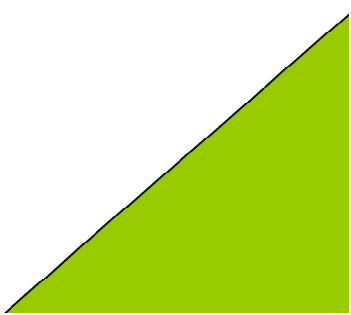


A prática desportiva em adolescentes com excesso de peso

Carla Sofia Madureira Varela

Porto, 2009



A prática desportiva em adolescentes com excesso de peso

Monografia realizada no âmbito da disciplina de
Seminário do 5º ano da licenciatura em Desporto e
Educação Física, na área de Recreação e Lazer, da
Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Orientador: Prof. Doutor Nuno Corte-Real
Carla Sofia Madureira Varela

Porto, 2009

Ficha de Catalogação:

Provas de Licenciatura

Varela, C. (2009). *A prática desportiva em adolescentes com excesso de peso*.
Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da
Universidade do Porto.

Palavras-chave: ADOLESCÊNCIA, PRÁTICA DESPORTIVA, IMC, PROS E CONTRAS,
EXCESSO DE PESO.

A todos...
que sempre acreditaram em mim...

AGRADECIMENTOS

Concluída esta etapa final, não posso deixar de expressar o merecido reconhecimento e agradecimento a todos que contribuíram para este processo através da sua orientação, apoio, colaboração e incentivo.

Ao Orientador deste trabalho, Professor Nuno Corte-Real, pelo apoio, disponibilidade e orientação. Um especial obrigado pelas sugestões, revisão de textos e cedência de dados, sem as quais, a realização deste trabalho não teria sido possível.

Ao meu filho, pelo tempo em que não pude estar tão presente.

Aos meus pais e às minhas irmãs que sempre me incentivaram e apoiaram incondicionalmente, sem vocês este percurso teria sido bem mais difícil de concretizar.

Ao meu namorado Sérgio, pela presença, amor e força que sempre me deu.

Ao Miguel e à Filipa, pelo apoio, ajuda na revisão e impressão de documentos.

Às minhas grandes companheiras destes 5 anos, Inês Gonçalves e Hélène Oliveira, muito obrigada pelas conversas, compreensão, apoio e amizade demonstrada.

À Inês Cortês, à Alexandra Fernandes e à minha colega de estágio Patrícia Coutinho, pelo companheirismo sempre presente.

Aos doutorandos do gabinete de psicologia do Desporto, pela contribuição no processo de recolha e tratamento dos dados.

E por fim, a todos que não referi, mas que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste curso...

... MUITO OBRIGADA

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA	III
AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE GERAL.....	VII
ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	X
RESUMO	XI
ABSTRACT.....	XIII
RESUME.....	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	XV
I :: INTRODUÇÃO	19
II :: REVISÃO DA LITERATURA	25
1. A Adolescência.....	27
1.1. Definição e Caracterização.....	27
1.2. A Saúde do Adolescente	29
1.3. Obesidade e IMC	31
1.3. Ocupação do tempo livre	35
2. Actividade Física	37
2.1. Conceito.....	38
2.2. A Idade e Sexo	40
2.3. Barreiras para a Prática de Actividade Física.....	41
III :: OBJECTIVOS	45
IV :: MATERIAL E MÉTODOS	49
1. Amostra	51
2. Instrumentos	52

3. Variáveis	52
3.1. Variáveis Sócio Demográficas	52
3.2. Outras Variáveis	53
4. Procedimentos	56
4.1. Aplicação dos Questionários	56
4.2. Procedimentos Estatísticos.....	56
V :: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
1. Análise dos comportamentos.....	59
1.1. Índice de Massa Corporal	59
1.2. Prática Desportiva.....	61
1.3. Ocupação do Tempo Livre.....	64
1.4. Prós e contras.....	66
2. Relação entre IMC e as variáveis.	70
2.1. Índice de Massa Corporal e Prática Desportiva.....	70
2.2. IMC Tempos Livres.....	72
2.3. IMC Prós e contras	73
VI :: DISCUSSÃO	77
VII :: CONCLUSÕES E SUGESTÕES	83
VIII :: BIBLIOGRAFIA	87

