146	1,8	10	10,4	67
5	■	■	■	10,5	59	9,4	59	10,4	151	7,4	116	5,6	83	5,2	82	3,9	22	3,7	24
6	■	■	■	4,8	27	2,2	14	5,5	80	4,7	74	7,3	109	4,6	72	6,5	36	4,4	28
7	■	■	■	,9	5	,5	3	2,7	39	2,6	40	6,7	100	5,3	83	12,0	67	7,2	46
8	■	■	■	3,7	21	2,7	17	6,3	91	2,9	45	6,2	93	3,1	49	8,6	48	2,8	18
9	■	■	■	2,8	16	9,4	59	2,3	34	6,0	93	1,6	24	6,8	107	1,1	6	6,7	43
10	■	■	■	9,1	51	3,7	23	6,5	95	2,8	43	4,1	61	1,1	18	3,2	18	,8	5
11	■	■	■	2,1	12	1,1	7	3,1	45	1,8	28	7,2	108	2,9	45	8,4	47	3,4	22
12	■	■	■	3,0	17	1,1	7	4,8	70	2,6	40	3,8	57	1,0	15	3,9	22	1,6	10
13	■	■	■	3,9	22	2,2	14	3,2	47	3,4	53	1,9	28	2,1	33	2,5	14	1,7	11
14	■	■	■	1,8	10	,6	4	3,2	47	,8	13	5,0	74	1,6	26	3,8	21	2,2	14
15	■	■	■	1,1	6	1,0	6	1,2	17	2,2	35	1,3	20	4,4	70	1,4	8	3,9	25
16	■	■	■	,9	5	,3	2	1,7	25	1,1	17	3,5	52	1,5	23	6,8	38	2,0	13
17	■	■	■	2,5	14	3,8	24	1,2	17	2,8	43	,9	13	1,8	28	,9	5	2,0	13
18	■	■	■	,2	1	3,7	23	,3	5	2,4	38	,7	11	3,0	47	,4	2	3,3	21
19	■	■	■	,4	2	2,9	18	,5	8	2,0	31	,7	10	2,6	41	1,1	6	3,1	20
20	■	■	■	,2	1	,5	3	,8	12	,8	12	1,3	19	1,3	20	1,8	10	1,2	8
21	■	■	■	0	0	0	0	,1	2	,7	11	,3	4	1,8	28	1,8	10	3,7	24
22	■	■	■	0	0	,6	4	,6	9	1,3	21	,6	9	1,2	19	,2	1	,6	4
23	■	■	■	,2	1	,3	2	,1	1	,7	11	,4	6	1,3	21	2,0	11	1,1	7
24	■	■	■	,2	1	,2	1	,2	3	,3	5	,4	6	1,3	21	,7	4	1,7	11
25	■	■	■	,2	1	,3	2	0	0	,2	3	,1	2	,9	14	0	0	,8	5
26	■	■	■	0	0	0	0	,2	3	0	0	,1	2	,6	9	,9	5	,3	2
27	■	■	■	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,2	3	0	0	,9	6
totais -				100	562	100	737	100	1456	100	1561	100	1493	100	1578	100	558	100	642
				$\chi^2_{(23)} = 119,953; p < 0,01$				$\chi^2_{(25)} = 263,209; p < 0,01$				$\chi^2_{(26)} = 389,238; p < 0,01$				$\chi^2_{(26)} = 193,965; p < 0,01$			

Legenda: ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

De referir ainda que, como seria de esperar, as diferenças encontradas entre os sexos em todos os escalões etários eram estatisticamente significativas. Podemos ainda salientar que analisando os resultados em cada um dos sexos separadamente, também encontramos diferenças estatisticamente significativas (sexo masculino - $\chi^2_{(75)} = 543,247$; $p < 0,001$; sexo feminino - $\chi^2_{(78)} = 432,900$; $p < 0,001$).

2.4 - Discussão e conclusões

Sobre a análise isolada dos comportamentos...

Prática desportiva

Os resultados a que chegámos neste primeiro estudo sobre a prática desportiva, vêm na linha de muitas outras investigações realizadas tanto em Portugal, como internacionalmente. Assim, como concluímos após a leitura de diferentes estudos, os índices de prática desportiva são muito variáveis de país para país sendo Portugal um dos países que parecia apresentar piores resultados no que diz respeito à regularidade com que os jovens praticavam desporto. No nosso estudo, verificámos que uma grande percentagem dos jovens não apresentava um hábito regular de prática desportiva e que o sexo masculino era mais activo do que o feminino. Por outro lado, nos estudos que consultámos, observámos que os mais novos praticavam desporto com maior regularidade do que os mais velhos, situação que não acontecia de forma tão evidente no nosso estudo, como já salientámos, uma vez que não encontramos uma grande diminuição dos níveis de prática à medida que a idade avançava.

Nesta primeira fase da discussão dos resultados sobre a prática desportiva, considerámos nos diferentes estudos que consultámos todas as análises que de alguma forma se relacionassem com a Actividade Física e foi possível constatar que, em todas as análises, apesar das diferentes

metodologias seguidas, a tendência era a mesma e confirmava, de certo modo, os nossos resultados.

Assim (ver Quadro 2.25), no nosso estudo observámos que um em cada dez dos rapazes e aproximadamente uma em cada cinco das raparigas referiram ausência de prática desportiva fora da Escola, resultados semelhantes aos encontrados por Matos e col. (2003). Sobre a regularidade da prática, não é possível com rigor comparar as percentagens obtidas em cada um dos estudos. Podemos, no entanto, comparar as tendências que nos mostram em todos os estudos que consultámos que os rapazes eram mais activos do que as raparigas e que os mais novos também eram mais activos do que os mais velhos (Matos e col. 2003; Balaguer e Castillo, 2002b; OMS 2004a; Comissão Europeia 2004). Conclusões semelhantes são também descritas por exemplo pelo CDC (2006), entre outras instituições que, um pouco por todo o mundo, têm investigado este comportamento.

Quadro 2.25. Indicadores de inactividade física em diferentes estudos em função do sexo e da idade.

Indicadores de inactividade física em diferentes estudos	%		13 anos (%)		15 anos (%)		> 15 anos (%)	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
não praticam desporto – nosso estudo	6	19	6	21	5	16	6	22
nunca praticam actividade física – Matos e col. (2003)	3	5	3		4		8	
praticam actividade física meia hora ou menos – Matos e col. (2003)	3	6	34		34		39	
não praticam desporto – Matos e col. (2003)	10	27	16		20		25	
não praticam desporto – Balaguer e Castillo (2002b)	14	46	14	40	15	50	-	-
não praticam pelo menos uma hora de actividade física 5 dias por semana – OMS(2004a)	63	76	60	73	65	78	-	-
não praticam actividade física fora da escola pelo menos duas vezes semana– Comissão Europeia (2004)	20	39	18	32	21	45	-	-

Ainda sobre a regularidade da prática desportiva, podemos salientar o grande número de jovens que não praticam desporto pelo menos dentro dos limites mínimos que são, hoje em dia, recomendados: no mínimo 30 minutos de actividade física moderada pelo menos 5 dias por semana; relativamente aos adolescentes aconselha-se ainda a participação em actividades físicas com intensidade de moderada a vigorosa pelo menos 3 vezes por semana no mínimo 20 minutos em cada sessão (CDC, 2006; Balaguer e Castillo, 2002b). Claro que é para nós difícil determinar com rigor as percentagens de jovens que atingem este mínimo de actividade física. Baseados apenas em questionários dificilmente será possível determinar com rigor a intensidade e podemos ainda levantar algumas dúvidas sobre a resposta dos jovens relativamente à frequência e duração da prática. Assim, podemos apenas referir tendências e, sempre com algumas reservas, procurar determinar a percentagem de jovens que pelo menos se aproximem dos níveis mínimos recomendados.

Deste modo, no nosso estudo, encontrámos 28% do total dos jovens inquiridos que referiram prática regular, no mínimo, conforme fizemos referência, 2/3 vezes por semana mais de 20 minutos por sessão. Se a esta prática desportiva, que era realizada fora da Escola, acrescentarmos a participação nas aulas de Educação Física na Escola, podemos dizer que estes jovens apresentavam um nível de prática desportiva pelo menos dentro dos mínimos recomendados. Fizemos ainda referência às diferenças entre os sexos que nos indicavam que havia muitos mais rapazes (38%) do que raparigas (18%) com estes níveis de prática. Por fim, verificámos ainda que, no nosso estudo, a diminuição da regularidade da prática à medida que a idade avançava era mais evidente no sexo feminino do que no sexo masculino. Nas raparigas havia uma diminuição de 5% entre os 12-13 anos e os 18-20 anos e nos rapazes, nos mesmos escalões etários a diminuição era apenas de 2% (ver Quadro 2.12).

Quando queremos comparar estas percentagens com os outros estudos, essa tarefa revela-se muito difícil uma vez que nos diferentes estudos a que já fizemos referência as análises são diferentes não considerando, por exemplo, a

frequência e duração na mesma análise. Assim, encontrámos valores percentuais muito diferentes:

- Matos e col. (2003) referem que 69% dos rapazes e 51% das raparigas faziam actividade física pelo menos 3 vezes por semana. Na mesma análise, não diferenciando sexos, refere que aos 13 anos encontraram 59%, baixando essa percentagem para 54% nos maiores de 16 anos (ver Quadro 1.4).

- Balaguer e Castillo (2002b), no seu estudo na comunidade valenciana em 3 Escolas, referem que aos 13 anos encontraram 75% dos rapazes e 44% das raparigas com prática desportiva no mínimo 2-3 vezes por semana, baixando essas percentagens para 66% nos rapazes e 27% nas raparigas com 15 anos (Quadro 1.7).

- No estudo HBSC (OMS, 2004a), numa análise sobre a percentagem de jovens que tinha pelo menos uma hora de actividade física 5 dias por semana (ver Quadro 1.8) encontrámos 38% dos jovens portugueses com 13 anos do sexo masculino e 15% do sexo feminino baixando as percentagens aos 15 anos – 25% dos rapazes e apenas 13% das raparigas.

- No Relatório sobre Saúde na Europa (OMS (2002), numa análise feita aos habitantes dos diferentes países da Europa (temos portanto nesta análise uma população adulta, ao contrário dos outros estudos em que apenas são considerados os jovens), é referido que em Portugal apenas 30% das pessoas apresentavam pelo menos 3,5 horas de actividade física semanal (os tais 30 minutos diários).

Podemos ainda referir que num outro estudo realizado em Portugal com 1607 alunos, Santos (2004), também verificou que os rapazes eram mais activos do que as raparigas (30% dos rapazes e apenas 9% das raparigas referiram um nível de actividade física semanal elevado); neste estudo, os mais

novos, de ambos os sexos, referiram maior regularidade na participação em actividades físicas e prática desportiva.

Podemos assim reforçar, como síntese, uma ideia a que já fomos fazendo referência em diferentes momentos: Não sendo possível determinar com rigor a percentagem de jovens que praticam desporto com a regularidade desejada para as suas idades, podemos dizer com segurança que estamos muito longe de ver essa prática generalizada se não a todos pelo menos à grande maioria dos jovens, que era o que devia acontecer dada a mais do que comprovada importância que o ser activo assume em todas as fases da nossa vida (Matos e Sardinha, 1999), assumindo particular importância na adolescência, aquela fase em que tudo muda e cresce.

Consumo de alimentos

Como já referimos quando apresentámos os resultados referentes ao consumo de alimentos, na primeira análise que fizemos a este comportamento analisámos um conjunto de seis alimentos considerados saudáveis e outros seis considerados não saudáveis.

A exemplo do que sucedeu na análise da prática desportiva, também na análise deste comportamento encontrámos nas várias investigações que consultámos diferentes metodologias que nos levam mais uma vez a procurar tendências e não tanto a comparação de percentagens.

Assim, agrupámos no Quadro 2.26, alguns dos dados que observámos nos diferentes estudos, tornando-se interessante observar, por um lado, as semelhanças observadas entre os resultados do nosso estudo e do estudo de Matos e col. (2003) e, por outro lado, comprovar que as tendências em todos os estudos eram idênticas.

Quadro 2.26. Indicadores do consumo de alimentos em diferentes estudos em função do sexo e da idade.

Indicadores do consumo de alimentos em diferentes estudos	%		13 anos (%)		15 anos (%)		> 15 anos (%)	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
nunca ou quase nunca consomem os 6 alimentos saudáveis considerados – nosso estudo	10	8	11	8	10	9	9	9
nunca ou quase nunca consomem os 3 alimentos saudáveis considerados – Matos e col. (2003)	9	8	8		9		10	
não consomem todos os dias os 2 alimentos saudáveis considerados – OMS (2004a)	73	67	71	65	75	68	-	-
consumem com regularidade os 6 alimentos não saudáveis considerados – nosso estudo	26	14	23	14	26	17	26	12
consumem todos os dias os 3 alimentos não saudáveis considerados – Matos e col. (2003)	26	20	24		23		23	
consumem todos os dias os 2 alimentos não saudáveis considerados – OMS (2004a)	31	29	31	29	31	28	-	-

Matos e col. (2003) no seu estudo analisaram separadamente três alimentos saudáveis e três alimentos não saudáveis que nós também considerámos na nossa análise. Assim, uma vez que fizemos neste nosso primeiro estudo uma análise das médias obtidas no conjunto de alimentos saudáveis e não saudáveis, registando as médias obtidas na análise efectuada no estudo de Matos e col. (2003) tornamos possível a comparação dos resultados. Deste modo, na análise em função do sexo, os resultados obtidos neste estudo são muito parecidos com os nossos, não só relativamente às percentagens como às diferenças entre os sexos. Assim, ambos os estudos confirmam a tendência que nos mostra que as raparigas consumiam em maior percentagem os alimentos saudáveis considerados. Na análise em função da idade, as semelhanças entre os resultados dos dois estudos não são tão

evidentes existindo, no entanto, uma tendência que nos mostra que os mais novos comiam em maior percentagem os alimentos saudáveis.

Relativamente ao consumo de alimentos não saudáveis, as semelhanças são grandes nos dois estudos, os quais revelam que os rapazes consumiam mais estes alimentos. Na análise em função da idade, no estudo de Matos e col. (2003) não encontramos grandes diferenças certamente por terem sido considerados os sexos em conjunto. No nosso estudo, por que separámos os sexos quando analisámos as idades, encontramos diferenças significativas com os rapazes mais novos a consumirem menos alimentos não saudáveis ao contrário das raparigas onde não se notaram grandes diferenças em função da idade; verificámos, no entanto, que as mais velhas comiam menos alimentos não saudáveis do que as mais novas.

As diferenças que encontramos nos dois estudos, em virtude dos métodos de análise terem sido diferentes, reforçam a ideia de que quando analisámos os dados em função das idades também devemos olhar separadamente para os sexos uma vez que apresentam comportamentos diferenciados.

Também Blasco e col. (2002) no estudo realizado em Valência, verificaram, como nós, a tendência para os hábitos alimentares piorarem, sobretudo nos rapazes, à medida que avançava a idade.

Do estudo HBSC (OMS, 2004a), retirámos a análise efectuada a quatro alimentos, dois que podemos considerar saudáveis e dois não saudáveis. Também neste caso torna-se difícil compararmos percentagens pelo que o mais adequado é verificarmos as tendências que neste estudo confirmam as nossas conclusões, tanto no consumo de alimentos saudáveis como no consumo de alimentos não saudáveis.

Por fim, podemos salientar e reforçar a ideia de que estamos perante um comportamento de difícil avaliação rigorosa. Para além disso, dadas as enormes diferenças metodológicas nas diferentes análises torna-se ainda mais

difícil encontrar dados que possam ser comparáveis de forma a podermos tirar conclusões mais consistentes e adequadas.

Podemos ainda assim, com base nos resultados do nosso estudo e depois da análise que fizemos aos diferentes estudos já referidos, salientar a grande irregularidade que existe no consumo dos diferentes alimentos uma vez que tanto temos percentagens altas de jovens que consomem com frequência alguns dos alimentos considerados saudáveis, como também encontramos nos mesmos jovens elevados consumos de alguns dos alimentos considerados como não saudáveis. Saliente-se ainda a ideia de que as raparigas parecem ter, no geral, melhores hábitos alimentares do que os rapazes, sendo ainda nestes mais acentuada uma tendência para os hábitos alimentares piorarem quando a idade aumenta, situação que parece não ser tão evidente nas raparigas.

Consumo de tabaco

Relativamente ao consumo de tabaco, os resultados que obtivemos neste estudo estão de acordo com a maioria das conclusões obtidas nos outros estudos que considerámos, ou seja, os mais novos consumiam menos do que os mais velhos e não havia grandes diferenças nos consumos dos dois sexos. No Quadro 2.27, a exemplo do que fizemos na análise comparativa dos outros dois comportamentos já analisados, agrupámos os dados dos três estudos em que foram efectuadas o mesmo tipo de análises relativamente a este comportamento e podemos confirmar o que referimos anteriormente.

No estudo de Matos e col. (2003) as percentagens de jovens que disseram que não fumavam eram praticamente iguais às que obtivemos no nosso estudo: 81% de rapazes e 82% das raparigas no estudo de Matos e col. (2003), 79% e 80% no nosso estudo. O mesmo se passava nas percentagens de jovens que fumavam todos os dias, com aproximadamente 10% em ambos os sexos.

Quadro 2.27. Indicadores do consumo de tabaco em diferentes estudos em função do sexo e da idade.

Indicadores do consumo de tabaco em diferentes estudos	%		13 anos (%)		15 anos (%)		> 15 anos (%)	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
consomem tabaco diariamente - nosso estudo	11	10	1	2	6	6	19	17
consomem tabaco diariamente - Matos e col. (2003)	9	8	4		11		23	
consomem tabaco diariamente - OMS (2004)	12	11	5	4	18	17	-	-

No estudo de Tomás e Atienza (2002) realizado em Valência refere-se, como nós, que os consumos pioravam em ambos os sexos quando a idade avançava; a diferença que notámos é que na comunidade valenciana as raparigas fumavam mais do que os rapazes.

Olhando para o estudo europeu HBSC (OMS, 2004a) e também para o estudo da Comissão Europeia (2004), apesar das já referidas diferenças metodológicas relativamente ao nosso estudo, concluímos que as tendências eram as mesmas com os mais velhos a consumirem mais apesar de nestes estudos encontrarmos para Portugal maiores percentagens de jovens fumadores regulares, em ambos os sexos.

Verificámos ainda que os consumos de tabaco nos dois sexos eram muito parecidos, com os jovens rapazes portugueses, no nosso estudo e no estudo de Matos e col. (2003) a apresentarem consumos ligeiramente superiores aos das raparigas, ao contrário do que se verificava no HBSC que refere que aos 15 anos as raparigas portuguesas consumiam tabaco com maior regularidade do que os rapazes, situação que também se verificava noutros países, nomeadamente em Espanha.

Em síntese podemos dizer que não sendo um comportamento de risco tão generalizado entre os adolescentes como parece ser a inexistência de uma prática desportiva regular e o consumo desequilibrado de alimentos, encontrámos cerca de 10% dos jovens já com hábitos diários de consumo de tabaco. Para além disso, parecendo verificar-se um enorme aumento do

consumo à medida que a idade avança e sabendo-se hoje quais as consequências futuras deste hábito e das grandes dificuldades para sair deste vício depois de ter sido adquirido, percebemos bem o quanto é urgente intervenção sobre esta problemática junto dos jovens.

Consumo de bebidas alcoólicas

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, verificámos no nosso estudo que seis em cada dez dos jovens referiram que não consumiam bebidas alcoólicas habitualmente. No entanto, encontrámos quase um em cada dez dos jovens com consumos já regulares. Ao contrário do verificado no consumo de tabaco, os rapazes, em todos os escalões etários, consumiam mais bebidas alcoólicas do que as raparigas. Observámos que 13% dos rapazes e apenas 4% das raparigas referiram consumos muito regulares. Por outro lado, encontrámos situação idêntica à do consumo de tabaco no que diz respeito à comparação dos consumos nos diferentes escalões etários em ambos os sexos, com os mais novos a consumirem muito menos do que os mais velhos. Estes resultados vêm de encontro aos dados que encontrámos nos outros estudos uma vez que em todas as análises efectuadas se verificaram tendências iguais às verificadas por nós. De qualquer forma, encontrámos percentagens diferentes que, no entanto, têm de ser relativizadas devido aos motivos já apresentados anteriormente (Quadro 2.28).

Quadro 2.28. Indicadores do consumo bebidas alcoólicas em diferentes estudos em função do sexo e da idade.

Indicadores do consumo de bebidas alcoólicas em diferentes estudos	%		13 anos - %		15 anos - %		> 15 anos - %	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
consomem bebidas alcoólicas pelo menos semanalmente - nosso estudo	44	33	23	16	35	29	53	41
consomem cerveja dia/semana/mês- Matos e col. (2003)	13	4	4		11		21	
consomem bebidas alcoólicas semanalmente - OMS (2004)	25	17	15	9	34	24	-	-

Em suma, terminada esta primeira análise, podemos dizer que observámos os seguintes comportamentos nos adolescentes da nossa amostra:

- Os rapazes praticavam desporto com maior regularidade do que as raparigas.

- Os mais velhos praticavam desporto com menor regularidade do que os mais novos, sendo esta tendência, no entanto, pouco acentuada e mais evidente nas raparigas.

- As raparigas consumiam ligeiramente mais alimentos saudáveis e muito menos alimentos não saudáveis do que os rapazes.

- Nos rapazes, o consumo de alimentos saudáveis diminuía com a idade, aumentando o consumo de alimentos não saudáveis. Nas raparigas diminuía um pouco com a idade o consumo de alimentos saudáveis mas, por sua vez, diminuía também o consumo de alimentos não saudáveis nas mais velhas.

- Relativamente ao consumo de tabaco, observámos consumos muito parecidos nos dois sexos, com os rapazes a terem consumos apenas ligeiramente superiores.

- Em ambos os sexos, o consumo de tabaco aumentava muito com a idade.

- No consumo de álcool, encontrámos maiores índices de consumo nos rapazes do que nas raparigas, assim como, e em ambos os sexos, os mais novos apresentaram consumos mais baixos do que os mais velhos.

Sobre a análise dos estilos de vida...

Relacionando as três dimensões comportamentais entre si, segundo os critérios que descrevemos no início deste estudo, obtivemos vinte e sete tipos diferentes de estilos de vida, surgindo como primeira observação a enorme dispersão da nossa amostra pelos diferentes estilos de vida. Esta situação

demonstra o quanto é difícil determinar com rigor como se relacionam os jovens com os diferentes comportamentos que estudámos.

Assim, se considerarmos apenas os estilos de vida adoptados por pelo menos 5% dos jovens (n acima de 440) encontrámos apenas seis dos vinte e sete tipos de estilos de vida (ver Quadro 2.23).

Lembramos que os jovens do nosso estudo estavam numa larga percentagem em cada uma das três dimensões comportamentais na zona amarela (mais de metade na prática desportiva e no consumo de alimentos e quase um terço no consumo de substâncias). Sendo esta zona amarela representativa de comportamentos de risco que considerámos moderados, explica de certa forma as grandes diferenças que encontrámos nestes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes pois numa dada fase estes jovens, ainda sem um padrão comportamental bem definido, tanto podem “cair” para a zona verde (protectora) como para a zona vermelha (de risco elevado). Esta situação poderá ajudar a explicar ainda as diferenças que encontrámos nos vários estudos relativamente às percentagens obtidas em cada uma das análises.

Como já referimos anteriormente, tivemos dificuldade em encontrar estudos que nos apresentassem resultados que pudéssemos comparar com os que nós encontrámos nesta fase da investigação. Assim, e apenas numa análise muito global, poderemos dizer que quando relacionámos os diferentes comportamentos na tentativa de tipificar os estilos de vida dos jovens concluímos que apenas três em cada cem apresentaram, segundo os critérios que estabelecemos, um estilo de vida com comportamentos protectores de Saúde, ou seja, apenas cerca de três em cada cem dos jovens da nossa amostra revelaram que tinham ao mesmo tempo uma prática desportiva regular, um consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis equilibrado e que não consumiam nem bebidas alcoólicas nem tabaco.