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - As definições de obesidade para adultos (homens e mulheres) (OMS & IOTF)	33
Quadro 2 - Definições de Obesidade para crianças e jovens (adaptado de Cole et al., 2000)	34
Quadro 3 - Ano Escolar	51
Quadro 4 - Distribuição dos alunos pelas diferentes idades na amostra global e em função do sexo.	51
Quadro 5 - Distribuição dos alunos por escalões etários na amostra global e em função do sexo	53
Quadro 6 - Distribuição dos alunos segundo IMC na amostra global e em função do sexo.	60
Quadro 7 - Distribuição dos alunos segundo o IMC em função do sexo e da idade.....	61
Quadro 8 – Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva na amostra global e em função do sexo.	62
Quadro 9 - Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva em função do sexo e da idade.	63
Quadro 10 - Ocupação do tempo livre em função do sexo.....	64
Quadro 11 - Ocupação do tempo livre em função da idade	65
Quadro 12 - Prós e contras para a prática desportiva.	66
Quadro 13 - Prós e contras para a PD, comparação entre sexos	68
Quadro 14 - Prós e contras para a PD, comparação entre escalões etários...	69
Quadro 15 - Distribuição da amostra em função da PD e do IMC	70
Quadro 16 - Associação da PD, IMC e Sexo.....	71
Quadro 17 - Associação da PD, IMC e idade	72
Quadro 18 - Associação entre IMC e Tempos Livres	72
Quadro 19 - Associação entre IMC e Prós e Contras.....	74
Quadro 20 - Quadro Síntese dos resultados obtidos no nosso estudo.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da percentagem de sujeitos por IMC (3 grupos).....	59
Figura 2 - Distribuição de percentagem de sujeitos por IMC (2 grupos).....	59
Figura 3 - Comparação do IMC entre escalões em função do sexo	61
Figura 4 - Prática desportiva em função do sexo	62
Figura 5 - Ocupação do tempo livre função do sexo	65
Figura 6 - Ocupação do tempo livre em função da idade	66
Figura 7 - Prós e contras para a prática desportiva.....	67
Figura 8 - Prós e contras sexo feminino.	68
Figura 9 - Prós e contras sexo masculino.....	69
Figura 11 - Prós e contras jovens mais novos.....	70
Figura 10 - Prós e contras jovens mais velhos	70

RESUMO

O presente estudo teve como tema central a adolescência, os seus estilos de vida, o excesso de peso e a prática desportiva, tendo por principais objectivos: 1) identificar nos dois sexos e nas diferentes faixas etárias - os níveis de prática desportiva; a prevalência da obesidade e excesso de peso; as actividades realizadas nos tempos livres; os prós e contras para a prática desportiva. 2) analisar a associação existente entre o índice de massa corporal, a prática desportiva e os prós e contras para a prática desportiva.

A amostra foi constituída por 609 adolescentes (50,6% do sexo feminino e 49,4% do sexo masculino), inscritos no 3º ciclo do Ensino Básico, com uma média de idades de 12,47, sendo estas compreendidas entre os 12 e 16 anos de idade.

O instrumento utilizado foi o “Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes” versão online, desenvolvido pelo Laboratório de Psicologia do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (2009).

A análise dos resultados indicou como principais conclusões: $\frac{1}{4}$ dos jovens apresentou excesso de peso e eram os rapazes e os mais novos que apresentaram maior prevalência de excesso de peso; os rapazes tinham níveis superiores de Prática Desportiva; nos tempos livres “Ver TV” foi a actividade mais frequente e a prática desportiva a menos frequente; os rapazes tinham uma percepção mais positiva da prática desportiva (menos contras e mais prós); os jovens com excesso de peso apresentaram níveis inferiores de prática desportiva e os indivíduos com peso normal perceberam mais positivamente a Prática Desportiva que os sujeitos com excesso de peso.

PALAVRAS-CHAVE: ADOLESCÊNCIA, PRÁTICA DESPORTIVA, IMC, PROS E CONTRAS, EXCESSO DE PESO.

ABSTRACT

The present study had as its central theme adolescence, their lifestyles, overweight and sport practice, with the main objectives: 1) identify in both sexes and different age groups - levels of sport practice, the prevalence of obesity and overweight, the activities undertaken in leisure time, the pros and cons for the sport practice. 2) analyze the association between the body mass index, sports practice and the pros and cons for the sport practice.

The sample was consisted of 609 adolescents (50.6% female and 49.4% male) register in the 3rd cycle of basic education, with a mean age of 12.47 years old, which are between 12 and 16 years of age.

The instrument used was the "Inventory of behaviors related to adolescent health" online version, developed by the Laboratory of Sport Psychology at the Sport Faculty of University of Porto (2009).

The results revealed the primary findings: a quarter of young people were overweighted and were the boys and the youngests who had a higher prevalence of overweight; the boys had higher levels of sport practice; in leisure time , "Watch TV" was the most frequent activity and sport practice was the less one; the boys had a more positive perception of the sport practice (at more pros and least cons); the overweighted had lower levels of sport and the younger's with normal weight saw sports practice more positively than the overweighted ones.

KEYWORDS: ADOLECENCE, SPORT PRACTICE, BMI, PROS AND CONS, OVERWEIGHT.