Os resultados que observámos neste estudo, no fundo, vêm confirmar o que já variadíssimas investigações levadas a cabo noutros países têm concluído: a “tal” epidemia comportamental de que falávamos no início desta

dissertação (Ribeiro, 1998) é comprovada por resultados como o do nosso estudo, onde verificámos que uma grande percentagem dos jovens tem adoptado nas suas vidas comportamentos que colocam em risco, de forma mais ou menos severa, a sua Saúde; por outro lado, a consulta de diferentes estudos, entre os quais os que mais referimos na nossa dissertação (Matos e col., 2003; Balaguer e col., 2002a; OMS, 2004, Relatório sobre a Saúde na Europa (OMS, 2002); Comissão Europeia, (2004) e o que insistentemente relatam instituições como a OMS, CDC ou a IASO (2006) fazem-nos perceber que este não é um problema local mas sim mundial e que, por isso, tal como foi preconizado na “Carta da Bangkok” (OMS, 2006b), o esforço tem de ser de todos, em parceria.

A análise que efectuámos, considerando o sexo e as idades ao mesmo tempo, parece confirmar também aquilo que é hoje já uma certeza comprovada pelas diferentes investigações e instituições já referidas: os mais novos têm comportamentos mais saudáveis do que os mais velhos, situação que confirma a importância de se fazer uma intervenção cada vez mais precoce de forma a tentar atenuar a progressiva adopção de estilos de vida não saudáveis dos adolescentes.

Por outro lado, havendo diferenças entre os sexos no que se refere aos seus comportamentos relacionados com a Saúde, como vimos aliás ao longo das diferentes análises que efectuámos, quando relacionamos os diferentes comportamentos essas diferenças atenuam-se indicando-nos que esta intervenção tem de envolver os dois sexos mas, provavelmente, com prioridades diferentes. Como verificámos no nosso estudo, a exemplo do que tínhamos visto nos outros estudos que consultámos, as raparigas são menos activas do que os rapazes mas também são menos consumidoras de substâncias e parecem ter um alimentação mais equilibrada. Vimos, no entanto, que no que se refere ao consumo de substâncias, parece ser verdade que os rapazes consomem mais bebidas alcoólicas do que as raparigas, mas estas já consomem (e ultrapassam mesmo nalguns estudos) tanto tabaco como os rapazes.

Ou seja, confirma-se a importância de se aprofundar conhecimentos acerca destas temáticas que, como vimos, são de difícil avaliação rigorosa mas que, apesar das diferentes metodologias encontradas nos diferentes estudos, o que se traduz em diferenças percentuais relevantes, nos indicam todos o mesmo caminho: à medida que a idade avança os adolescentes vão experimentando e adoptando comportamentos menos saudáveis e estes comportamentos não são estáveis nem nas diferentes idades nem nos dois sexos. Esta situação conduz-nos a outra conclusão:

É importante ir mais além no estudo dos estilos de vida dos adolescentes, dada a grande variabilidade de resultados encontrada, pois se queremos intervir temos de conhecer a realidade e a forma como os adolescentes, nas diferentes fases da sua caminhada até serem adultos, se relacionam com a sua Saúde.

Deste modo, depois deste estudo em que procurámos ir do particular para o geral, sentimos necessidade de aprofundar a dimensão comportamental que considerámos central na nossa investigação. Não nos podia satisfazer a análise que fizemos considerando a prática desportiva de uma forma tão global sabendo nós o quanto é diferente a forma como os jovens se relacionam com o desporto. Por outro lado, pretendíamos ainda tentar esclarecer uma dúvida que salientámos no enquadramento do problema: o facto dos jovens apresentarem comportamentos protectores de Saúde na prática desportiva não parece estar tão positivamente relacionado, como poderíamos pensar inicialmente, com outros comportamentos também protectores de Saúde.

Neste sentido, tínhamos de aprofundar a análise sobre a prática desportiva dos jovens para depois podermos estudar com maior profundidade como é que os jovens desportistas (em diferentes contextos) e os jovens sedentários (ou menos activos fisicamente) se relacionavam com os outros comportamentos que estudámos nesta dissertação...

Capítulo 3

A prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes...

Estudo 2. A prática desportiva e os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes...

3.1 - Introdução

Depois do estudo que apresentamos no capítulo anterior, surgiu um conjunto alargado de questões que tinham essencialmente a ver com a prática desportiva realizada pelos adolescentes...

- Em que contextos se verificará a prática desportiva dos adolescentes?
- Que diferenças haverá entre os sexos e a idade relativamente aos contextos em que é realizada a prática desportiva?
- Será a prática desportiva sinónimo de um estilo de vida saudável?

Assim, era nossa intenção aprofundar o estudo da relação que existiria entre o facto dos adolescentes estarem envolvidos, de diferentes maneiras, na prática desportiva e os outros comportamentos que também estão relacionados com a sua Saúde.

Esta análise, em que voltámos a olhar para os comportamentos de uma forma isolada, é especialmente importante quando o objectivo da investigação for a intervenção. Sabendo com profundidade como se relacionam entre si os diferentes comportamentos, podemos com maiores garantias de eficácia desenhar projectos de intervenção que incidam em determinadas áreas temáticas que consideremos prioritárias com base nos resultados obtidos na investigação.

Deste modo, era importante aprofundar esta análise de forma a podermos com maior segurança falar sobre os estilos de vida dos adolescentes e a sua relação com a prática desportiva.

Tínhamos, no entanto, antes de avançar para análises mais aprofundadas, de perceber melhor de que prática desportiva estávamos a falar quando dizíamos no primeiro estudo que mais de metade dos adolescentes tinham uma prática que considerámos reduzida (no máximo duas a três vezes

por semana menos de 20' por sessão) e que apenas quase um terço apresentava índices que considerámos regulares...

Assim, era importante estudar o contexto dessa prática (por exemplo, se tinha apenas um carácter recreativo ou se implicava participação em competições) e que diferenças havia entre os sexos e os diferentes escalões etários.

Deste modo, os objectivos deste estudo foram:

- Analisar os contextos em que se realizava a prática desportiva dos adolescentes em cada um dos sexos nos diferentes escalões etários.

- Analisar a relação existente entre a prática desportiva dos adolescentes e os consumos de alimentos, de tabaco e de bebidas alcoólicas em cada um dos sexos nos diferentes escalões etários.

3.2 - Metodologia

Neste capítulo não fazemos referência a alguns dos aspectos metodológicos uma vez que foram exactamente os mesmos do primeiro estudo: a amostra foi a mesma, assim como o instrumento utilizado, da mesma forma que os procedimentos da aplicação dos questionários foram os mesmos, tais como os procedimentos estatísticos (ver estudo 1).

variáveis

tipos de prática desportiva

Pretendíamos aprofundar a análise da prática desportiva dos adolescentes, tendo agora em conta também o contexto da prática e não só a sua frequência e duração.

Assim, para além de olharmos para os índices de prática desportiva que já tínhamos analisado no estudo 1, completámos esta análise através da resposta dada a uma questão incluída no questionário: "Costumas participar em competições?". Foi assim possível determinarmos o contexto da prática

desportiva e considerámos, desta forma, seis contextos diferentes em função não só dos índices de prática como também se a prática tinha um carácter recreativo ou se estava enquadrada em competição.

Como se pode verificar no Quadro 3.1, partimos de uma análise dos três grupos determinados no estudo 1, mas entendemos neste caso ser mais correcto olhar também para os seis índices determinados no início desse estudo, fazendo a seguinte divisão:

- Dividimos o grupo verde em dois subgrupos:

- * Prática Desportiva Regular – Recreação (PDReg-R)

- * Prática Desportiva Regular – Competição (PDReg-C)

- Dividimos o grupo amarelo em três subgrupos:

- * Prática Desportiva Reduzida – Recreação (PDRed-R)

- * Prática Desportiva Reduzida – Competição (PDRed-C)

- * Prática Desportiva Esporádica (PDEsp)

(Nota - Dividimos o grupo amarelo em três subgrupos uma vez que podemos considerar o índice 3 como prática reduzida – pratica 1 x/semana, + de 20 min/sessão ou 2/3 x semana, menos 20 min/sessão – e o índice 2 como prática apenas esporádica – pratica 1 a 3 x/mês ou 1 x/semana, menos de 20 min. sessão).

- O grupo vermelho ficou como estava uma vez que representava a inexistência de prática desportiva (PDInex).

Quadro 3.1. Tipos de prática desportiva.

Tipo de Prática Desportiva	grupo	índice	descritivo
Prática Desportiva Inexistente (PDInex)	vermelho	1	não praticam desporto
Prática Desportiva Esporádica (PDEsp)	amarelo	2	praticam, no máximo, uma vez por semana, menos de 20 min. sessão
Prática Desportiva Reduzida - Recreação (PDRed-R)	amarelo	3	não praticam mais de duas/três vezes semana, menos 20 min. sessão
Prática Desportiva Reduzida - Competição (PDRed-C)	amarelo	3	não praticam mais de duas/três vezes semana, menos 20 min. sessão
Prática Desportiva Regular - Recreação (PReg-R)	verde	4/5/6	praticam, pelo menos, duas/três vezes semana, mais de 20 min./sessão
Prática Desportiva Regular - Competição (PReg-C)	verde	4/5/6	praticam, pelo menos, duas/três vezes semana, mais de 20 min./sessão

os outros comportamentos relacionados com a Saúde

Na análise dos outros comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, os critérios que utilizámos foram os mesmos do estudo 1, ou seja, analisámos o consumo de alimentos saudáveis, o consumo de alimentos não saudáveis, o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Na análise destes comportamentos, considerámos três grupos, conforme já descrevemos no estudo 1: grupo vermelho – comportamentos de risco elevado; grupo amarelo – comportamentos de risco moderado; grupo verde – comportamentos protectores de Saúde.

3.3 – Resultados

Os diferentes contextos da prática desportiva

No Quadro 3.2, podemos observar como se distribuía a amostra pelos diferentes contextos de prática desportiva considerados na nossa investigação.

Assim, verificámos que 13% dos adolescentes revelaram que não praticavam qualquer tipo de desporto. Relativamente às diferenças entre os sexos, como já tínhamos referido no estudo 1, encontrámos mais raparigas do que rapazes que não praticavam desporto; mais propriamente, 19% das raparigas e apenas 6% dos rapazes revelaram que não praticavam desporto.

Na prática desportiva esporádica, encontrámos 21% dos jovens, continuando a ser as raparigas a estar neste grupo em maior percentagem (26% das raparigas e apenas 15% dos rapazes).

Quando analisámos os outros tipos de prática desportiva, em que diferenciamos a prática recreativa da prática enquadrada em competição, continuavam a notar-se grandes diferenças entre os sexos, com as raparigas a participar em muito menor percentagem no desporto de competição. Enquanto que na prática desportiva com carácter recreativo as diferenças entre os sexos variavam entre 4% e 6%, na prática desportiva em competição as diferenças passavam para 10% quando a prática era reduzida e 16% quando a prática era regular.

As diferenças encontradas entre os sexos eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(5)} = 1055,993$; $p < 0,001$).

Quadro 3.2. Distribuição dos alunos pelos diferentes tipos de prática desportiva.

Tipo de Prática Desportiva	amostra global		masculino		feminino	
	%	n	%	n	%	n
Prática Desportiva Inexistente (PDInex)	12	1057	6	226	19	831
Prática Desportiva Esporádica (PDEsp)	21	1779	15	631	26	1148
Prática Desportiva Reduzida - Recreação (PDRed-R)	28	2352	25	1007	31	1345
Prática Desportiva Reduzida - Competição (PDRed-C)	11	952	16	672	6	280
Prática Desportiva Regular - Recreação (PReg-R)	15	1280	17	698	13	582
Prática Desportiva Regular - Competição (PReg-C)	13	1060	21	835	5	225

A Figura 3.1 permite-nos observar de outra forma as diferenças encontradas entre os sexos em cada um dos tipos de prática desportiva. Repare-se, conforme já salientámos, nas diferenças quando se tratava de prática desportiva enquadrada em competição (PDRed-C e PReg-C).

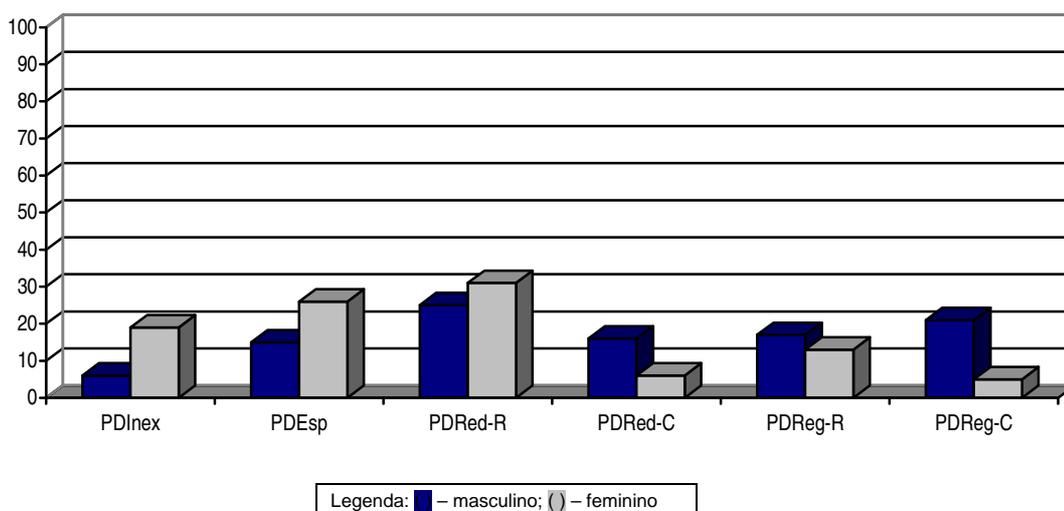


Figura 3.1 – Distribuição dos alunos pelos diferentes tipos de prática desportiva em função do sexo.

Analisando agora nas diferentes idades a forma como ambos os sexos se distribuíam pelos vários tipos de prática desportiva, confirmámos análises que já tínhamos efectuado anteriormente (Quadro 3.3).

Quadro 3.3. Distribuição dos alunos pelos diferentes tipos de prática desportiva em função do sexo e da idade.

TIPOS DE PRÁTICA DESPORTIVA	12 - 13 anos		14 - 15 anos		16 - 17 anos		18 - 20 anos	
	masc	fem	masc	fem	masc	fem	masc	fem
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Prática Desportiva Inexistente (PDInex)	6 (35)	21 (131)	5 (78)	16 (245)	5 (79)	20 (308)	6 (34)	23 (147)
Prática Desportiva Esporádica (PDEsp)	15 (84)	26 (162)	14 (205)	26 (401)	16 (237)	27 (423)	19 (105)	25 (162)
Prática Desportiva Reduzida - Recreação (PDRed-R)	23 (127)	27 (168)	24 (343)	29 (458)	26 (394)	32 (511)	26 (143)	32 (208)
Prática Desportiva Reduzida - Competição (PDRed-C)	18 (99)	6 (41)	17 (251)	9 (140)	17 (252)	5 (73)	12 (70)	4 (26)
Prática Desportiva Regular - Recreação (PDReg-R)	16 (92)	15 (94)	18 (266)	14 (220)	17 (246)	12 (194)	17 (94)	12 (74)
Prática Desportiva Regular - Competição (PDReg-C)	22 (125)	5 (34)	22 (313)	6 (97)	19 (285)	4 (69)	20 (112)	4 (25)
totais -	100 (562)	100 (630)	100 (1456)	100 (1561)	100 (1493)	100(1578)	100 (558)	100 (642)
	$\chi^2_{(5)}= 158,717 \quad p < 0,001$		$\chi^2_{(5)}= 312,632 \quad p < 0,001$		$\chi^2_{(5)}= 437,563 \quad p < 0,001$		$\chi^2_{(5)}= 167,489 \quad p < 0,001$	

Conforme já tínhamos observado anteriormente, quando a prática desportiva era inexistente, havia um ligeiro aumento percentual dos 12-13 anos para os 18-20 anos nas raparigas, de 21% para 23%, mantendo-se nos 6% nos

rapazes (Figura 3.2). Quando a prática desportiva era apenas esporádica, verificámos um aumento percentual nos rapazes à medida que a idade avançava (15% aos 12-13 anos e 19% aos 18-20 anos). Por outro lado, nas raparigas as percentagens mantiveram-se praticamente iguais em todos os escalões etários, entre os 25 e os 27% (Figura 3.3).

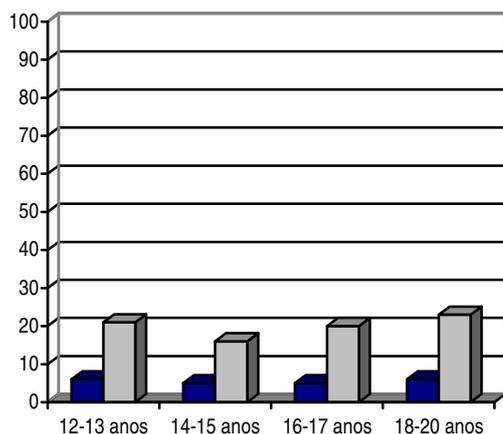


Figura 3.2 – Prática Desportiva Inexistente em função do sexo e da idade.

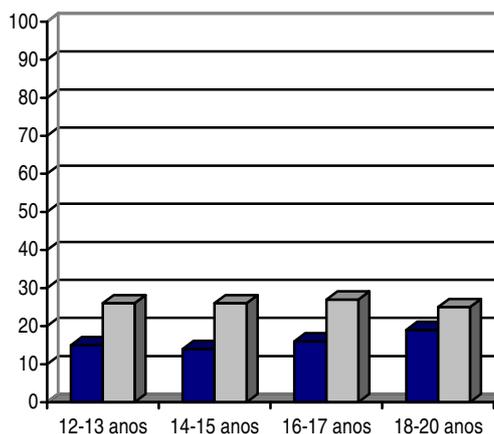


Figura 3.3 – Prática Desportiva Esporádica em função do sexo e da idade.

Legenda: ■ – masculino; □ – feminino

Quando a prática desportiva tinha carácter apenas recreativo notavam-se bem as diferenças se a prática era reduzida ou regular.

Na Figura 3.4, verificámos que quando a prática desportiva era reduzida havia um aumento percentual, nos dois sexos, quando a idade avançava.

Na Figura 3.5, verificámos, por outro lado, que quando a prática desportiva era regular baixava a percentagem de raparigas quando a idade avançava.

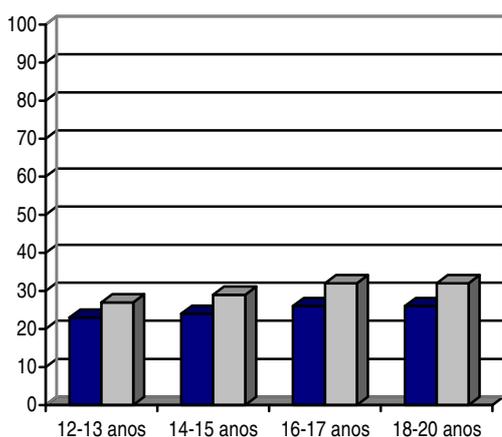


Figura 3.4 – Prática Desportiva Reduzida – Recreação em função do sexo e da idade.

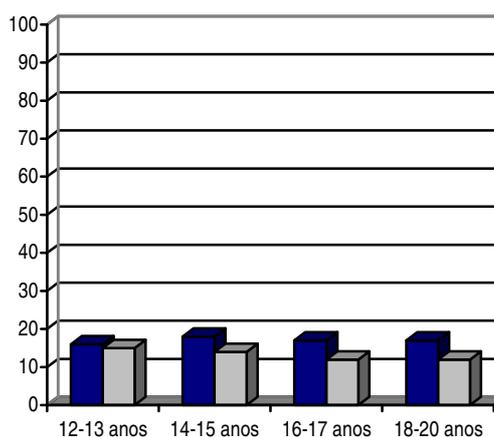


Figura 3.5 – Prática Desportiva Regular - Recreação em função do sexo e da idade.

Legenda: ■ – masculino; □ – feminino

Quando fazemos a análise da prática desportiva enquadrada em competição é interessante notar as diferenças relativamente à análise que fizemos anteriormente, quando a prática tinha um carácter apenas recreativo.

Na Figura 3.6, podemos reparar que baixavam um pouco as percentagens dos mais novos para os mais velhos. Da mesma forma, quando a prática desportiva em competição era regular (Figura 3.7), para além de se notarem bem as enormes diferenças entre os sexos, concluímos que as descidas percentuais entre as diferentes idades também eram ligeiras nos dois sexos.

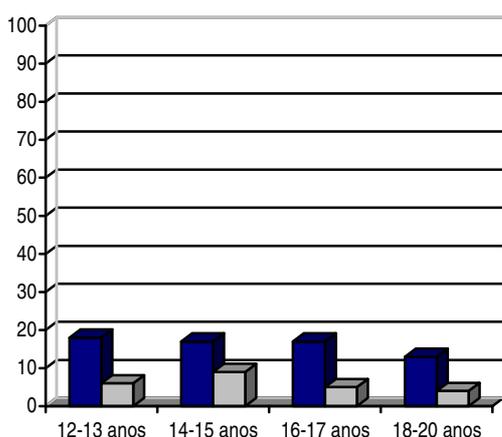


Figura 3.6 – Prática Desportiva Reduzida - Competição em função do sexo e da idade.

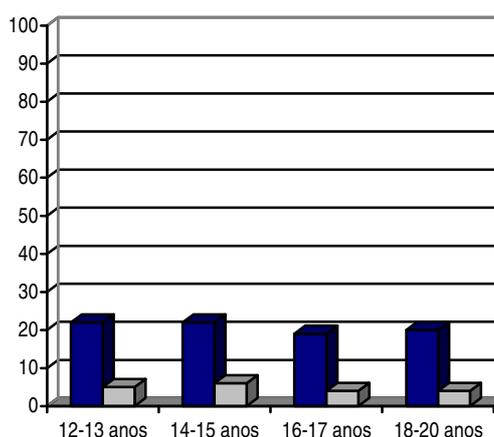


Figura 3.7 – Prática Desportiva Regular - Competição em função do sexo e da idade.

Legenda: ■ – masculino; □ – feminino

As diferenças encontradas entre os sexos, em todos os escalões etários, eram estatisticamente significativas, conforme se pode observar no Quadro 3.3. Por outro lado, quando fazemos a mesma análise em função da idade mas separando os sexos, verificamos que as diferenças encontradas no sexo masculino não eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(5)} = 21,862$; $p = 0,111$), ao contrário do verificado no sexo feminino onde as diferenças eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(5)} = 64,102$; $p < 0,001$, com residuais ajustados iguais ou superiores a 1,9 no escalão etário dos 14-15 anos na PDRed-C e na PDReg-C, no escalão etário dos 16-17 anos na PDRed-R e no escalão etário dos 18-20 anos na PDInex).

A prática desportiva e os outros comportamentos – que relação?...

Apresentamos em primeiro lugar os resultados observados considerando a amostra global, para a seguir apresentarmos os resultados observados em cada um dos sexos nos diferentes escalões etários. Depois de termos verificado no estudo 1 que havia diferenças não só entre os sexos mas também entre os escalões etários, entendemos que a análise considerando cada sexo separadamente em cada um dos escalões é a análise que melhor nos permite aprofundar o conhecimento sobre os comportamentos dos jovens.

A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis

Pela observação do Quadro 3.4, numa primeira análise considerando a amostra global, verificámos que eram os desportistas enquadrados em competição os que apresentaram em maiores percentagens consumo dos alimentos saudáveis (ver grupo verde). Repare-se que havia um aumento de 7% entre os que não praticavam desporto nenhum e os desportistas enquadrados em competição. Por outro lado, os desportistas enquadrados em recreação apresentaram menor regularidade no consumo de alimentos saudáveis do que os desportistas enquadrados em competição.

As diferenças encontradas entre os diferentes grupos eram estatisticamente significativas.

Quadro 3.4. A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis. Amostra global.

Prática Desportiva	consumo de alimentos saudáveis					
	Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n
PDinexistente	11	114	35	368	54	575
PDesporádica	10	169	34	606	56	1004
PDreduzida - Recreação	7	172	32	756	61	1424
PDreduzida - Competição	10	94	30	289	60	569
PDregular - Recreação	12	151	32	409	56	720
PDregular - Competição	9	95	30	323	61	642
$\chi^2_{(10)} = 35,431$ $p < 0,001$						

Olhando agora para os consumos de alimentos saudáveis no sexo masculino nos diferentes escalões etários (Quadro 3.5), numa primeira observação mais global, podemos dizer que apenas no escalão dos mais velhos (18-20 anos) os jovens com prática regular desportiva não apresentaram maior regularidade no consumo deste alimentos do que os que não praticavam desporto ou praticavam de uma forma menos regular. Em todos os outros escalões as diferenças na regularidade do consumo de alimentos saudáveis eram bem visíveis, com os mais activos fisicamente a revelarem ter em maior percentagem mais comportamentos protectores de Saúde (grupo verde) no consumo dos seis alimentos saudáveis que considerámos.

Verificava-se ainda que eram os jovens com prática desportiva enquadrada em competição os que revelaram maior regularidade no consumo dos alimentos saudáveis.

Relativamente às diferenças estatísticas observadas em cada um dos escalões etários, encontrámos situações diferentes, conforme se pode observar no Quadro 3.5: só no escalão dos mais novos (12-13 anos) e dos mais velhos (18-20) é que as diferenças não eram estatisticamente significativas, considerando um nível de significância de 0,05.

Quadro 3.5. A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Consumo de alimentos saudáveis		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 16,024$; $p = 0,099$)								
PDinexistente	23	8	37	13	40	14		
PDesporádica	4	3	32	27	64	54		
PDreduzida – Recreação	13	17	25	32	62	78		
PDreduzida – Competição	8	8	27	27	65	64		
PDregular – Recreação	14	13	29	27	57	52		
PDregular – Competição	11	14	26	33	63	78		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 21,923$; $p = 0,016$)								
PDinexistente	13	10	32	25	55	25		
PDesporádica	14	28	30	61	56	61		
PDreduzida – Recreação	7	24	37	128	56	128		
PDreduzida – Competição	10	26	29	72	61	72		
PDregular – Recreação	14	38	34	91	52	91		
PDregular – Competição	8	25	29	90	63	90		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 18,322$; $p = 0,050$)								
PDinexistente	14	11	40	32	46	36		
PDesporádica	9	22	38	89	53	126		
PDreduzida – Recreação	7	27	39	155	54	212		
PDreduzida – Competição	10	25	34	85	56	142		
PDregular – Recreação	14	36	36	88	50	122		
PDregular – Competição	7	20	35	100	58	165		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 4,787$; $p = 0,905$)								
PDinexistente	6	2	38	13	56	19		
PDesporádica	9	10	40	42	51	53		
PDreduzida – Recreação	8	12	38	54	54	77		
PDreduzida – Competição	14	10	42	29	44	31		
PDregular – Recreação	10	9	38	36	52	49		
PDregular – Competição	7	8	37	41	56	63		

Na Figura 3.8, olhando apenas para os comportamentos protectores de Saúde (grupo verde) no consumo de alimentos saudáveis nos rapazes em cada um dos escalões etários, podemos observar, por um lado, que havia um ligeiro decréscimo à medida que a idade avançava e, por outro lado, que os jovens sedentários (a vermelho) em todos os escalões, excepto no dos mais velhos, apresentaram menor regularidade no consumo destes alimentos.

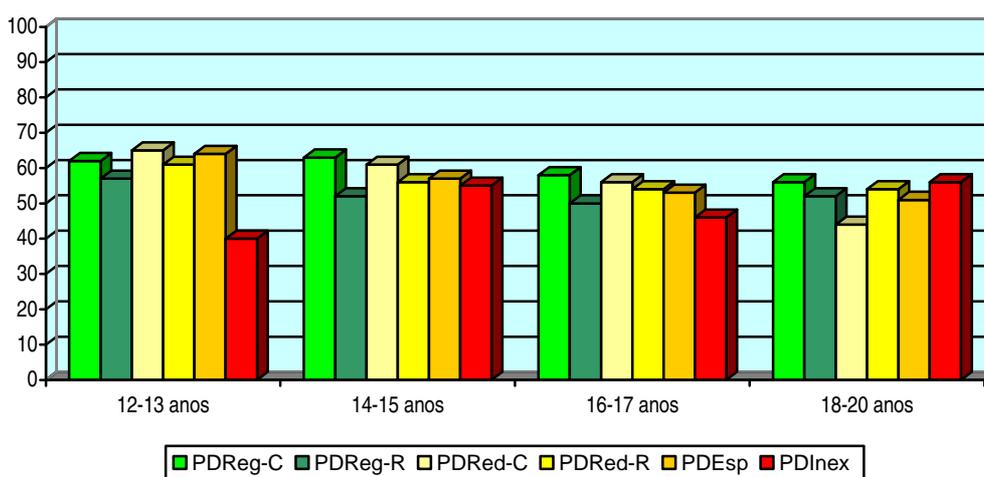


Figura 3.8 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.

A mesma análise, mas agora nas raparigas (Quadro 3.6), permite verificar que as diferenças no consumo dos alimentos saudáveis entre as que praticavam mais ou menos desporto não eram tão acentuadas como nos rapazes. Para além de só termos encontrado diferenças estatisticamente significativas no escalão etário dos 14-15 anos, a diferença percentual mais elevada foi de 7% enquanto que nos rapazes foi de 23% na regularidade do consumo de alimentos saudáveis entre os jovens que praticavam desporto com regularidade e os jovens que não praticavam. Ainda ao contrário do verificado nos rapazes, nas raparigas, as que praticavam desporto enquadrado em competição não se destacavam na regularidade com que consumiam os alimentos saudáveis.

Quadro 3.6. A prática desportiva e o consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Consumo de alimentos saudáveis		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 11,143$; p = 0,347)								
PDinexistente	10	13	32	42	58	76		
PDesporádica	7	11	30	49	63	102		
PDreduzida – Recreação	7	12	20	33	73	123		
PDreduzida – Competição	10	4	22	9	68	28		
PDregular – Recreação	10	9	30	28	60	57		
PDregular – Competição	12	4	23	8	65	22		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 21,892$; p = 0,016)								
PDinexistente	12	29	33	82	55	134		
PDesporádica	8	34	39	155	53	212		
PDreduzida – Recreação	7	31	29	134	64	293		
PDreduzida – Competição	7	10	30	42	63	88		
PDregular – Recreação	10	22	27	59	63	139		
PDregular – Competição	11	11	28	27	61	59		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 16,099$; p = 0,097)								
PDinexistente	8	26	36	110	56	172		
PDesporádica	10	44	32	135	58	244		
PDreduzida – Recreação	7	38	28	143	65	330		
PDreduzida – Competição	10	7	24	18	66	48		
PDregular – Recreação	7	13	29	56	64	125		
PDregular – Competição	15	10	23	16	62	43		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 10,008$; p = 0,440)								
PDinexistente	10	15	35	51	55	81		
PDesporádica	10	17	30	48	60	97		
PDreduzida – Recreação	5	11	37	77	58	120		
PDreduzida – Competição	15	4	27	7	58	15		
PDregular – Recreação	15	11	32	24	53	39		
PDregular – Competição	12	3	32	8	56	14		

Na Figura 3.9, podemos observar que, também nas raparigas, havia um ligeiro decréscimo, à medida que avançava a idade, nas percentagens de jovens que consumiam regularmente os alimentos saudáveis. Por outro lado, conforme já salientamos, não se verificavam grandes diferenças entre os grupos considerados.

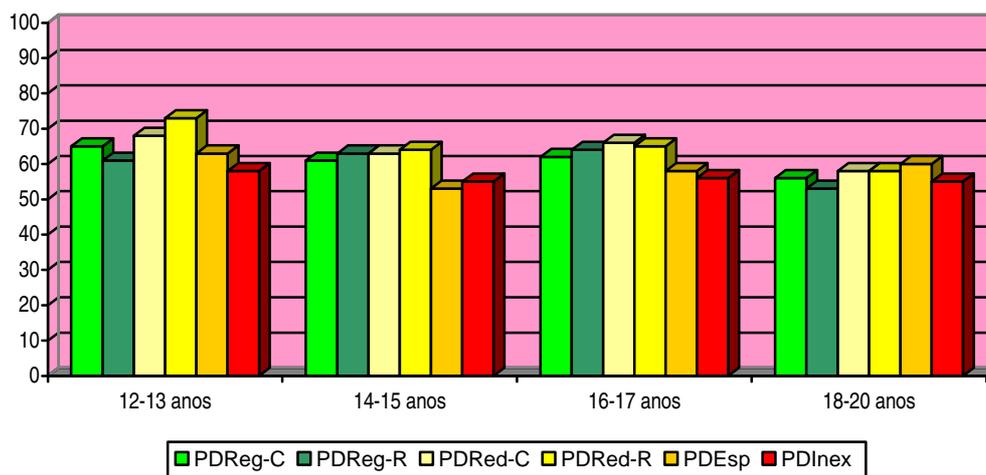


Figura 3.9 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis.

Quando relacionámos os diferentes tipos de prática desportiva com o consumo de alimentos não saudáveis, verificámos que foram os adolescentes que não praticavam desporto os que apresentaram menor regularidade no consumo deste alimentos (ver Quadro 3.7).

Na análise na amostra global, as diferenças que encontrámos entre os vários grupos considerados eram estatisticamente significativas.

Quadro 3.7. A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis. Amostra global.

Prática Desportiva	consumo de alimentos não saudáveis					
	Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n
PDinexistente	16	169	47	498	37	390
PD esporádica	19	333	48	865	33	581
PD reduzida - Recreação	18	417	49	1147	33	788
PD reduzida - Competição	22	211	52	499	26	242
PD regular - Recreação	21	273	50	638	29	369
PD regular - Competição	25	268	49	516	26	276
$\chi^2_{(10)} = 75,373$ $p < 0,001$						

Ao contrário do que observamos na análise anterior, no consumo de alimentos não saudáveis, os rapazes que não praticavam desporto consumiam com menor regularidade do que os rapazes praticantes de desporto este tipo de alimentos em todos os escalões etários. No entanto, as diferenças que encontramos só eram estatisticamente significativas no escalão etário dos 12-13 anos, conforme se pode observar no Quadro 3.8.

Nos desportistas, praticamente não se observaram diferenças entre os que praticavam desporto enquadrado em competição ou em recreação, parecendo, no entanto, essencialmente nos escalões dos mais novos (12-13 anos) e dos mais velhos (18-20 anos) que os que praticavam em competição consumiam com maior regularidade estes alimentos não saudáveis (ver grupo vermelho).

Observe-se ainda, conforme já tínhamos salientado no estudo 1, a grande percentagem de jovens que apresentaram consumos de alimentos não saudáveis que podemos considerar de risco moderado (ver grupo amarelo).

Quadro 3.8 A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Consumo de alimentos não saudáveis		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 20,611$; $p = 0,024$)								
PDinexistente	20	7	37	13	43	15		
PDesporádica	29	24	51	43	20	17		
PDreduzida – Recreação	16	21	49	62	35	44		
PDreduzida – Competição	27	27	46	45	27	27		
PDregular – Recreação	16	15	61	56	23	21		
PDregular – Competição	30	37	45	56	26	32		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 3,004$; $p = 0,981$)								
PDinexistente	24	19	53	41	23	18		
PDesporádica	28	57	52	106	20	42		
PDreduzida – Recreação	25	86	49	169	26	88		
PDreduzida – Competição	26	64	51	129	23	58		
PDregular – Recreação	27	73	48	128	25	65		
PDregular – Competição	27	86	50	155	23	72		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 13,004$; $p = 0,223$)								
PDinexistente	23	18	43	34	34	27		
PDesporádica	30	72	45	106	25	59		
PDreduzida – Recreação	26	104	53	209	21	81		
PDreduzida – Competição	25	64	54	136	21	52		
PDregular – Recreação	25	63	54	132	21	51		
PDregular – Competição	28	80	51	144	21	61		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 5,033$; $p = 0,889$)								
PDinexistente	24	8	47	16	29	10		
PDesporádica	25	26	50	53	25	26		
PDreduzida – Recreação	26	38	54	77	20	28		
PDreduzida – Competição	22	15	54	38	24	17		
PDregular – Recreação	18	17	53	50	29	27		
PDregular – Competição	25	28	53	59	22	25		

Na Figura 3.10, olhando só para os comportamentos protectores de Saúde no consumo dos alimentos não saudáveis, que neste caso quer dizer que apenas eram consumidos de uma forma muito irregular, podemos verificar que os sedentários (a vermelho), em todos os escalões (com excepção dos 14-15 anos), tinham, em maiores percentagens estes comportamentos.

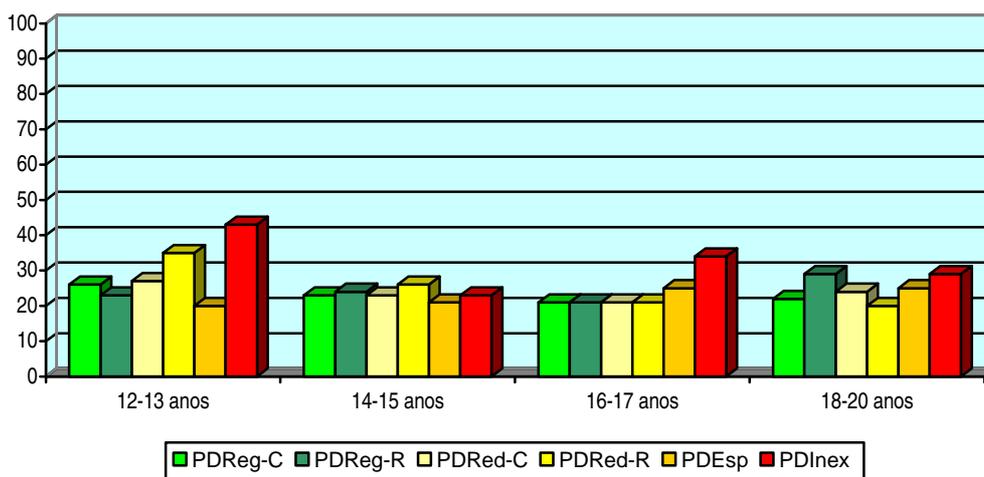


Figura 3.10 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.

Nas raparigas (Quadro 3.9), a primeira constatação era que em nenhum escalão etário encontrámos diferenças estatisticamente significativas. Isto queria dizer que havia poucas diferenças entre os grupos de prática desportiva no consumo de alimentos não saudáveis.

No entanto, uma leitura mais atenta, permite-nos destacar no escalão etário das mais velhas (18-20 anos) que eram as praticantes regulares de desporto as que revelaram maior regularidade no consumo dos alimentos não saudáveis (grupo vermelho).

Tal como nos rapazes, também as raparigas em grande percentagem tinham comportamentos de risco moderado (grupo amarelo) no consumo de alimentos não saudáveis.

Quadro 3.9 A prática desportiva e o consumo de alimentos não saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Consumo de alimentos não saudáveis		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 4,662$; $p = 0,913$)								
PDinexistente	12	16	50	65	38	50		
PDesporádica	15	25	45	72	40	65		
PDreduzida – Recreação	14	23	43	72	43	73		
PDreduzida – Competição	15	6	51	21	34	14		
PDregular – Recreação	17	16	50	47	33	31		
PDregular – Competição	15	5	50	17	35	12		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 12,890$; $p = 0,230$)								
PDinexistente	18	43	44	109	38	93		
PDesporádica	15	61	49	196	36	144		
PDreduzida – Recreação	13	62	50	227	37	169		
PDreduzida – Competição	18	25	54	76	28	39		
PDregular – Recreação	21	47	44	97	35	76		
PDregular – Competição	20	19	47	46	33	32		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 8,032$; $p = 0,626$)								
PDinexistente	15	45	49	151	36	112		
PDesporádica	12	50	50	211	38	162		
PDreduzida – Recreação	12	60	47	240	41	211		
PDreduzida – Competição	10	7	57	42	33	24		
PDregular – Recreação	15	29	49	95	36	70		
PDregular – Competição	10	7	45	31	45	31		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 8,888$; $p = 0,543$)								
PDinexistente	9	13	47	69	44	65		
PDesporádica	11	18	48	78	41	66		
PDreduzida – Recreação	11	23	44	91	45	94		
PDreduzida – Competição	12	3	46	12	42	11		
PDregular – Recreação	18	13	44	33	38	28		
PDregular – Competição	24	6	32	8	44	11		

Na Figura 3.11, no seguimento da análise que fizemos anteriormente, são bem evidentes as semelhanças nos comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos não saudáveis das raparigas com diferentes envolvimento na prática desportiva. Saliente-se ainda que, ao contrário do que sucedia no consumo de alimentos saudáveis, parecia verificar-se um ligeiro aumento à medida que a idade avançava na percentagem de raparigas que não consumiam ou apenas consumiam de uma forma muito irregular os alimentos não saudáveis considerados.

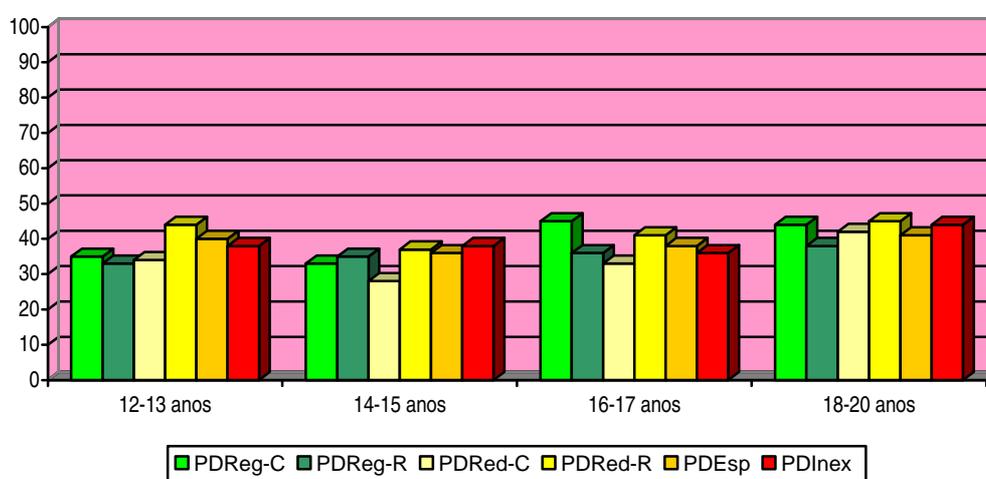


Figura 3.11 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de alimentos não saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Assim, em síntese, podemos salientar um dado que, de algum modo, já tínhamos reparado no estudo 1. Havia muitos jovens a consumir regularmente alimentos saudáveis (na ordem dos 50 a 60%), mas encontrámos também muitos a consumir com maior ou menor regularidade alimentos não saudáveis (juntando os resultados observados nos grupos amarelo e vermelho encontrámos percentagens na ordem dos 60 a 75%). Por outro lado, nesta análise em que procurámos relacionar a prática desportiva com o consumo de alimentos também encontrámos situações diversas: relativamente aos adolescentes que praticavam desporto com regularidade, no sexo masculino parecia que eram os que estavam enquadrados em competição os que

consumiam com maior regularidade os alimentos saudáveis mas eram também estes os que mais consumiam alimentos não saudáveis. No sexo feminino, quem praticava desporto em competição também consumia mais alimentos saudáveis do que quem não praticava, mas no consumo de alimentos não saudáveis esta situação já não era tão evidente.

A prática desportiva e o consumo de tabaco

Na análise do consumo de tabaco na amostra global salientavam-se as grandes semelhanças nos consumos dos diferentes grupos. Entre os desportistas que praticavam desporto com regularidade, apesar de serem ligeiras as diferenças, eram os desportistas enquadrados em competição aqueles que consumiam menos tabaco. As diferenças encontradas nos grupos considerados não eram estatisticamente significativas (Quadro 3.10) e este é um dado que temos de reter e que, certamente, nos obriga a reflectir.

Quadro 3.10. A prática desportiva e o consumo de tabaco. Amostra global.

Prática Desportiva	consumo de tabaco					
	Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n
PDinexistente	11	122	9	92	80	843
PDesporádica	11	194	10	187	79	1398
PDreduzida - Recreação	9	224	10	228	81	1900
PDreduzida - Competição	11	101	12	115	77	736
PDregular - Recreação	11	138	10	134	79	1008
PDregular - Competição	9	91	11	119	80	850
$\chi^2_{(10)} = 15,775$						p = 0,106

Na linha da análise anterior, quando relacionámos a prática desportiva com o consumo de tabaco no sexo masculino nos vários escalões etários, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas em nenhum escalão quando comparámos os consumos nos jovens que não praticavam desporto e nos jovens que praticavam desporto em diversos contextos e níveis de prática (ver Quadro 3.11). No entanto, se olharmos para o grupo vermelho (consumos

de tabaco diários) verificamos que os rapazes com prática desportiva regular enquadrada em competição estavam entre os que consumiam com menor regularidade.

Quadro 3.11 A prática desportiva e o consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Consumo de tabaco		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 12,147$; $p = 0,275$)								
PDinexistente	0	0	0	0	100	35		
PDesporádica	1	1	4	3	95	80		
PDreduzida – Recreação	0	0	6	7	94	120		
PDreduzida – Competição	4	4	5	5	91	90		
PDregular – Recreação	1	1	1	1	98	90		
PDregular – Competição	2	2	4	5	94	118		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 10,536$; $p = 0,395$)								
PDinexistente	4	3	11	9	85	66		
PDesporádica	7	15	11	22	82	168		
PDreduzida – Recreação	5	18	7	23	88	302		
PDreduzida – Competição	6	15	11	27	83	209		
PDregular – Recreação	6	17	10	26	84	223		
PDregular – Competição	5	14	13	41	82	258		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 10,014$; $p = 0,439$)								
PDinexistente	7	6	13	10	80	63		
PDesporádica	19	45	13	30	68	162		
PDreduzida – Recreação	14	53	12	49	74	292		
PDreduzida – Competição	15	37	15	37	70	178		
PDregular – Recreação	16	39	14	34	70	173		
PDregular – Competição	12	35	13	37	75	213		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 11,169$; $p = 0,344$)								
PDinexistente	32	11	6	2	62	21		
PDesporádica	28	29	11	12	61	64		
PDreduzida – Recreação	24	34	9	13	67	96		
PDreduzida – Competição	26	18	17	12	57	40		
PDregular – Recreação	20	19	12	11	68	64		
PDregular – Competição	16	18	11	12	73	82		

Na Figura 3.12, analisando as percentagens de jovens que não consumiam tabaco (comportamento protector de Saúde), confirmamos que as percentagens diminuía à medida que aumentava a idade. Por outro lado, podemos ainda verificar que os resultados nos diferentes grupos eram muito parecidos, assumindo algum destaque positivo o grupo dos sedentários (a vermelho) até aos 17 anos e o grupo dos desportistas – competição (verde claro) nos mais velhos.

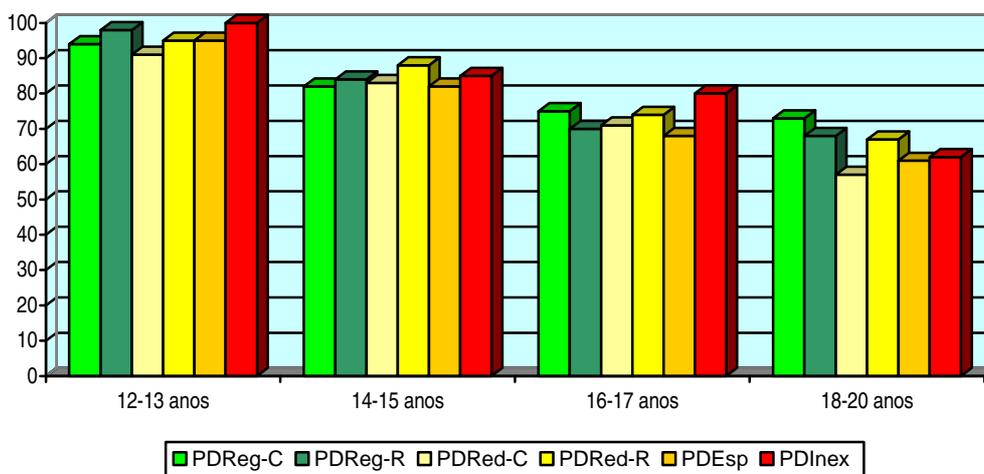


Figura 3.12 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.