RESUME

L'étude ici présente a été développée, d'après le thème de l'adolescence, de ses modes de vie, de l'excès de poids et de la pratique sportive, visant à : 1) Identifier dans les deux sexes et dans les différentes tranches d'âge : les niveaux de la pratique sportive ; la fréquence de l'obésité et de l'excès de poids ; les activités réalisées dans les loisirs ; les avantages et désavantages de la pratique sportive. 2) analyser la relation entre l'IMC (Índice de Masse Corporelle) la pratique sportive et les avantages et inconvénients de la pratique sportive.

L'échantillon a été construit d'après 609 adolescents (50,6% du sexe féminin et 49,4% du sexe masculin), inscrits dans le collège, avec une moyenne d'âge de 12,47, comprise entre 12 et 16 ans.

L'outil utilisé a été "l'inventaire de comportements liés à la santé des adolescents" version online, développé par le Laboratoire de Psychologie du Sport de la Faculté de Sport de l'Université de Porto (2009).

L'analyse des résultats révèle que : $\frac{1}{4}$ des jeunes sont en excès de poids et ce sont les garçons et les plus jeunes qui représentent une plus grande fréquence de surpoids pondéral ; les garçons ont des niveaux de sport plus élevés ; dans les loisir "regarder la télé" représente l'activité la plus fréquente et la pratique sportive la moins fréquente; les garçons ont une vision plus positive de la pratique sportive (moins d'inconvénients et plus d'avantages); les individus en surpoids présentent des niveaux inférieurs d'activité sportive tandis que les personnes avec un poids normal ont une vision plus positive de l'activité sportive que celles en surpoids.

Mots clés : L'ADLESCENCE, LE PRATIQUE SPORTIVE, l'IMC, LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS, LE SURPOIDS.

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – Actividade Física

CDS – Centers of Disease Control and Prevention

DGS – Direcção Geral de Saúde

FADEUP – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

gl – Graus de liberdade

HBSC – Health Behavior School Children

IMC – Índice de Massa Corporal

IOTF - International Obesity Task Force

Kg – Quilogramas

m – Metros

n – Número

p – Valor de prova

PC - Computador

PD - Prática Desportiva

sd – Desvio padrão

TV – Televisão

WHO – World Health Organization

$X^2_{(gl)}$ – Valor de qui-quadrado

$\bar{x}$ – Média

♀ - Sexo Feminino

♂ - Sexo Masculino

I :: INTRODUÇÃO



A sociedade contemporânea é caracterizada pela mudança, pelas alterações civilizacionais, funcionais e particularmente pelas transformações de carácter socioeconómico e tecnológico, que têm vindo a repercutir-se na vida quotidiana (Mota, 1997).

Associado a estas alterações desencadeadas pela sociedade actual, reflexo de um rápido desenvolvimento tecnológico, surgiu um aumento das doenças ditas da civilização e o crescimento inflacionário das despesas por elas geradas, com uma consequente diminuição da produtividade (Mota, 1992).

Estas mudanças promoveram novos estilos de vida, conduzindo a um ambiente favorecedor à diminuição da Actividade Física (AF) e à adopção de estilos de vida sedentários (Sallis & Owen, 1999).

É neste ambiente que o sedentarismo surge como um dos principais factores de risco modificáveis de diversas doenças crónicas (Sallis & Owen, 1999; World Health Organization [WHO], 2002) cujas taxas de prevalência têm aumentado consideravelmente, não só entre a população adulta como nas crianças e jovens (WHO, 2005). Estima-se que a inactividade tenha contribuído para 600.000 mortes por ano na região europeia da WHO (Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2008). Mota (1997) é então da opinião que o sedentarismo é um dos factores mais adversos que influenciam a integridade bio-psico-social; Mota e Sallis (2002) acrescentam que o desenvolvimento das doenças crónico-degenerativas (doenças cardiovasculares e a obesidade), que aparecem associadas às principais causas de morbilidade e de mortalidade, resulta de alterações comportamentais, fruto do estilo de vida adoptado.

No entanto existem alternativas a estes estilos de vida. Sabe-se que à semelhança do que acontece com outros comportamentos que estão na origem destes problemas, a AF constitui um comportamento sob o qual o sujeito tem um grande controlo voluntário (Mota & Sallis, 2002).

O aumento da AF reduziria os riscos de doenças cardiovasculares, da diabetes tipo II, hipertensão, algumas formas de cancro, doenças músculo-esqueléticas e manifestações de doenças psicológicas, para não falar do combate à epidemia actual de sobrepeso e obesidade, a qual vem colocar um novo desafio global à saúde pública (Cavill et al., 2008)

É então importante conhecer os hábitos de AF da população, assim como fomentar projectos no sentido da promoção da actividade física e de hábitos de vida saudável, de forma a colmatar as necessidades das pessoas a este nível desde a infância, contribuindo assim para um futuro mais saudável.