Nas raparigas, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas no escalão etário dos 18-20 anos, conforme se pode verificar no Quadro 3.12. Assim, até aos 17 anos verificámos que os consumos de tabaco eram muito parecidos nos diferentes grupos. No escalão etário das mais velhas podemos observar uma mudança nesta tendência, uma vez que as desportistas enquadradas em competição apresentaram menores percentagens entre as que não consumiam tabaco (grupo verde).

Quadro 3.12. A prática desportiva e o consumo de tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Tipos de prática desportiva	Consumo de tabaco		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 10,442$; $p = 0,403$)								
PDinexistente	1	1	4	6	95	124		
PDesporádica	4	6	5	8	91	148		
PDreduzida – Recreação	1	1	7	12	92	155		
PDreduzida – Competição	2	1	2	1	95	39		
PDregular – Recreação	3	3	3	3	94	88		
PDregular – Competição	3	1	0	0	97	33		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 5,553$; $p = 0,851$)								
PDinexistente	6	14	9	22	85	209		
PDesporádica	6	25	10	41	84	335		
PDreduzida – Recreação	4	19	10	44	86	395		
PDreduzida – Competição	9	12	10	14	81	114		
PDregular – Recreação	6	14	11	24	83	182		
PDregular – Competição	5	5	11	11	84	81		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 12,432$; $p = 0,257$)								
PDinexistente	16	48	9	29	75	231		
PDesporádica	12	50	12	51	76	322		
PDreduzida – Recreação	14	71	11	56	75	384		
PDreduzida – Competição	4	3	19	14	77	56		
PDregular – Recreação	15	29	11	22	74	143		
PDregular – Competição	14	10	12	8	74	51		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 29,286$; $p = 0,001$)								
PDinexistente	26	39	10	14	64	94		
PDesporádica	14	23	12	20	74	119		
PDreduzida – Recreação	13	28	12	24	75	156		
PDreduzida – Competição	42	11	19	5	39	10		
PDregular – Recreação	21	16	18	13	61	45		
PDregular – Competição	24	6	20	5	56	14		

A exemplo das análises que fizemos anteriormente, se olharmos para a Figura 3.13, observamos a diminuição das percentagens de raparigas com comportamentos protectores de Saúde no consumo de tabaco à medida que avançava a idade. Por outro lado, verificámos ainda as semelhanças nos consumos dos vários grupos até aos 17 anos.

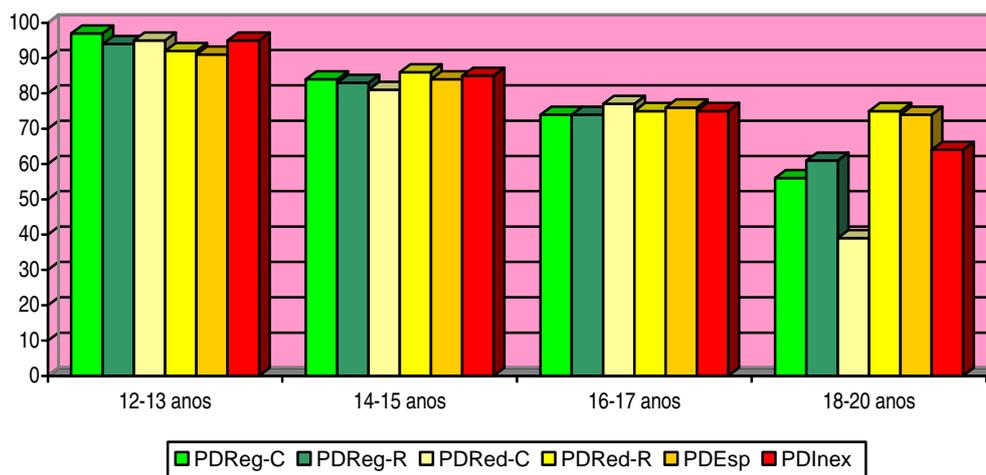


Figura 3.13 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas.

Os resultados que observámos na análise do consumo de bebidas alcoólicas na amostra global não só confirmam os resultados da análise anterior, relativa ao consumo de tabaco, como reforçam ainda mais as tendências que já tínhamos observado. Quando analisámos o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens que não praticavam desportos e nos jovens desportistas, foram os menos activos aqueles que apresentaram menor regularidade no consumo. Em relação aos desportistas com prática regular, os níveis de consumos eram muito parecidos nos dois enquadramentos que considerámos. No Quadro que se segue (Quadro 3.13), podemos ainda

verificar que as diferenças entre os grupos eram estatisticamente significativas, mas neste caso com clara desvantagem para os mais activos fisicamente.

Quadro 3.13. A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas. Amostra global.

Prática Desportiva	consumo de bebidas alcoólicas					
	Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	N	%	n	%	n
PDinexistente	4	37	23	248	73	772
PDesporádica	7	125	31	543	62	1111
PDreduzida - Recreação	7	175	32	739	61	1438
PDreduzida - Competição	11	102	31	292	58	558
PDregular - Recreação	12	149	30	390	58	741
PDregular - Competição	11	117	33	345	56	598
$\chi^2_{(10)} = 119,052$						$p < 0,001$

Por outro lado, quando analisámos os resultados no sexo masculino apenas encontrámos diferenças estatisticamente significativas no escalão etário dos 16-17 anos, conforme se pode observar no Quadro 3.14. De qualquer forma, em todos os escalões a tendência era a mesma e mostrava-nos que os desportistas consumiam bebidas alcoólicas com maior regularidade do que os sedentários. Notava-se ainda que as diferenças na regularidade do consumo entre os sedentários e os desportistas se atenuavam no escalão etário dos mais velhos (18-20 anos), sendo este mesmo escalão o único em que os sedentários revelaram maior consumo do que os desportistas enquadrados em competição (ver grupo vermelho). Podemos ainda salientar que a partir dos 16 anos, os praticantes regulares de desporto em recreação consumiam com maior regularidade do que os praticantes regulares enquadrados em competição.

Quadro 3.14. A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Consumo de bebidas alcoólicas		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 8,310$; $p = 0,599$)								
PDinexistente	3	1	9	3	88	31		
PDesporádica	2	2	17	14	81	68		
PDreduzida – Recreação	5	6	16	21	79	100		
PDreduzida – Competição	7	7	21	21	72	71		
PDregular – Recreação	6	5	14	13	80	74		
PDregular – Competição	6	7	21	27	73	91		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 14,241$; $p = 0,162$)								
PDinexistente	5	4	19	15	76	59		
PDesporádica	9	18	29	60	62	127		
PDreduzida – Recreação	6	22	27	91	67	230		
PDreduzida – Competição	6	15	26	66	68	170		
PDregular – Recreação	8	22	29	76	63	168		
PDregular – Competição	12	37	26	83	62	193		
16 – 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 26,471$; $p = 0,003$)								
PDinexistente	10	8	23	18	67	53		
PDesporádica	14	34	39	92	47	111		
PDreduzida – Recreação	16	62	40	159	44	173		
PDreduzida – Competição	17	42	39	99	44	111		
PDregular – Recreação	22	55	31	75	47	116		
PDregular – Competição	14	39	38	108	48	138		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 9,641$; $p = 0,473$)								
PDinexistente	21	7	38	13	41	14		
PDesporádica	26	27	37	39	37	39		
PDreduzida – Recreação	26	37	41	59	33	47		
PDreduzida – Competição	31	22	36	25	33	23		
PDregular – Recreação	30	28	37	35	33	31		
PDregular – Competição	17	19	50	56	33	37		

Quando olhamos para as percentagens de jovens que revelaram, nos diferentes escalões etários, inexistência de consumo de bebidas alcoólicas, ou apenas consumo esporádico (comportamentos protectores de Saúde), verificámos que nos rapazes havia uma descida enorme nas percentagens à medida que aumentava a idade, sobretudo a partir dos 15 anos. Repare-se ainda entre os 12 e os 17 anos a diferença do consumo dos sedentários (a vermelho) quando comparado com o consumo dos outros grupos.

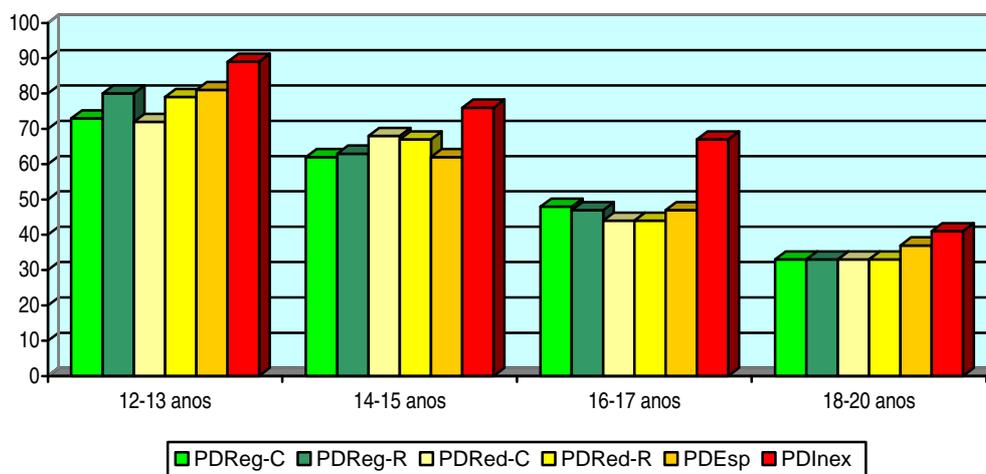


Figura 3.14 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.

Nas raparigas, só não encontramos diferenças estatisticamente significativas no escalão etário das mais novas (12-13 anos). De igual modo, também verificámos que as sedentárias estavam em maior percentagem no grupo das que não consumiam bebidas alcoólicas em todos os escalões etários. Podemos ainda salientar que foi no escalão etário das mais velhas que notámos maior regularidade no consumo das desportistas enquadradas em competição (ver Quadro 3.15).

Quadro 3.15. A prática desportiva e o consumo de bebidas alcoólicas nas jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Tipos de prática desportiva	Consumo de bebidas alcoólicas		Grupo Vermelho		Grupo Amarelo		Grupo Verde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 12,857$; $p = 0,232$)								
PDinexistente	1	1	17	22	82	108		
PDesporádica	1	1	12	20	87	141		
PDreduzida – Recreação	1	2	12	20	87	146		
PDreduzida – Competição	2	1	12	5	85	35		
PDregular – Recreação	2	2	22	21	76	71		
PDregular – Competição	3	1	26	9	71	24		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 21,839$; $p = 0,016$)								
PDinexistente	1	3	18	43	81	199		
PDesporádica	4	16	25	101	71	284		
PDreduzida – Recreação	3	12	24	112	73	334		
PDreduzida – Competição	4	6	26	36	70	98		
PDregular – Recreação	5	11	30	66	65	143		
PDregular – Competição	6	6	28	27	66	64		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 32,810$; $p < 0,001$)								
PDinexistente	3	10	29	88	68	210		
PDesporádica	4	17	35	147	61	259		
PDreduzida – Recreação	5	24	40	203	55	284		
PDreduzida – Competição	8	6	38	28	53	39		
PDregular – Recreação	10	20	41	79	49	95		
PDregular – Competição	4	3	35	24	61	42		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 25,858$; $p = 0,004$)								
PDinexistente	2	3	31	46	67	98		
PDesporádica	6	10	43	70	51	82		
PDreduzida – Recreação	5	10	36	74	59	124		
PDreduzida – Competição	12	3	46	12	42	11		
PDregular – Recreação	8	6	34	25	58	43		
PDregular – Competição	20	5	44	11	36	9		

Olhando só para os comportamentos protectores de Saúde no consumo de bebidas alcoólicas das raparigas nos diferentes escalões etários (Figura 3.15) verificámos, por um lado, a diminuição das percentagens à medida que avançava a idade e, por outro lado, notámos que as sedentárias (a vermelho) apresentaram em todos os escalões menor regularidade no consumo do que as desportistas regulares.

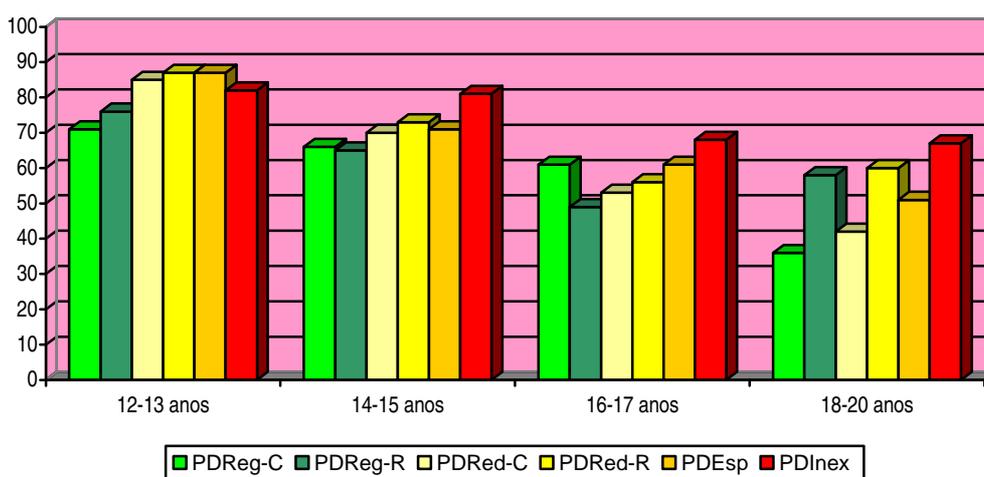


Figura 3.15 – A prática desportiva e os comportamentos protectores de Saúde no consumo de bebidas alcoólicas das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Esta última análise, relativa ao consumo de bebidas alcoólicas acaba por reforçar a ideia que já antes tínhamos mencionado: não parece haver uma associação positiva entre o facto dos jovens, de ambos os sexos, praticarem desporto e a adopção de outros comportamentos protectores da sua Saúde.

3.4 – Discussão e Conclusões

Passamos de seguida à discussão os resultados encontrados, dividindo essa análise em duas partes, uma relativa aos diferentes enquadramentos da prática desportiva e outra relativa à análise da relação existente entre a prática desportiva dos adolescentes e os outros comportamentos que estudámos .

Relativamente aos tipos de prática desportiva...

- Sobre a inexistência de prática desportiva, que naturalmente, também incluímos neste estudo, a sua análise e discussão já foi feita no estudo anterior. Assim, diremos que um em cada dezassete dos rapazes e uma em cada cinco das raparigas referiram que não praticavam desporto.
- Na prática esporádica e na prática reduzida com carácter recreativo continuavam a ser as raparigas a estar em maiores percentagens.
- Quando a prática desportiva estava enquadrada em competição as diferenças entre os sexos acentuaram-se. Encontrámos um em cada cinco dos rapazes que referiram praticar desporto de forma regular enquadrado em competição e nas raparigas apenas uma em cada vinte referiram o mesmo tipo de prática.

Relativamente a este último dado, procurámos dados nacionais que nos permitissem fazer aqui uma comparação com os nossos resultados.

Santos (2004), num estudo a que já fizemos referência na discussão dos resultados do nosso primeiro estudo, analisou a “natureza” da actividade física realizada pelos jovens dividindo-a em “organizada” (se fossem “actividades desportivas orientadas ou de competição”) e “não organizada” (se fossem “actividades desportivas não orientadas por treinador”) e verificou os seguintes resultados: 50% dos rapazes e apenas 26% das raparigas referiram participar em actividades organizadas e em ambos os sexos havia uma ligeira descida percentual (apenas com significado estatístico nas raparigas) dos mais novos (12-14 anos) para os mais velhos (15-18 anos). Ou seja, embora a metodologia utilizada no nosso estudo tenha sido outra, os resultados que obtivemos estão de acordo com estes: quando a prática desportiva tem um carácter organizado parecem acentuar-se as diferenças entre os dois sexos, com os rapazes a referirem em muito maior percentagem este tipo de actividades.

Por outro lado, o livro “Caracterização da prática desportiva juvenil federada” de Adelino e col. (2005), permitiu-nos saber com exactidão o número de atletas federados, masculinos e femininos, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. Assim, havia em 2004 em Portugal 109.790 jovens do sexo masculino e 35.358 jovens do sexo feminino federados nas diferentes federações portuguesas. Comparando estas percentagens com os números dos censos populacionais foi possível determinar que a percentagem de jovens portugueses que praticavam desporto federado era de 27% no sexo masculino e de apenas 9% no sexo feminino.

Não deixa de ser interessante que os dados atrás apresentados estão de acordo com a análise que fizemos no nosso estudo, apesar das diferenças verificadas que se justificam, entre outras razões, pelo facto da nossa amostra incluir idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos e não apenas entre os 10 e os 16 anos. Assim, as percentagens que encontramos no nosso estudo foram de 36% dos rapazes e 11% das raparigas que apresentaram prática desportiva enquadrada em competição. Como se pode verificar, a proporção de um para três favorável aos rapazes, foi a mesma nos dois estudos.

Relativamente à relação prática desportiva outros comportamentos...

Em síntese, podemos salientar os seguintes resultados:

- Os jovens desportistas, de ambos os sexos, revelaram ter consumos mais regulares de alimentos saudáveis, mas revelaram também maiores consumos de alimentos não saudáveis.
- No consumo de tabaco não se registaram praticamente diferenças, nos dois sexos, entre os desportistas e os que não praticavam desporto.
- Por outro lado, no consumo de álcool foram os desportistas, também aqui dos dois sexos, que revelaram maior regularidade nos consumos.

Relativamente ao consumo de alimentos não saudáveis em jovens que praticam desporto, os resultados que obtivemos parecem estar de acordo com a análise efectuada no estudo de Matos e col. (2003), a que já fizemos referência anteriormente. Lembramos que nesse estudo encontrámos uma associação positiva (ainda que ligeira e não estatisticamente significativa) entre a actividade física e a alimentação não saudável.

Na relação prática desportiva com o consumo de tabaco, os nossos resultados contrariam as análises efectuadas nos outros estudos. Na verdade, em todos os estudos que consultámos sobre esta temática (Bañuelos, 1996; Castillo e Balaguer, 2002; Dun e Wang, 2003; Matos e col., 2003; Comissão Europeia, 2004) as tendências encontradas referiam uma associação negativa entre os consumo de tabaco e a prática desportiva/actividade física (reforçamos a ideia, que deverá merecer atenção quando se fazem estas análises comparativas, de que apenas nos estudos de Castillo e Balaguer, de Dun e Wang e da Comissão Europeia se faz referência à prática desportiva uma vez que Matos e col. falam em actividade física e Bañuelos refere “prática del ejercicio físico”).

Por outro lado, na relação prática desportiva consumo de bebidas alcoólicas, os nossos resultados confirmam tendências observadas noutros estudos que nos dizem, uns de acordo com os nossos resultados, que os desportistas consomem bebidas alcoólicas com mais regularidade do que os que não praticam (Bañuelos, 1996; Dun e Wang, 2003), outros que não encontraram nem associações positivas nem negativas (Comissão Europeia, 2004; Matos e col, 2003). No estudo de Castillo e Balaguer (2002) é interessante verificar as diferenças observadas entre os dois sexos. Se parecia ser uma evidência nas raparigas a correlação negativa entre a prática desportiva e o consumo de álcool, nos rapazes as correlações encontradas não tinham significado estatístico.

Assim, a ideia de que a prática desportiva, só por si, é promotora de estilos de vida saudáveis, ou podemos dizer de outra maneira, promotora de outros comportamentos protectores da Saúde, deverá ser reformulada ou, pelo

menos, melhor reflectida. Entre outras razões, é do senso comum, a ideia de que se os jovens estão a praticar desporto, estão ocupados, logo sem tempo para vícios. A questão que levantamos aqui é esta: não havendo lugar a dúvidas acerca da importância que a prática desportiva regular tem para o desenvolvimento equilibrado dos jovens, temos de, hoje em dia, colocar todas as dúvidas sobre uma ideia antiga mas que parece não estar de acordo com a realidade. Praticar desporto, só por si, não resolve todos os problemas relacionados com os estilos de vida dos jovens que, sabemos, envolvem um conjunto enorme de outros comportamentos, também eles importantes para o desenvolvimento equilibrado e saudável dos jovens.

A constatação que acabamos de referir, precisa de ser aprofundada através de outras investigações e análises.

Terminada esta primeira parte da nossa investigação, digamos que a jusante do problema, impunha-se uma reflexão em jeito de síntese e de conclusão sobre a face visível dos comportamentos dos adolescentes que incluímos na nossa dissertação.

A verdade é que, como primeiro comentário, podemos dizer que os estudos que fizemos confirmaram, e nalgumas situações reforçaram ainda mais, a ideia de que é urgente intervir junto dos adolescentes nestas temáticas. Os dados que tínhamos após a consulta que fizemos, a que acrescentamos agora os resultados da nossa investigação, confirmaram as tendências que outros estudos já há muito tempo salientaram e vieram acrescentar mais alguns dados que interessa agora aprofundar para compreender melhor.

Na linha do que referimos no parágrafo anterior, salientámos duas observações que fomos fazendo em diferentes momentos nos estudos 1 e 2 e que, não sendo totalmente novos, vêm chamar a atenção para duas situações que não têm sido tão estudadas como outras:

Na análise que fizemos no estudo 1, quando analisámos não os comportamentos de uma forma isolada, como é mais comum, mas sim quando procurámos analisar os estilos de vida dos adolescentes, considerando as relações entre os diferentes comportamentos, chamou-nos particular atenção o facto de apenas três em cada cem dos jovens se situarem no estilo de vida só com comportamentos protectores de Saúde. Mesmo atendendo à ideia que podemos discutir os critérios que estabelecemos para esta investigação, e aceitando assim que se os critérios fossem outros, mais jovens poderiam estar neste grupo só com comportamentos protectores de Saúde, temos de olhar com outros olhos para esta situação que, na nossa opinião deveria ser agora aprofundada, uma vez que, provavelmente, a *tal* epidemia comportamental a que fizemos referência no início talvez atinja uma proporção bem maior do que a que os estudos têm demonstrado.

Por outro lado, os resultados que obtivemos no estudo 2 remetem-nos para outra reflexão, também muito importante e especial para todos os que estão ligados ao estudo e ensino do Desporto. A resposta que procurámos dar àquela que foi uma das perguntas que destacámos na nossa investigação, trouxe-nos alguns dados surpreendentes que, no mínimo, têm que nos pôr a pensar e a querer, também neste caso, saber mais sobre este assunto. Parece ser realmente verdade que o facto dos jovens praticarem desporto, em diferentes contextos, não significa só por si que adoptem também outros comportamentos protectores de Saúde.

A análise deste tema tem de ser feita com as maiores cautelas e, sobretudo, devemos salientar sempre a importância da prática desportiva para o desenvolvimento de todas as pessoas, desde que seja a mais adequada às características de cada individuo. Ou seja, não podemos em caso algum, permitir que a análise que fizemos neste estudo seja usada para dizer que, *se calhar, praticar desporto faz mal à Saúde...*

O que quisemos com esta análise foi, por um lado, verificar a veracidade de uma tendência que tínhamos observado apenas em alguns, poucos, estudos que consultámos e que faziam referência, de uma forma mais ou

menos directa, a esta situação. Por outro lado, a segunda ordem de razões que levaram a este estudo teve a ver com a constatação que temos feito já há bastante tempo, de que esta temática do Desporto enquanto veículo promotor de estilos de vida saudáveis não é devidamente aprofundada, nem nos cursos de formação inicial de Desporto e Educação Física, nem nos cursos de treinadores das diferentes modalidades (entre outros, já em 1991 Francisco Sobral se referiu a esta situação). E se esta temática não é estudada nem aprofundada, depois não é devidamente ensinada, logo ou não é aplicada ou apenas é de forma ténue, muitas vezes desajustada.

Deste modo, como salientámos no início desta dissertação, não queríamos ficar apenas pela face visível dos comportamentos dos adolescentes, impunha-se agora a resposta a várias perguntas que nos levariam depois a encontrar um dos muito caminhos que podíamos escolher nesta altura:

Depois das conclusões dos dois estudos, qual a temática, das muitas que podemos encontrar a montante deste problema, que deveríamos escolher para análise prioritária?

Sabendo que se queremos encontrar respostas que justifiquem os comportamentos que observámos nos adolescentes, teremos de fazer muitas análises dada a enorme diversidade de razões que nos ajudarão a explicar o que observámos, por onde podemos começar e para que variáveis devemos olhar em primeiro lugar?

Assim, entre os vários temas que podíamos escolher, (os determinantes psicossociais, tais como, a influência parental e dos pares, as condições socioeconómicas, o local de habitação, etc, etc; as autopercepções, ou seja a forma como cada um se percebe em diferentes dimensões da sua vida; a satisfação com a vida e a felicidade), optamos por lançar um outro olhar para o conceito que mais referimos não só no enquadramento do problema como em todos os estudos, a Saúde.

Por ser um conceito tão abrangente e considerado tão importante por quase todas as pessoas, por ser também o conceito que podemos considerar como comum a todos os comportamentos que estudámos e por, na nossa opinião, ser um conceito muitas vezes mal entendido e por isso talvez mal percebido e interiorizado por muitos, sobretudo os mais jovens, entendemos que era pertinente, na sequência dos estudos que já tínhamos realizado, analisar a percepção que os jovens tinham sobre o seu estado de Saúde...

Capítulo 4

Da percepção de Saúde aos comportamentos dos adolescentes...

Estudo 3 – Da percepção de Saúde aos comportamentos dos adolescentes...

4.1 - Introdução

Se olharmos para o conceito de Saúde podemos dizer que há diversos caminhos que podemos seguir quando queremos avaliar a Saúde de qualquer pessoa (Bowling, 1997):

- avaliando indicadores objectivos que nos podem dizer em que medida determinada pessoa apresenta sinais de doença. Como meios de diagnóstico temos vários e cada vez mais aperfeiçoados, desde as análises e os raios-x, passando pelos mais modernos sistemas de despistagem de doenças como são os TACs e as Ressonâncias Magnéticas. Temos ainda outros meios de diagnóstico, como são os questionários, as entrevistas e a observação, utilizados, por exemplo, quando queremos avaliar comportamentos relacionados com a Saúde (foi o que nós procurámos fazer na nossa investigação utilizando, no nosso caso, apenas questionários.)

- avaliando indicadores subjectivos que procuram, por exemplo, compreender como é que cada pessoa percebe e sente o seu estado de Saúde/Doença.

Podemos dizer que ambas as análises são importantes e complementares considerando-se, como se considera, que a Saúde tem implicações diversas em todos nós, tanto do ponto de vista físico como psíquico e também social. Assim, seria errado, diríamos que cada vez mais errado, se não olhássemos para o lado subjectivo da Saúde. E então, quando estamos a falar dos jovens, esta temática assume particular importância dadas as características tão especiais desta fase da vida, como já salientamos neste relatório.

Assim, depois de nos primeiros estudos da nossa investigação termos procurado essencialmente analisar o lado objectivo dos comportamentos dos

jovens, pretendíamos agora lançar um olhar subjectivo sobre a percepção do estado de Saúde dos adolescentes.

Aliás, a importância de se estudar a forma como os jovens avaliam o seu estado de Saúde tem sido referenciado em diferentes estudos, tanto nacionais (Ministério da Saúde, 2004b; Matos e col., 2003) como internacionais (García-Merita e Soler, 2002; OMS, 2004a).

Entre as razões apontadas para a importância de se fazer este tipo de análise, entre outras, são apontadas as seguintes (OMS, 2004a):

- o diagnóstico da percepção de Saúde dos adolescentes ajuda-nos a perceber como é que os jovens se sentem, tanto fisicamente, como emocionalmente e socialmente, sendo este dado um excelente indicador do seu bem-estar.
- por outro lado, na abordagem desta temática envolve-se, normalmente, toda a população jovem e não apenas os que já têm doença declarada, situação que, ao contrário de outros indicadores de Saúde que caracterizam situações já com doença declarada em populações específicas, nos pode ajudar na intervenção precoce e preventiva em todos e não apenas em alguns.

Reconhecendo que cada pessoa pode compreender o conceito de Saúde de diferentes maneiras e dessa diferente compreensão poderá resultar um diferente posicionamento, entendemos que seria também importante analisar os comportamentos adoptados pelos jovens com base no modo como eles percepcionavam a sua Saúde.

Assim, procurámos com este estudo investigar...

- a percepção do estado de Saúde dos adolescentes em função do seu sexo e da idade;

- as relações existentes entre a percepção do estado de Saúde dos adolescentes e os seus comportamentos, em cada um dos sexos nos diferentes escalões etários;

4.2 – Metodologia

Como seria de esperar, uma vez que era nossa intenção relacionarmos este estudo com as análises anteriores, seguimos a mesma linha dos outros estudos o que significa que a metodologia foi a mesma já referida anteriormente. Por essa razão, também aqui, não apresentaremos nem a amostra, nem o instrumento utilizado e os procedimentos, tanto da aplicação dos questionários, como estatísticos (ver estudo 1).

Variáveis

A percepção do estado de Saúde dos jovens foi avaliada através da resposta à questão “Como avalias a tua Saúde?”, relativamente à qual existiam cinco possibilidades de resposta: i) má; ii)insuficiente; iii) suficiente; iv) boa; e v)muito boa”).

Com base na resposta à referida questão, os jovens foram distribuídos por três grupos:

- Grupo I – *“Má ou Insuficiente”*
- Grupo II – *“Suficiente”*
- Grupo III – *“Boa ou Muito Boa”*

Sobre os comportamentos, na prática desportiva, considerámos os diferentes enquadramentos que apresentámos no estudo 2. Analisámos ainda a relação da percepção do estado de Saúde com o consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, consumo de tabaco e de álcool. Na análise destes comportamentos seguimos os critérios já usados nos outros estudos.

4.3 – Resultados

Percepção de Saúde

Quando analisámos a percepção de Saúde dos adolescentes, verificámos que a maioria fazia uma boa ou mesmo muito boa avaliação do seu estado de Saúde. Conforme se pode observar no Quadro 4.1, 72% dos jovens faziam uma avaliação bastante positiva da sua Saúde e apenas 4% tinham uma percepção negativa.

Relativamente às diferenças entre os sexos, podemos referir que os rapazes se avaliavam mais positivamente do que as raparigas (23% dos rapazes tinham uma percepção muito boa da sua Saúde comparativamente a apenas 13% das raparigas). Encontrámos, no entanto, maior percentagem de raparigas que faziam uma avaliação boa do seu estado de Saúde. No lado oposto, nos jovens que avaliavam a sua Saúde de uma forma negativa, as percentagens eram muito baixas e praticamente iguais nos dois sexos.

As diferenças encontradas entre os sexos eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(4)}=131,346$, $p < 0,001$).

Quadro 4.1. Percepção de Saúde na amostra global e em função do sexo.

Percepção de Saúde	amostra global		masculino		feminino	
	%	N	%	n	%	n
Má	1	53	1	26	1	27
Insuficiente	3	228	2	82	3	146
Suficiente	24	2076	22	905	27	1171
Boa	54	4554	52	2109	56	2445
Muito Boa	18	1516	23	919	13	597
Total	100	8427	100	4041	100	4386

Na Figura seguinte, podemos observar as diferenças entre os sexos relativamente à percepção de Saúde, notando-se que eram muito baixas as percentagens de jovens, de ambos os sexos, que faziam uma avaliação negativa da sua Saúde e, por outro lado, onde encontrámos maiores diferenças

entre os sexos foi nos jovens que faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde.

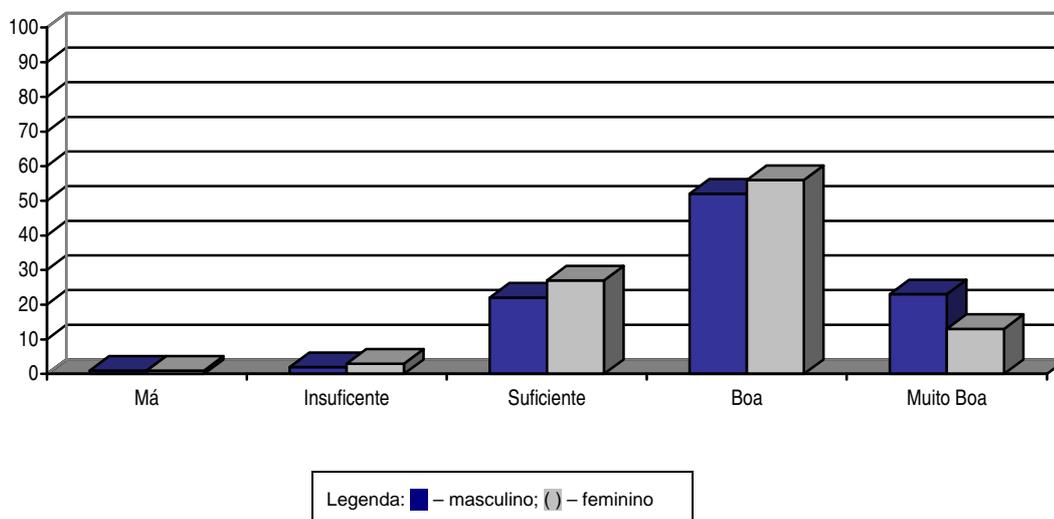


Figura 4.1 – Percepção de Saúde em função do sexo.

Na análise que efectuámos em função da idade e do sexo (Quadro 4.2), constatámos que em ambos os sexos, à medida que avançava a idade, piorava a percepção de Saúde dos jovens (nos rapazes, aos 12/13 anos 80% faziam uma avaliação positiva da sua Saúde, baixando essa percentagem para 70% nos maiores de 17 anos; nas raparigas, nas mesmas idades, a percentagem baixava de 80% para 61%). Saliente-se que os rapazes, em todos os escalões etários, faziam uma avaliação da sua Saúde mais positiva do que as raparigas, sendo as diferenças encontradas entre os sexos estatisticamente significativas em todos os escalões se exceptuarmos o dos mais novos (12-13 anos).

Quadro 4.2. Percepção de Saúde em função do sexo e da idade.

Percepção de Saúde	12/13 anos		14/15 anos		16/17 anos		18/20 anos									
	masc		fem		masc		fem									
	%	n	%	n	%	n	%	n								
Má	1	4	,3	2	1	11	,4	6	1	10	1	13	,2	1	1	6
Insuficiente	2	10	2	11	2	30	3	48	2	30	4	63	2	12	4	24
Suficiente	17	96	18	110	21	303	24	369	24	350	30	476	28	156	34	216
Boa	51	286	57	359	52	746	57	884	52	780	55	865	54	297	52	337
Muito Boa	29	163	23	146	24	351	16	242	21	317	10	152	16	88	9	57
(g.l.= 4)	$\chi^2=6,875$ p = 0,143				$\chi^2= 39,977$ p < 0,001				$\chi^2= 91,628$ p < 0,001				$\chi^2= 20,311$ p < 0,001			

Nas Figuras seguintes, podemos verificar o quanto era positiva a percepção de Saúde dos jovens de ambos os sexos, percepção essa, conforme já referimos, que era sempre mais positiva nos rapazes a partir dos 14-15 anos e baixava, em ambos os sexos, à medida que a idade avançava (Figuras 4.2 e 4.3).

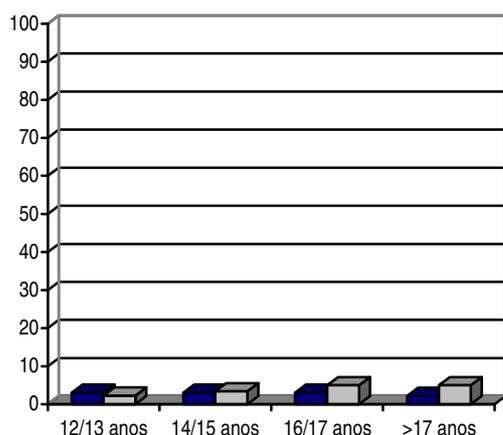


Figura 4.2 – Percepção de Saúde Má/Insuficiente em função do sexo e da idade.

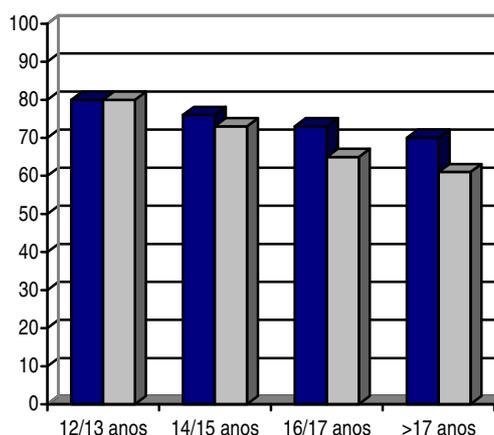


Figura 4.3 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa em função do sexo e da idade.

Legenda: ■ – masculino; □ – feminino

A percepção de Saúde e os comportamentos

Avançamos de seguida para a análise da relação existente entre a percepção de Saúde e os comportamentos que estudámos nesta investigação. Interessava verificar até que ponto a avaliação da Saúde dos adolescentes estava relacionada com os seus comportamentos.

Depois de termos verificado nos estudos anteriores que havia diferenças nos resultados verificados nos dois sexos nos diferentes escalões etários, entendemos que a análise que interessava fazer seria considerando cada sexo e escalão etário separadamente, tal como fizemos no estudo anterior. Deste modo, nesta análise em que relacionámos a percepção de Saúde com os

comportamentos, entendemos ser mais pertinente avançar logo para a análise dos resultados em função de cada sexo nos diferentes escalões etários, não apresentando, neste caso, o Quadro com a análise considerando apenas a amostra global e cada um dos sexos.

Percepção de Saúde e Prática Desportiva

Olhando para o Quadro 4.3, na análise no sexo masculino em cada um dos escalões etários, podemos salientar três aspectos:

- Os rapazes que praticavam desporto com maior regularidade tinham uma percepção do seu estado de Saúde mais positiva do que os que não praticavam desporto.

- Os rapazes com prática desportiva enquadrada em competição avaliaram o seu estado de Saúde de uma forma mais positiva do que os rapazes dos outros grupos.

- Podemos ainda referir que as diferenças encontradas entre estes grupos só não eram estatisticamente significativas no escalão etário dos mais novos (12-13 anos).

Quadro 4.3. A percepção de Saúde e a prática desportiva dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Percepção de Saúde		Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 15,955$; $p = 0,101$)								
PDinexistente	0	0	26	9	74	26		
PDesporádica	4	3	19	16	77	65		
PDreduzida – Recreação	2	3	23	29	75	95		
PDreduzida – Competição	1	1	8	8	91	87		
PDregular – Recreação	4	4	20	18	76	70		
PDregular – Competição	2	3	13	16	85	106		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 43,366$; $p < 0,001$)								
PDinexistente	8	6	33	26	59	46		
PDesporádica	3	6	31	61	66	133		
PDreduzida – Recreação	2	8	23	77	75	256		
PDreduzida – Competição	3	8	15	38	82	202		
PDregular – Recreação	3	8	22	57	75	197		
PDregular – Competição	2	5	14	44	84	263		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 54,541$; $p < 0,001$)								
PDinexistente	9	7	42	33	49	39		
PDesporádica	5	11	30	70	65	154		
PDreduzida – Recreação	3	11	23	90	74	292		
PDreduzida – Competição	2	4	22	55	76	193		
PDregular – Recreação	2	5	23	56	75	183		
PDregular – Competição	1	2	16	46	83	236		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 37,995$; $p < 0,001$)								
PDinexistente	6	2	53	18	41	14		
PDesporádica	7	7	34	36	59	62		
PDreduzida – Recreação	1	2	28	40	71	100		
PDreduzida – Competição	0	0	24	16	76	52		
PDregular – Recreação	2	2	29	27	69	65		
PDregular – Competição	0	0	17	19	83	92		

Verifique-se na Figura 4.4, as diferenças na percepção de Saúde Boa/Muito Boa a partir dos 13 anos nos grupos dos que praticavam desporto esporadicamente (cor-de-laranja) e dos que não praticavam desporto nenhum (a vermelho).

Podemos ainda salientar as percentagens altas de jovens que apesar de não praticarem desporto nenhum faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde, sendo, no entanto, de notar que essas percentagens diminuía muito com o avançar da idade, passando dos 74% aos 12/13 anos para 41% aos 18-20 anos.

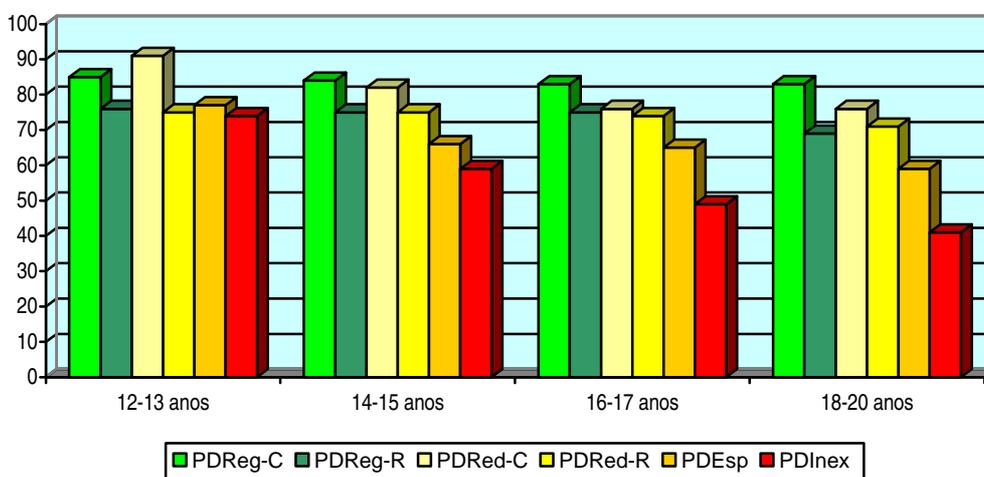


Figura 4.4 – A percepção de Saúde Boa / Muito Boa e a prática desportiva dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários.

Nas raparigas, a análise é praticamente igual à que fizemos para os rapazes uma vez que as tendências eram as mesmas: as sedentárias tinham uma percepção menos positiva da sua Saúde do que as que praticavam desporto.

Tal como nos rapazes, só no escalão etário dos 12-13 anos é que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas e, da mesma forma, quem melhor avaliava a sua Saúde eram as que praticavam desporto regularmente (ver Quadro 4.4).

Quadro 4.4. A percepção de Saúde e a prática desportiva das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários

Tipos de prática desportiva	Percepção de Saúde		Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(10)} = 15,675$; $p = 0,109$)								
PDinexistente	4	5	23	30	73	96		
PDesporádica	1	1	19	31	80	128		
PDreduzida – Recreação	2	4	17	28	81	136		
PDreduzida – Competição	2	1	12	5	86	35		
PDregular – Recreação	0	0	15	14	85	80		
PDregular – Competição	6	2	6	2	88	30		
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 39,411$; $p < 0,001$)								
PDinexistente	5	13	35	85	60	0		
PDesporádica	3	12	26	105	71	0		
PDreduzida – Recreação	3	14	21	97	76	0		
PDreduzida – Competição	2	3	16	22	82	0		
PDregular – Recreação	5	10	22	48	73	0		
PDregular – Competição	2	2	13	12	85	0		
16 - 17 anos ($\chi^2_{(10)} = 28,596$; $p = 0,001$)								
PDinexistente	6	18	38	117	56	170		
PDesporádica	5	19	32	135	63	268		
PDreduzida – Recreação	4	19	30	153	66	337		
PDreduzida – Competição	8	6	15	11	77	56		
PDregular – Recreação	5	10	23	45	72	138		
PDregular – Competição	6	4	22	15	72	48		
18 - 20 anos ($\chi^2_{(10)} = 28,865$; $p = 0,001$)								
PDinexistente	7	11	46	67	47	69		
PDesporádica	3	4	35	57	62	100		
PDreduzida – Recreação	4	8	28	58	68	142		
PDreduzida – Competição	0	0	27	7	73	19		
PDregular – Recreação	5	4	33	24	62	45		
PDregular – Competição	12	3	12	3	76	19		

Na Figura 4.5, podemos verificar que nas raparigas, tal como nos rapazes, diminuía muito com a idade as percentagens de jovens que praticavam desporto apenas esporadicamente (cor-de-laranja) ou que não praticavam desporto (a vermelho) e que faziam uma avaliação positiva da sua Saúde. Mesmo assim, podemos salientar as percentagens elevadas de jovens que, apesar de não praticarem desporto nenhum, faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde.

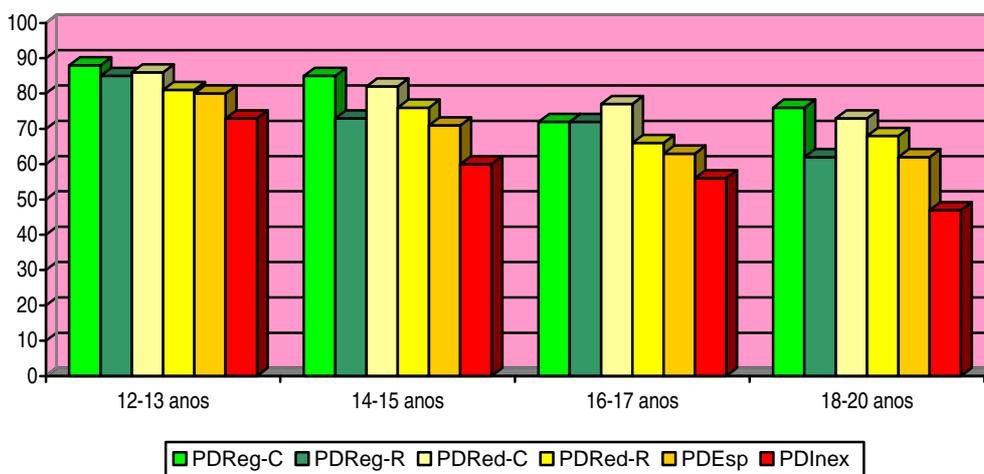


Figura 4.5 – A percepção de Saúde Boa / Muito Boa e a prática desportiva das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Percepção de Saúde e Consumo de Alimentos Saudáveis

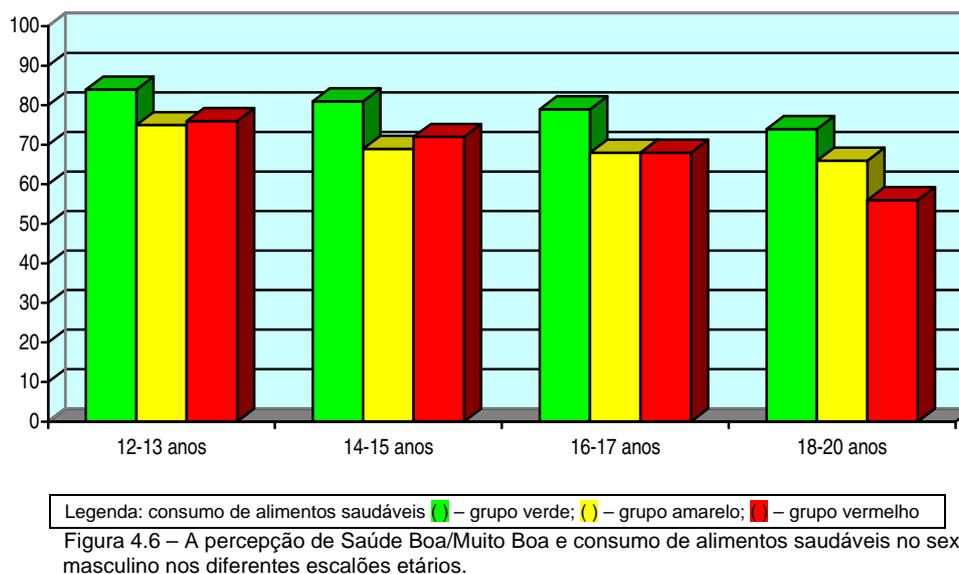
No sexo masculino, quando relacionámos o consumo de alimentos saudáveis com a percepção do estado de Saúde dos jovens, verificámos que aqueles que consumiam regularmente os alimentos saudáveis (grupo verde), faziam em maior percentagem do que os que tinham um consumo irregular ou muito irregular, uma avaliação positiva da sua Saúde (ver Quadro 4.5). Esta situação verificava-se em todos os escalões etários, sendo as diferenças estatisticamente significativas em todas as idades menos nos mais novos (12-13 anos).

Quadro 4.5. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde Consumo de alimentos saudáveis	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 7,460$; $p = 0,113$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	5	3	19	12	76	47
GRUPO AMARELO – consumo irregular	4	6	21	33	75	118
GRUPO VERDE – consumo regular	2	5	15	51	84	284
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 25,442$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	4	6	24	36	72	107
GRUPO AMARELO – consumo irregular	3	16	28	127	69	317
GRUPO VERDE – consumo regular	2	19	17	140	81	673
16 – 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 24,480$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	4	6	28	40	68	95
GRUPO AMARELO – consumo irregular	3	17	29	158	68	369
GRUPO VERDE – consumo regular	2	17	19	152	79	633
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 11,922$; $p = 0,018$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	6	3	38	19	56	28
GRUPO AMARELO – consumo irregular	3	7	31	66	66	142
GRUPO VERDE – consumo regular	1	3	25	71	74	215

Na Figura 4.5 podemos observar de outra forma a situação que referimos anteriormente, sendo de salientar o facto daqueles que tinham maior regularidade no consumo de alimentos saudáveis fazerem uma avaliação mais positiva da sua Saúde.

Saliente-se ainda, também neste comportamento, as elevadas percentagens de jovens (entre os 56 e os 76%) que faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde apesar de terem um consumo inexistente ou muito irregular dos alimentos saudáveis.



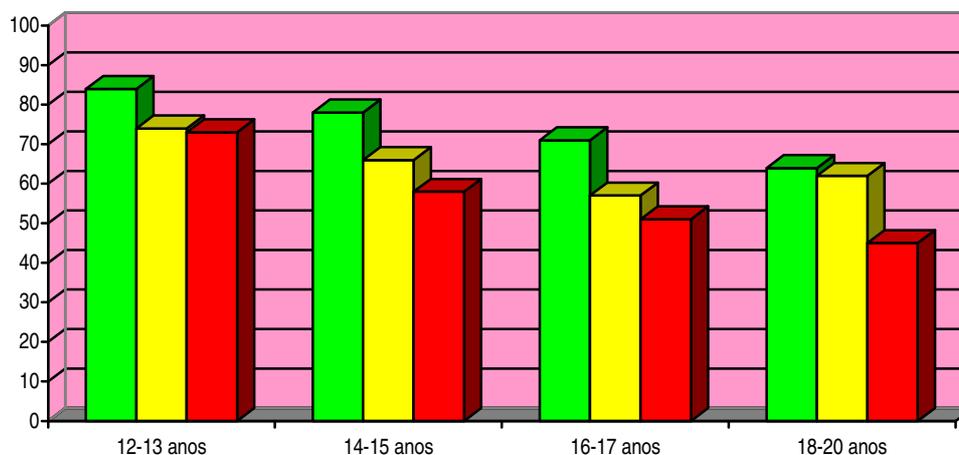
Nas raparigas, podemos repetir praticamente a análise que fizemos para os rapazes, uma vez que, como podemos observar no Quadro 4.6 e na Figura 4.7, quem tinha um consumo regular dos alimentos saudáveis fazia uma avaliação mais positiva da sua Saúde.

Em comparação com os rapazes, podemos ainda salientar que sobretudo no escalão etário das mais velhas (18-20 anos), a percentagem das raparigas que faziam uma avaliação boa/muito boa da sua Saúde era mais baixa cerca de 10%.

Podemos ainda referir, tal como na análise anterior, as elevadas percentagens de jovens (entre os 45 e os 73%) que nos diferentes escalões etários faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde apesar de terem um consumo inexistente ou muito irregular de alimentos saudáveis.

Quadro 4.6. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos saudáveis das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Percepção de Saúde \ Consumo de alimentos saudáveis	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 12,630$; $p = 0,013$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	0	0	27	14	73	38
GRUPO AMARELO – consumo irregular	2	4	24	40	74	125
GRUPO VERDE – consumo regular	2	9	14	56	84	342
14 - 15 anos ($\chi^2_{(10)} = 40,146$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	6	8	36	49	58	79
GRUPO AMARELO – consumo irregular	5	22	29	145	66	327
GRUPO VERDE – consumo regular	3	24	19	175	78	720
16 – 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 36,918$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	7	9	42	58	51	70
GRUPO AMARELO – consumo irregular	6	28	37	175	57	272
GRUPO VERDE – consumo regular	4	39	25	243	71	675
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 8,459$; $p = 0,076$)						
GRUPO VERMELHO - consumo inexistente ou muito irregular	5	3	50	30	45	27
GRUPO AMARELO – consumo irregular	5	10	33	72	62	133
GRUPO VERDE – consumo regular	5	17	31	114	64	234



Legenda: consumo de alimentos saudáveis ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Figura 4.7 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa e consumo de alimentos saudáveis no sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Percepção de Saúde e Consumo de Alimentos Não Saudáveis

Na análise em que relacionámos a percepção de Saúde com o consumo de alimentos não saudáveis (Quadro 4.7), a primeira constatação foi que as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas em nenhum escalão etário. Esta situação verificada nos rapazes, queria dizer que o facto dos jovens consumirem ou não consumirem os alimentos não saudáveis parecia não ter qualquer influência na avaliação que os jovens faziam da sua Saúde. Assim, reparem-se nas elevadas percentagens de jovens (à volta dos 75%) que, apesar de consumirem com regularidade os alimentos não saudáveis, faziam uma avaliação boa/muito boa da Saúde.

Quadro 4.7. A percepção de Saúde e o consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde \ Consumo de alimentos não saudáveis	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 5,341$; $p = 0,254$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	5	6	20	26	75	99
GRUPO AMARELO – consumo irregular	2	6	15	41	83	226
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	1	2	19	29	80	124
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 1,156$; $p = 0,885$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	3	12	21	78	76	290
GRUPO AMARELO – consumo irregular	2	18	22	157	76	543
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	3	11	20	68	77	264
16 - 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 0,806$; $p = 0,938$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	3	11	24	95	73	291
GRUPO AMARELO – consumo irregular	3	21	24	183	73	557
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	2	8	22	72	76	249
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 3,282$; $p = 0,512$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	2	2	26	34	73	95
GRUPO AMARELO – consumo irregular	3	9	30	88	67	193
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	1	2	26	34	73	97

Na Figura 4.8 podemos precisamente verificar as percentagens praticamente iguais de jovens do sexo masculino que, nos diferentes escalões etários, faziam uma avaliação boa/muito boa da sua Saúde independentemente da regularidade com que consumiam os alimentos não saudáveis.

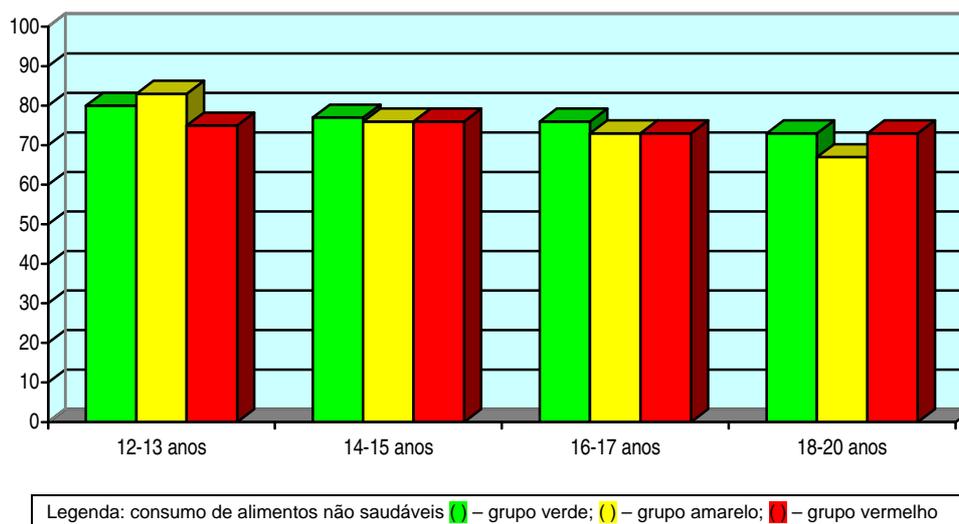


Figura 4.8 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa e consumo de alimentos não saudáveis no sexo masculino nos diferentes escalões etários.

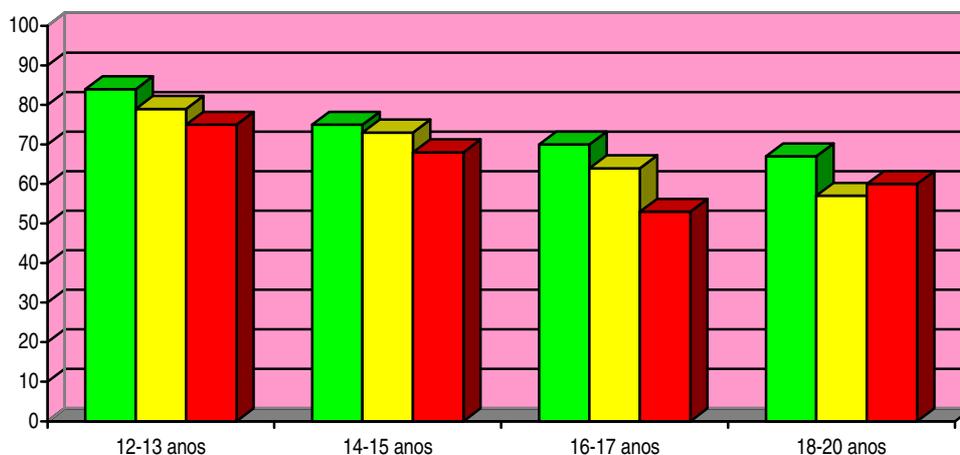
Nas raparigas, conforme se pode observar no Quadro 4.8 e na Figura 4.9, que se seguem, a situação era algo diferente da verificada nos rapazes, uma vez que quem consumia com menor regularidade os alimentos não saudáveis fazia uma avaliação mais positiva da sua Saúde do que quem consumia com regularidade esses alimentos.

No entanto, só encontrámos diferenças estatisticamente significativas no escalão etário dos 16-17 anos.

Repare-se ainda, tal como nas outras situações anteriores, as elevadas percentagens de raparigas (entre os 53 e os 75%) que faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde apesar de terem um consumo regular dos alimentos não saudáveis.

Quadro 4.8 A percepção de Saúde e o consumo de alimentos não saudáveis dos jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde \ Consumo de alimentos não saudáveis	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 7,098$; $p = 0,131$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	4	4	21	19	75	68
GRUPO AMARELO – consumo irregular	2	7	19	55	79	232
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	1	2	15	36	84	205
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 5,608$; $p = 0,230$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	5	13	27	70	68	174
GRUPO AMARELO – consumo irregular	3	24	24	179	73	541
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	3	17	22	120	75	411
16 – 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 27,411$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	5	10	42	83	53	104
GRUPO AMARELO – consumo irregular	4	30	32	246	64	487
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	6	36	24	147	70	426
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 8,022$; $p = 0,091$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular	4	3	36	27	60	45
GRUPO AMARELO – consumo irregular	4	13	39	113	57	165
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou muito irregular	5	14	28	76	67	184



Legenda: consumo de alimentos não saudáveis ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Figura 4.9 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa e consumo de alimentos não saudáveis no sexo feminino nos diferentes escalões etários.

Percepção de Saúde e Consumo de Tabaco

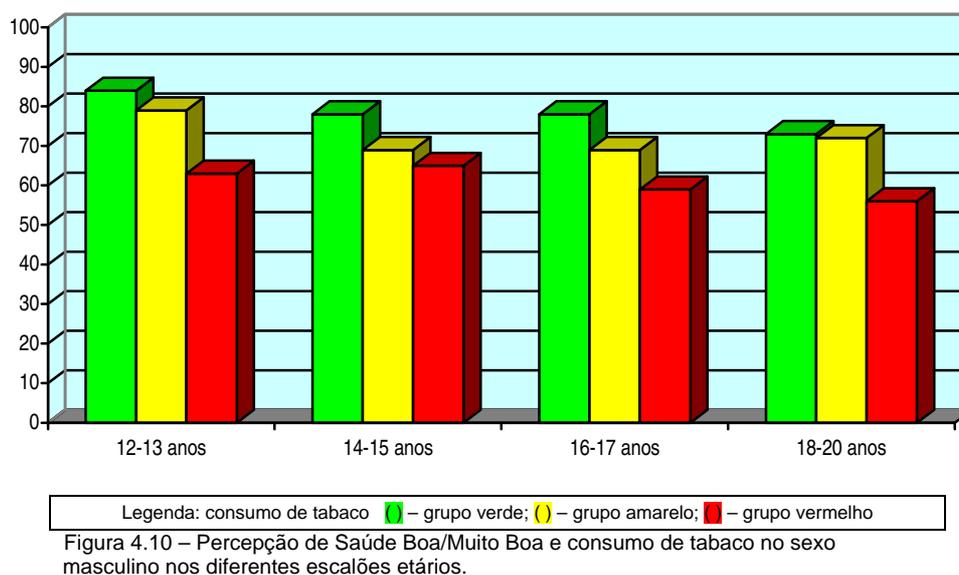
Relacionando o consumo de tabaco com a percepção de Saúde nos rapazes, verificámos que em todos os escalões etários as diferenças eram estatisticamente significativas.

Deste modo, podemos observar no Quadro 4.9, que aqueles que não consumiam tabaco (grupo verde) faziam uma avaliação mais positiva da sua Saúde em muito maiores percentagens do que aqueles que tinham um consumo regular de tabaco.

Quadro 4.9. A percepção de Saúde e o consumo de tabaco dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde Consumo de tabaco	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 17,232$; , p = 0,002)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	0	0	37	3	63	5
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	15	3	25	5	60	12
GRUPO VERDE – consumo inexistente	2	11	16	88	82	432
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 14,464$; , p = 0,006)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	5	4	30	25	65	53
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	5	8	26	38	69	101
GRUPO VERDE – consumo inexistente	2	29	20	240	78	943
16 – 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 37,200$; p < 0,001)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	5	11	36	76	59	125
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	2	4	29	58	69	135
GRUPO VERDE – consumo inexistente	2	25	20	216	78	837
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 11,595$; , p = 0,021)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	4	5	39	49	57	73
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	2	1	26	16	72	45
GRUPO VERDE – consumo inexistente	2	7	25	91	73	267

A situação atrás referida pode ser comprovada pela observação da Figura 4.10, onde podemos verificar as percentagens mais baixas no grupo dos que consumiam tabaco regularmente (a vermelho). Podemos ainda assim, tal como nas outras análises, chamar a atenção para as elevadas percentagens de jovens (entre os 56 e os 63%) que faziam uma avaliação muito positiva da sua Saúde apesar dos seus consumos diários de tabaco.

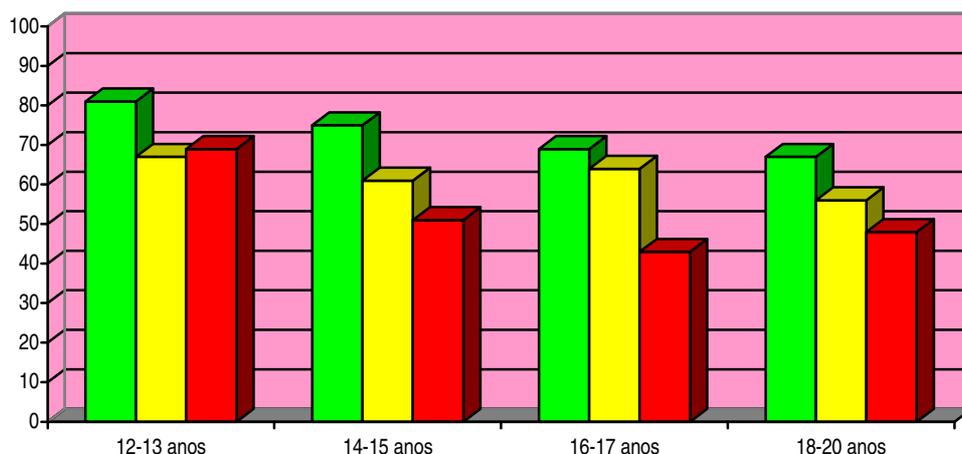


Por outro lado, nas raparigas a análise que podemos fazer é praticamente igual à que fizemos para os rapazes, apenas com a diferença que nas raparigas não encontramos diferenças estatisticamente significativas no escalão etário dos 12-13 anos. De qualquer forma, tal como nos rapazes, em todos os escalões etários, quem não consumia tabaco fazia uma avaliação bem mais positiva da sua Saúde do que quem consumia com regularidade.

Olhando para o Quadro 4.10 e para a Figura 4.11, que se seguem, podemos ainda salientar o facto já referido anteriormente de uma elevada percentagem de raparigas (entre os 43 e os 69%) fazerem uma avaliação muito positiva da sua Saúde apesar de consumirem tabaco todos os dias (grupo vermelho).

Quadro 4.10. A percepção de Saúde e o consumo de tabaco das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde \ Consumo de tabaco	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 6,385$; $p = 0,172$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	8	1	23	3	69	9
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	3	1	30	9	67	20
GRUPO VERDE – consumo inexistente	2	11	17	98	81	476
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 45,329$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	10	9	39	34	51	45
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	7	11	32	50	61	94
GRUPO VERDE – consumo inexistente	3	34	22	285	75	987
16 - 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 52,678$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	9	18	48	100	43	90
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	7	12	29	52	64	113
GRUPO VERDE – consumo inexistente	4	46	27	324	69	814
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 18,491$; $p = 0,001$)						
GRUPO VERMELHO - consumo regular (diário)	7	9	45	55	48	59
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo semanal)	9	7	36	29	56	45
GRUPO VERDE – consumo inexistente	3	14	30	132	67	290



Legenda: consumo de tabaco ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Figura 4.11 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa e consumo de tabaco no sexo feminino nos diferentes escalões etários.

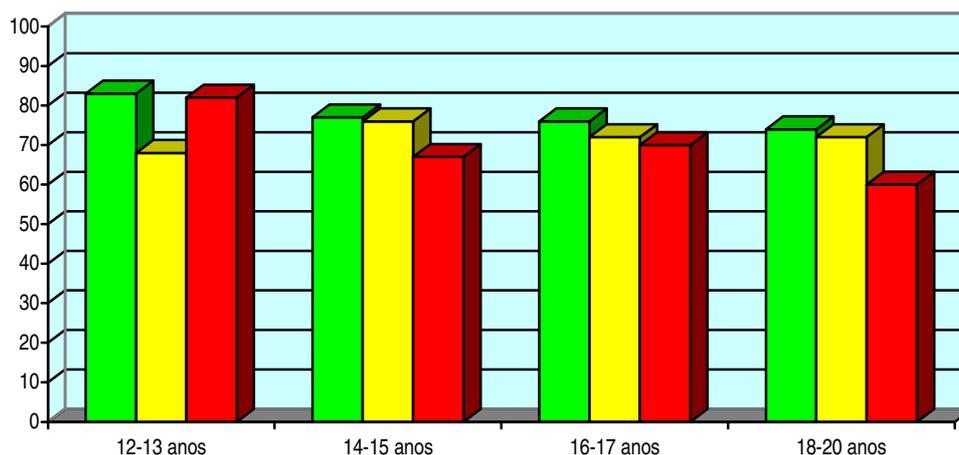
Percepção de Saúde e Consumo de Bebidas Alcoólicas

Quando analisámos a relação existente entre o consumo de bebidas alcoólicas e a percepção do estado de Saúde no sexo masculino (Quadro 4.11) verificámos que apesar dos que não consumiam fazerem uma avaliação da sua Saúde mais positiva do que os que consumiam com regularidade, as diferenças percentuais não eram tão evidentes como na situação verificada no consumo de tabaco. Neste caso do consumo de bebidas alcoólicas só encontrámos diferenças estatisticamente significativas aos 12-13 anos e aos 18-20 anos mas, em todos os escalões etários, as diferenças entre os dois grupos nunca foram além dos 14% (nos mais velhos).

Quadro 4.11. A percepção de Saúde e o consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do sexo masculino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde \ Consumo de bebidas alcoólicas	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 16,318$; $p = 0,003$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	7	2	11	3	82	22
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	5	5	27	27	68	76
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	2	7	15	66	83	360
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 9,002$; $p = 0,061$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	6	7	27	32	67	78
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	2	9	22	85	76	296
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	3	25	20	186	77	723
16 - 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 6,444$; $p = 0,168$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	2	6	28	66	70	166
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	4	19	24	133	72	396
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	2	15	22	151	76	535
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 11,294$; $p = 0,023$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	1	2	39	54	60	82
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	3	6	25	57	72	163
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	2	5	24	45	74	140

A observação que fizemos relativamente à análise do Quadro anterior é bem perceptível na Figura 4,12, sendo visíveis as semelhanças nas percentagens dos diferentes grupos. Observe-se ainda as elevadas percentagens dos que apesar de consumirem bebidas alcoólicas duas a três vezes por semana faziam uma avaliação boa/muito boa da sua Saúde.



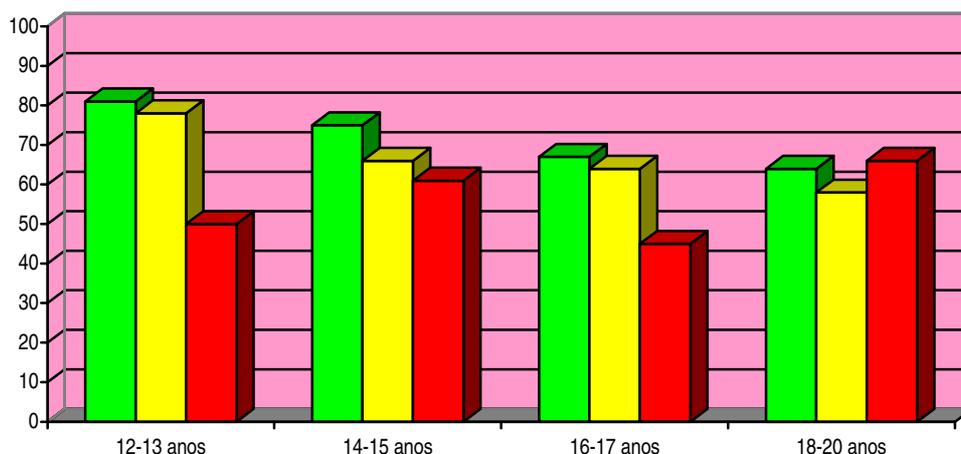
Legenda: consumo de bebidas alcoólicas ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho
 Figura 4.12 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa e consumo de bebidas alcoólicas no sexo masculino nos diferentes escalões etários.

Por outro lado, nas raparigas a situação já não era a mesma, dado que neste caso, conforme podemos observar no Quadro 4.12 e na Figura 4.13, que se seguem, apesar de só termos encontrado diferenças estatisticamente significativas nos escalões etários dos 14-15 anos e 16-17 anos, de uma maneira geral as raparigas que não consumiam bebidas alcoólicas faziam uma avaliação da sua Saúde bem mais positiva do que quem consumia com regularidade (a exceção para esta situação só acontecia no escalão etário dos 18-20 anos) .

De qualquer forma, também neste caso, repare-se que mesmo as raparigas que consumiam com regularidade avaliavam a sua Saúde de forma muito positiva em grandes percentagens (entre 45 e 66%).

Quadro 4.12. A percepção de Saúde e o consumo de bebidas alcoólicas das jovens do sexo feminino nos diferentes escalões etários

Percepção de Saúde \ Consumo de bebidas alcoólicas	Má / Insuficiente		Suficiente		Boa / Muito Boa	
	%	n	%	n	%	n
12 - 13 anos ($\chi^2_{(4)} = 7,513$; $p = 0,111$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	0	0	50	4	50	4
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	1	1	21	20	78	76
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	2	12	16	86	81	425
14 - 15 anos ($\chi^2_{(4)} = 19,082$; $p = 0,001$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	9	5	30	16	61	33
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	5	18	29	110	66	254
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	3	31	22	243	75	839
16 - 17 anos ($\chi^2_{(4)} = 20,612$; $p < 0,001$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	11	9	44	35	45	36
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	4	23	32	182	64	357
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	5	44	28	259	67	624
18 - 20 anos ($\chi^2_{(4)} = 5,662$; $p = 0,226$)						
GRUPO VERMELHO – consumo regular (duas a três vezes por semana)	6	2	29	10	66	23
GRUPO AMARELO – consumo irregular (no máximo uma vez semana)	3	8	39	93	58	137
GRUPO VERDE – consumo inexistente ou esporádico	5	20	31	113	64	234



Legenda: consumo de bebidas alcoólicas ■ – grupo verde; ■ – grupo amarelo; ■ – grupo vermelho

Figura 4.13 – Percepção de Saúde Boa/Muito Boa e consumo de bebidas alcoólicas no sexo feminino nos diferentes escalões etários.

4.4 – Discussão e Conclusões

Como síntese relativamente à percepção de Saúde dos adolescentes, podemos dizer que os resultados do nosso estudo indicaram o seguinte:

- A maioria dos jovens fez uma avaliação positiva da sua Saúde: 18% muito boa e 54% boa. Os rapazes avaliaram mais do que as raparigas a sua Saúde como muito boa (23% dos rapazes e 13% das raparigas); por outro lado, as raparigas avaliaram a sua Saúde como boa ligeiramente em maiores percentagens do que os rapazes (56% das raparigas e 52% dos rapazes).

Consideraram a sua Saúde como apenas suficiente, um quarto dos jovens, com as raparigas, também neste grupo, a estarem em maior percentagem do que os rapazes (27% das raparigas e 22% dos rapazes). Deste modo, foram poucos os jovens que avaliaram a sua Saúde como insuficiente/má: apenas 4% na amostra global, com praticamente iguais percentagens nos dois sexos (3% dos rapazes e 4% das raparigas).

- à medida que a idade avançava havia um decréscimo, em ambos os sexos, nas percentagens de jovens que consideravam a sua Saúde como muito boa (de 29%, aos 12-13 anos, para 16% aos 18-20 anos, nos rapazes e nos mesmo escalões etários, de 23% para 9% nas raparigas). A avaliação da Saúde como boa, manteve-se nas mesmas percentagens (sempre acima dos 50%), em ambos os sexos, nos diferentes escalões etários.

Estes resultados observados no nosso estudo, concordam em grande parte com os resultados que observámos em diferentes estudos, que em síntese apresentamos de seguida:

Matos e col. (2003), verificaram, como nós, que a grande maioria dos jovens fazia uma avaliação muito positiva da sua Saúde, com os rapazes a apresentarem melhores resultados do que as raparigas entre os que consideravam ter uma excelente Saúde (32% dos rapazes e 20% das raparigas). Entre os que consideravam ter uma Saúde boa, os valores percentuais eram próximos mas neste caso foram as raparigas quem

apresentou maiores percentagens neste grupo (56% das raparigas e 52% dos rapazes), exactamente da mesma forma observada no nosso estudo. Por outro lado, consideravam ter apenas uma Saúde razoável 15% dos rapazes e 23% das raparigas; com uma Saúde má avaliaram-se neste estudo 1% dos rapazes e 0,8% das raparigas (também aqui as mesmas percentagens foram verificadas por nós). Em relação à idade, observaram que à medida que aumentava diminuía as percentagens de jovens que avaliavam a sua Saúde de uma forma positiva.

No estudo europeu HBSC (OMS, 2004a), numa primeira análise, mais global, é referido que a percepção de Saúde piorava com a idade, com o sexo feminino a fazer sempre uma avaliação mais negativa da sua Saúde do que o sexo masculino. Esta conclusão é sustentada pela análise do Quadro que apresentámos a seguir (4.23) onde podemos verificar que as raparigas faziam habitualmente uma avaliação mais negativa do que os rapazes do seu estado de Saúde.

Podemos observar no referido Quadro diferentes percentagens, em ambos os sexos, de jovens que faziam uma avaliação apenas razoável ou má do seu estado de Saúde em diferentes países europeus, entre os quais Portugal. Repare-se que neste estudo os adolescentes portugueses apresentaram resultados muito próximos da média europeia, em ambos os sexos.

Quadro 4.13. Avaliação em vários países da percepção de Saúde negativa/razoável dos jovens, em função do sexo e da idade (adaptado do HBSC - OMS, 2004a).

	% média de jovens que faziam uma avaliação negativa/razoável da sua Saúde			
	13 anos		15 anos	
	masc	fem	masc	fem
País com melhor média	6	11	8	13
Média de todos os países	14	21	16	27
Espanha	7	11	10	17
Portugal	14	25	17	28
País com pior média	30	54	32	63

Nas mesmas idades e com a mesma avaliação negativa ou apenas regular, no nosso estudo encontrámos 20% dos rapazes e 20% das raparigas, aos 12-13 anos e 24% dos rapazes e 27% das raparigas aos 14-15 anos. Assim, nas raparigas os valores percentuais encontrados nos dois estudos eram praticamente iguais, mas nos rapazes no nosso estudo as percentagens eram um pouco mais elevadas.

García-Merita e Soler (2002), citam diferentes estudos que confirmam dados a que já fizemos referência: King e col. (1996) referem que os rapazes avaliavam a sua Saúde mais positivamente do que as raparigas. Notaram ainda que havia diferenças de país para país mas num aspecto havia pontos comuns: a percepção de Saúde piorava com o aumento da idade. Por sua vez, Mendoza, Sagrega e Batista (1994), também citados por García-Merita e Soler (2002), verificaram no seu estudo junto de adolescentes espanhóis que apenas 7% faziam uma avaliação negativa da sua Saúde e que eram os rapazes quem mais positivamente se avaliava, sobretudo a partir dos 15 anos, já que aos 11 anos não encontraram diferenças significativas entre os sexos (tal como nós). Estes autores só encontraram diferenças (para pior) na avaliação da Saúde à medida que a idade avançava no sexo feminino. Castillo (1995), ainda citada no mesmo estudo de García-Merita e Soler (2002), num estudo junto de jovens valencianos observou que apenas cerca de 8% considerava que não era muito saudável. Por outro lado, 57% dos jovens fazia uma avaliação positiva e 35% muito positiva da sua Saúde. Encontrou ainda um dado curioso, tal como nós encontrámos no nosso estudo: eram os rapazes quem se avaliava mais positivamente como tendo uma Saúde muito boa (43% dos rapazes e apenas 23% das raparigas) mas eram as raparigas quem em maiores percentagens considerava que tinha uma Saúde boa (66% das raparigas e 49% dos rapazes).

Ainda fazendo referência a García-Merita e Soler (2002), no seu estudo realizado em 1999 junto de adolescentes, encontraram resultados muito parecidos com os já referenciados: 92% dos rapazes faziam uma avaliação

positiva ou muito positiva da sua Saúde e apenas 8% se considerava como pouco saudáveis. As raparigas também se avaliavam muito positivamente, mas com percentagens mais baixas do que os rapazes uma vez que 82% se avaliaram como saudáveis ou muito saudáveis. No sentido oposto, encontrou percentagens mais elevadas de raparigas que consideravam ter pouca saúde (18%).

Por sua vez, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde (2004b), já referido no primeiro capítulo, faz-se referência a que a percepção de Saúde ia piorando à medida que avançava a idade. Num estudo realizado em 98/99, entre os 15 e os 24 anos, a percentagem de indivíduos portugueses que tinham uma percepção de Saúde má ou muito má era de apenas 0,9% no sexo masculino e de 2,4% no sexo feminino.

Para terminar esta análise, podemos referir que um outro estudo (INE – Espanha, 2006) onde se avaliava a percepção de Saúde em diferentes países europeus no ano de 2001, em indivíduos com mais de 15 anos, refere-se que em média nos quinze países da União Europeia, naquele ano, 16% das pessoas (de ambos os sexos) avaliavam a sua Saúde como muito boa, 45% como boa, 28% como regular, 9% má e apenas 3% entendia que a sua Saúde era muito má. Portugal, neste estudo apresentou resultados bem piores do que a média europeia – apenas 4% avaliou a sua Saúde como muito boa (de longe, o pior resultado), 44% como boa, 33% regular, 16% má e 4% muito má.

Assim, confirmámos com os resultados do nosso estudo, alguns dados que já tínhamos observado quando analisámos diferentes investigações realizadas sobretudo na Europa e como conclusão podemos referir que a grande maioria dos adolescentes fazia uma avaliação boa/muito boa do seu estado de Saúde e que pareciam ser os rapazes e os mais novos quem mais positivamente se avaliava.

Sendo estes dados interessantes e merecedores da nossa atenção, não nos permitiam, só por si, dar o desenvolvimento que pretendíamos à nossa investigação. Tendo sido nossa intenção, desde o início, diagnosticar comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes, para depois conseguirmos caracterizar diferentes estilos de vida, relacionando-os a seguir com diferentes enquadramentos de prática desportiva, esta análise que fizemos no início deste estudo só fazia sentido se depois relacionássemos os resultados que observámos nos dois estudos com a análise que efectuámos agora. E chegados aqui, começaram as nossas dificuldades quando quisemos comparar os nossos resultados com os de outros estudos, uma vez que a maioria das investigações fazem o estudo da percepção de Saúde de uma forma isolada não a comparando com os comportamentos relacionados com a Saúde.

Deste modo, encontrámos apenas dois estudos que faziam referência à relação entre percepção de Saúde e comportamentos:

Castillo e Balaguer (2002), referem no seu estudo realizado junto de jovens da comunidade valenciana que tanto os rapazes como as raparigas que fazem uma avaliação positiva da sua Saúde referem menores consumos de tabaco e de álcool, maiores consumos de alimentos saudáveis e praticam desporto com maior regularidade.

Bañuelos, F. (1996), autor a que já fizemos referência anteriormente, verificou no seu estudo junto de pouco mais de mil estudantes com 17-18 anos que havia uma associação positiva entre a regularidade da prática de exercício físico e a avaliação positiva do estado de Saúde. Refere ainda este autor ter observado, por outro lado, uma associação negativa forte entre o consumo de tabaco e de álcool e a percepção positiva da Saúde. Salienta ainda o facto dos indivíduos do sexo masculino terem feito uma avaliação da sua Saúde mais positiva do que os indivíduos do sexo feminino.

Reforçando estas ideias, Fox (2000), relacionando o exercício físico e o desporto com as auto-percepções e a auto-estima, encontrou uma associação claramente positiva, fazendo referência a inúmeros estudos internacionais. A

conclusão a que chegaram inúmeras investigações foi que a actividade física ajudava as pessoas a sentirem-se melhor com elas próprias, contribuindo para o seu bem-estar mental e também, muito presumivelmente para a melhoria da sua qualidade de vida.

Relativamente ao nosso estudo o que podemos dizer, em síntese, é que encontramos, como já referimos, uma clara associação positiva entre prática desportiva e avaliação positiva da Saúde.

Por outro lado, considerando todos os comportamentos que estudámos, encontramos uma forte associação positiva entre comportamentos protectores de Saúde e avaliação positiva da Saúde. De qualquer forma, dado a que já demos o devido destaque anteriormente, encontramos também uma boa percentagem de jovens que, apesar de apresentarem comportamentos de risco que considerámos elevados (inexistência de prática desportiva/consumo irregular de alimentos saudáveis/consumo regular de alimentos saudáveis/de tabaco/de bebidas alcoólicas) também faziam uma avaliação positiva da sua Saúde.

Estes dados remetem-nos para duas constatações:

- por um lado, a verdade é que a grande maioria dos adolescentes têm aquilo que podemos chamar de uma boa Saúde; por isso, acaba por ser natural que se avaliem positivamente quando lhes perguntámos como avaliavam a sua Saúde.

- por outro lado, e esta é uma discussão importante e que ajuda a explicar muitos destes resultados, é que estamos perante comportamentos que não têm efeito imediato na Saúde dos adolescentes. A inexistência de prática desportiva, associada a maus hábitos alimentares só gera, primeiro excesso de peso e depois obesidade muito tempo depois de serem hábitos de vida; o consumo de tabaco e de álcool, antes de se tornarem hábitos e de começarem a fazer efeito directo na vida das pessoas, também demora tempo. Estamos, por isso, a falar de processos que são lentos e, sobretudo, não têm efeitos imediatos. Pelo contrário, estamos a falar de comportamentos que, de uma

forma ou de outra, geram sensações de prazer, daí serem tão perigosos: os alimentos não saudáveis são fáceis de encontrar e são feitos precisamente para agradar ao sabor e à vista; o tabaco e as bebidas alcoólicas, pelo seu lado, também são apresentados da forma mais atractiva possível; e fazer desporto, para quem não se sente predisposto nem competente para o movimento do corpo, dá muito trabalho e é desconfortável...

É, por isso, cada vez mais pertinente utilizarmos a metáfora de Antonovsky a que já fizemos referência no primeiro capítulo. O segredo, se lhe podemos chamar assim está, precisamente, *em promovermos em todos a capacidade de nadadores... só assim, conseguiremos nadar neste tumultuoso rio...*

E é neste sentido que a definição de Saúde de Christoph Déjours, que também já apresentámos, ganha toda a pertinência: ter Saúde, tem tudo a ver “com a capacidade para termos um projecto de vida que nos leve em direcção ao bem-estar...”

Capítulo 5
Conclusões e sugestões...

(...)sê todo em cada coisa.
Põe quanto és no mínimo que fazes(...)"

Fernando Pessoa

Chegado este especial momento, final de um percurso, surgiram de um poema de Ricardo Reis (Fernando Pessoa) duas frases que nos dizem tanto... este é o momento de *todo eu* parar para pensar, reflectir em tudo o que fizemos nestes cinco anos...que foi, certamente, muito mais rico e profundo no *formato desenvolvimento pessoal* do que transparece no *formato papel* desta dissertação.

De tudo o que aprofundámos, quais serão as conclusões que podemos considerar como principais? E que implicações poderemos tirar dos nossos estudos para o futuro e, sobretudo, o que é que poderá ter aplicação prática? E, falando de futuro, que começou ontem e não amanhã, que sugestões poderemos deixar e que caminhos poderão ser seguidos?...

Estas, foram algumas das questões que guiaram este último capítulo, que consideramos ser, não o último, mas sim o primeiro de todos os outros que se seguirão...

Relativamente aos estudos que realizámos e respectivos resultados a que fomos fazendo referência ao longo deste relatório, entendemos neste capítulo, mais do que falar em percentagens falar em pessoas, neste caso jovens. Falar apenas de percentagens e de diferenças que são ou não estatisticamente significativas, afasta-nos muitas vezes da realidade não nos ajudando a perceber o que realmente significam os números... que afinal não são números... são pessoas...

Assim, como estamos aqui a falar de comportamentos relacionados com a Saúde, e porque sabemos as implicações que esses comportamentos têm no presente e, sobretudo, no futuro dos jovens, entendemos que a mensagem que pretendíamos passar neste capítulo seria mais forte e melhor compreendida se

em vez de falarmos em valores percentuais globais falássemos do número de jovens que, por exemplo, numa escola com 1000 alunos tinham cada um dos comportamentos que estudámos.

Deste modo...

- dos 1000 alunos desta hipotética escola, 520 seriam raparigas e 480 rapazes.

prática desportiva...

- Apenas 276 alunos teriam uma prática desportiva regular (181 rapazes e 95 raparigas). No pólo oposto, encontraríamos 125 alunos que não praticariam nenhum desporto (27 rapazes e 98 raparigas).

consumo de alimentos (saudáveis e não saudáveis)...

- Considerando a dimensão comportamental consumo de alimentos (consumo de alimentos saudáveis + consumo de alimentos não saudáveis) teríamos apenas 162 alunos (50 rapazes e 112 raparigas) com consumo equilibrado, que poderíamos considerar protector de Saúde (segundo os critérios que descrevemos no estudo 1). Com consumo muito irregular, que consideraríamos de risco elevado, encontraríamos 382 alunos (166 rapazes e 116 raparigas).

Isto quereria dizer que a grande maioria dos jovens teria um consumo não adequado tanto de alimentos saudáveis, como de alimentos não saudáveis.

consumo de substâncias (tabaco e bebidas alcoólicas)...

- Nesta escola de 1000 alunos, 100 (51 rapazes e 49 raparigas) fumariam todos os dias e a maioria destes, provavelmente, fumaria dentro da escola nos intervalos das aulas.

- Com consumo regular de bebidas alcoólicas (pelo menos uma bebida duas a três vezes por semana), teríamos 82 alunos (62 rapazes e apenas 20 raparigas).

- Considerando estes dois consumos em conjunto, encontraríamos 560 alunos que não apresentariam consumos nem de tabaco nem de álcool (destes, 249 eram rapazes e 311 eram raparigas). Esta situação quereria dizer que 440 dos 1000 alunos, com maior ou menor regularidade, apresentariam consumo de tabaco ou de bebidas alcoólicas (destes, 154 apresentariam consumos regulares: 89 rapazes e 65 raparigas).

estilos de vida...

E, por outro lado, olhando para os estilos de vida que identificámos no estudo 1, encontraríamos os seguintes resultados reduzindo os nossos dados a uma escola com 1000 alunos:

- apenas 13 rapazes e 13 raparigas teriam, ao mesmo tempo, comportamentos protectores de Saúde nas três dimensões comportamentais que considerámos.

Ou seja, nesta escola, apenas 26 alunos em 1000 teriam um estilo de vida com o conjunto dos seguintes comportamentos:

- prática desportiva regular fora da escola. Não interessando neste caso o enquadramento da prática nem a modalidade, no mínimo praticariam duas a três vezes por semana, mais de 20 minutos em cada sessão.

- consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis equilibrado. Ou seja comeriam, em média, entre 4 a 6 dias por semana com regularidade a maioria dos 6 alimentos saudáveis considerados (leite, fruta, peixe, sopa, legumes/ hortaliça, iogurte) e teriam um consumo, no máximo, muito irregular da maioria dos 6 alimentos não saudáveis considerados (café, rebuçados/ gomas, doces/ pastéis, bebidas com gás, batatas fritas, hambúrgeres/ salsichas).

- não fumariam. Poderiam já ter experimentado mas actualmente não fumariam.

– relativamente às bebidas alcoólicas, no máximo, teriam um consumo esporádico (menos de uma vez por mês).

O estilo de vida mais usual entre estes jovens desta escola, teria como comportamentos tipo uma prática desportiva reduzida, um consumo irregular de alimentos saudáveis e não saudáveis e a inexistência de consumos de tabaco e de bebidas alcoólicas; estariam neste grupo, 81 rapazes e 110 raparigas.

Desta análise, resulta uma constatação que considerámos importante; muitos dos adolescentes teriam comportamentos que considerámos de risco moderado (a zona amarela) nas três dimensões comportamentais:

- 599 alunos teriam uma prática desportiva reduzida fora da escola (praticariam, no máximo, duas a três vezes, menos de 20 minutos em cada sessão).

- 556 alunos teriam um consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis irregular (em média, consumiriam de 1 a 3 dias por semana o conjunto dos alimentos considerados).

- 286 alunos teriam também um consumo irregular (no máximo semanal) de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Esta zona amarela, como lhe chamámos nesta dissertação, deverá ser objecto de toda a atenção uma vez que estamos perante jovens, que estando num período ainda de experimentação ou início dos comportamentos de risco, tanto podem entrar na zona vermelha (comportamento de risco elevado) como podem entrar na zona verde (onde estão os comportamentos protectores de Saúde).

Por outro lado, depois da análise dos comportamentos, fizemos no estudo 3 uma análise da avaliação subjectiva da Saúde dos adolescentes. E, como já salientámos nesse estudo, não deixou de ser interessante verificarmos

a relação existente entre os comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes e a avaliação que eles faziam da sua Saúde.

Assim, voltando a olhar para uma escola com 1000 alunos, notaríamos que 720 alunos avaliariam a sua Saúde como boa ou muito boa (curiosamente, teríamos igual número de rapazes e de raparigas, ou seja 360); no pólo oposto, apenas 33 alunos fariam uma avaliação má ou insuficiente da sua Saúde (20 raparigas e 13 rapazes). Não deixa de ser interessante que, depois de termos visto a quantidade de alunos que tinham comportamentos de risco (muitos de risco elevado), apenas 33 dos 1000 alunos fariam uma avaliação negativa da sua Saúde.

Deste modo, por um lado, dado que é positivo, a grande maioria dos jovens não se sente doente e de facto não está doente (dependendo esta avaliação também do conceito que aceitarmos para classificar o estar doente); por outro lado, a mesma maioria de jovens não relaciona os seus comportamentos de risco com a sua Saúde. Esta constatação deverá ser objecto de profunda reflexão no sentido em que o discurso do *não façam isto porque faz mal à Saúde* parece não ser entendido, nem assimilado, pelos jovens.

Por fim, não podíamos deixar de salientar um resultado que não sendo de todo surpreendente para os mais atentos, não deixa de ser novo e que, também por isso, deve ser olhado com atenção e analisado com toda a cautela. A questão que colocámos foi esta: Será a prática desportiva promotora de estilos de vida saudáveis?...

E a resposta que podemos dar agora não é sim ou não, mais uma vez ficaremos pelo, tantas vezes usado, depende...

Depende de que prática desportiva estivermos a falar e da forma como a avaliarmos...

Depende de que conceito de Saúde estivermos a falar...

E depende ainda do que considerarmos ser um estilo de vida saudável...

De qualquer forma, independentemente da maneira como entendermos e analisarmos cada um daqueles conceitos, foi possível observarmos alguns resultados que revelaram uma tendência que, repetimos, deve agora ser aprofundada e analisada com mais pormenor. Assim, nos nossos resultados (ver estudo 2), e fazendo agora apenas uma análise global, observámos que os jovens que praticavam desporto de forma regular revelaram melhores consumos de alimentos saudáveis do que os que não praticavam desporto mas, por outro lado, também revelaram maiores consumos de alimentos não saudáveis; na relação entre a prática desportiva e o consumo de tabaco praticamente não encontramos diferenças entre a regularidade do consumo dos que praticavam desporto regularmente e dos que não praticavam; e no consumo de bebidas alcoólicas, confirmando uma tendência que já se vai notando em diferentes estudos, mas ainda está pouca divulgada, os jovens desportistas revelaram maior regularidade nos consumos do que os que não praticavam desporto.

A constatação destes resultados confirma-nos uma ideia que apesar de ser cada vez mais falada ainda está pouca assumida e, sobretudo, praticada...

Estarão, todos os que são professores de Educação Física e treinadores das diferentes modalidades conscientes deste problema? Será que entendemos o potencial que a prática desportiva pode ter como promotora de hábitos de vida saudáveis mas que não está a ser devidamente utilizado, ou estaremos demasiado preocupados sobretudo com questões técnicas, táticas, físicas e competitivas, mesmo com os mais novos?

Mas, por outro lado, como poderiam estar os licenciados em Educação Física e Desporto desportos e formados para esta realidade se estas matérias são, ainda, tão pouco abordadas nos nossos Cursos de formação inicial e mesmo na formação contínua são escassos os cursos sobre esta temática?

De qualquer forma, deixando os outros comportamentos de lado e olhando apenas para a prática desportiva que era praticada fora da escola, os resultados, que indicavam tão pouca regularidade na prática desportiva numa

grande parte dos jovens, devem merecer da nossa parte também toda a atenção...

Estaremos a trabalhar bem na escola a promoção da prática desportiva dos jovens? Numa escola secundária, onde temos os jovens durante cinco importantíssimos anos das suas vidas, será que estamos a fazer tudo o que podíamos e devíamos fazer por esta importante temática?

Naturalmente, estamos a falar de um tema, ou de vários temas que têm múltiplas causas e seria por isso demasiado redutor (e injusto) atirar para a escola (e para os professores) toda a responsabilidade.

Assim, entrando já nas sugestões, podíamos referir que mais estudos sobre tudo o que envolve estes temas são necessários. Compreender a relação e influência do meio no comportamentos dos jovens, todos sabemos ser fundamental. Estudar a importância da família, dos melhores amigos e do grupo de amigos com quem os jovens partilham a sua existência também é de uma importância vital. Por outro lado, estudar melhor o que pensam os jovens sobre estas temáticas e também o que pensam os jovens sobre si próprios vai certamente ajudar-nos a desbravar caminho e melhorar os conhecimentos sobre o *tal* iceberg de que falávamos no início desta dissertação. Nesta linha, é importante que se incrementem os estudos de natureza qualitativa, que nos poderão fornecer dados complementares muito úteis para a acção...

Mas, por outro lado, se hoje sabemos através de múltiplas evidências de natureza científica que é o comportamento o factor determinante para se reduzir o número de mortes, incapacidades diversas e imensos prejuízos financeiros, porque será tão difícil implementar mudanças que todos sabem ser necessárias?

Não pretendendo entrar por um campo que não é de todo o nosso, nem foi o objectivo deste trabalho, apenas podemos referir, como aliás a OMS tanto tem salientado nas reuniões mundiais onde se debatem estas temáticas, que são fundamentais políticas que criem condições favoráveis à adopção de hábitos de vida saudáveis por parte das populações, sobretudo das mais desfavorecidas.

Assim, a questão que colocamos agora é outra e pensamos que é também por aí que devemos ir, ou seja, por nós próprios antes de falarmos nos outros e do que os outros podem fazer. Tudo pode estar mal à nossa volta, podemos até não concordar com as orientações que temos de seguir se queremos viver em comunidade, mas há um aspecto que é determinante em todo este processo e que, como facilmente percebemos, é comum a todos estes problemas e temas que estudámos...

A responsabilização de cada um por tudo o que se relaciona com a sua vida, neste caso leia-se Saúde, é o *tal* caminho de que nos falavam Antonovsky, a OMS em diferentes documentos e tantos outros autores...

Nesta linha, podemos começar por perguntar: que estilo de vida tem cada um de nós? Como entendemos o que é ter Saúde e, conseqüentemente, o que é que fazemos pela nossa Saúde? E, para além do *eu* há o *nós*... que fazemos à nossa volta para promovermos a Saúde dos que nos rodeiam? Que fazemos, nas pequenas coisas da vida, coisas que acontecem todos os dias, e todas elas contam?...

Deste modo, em vez de falarmos do extrínseco que, como o próprio nome indica, é exterior a nós, logo não controlável pela nossa vontade, devemos falar do intrínseco... que levará, cada um de nós, a tentar mudar em primeiro lugar, qualquer coisa em si próprio e depois, tentar criar condições para que alguns dos que nos rodeiam também mudem... por si e porque foi essa a sua vontade, não imposta ou transmitida pelos outros.

Como sugestão final, deixamos um desafio que colocamos a nós próprios pois é por aí o “*tal*” caminho que acreditamos ser o certo...

Projectos de investigação-acção são necessários e urgentes. Temos de continuar a fazer, sempre, avaliação da realidade mas esta avaliação deverá originar intervenção. Se não for assim, continuaremos ano após ano a fazer diagnósticos que, inevitavelmente, nos levarão à constatação de que a situação piora de ano para ano.

Esta foi, aliás, uma das intenções que tivemos quando realizámos os nossos estudos nas escolas, inquirindo os jovens alunos sobre alguns dos seus comportamentos relacionados com a Saúde. Acreditamos que esta é uma forma simples e, pensámos nós, facilmente aplicável em qualquer escola, de fazermos um diagnóstico dos estilos de vida dos jovens (considerando os quatro comportamentos que elegemos como fundamentais) que permite depois a apresentação a cada escola de um relatório com os seus resultados que poderão ser facilmente compreendidos por todos. Este relatório poderá ser um instrumento muito útil, não só no sentido de indicar alguns dos caminhos prioritários para a intervenção, como poderá constituir-se como um instrumento de avaliação permanente sobre a realidade dos comportamentos dos jovens e da eficácia das actividades que se forem dinamizando. Salientamos, uma vez mais, a necessidade de se complementar a avaliação quantitativa com outros dados de natureza qualitativa.

Assim...

...projectos de investigação-acção nas escolas, com os alunos a serem os principais protagonistas e não apenas os agentes passivos de algumas actividades pontuais, são urgentes.

...verdadeiras parcerias entre os recursos têm também de ser hábito e não excepção. E quando falamos de parcerias, falamos de projectos comuns de diferentes instituições que desde a fase de diagnóstico estão juntas no processo. Também aqui, teremos de falar em primeiro lugar das parcerias intrínsecas que qualquer instituição deve otimizar antes de avançar para projectos com parceiros da comunidade.

...formação inicial e contínua sobre a temática da promoção de Saúde para todos os que trabalham com crianças e jovens é também fundamental. Na nossa área do desporto, a abordagem do papel do desporto enquanto promotor

de outros comportamentos protectores de Saúde, como vimos, também é urgente.

...por fim, e talvez o mais importante, a utilização de metodologias participativas por todos os que lidam com jovens são fundamentais... uma vez que a promoção da Saúde faz-se e pratica-se, todos os dias, COM os jovens e não para os jovens...

Terminamos com uma citação de Carl Rogers que tem tudo a ver com a promoção da Saúde e com a relação que estabelecemos connosco e com os outros...

“aprender é lindo... ensinar é ridículo...”

Bibliografia

Adelino, J.; Vieira, J.; Coelho, O. (2005). Caracterização da prática desportiva juvenil federada. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal

Aranda, A.; Martín, S. (2003). Actividad física y salud. Educación secundaria. Valladolid: Junta de Castilla y Leon

Arnett, J. (2006). Psychology and Health. Canadian Psychologie, 47 (1), 19-32

Auneau, G.; Dafflon-Arvanitou, I. (2002). Aproximación política y económica. In Manidi, M.; Dafflon-Arvanitou, I. (coord.). Actividad física y salud (pp. 83-101). Barcelona: Masson SA

Balaguer, I.(1999). Un estudio sobre los predictores de los estilos de vida saludables de los adolescentes valencianos. Valencia: Direcció General de Salut Pública e Facultat de Psicologia. Universitat de València

Balaguer, I. Ed. (2002a). Estilos de vida en la Adolescencia. Valencia: Ed. Promolibro

Balaguer, I.; Castillo, I. (2002b). Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. In Balaguer, I. (Ed.) Estilos de vida en la Adolescencia (pp.37-64). Valencia: Ed. Promolibro

Bañuelos, F. S. (1996). La Actividad Física orientada hacia la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva

Bennett, P.; S. Murphy (1999). Psicologia e Promoção da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores

Bento, J. (1991). Desporto, Saúde, Vida – Em defesa do desporto. Lisboa: Livros Horizonte (Ed.)

Bento, J. (2002). Da Saúde, do Desporto, do Corpo e da Vida. In Barbanti, V.; Amadio, A.; Bento, J.; Marques, A. (orgs.). Esporte e actividade física. Interação entre rendimento e qualidade de vida (pp.1-10). São Paulo: Editora Manole Ltda.

Bento, J. (2004). Desporto – Discurso e substância. Porto: Campo das Letras - Editores, S.A

Blasco, P.; Fuentes, I.; Pons, D. (2002). In Balaguer, I. (Ed.) Estilos de vida en la Adolescencia (pp.65-89). Valencia: Ed. Promolibro

Bouchard, C.; Shephard, R.; Stephens, T.; Sutton, J.; Mcpherson, B. (1990), Exercice, fitness and health: the consensus statement. Champaign: Human Kinetics (Eds.)

Bowling, A. (1997). Measuring Health. A review of quality of life measurement scales- 2ª ed. (pp.16-37). Philadelphia: Open University Press

Brannon, L.; Feist, J. (2001). Psicología de la Salud. Madrid, Thomson Editores Spain

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psychologie de la Santé - Modèles, concepts et méthodes. Paris, Dunod

Carmo, I. (2001). Obesidade: a Epidemia Global. RFML 2001; Série III, 6 (Supl. Nº 1 – Junho):39-46

Caspersen, C.; Powell, K.; Christenson, G.; (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related researchn. Public Health Reports

Castels, M. (2003). O Fim do Milenio: A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. Volume III. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Castillo, I.; Balaguer, I. (2002). Relaciones entre las conductas del estilo de vida en la adolescencia temprana. In Balaguer, I. (Ed.) Estilos de vida en la Adolescencia (pp.209-227). Valencia: Ed. Promolibro

CDC (2004). Prevalence of Overweight Among Adults: United States, 1999-2002 [em linha]. Actual. 16 Dec. 2004. [Consult. 20 Abr. 2005]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obse99.htm>

CDC (2005). Prevalence of Overweight Among Children and Adolescents: United States, 1999-2002 [em linha]. Actual. 8 Fev. 2005 [Consult. 20 Abr. 2005]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/overwght99.htm#Table%201>.

CDC (2006). Physical Activity for Everyone: The Importance of Physical Activity [em linha]. Actual. 30 Mar. 2006 [Consult. 1 Maio 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/importance/index.htm>

Coleman, J.; Hendry, L. (1999). The Nature of Adolescence. London: Routledge

Coleman, J. (1985). Psicologia de la adolescencia. Madrid: Morata

Comissão Europeia (2004). Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a mean of restoring the balance. Paderborn, Alemanha

Confederação do Desporto de Portugal (2006). Atletas federados. [em linha]. Actual. 17 Jun. 2005 [Consult. 1 Maio 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdp.pt/content/view/258/2/>

Conselho da Europa (1995). The significance of sport for society - Health, socialisation, economy. Committee for the Development of Sport (CDDS). Holanda

Constantino, J. (1998). A Actividade Física e a promoção da Saúde das Populações. In Rocha, L.; Barata, J.(coord.). Educação para a Saúde – O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis (pp.19-37). Lisboa: Omniserviços

Corte-Real, N. (1998). O Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a «construção» das Escolas Promotoras de Saúde – que desafios para o presente e futuro próximo. Dissertação de Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Crockett, L.; (1997). Cultural, Historical, and subcultural Context of Adolescent: Implications for Health and Development. In Schulenberg, J.; Maggs, J.; Hurrelman, K.. Health Risks and Development Transitions During Adolescence (pp. 23-48). New Cork: Cambridge University Press

Delgado, M.; Tercedor, P. (2002). Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física (pp.37-58). Barcelona: INDE Publicaciones

Devís, J.; Velert, C. (2001). Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la Salud. In Devis, J. D., Ed. La Educación Física, el Deporte y la Salud en el siglo XXI (pp. 295-318). Alicante: Editorial Marfil, SA

Devís, J. (2000). Actividad física, deporte y salud (pp. 19-32). Alicante: Editorial Marfil, SA

Dun, M.; Wang, M. (2003). Effects of physical activity on substance use among college students. American Journal of Health Studies, Spring-Summer, 2003. Texas A&M University

Erikson, E. (1980). Identity and the Life Cycle. New York: Norton & Company

Erikson, E. (1994). Identity – Youth and Crisis. New York: Norton & Company

Fox, K. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In Biddle, J.; Fox, K.; Boutcher, S., (Ed.). *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp.88-117). London: Routledge

García-Merita, M.; Soler, M. (2002). Salud percibida y alteraciones psicossomáticas en la adolescencia temprana. In Balaguer, I. (Ed.). *Estilos de vida en la Adolescencia* (pp.183-207). Valencia: Ed. Promolibro

Glanz, K.; Rimer B. Eds. (2002). *Health Behavior and Health Education - theorie, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass

Grande, N. (1991). Perspectivas actuais dos conceitos de Saúde e Doença. In Bento, J. e Marques, A. (Ed.). *Desporto, Saúde e Bem-Estar* (pp. 27-32). Porto: FCDEF-UP

Hamburg, D.; Millstein, S.; Mortimer, A.; Nightingale, E.; Petersen, A. (1993). Adolescent Health Promotion in the Twenty-first Century; Current Frontiers and Future Directions. In Millstein, S.; Petersen, A.; Nightingale, E., Ed. (pp. 375-388). New York: Oxford University Press

Heller, T.; Muston, R. Eds. (2001). *Working for Health*. London: Open University and Sage Publications

Instituto Nacional de Estatística - Portugal (2006). Estatísticas da Cultura, Desporto e Recreio - 2004. [em linha]. Actual. 20 Dez. 2005 [Consult. 1 Maio 2006]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ine.pt/prodserv/quadros/periodo.asp?pub cod=010](http://www.ine.pt/prodserv/quadros/periodo.asp?pub%20cod=010)

Instituto Nacional de Estatística - Espanha (2006). Percepción del estado de salud por países, período y indicador. [em linha]. Actual. 26 Abr. 2006 [Consult. 1 Maio 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419%2Fe01%2F&O=pcaxis&N=&L=0>

International Association for the Study of Obesity (2005). IOTF Global Prevalence of Obesity. [em linha]. Actual. 16 Mar. 2005 [Consult. 20 Abr. 2005]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iaso.org/popout.asp?linkto=http://www.ietf.org/media/globalprev.htm>>

Jessor, R.; Donovan, J.; Costa, F. (1991). *Beyond Adolescence – Problem Behavior and Young Adult Development*. New York: Cambridge University Press

Johnson, N. (2003). *Psychology and Health – Research, Practice and Policy*. *American Psychologist*, 58 (8), 670-677

Kaptein, A.; Weinman, J. Eds. (2004). *Health Psychology*, British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd

Katz, J.; Peberdy, A.; Douglas, J. Eds. (2002). *Promoting Health - Knowledge and Practice* (pp.254-292). London: Open University and Sage Publications

Kegler, M.; Crosby, R.; DiClemente, R. (2002). Reflections on emerging theories in health promotion practice. In DiClemente, R. ; Crosby, R. ; Kegler, M. (Ed.). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research - strategies for improving public health* (386-395). New York: Jossey-Bass

Lalonde, M. (1974). *New perspective on the Health of Canadians*. Government of Canada. Ottawa

Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice - Power & Empowerment* (pp. 58-85). London: Open University and Sage Publications

Lightfoot, C. (1997). *The culture of Adolescent Risk-Taking*. New York: The Guilford Press

Lima, L. (1999). *A Prevenção do Tabagismo na Adolescência*. In Sardinha, L., Matos, M & Loureiro, I. Eds. *Promoção da Saúde - modelos e práticas de*

intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo (pp.123-161). Lisboa: FMH edições

Loeber, R.; Farrington, D.; Stouthamer-Loeber; Kammen, W. (1998). Multiple risk factors for multiproblem boys. In Jessor (Ed.). *New perspectives on Adolescent Risk Behavior* (pp. 90-144). New York: Cambridge University Press

Loureiro, I. (1999). A importância da Educação Alimentar na Escola. In Sardinha, L., Matos, M & Loureiro, I. Eds. *Promoção da Saúde - modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.57-84). Lisboa: FMH edições

Manidi, M.; Dafflon-Arvanitou, Eds. (2002). *Actividad física y salud - aportaciones de las ciencias humanas y sociales; educación para la salud a través de la actividad física*. Barcelona: Masson

Marks, D.; Murray, M.; Evans, B.; Evans, B.; Willig, C. (2001). *Health Psychology – Theory, Research and Practice* (pp. 76-246). London: Sage Publications

Matarazo, J. (2002). Behavior Health's challenge to academic, scientific and Professional Psychology. In Marks, F. (Ed.). *The Health Psychology Reader* (pp. 16-39). London: Sage Publications

Matos, M.; Sardinha, L. (1999). Estilos de Vida Activos e Qualidade de Vida. In Sardinha, L., Matos, M & Loureiro, I. Eds. *Promoção da Saúde - modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.163-181). Lisboa: FMH edições

Matos, M.; Simões, C; Canha, L.; Fonseca, S. (2000a). *Saúde e Estilos de vida nos jovens portugueses – Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS* (1996). Lisboa: Edições FMH

Matos, M.; Simões, C; Carvalhosa, S.; Reis, C.; Canha, L. (2000b). A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (1998). Lisboa:Edições FMH

Matos, M., equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). A Saúde dos Adolescentes Portugueses (quatro anos depois) – relatório português do estudo HBSC 2002. Lisboa: Edições FMH

McKenzie, J.; Smeltzer, J. (2001). Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs. A Primer (3ª ed.). Boston: Allyn and Bacon

Millstein, S.; Petersen, A. Eds. (1993). Promoting the Health of adolescents - new directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press

Ministério da Educação (2006). Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Edital. [em linha]. Actual. 1 Fev. 2006 [Consult. 5 Fev. 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgidc.min-edu.pt/fichdown/editalGTES.pdf>

Ministério da Saúde (2004a). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Direcção Geral de Saúde. Lisboa

Ministério da Saúde (2004b). Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010. Lisboa

Ministério da Saúde (2005). Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa

Maia, J.; Oliveira, M. (2002). Avaliação multimodal da actividade física. Um estudo exploratório em gémeos monozigóticos e dizigóticos. Porto: FCDEF- Universidade do Porto.

Mota, J.; Sallis, J. (2002). *Actividade física e Saúde – Factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo das Letras - Editores, S.A

Mota, J. (2004). *O Professor de Educação Física e o paradigma da Actividade Física e da Saúde*. In Bento, J.; Lebre, E. (Ed.). *Professor de Educação Física – Ofícios da Profissão* (pp.105-112). Porto: FCDEF-UP

Navarro, F. (1999). *Educar para a Saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, M.; Henriques, R.; Lacerda, T. (Org.). *Educação para a Saúde* (pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho

Ochaíta, E.; Espinosa, M. (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes*. Madrid: Macgraw-Hill / Interamericana de españa, S.A.U.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores (Ed.). Lisboa

OMS (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Carta de Otawa para a Promoção de Saúde* (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Otawa. Canadá

OMS (1988). *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis* (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Adelaide. Austrália

OMS (1991). *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde* (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Sundsvall. Suécia

OMS (1993). *Lifestyles and Health*. In Beattie, A.; Gott, M.; Jones, L.; Sidell, M. (Eds.). *Health & Wellbeing – a reader* (pp.228-236)

OMS (1997). Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Jacarta. Indonésia

OMS (2000). Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração Ministerial do México sobre a Promoção da Saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Cidade do México. México

OMS (2001). Adult per capita alcohol consumption. [em linha]. Actual. 21 Ab. 2006 [Consult. 1 Mai. 2006]. Disponível em WWW: <URL: http://www3.OMS.int/OMSSis/alcohol/alcohol_apc_data_process.cfm?path=OMSSis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english

OMS (2002). Rapport sur la Santé en Europe 2002. Copenhagen

OMS (2004a). Young People's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen

OMS (2004b). Fruit and Vegetables for Health. Report of a Joint FAO/OMS Workshop, 2004. Kobe, Japan

OMS (2006a). Tobacco Free Initiative (TFI). [em linha]. Actual. 21 Abr. 2006 [Consult. 1 Mai. 2006]. Disponível em WWW: <URL: http://www.OMS.int/tobacco/health_priority/en/index.html

OMS (2006b). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World [em linha]. Actual. 21 Abr. 2006 [Consult. 1 Mai. 2006]. Disponível em WWW: <URL: http://www.OMS.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

Ozámiz, J. (1988). Estilos de vida y salud mental. En J.A. Ozámiz (Ed.), Psicología de la salud mental (p. 107). San Sebastián: Tartalo

Pastor, Y.; Pons, D. (1998). Actividad física y salud. En A. Hernández ,
Psicología del Deporte: Fundamentos y Aplicaciones. A Coruña: Penta Editorial

Pastor, Y.; Moreno, Y. (2002). El consumo de alcohol en la adolescencia
temprana. In Balaguer, I. (Ed.) Estilos de vida en la Adolescencia (pp.91-109).
Valencia: Ed. Promolibro

Perea, Q. R., Ed. (2004). Educación para la Salud - Reto de nuestro tiempo.
Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A

Perinat, A. (2003). La adolescência: perspectiva sociohistórica. In Maceres, A.
e col.. Los Adolescentes en el siglo XXI (pp.21-57). Barcelona: Editorial UOC

Pestana, C. (2003). Comportamentos de Saúde em jovens em idade escolar –
nota introdutória. In Matos, M., equipa do Projecto Aventura Social e Saúde.. A
Saúde dos Adolescentes Portugueses (quatro anos depois) – relatório
português do estudo HBSC 2002 (p.7). Lisboa: Edições FMH

Porter, R. (2001). The Past, the Present and the Future. In Heller, T.; Muston,
R.; Sidell, M.; Lloyd, C. (Ed.). Working for Health (pp.3-10). London: The Open
University and Sage Publications

Quesada, R. (2004). Educación para la Salud – Reto de nuestro tiempo. (pp.12-
18). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, SA

Ribeiro, J. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia
Aplicada

Roales-Nieto, J. (2004a). Alimentación, actividad física y salud. In Roales-Nieto,
J. Dir. Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones
(pp. 265-308). Madrid: Ediciones Pirâmide

Roales-Nieto, J. (2004b). Consumo de tabaco y riesgo para la salud. In Roales-Nieto, J. Dir. Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones (pp. 309-350). Madrid: Ediciones Pirâmide

Rocha, J. (1999). A Educação para a Saúde nas Escolas Portuguesas – “do Projecto Viva a Escola às Escolas Promotoras de Saúde”. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, M.; Henriques, R.; Lacerda, T. (Org.). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho

Rodríguez-Tomé, H. (2003). Pubertad y psicología de la adolescencia. In Maceres, A. e col.. Los Adolescentes en el siglo XXI (pp.87-114). Barcelona: Editorial UOC

Rollnick, S.; Mason, P.; Butler, C. Health Behavior Change – a guide for practitioners (pp.169-184). London: Churchill Livingstone

Sanmartín, M. G. Manual sobre valores en la educación física y el deporte. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, SA

Santos, M.(2004). Factores de influência da actividade física em adolescentes. Estudo da influência da posição sócio-económica, comportamentos sedentários e características do ambiente (pp.1-48). Dissertação de Doutoramento. Porto: FCDEF-UP

Sobral, F. (1991). Investigação das relações entre Saúde e Desporto: história, estado actual e perspectivas de evolução. In Bento, J. e Marques, A. (Ed.). Desporto, Saúde e Bem-Estar (pp. 41-52). Porto: FCDEF-UP

Spender, D. (2001) in Griffiths (coord). Previsões – 30 grandes mestres pensam o futuro (pp.301-311). Algés: Difel: Difusão Editorial, SA

Sprinthall, N; Collins, W. (2003). Psicologia do Adolescente. Uma abordagem Desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Stephens, A.; Wardle, J. (2004). Health-related behaviour: prevalence and links with disease. In Kaptein, A; Weinman, J. (Ed.). Health Psychology (pp.21-51). London: British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd

Stroebe, W.(2000). Social Psychology and Health (2ª ed.). Buckingham: Open University Press

Tomás, I.; Atienza, F. (2002). El consumo de tabaco y otras drogas no institucionalizadas en la adolescencia temprana. In Balaguer, I. (Ed.). Estilos de vida en la adolescencia. (pp. 111-133). Valencia: Ed. Promolibro

Tones, K.; J. Green (2004). Health Promotion - Planning and Strategies (pp277-304). London: Open University and Sage Publications

Tuckman, B. (1994). Manual de Investigação em Educação (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Weichold, K.; Silbereisen, R. (2005). Contextos de risco durante a adolescência e comportamentos problemáticos na transição para a idade adulta: diferenças de género. In Vieira, C.; Seixas, A.; Matos, A.; Lima, M.; Vilar, M.; Pinheiro, M. (Eds.). Ensaio sobre o comportamento humano – do diagnóstico à intervenção. Contributos nacionais e internacionais (pp.241-268). Coimbra: Almedina

Weiner, I, (1992). Perturbações Psicológicas na Adolescência (pp. 1-26). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Young, I.; Metcalfe, O.; Weare, K.; Wijnsma, P.; Williams, T.; Williams, M. (2000). Promover a saúde da juventude europeia - Educação para a Saúde nas Escolas. Manual para professores. Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde

Post Scriptum...

Cada vez que “mexia” na tese... a uma nova última versão sucedia outra... e outra...

Talvez, por isso, tenha sido tão difícil chegar ao fim...

Talvez, também por isso, este é um caminho sem ponto final...

E agora, chegada a última página de um trabalho que durou 5 anos (ou terão sido 10?... se calhar muitos mais...), por um lado, fica a satisfação pelo objectivo cumprido, por outro lado, a nostalgia do “fim” e a incerteza... (estará bem?... que pensarão os outros?...)

Porém, no meio de tanta dúvida, fica uma certeza...

No fim da vida, quando o fim chegar... um dia...

depois de tantos momentos marcantes...

este será, certamente, um que não vamos esquecer...

Despeço-me com um sorriso... para mim...

...e para todos os que me ajudaram...