Efectivamente, o desenvolvimento de hábitos de AF desde tenra idade tem sido apontado como um factor determinante para a manutenção de hábitos de vida saudável: os indivíduos adquirem e estabelecem padrões de comportamento relacionado com a saúde durante a infância (Mota & Sallis, 2002); elevados níveis de AF durante a infância e a adolescência tendem a manter-se durante a vida adulta (WHO, 2005); os níveis de AF tendem a diminuir da infância para a adolescência e desta para a vida adulta (Matos, Simões, Canha, & Fonceca, 2000; Durant, et al., 2009; Van Mechelen, Twisk, Post, Snel, & Kemper, 2000; Sallis, 2000)

Segundo Sallis e Owen (1999), é possível que muitos problemas encontrados durante a fase adulta, como as doenças cardiovasculares e a obesidade, envolvam processos degenerativos que se iniciam durante a infância.

A AF, como já foi referido, está relacionada com um dos maiores problemas da saúde pública, a obesidade, cuja prevalência tem aumentado drasticamente (WHO Europe, 2005). Segundo a mesma publicação, existem evidências de que a AF pode ter um papel importante neste processo e que nos adolescentes o preditor mais importante da obesidade é a AF.

Embora seja do conhecimento de todos (de uma forma mais informada ou através senso comum) os benefícios resultantes da AF, esta tem sido negligenciada pela maioria da população, contribuindo para consequências preocupantes na saúde da mesma (Cavill et al., 2008).

É então de extrema importância compreender e identificar as causas da baixa adesão a práticas activas por parte da população. A identificação dos contras para a prática de AF “é um passo chave” na identificação e afastamento das barreiras à prática de AF, na promoção de oportunidades de prática e na manutenção de níveis apropriados de AF (Matos, Carvalhosa, & Diniz, 2002).

Neste trabalho incidimos a nossa investigação apenas numa das variantes da actividade física (uma vez que esta se pode apresentar de diversas formas), optamos pela prática desportiva (PD), pois quando praticada revela intencionalidade do individuo. Consideramos apenas a prática fora da escola, pois em princípio todos possuem as mesmas condicionantes dentro da mesma, uma vez que a Educação Física é de frequência obrigatória, podendo-se assim verificar as verdadeiras diferenças entre os indivíduos.

Relativamente à população estudada, direccionámos o nosso estudo nas populações mais jovens, pois a adolescência constitui-se como um período crucial para a aquisição de comportamentos e hábitos de vida saudável (Matos et al, 2000; Veloso, 2005; Matos et al, 2003).

Uma vez que este período é marcado por um decréscimo da AF (Sallis, 2000) e sabendo da importância desta para a saúde da população, importa identificar quais os prós e contras inerentes à prática desportiva.

Os dados recolhidos neste estudo poderão servir como uma ferramenta útil para aqueles que lidam com os mais jovens e principalmente para aqueles que poderão exercer maior influência nos estilos de vida destes, como é o caso do professor de educação física. Segundo Matos e seus colaboradores (2002), é importante actuar nos contextos onde os adolescentes se inserem, dos quais faz parte o ambiente escolar, sendo este um dos cenários mais relevantes para o estabelecimento de hábitos de AF. Durant (2009) refere ainda que as intervenções ao nível do melhoramento dos currículos de Educação Física (EF), assim como do envolvimento escolar, têm mostrado resultados promissores no aumento da AF dos Adolescentes.

II :: REVISÃO DA LITERATURA



1. A Adolescência

Segundo Sprinthall e Collins (2003), nem sempre a adolescência foi considerada como um período distinto do desenvolvimento humano. Só no século passado se admitiu a existência da infância, até aos 6/7 anos de idade, a partir de então a criança era considerada como um adulto desempenhando as mesmas tarefas que este. Ainda segundo o mesmo autor, o reconhecimento da adolescência só aconteceu neste último século, nas nações e culturas industrializadas. Os adultos começaram a ter em conta as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas características dos adolescentes, e esta nova percepção permitiu identificar este estágio do desenvolvimento humano. Em consequência disto, a compreensão acerca desta fase da vida assim como dos elementos que a caracterizam tem vindo a aumentar. (Sprinthall & Collins, 2003)

Este reconhecimento da adolescência pela sociedade, fez emergir um novo objecto de estudo, surgindo investigadores interessados neste tema. Segundo Sprinthall e Collins (2003), o primeiro e mais importante investigador foi G. Stanley Hall, o autor defendia que a adolescência deveria ser encarada como um estágio especial do desenvolvimento humano e por isso, único e com direito a uma investigação específica. Hall criou um lugar para a adolescência, considerando-a como um período importante e não como um “interlúdio desprezível” entre dois estágios, nem tão pouco um período preparatório para o estágio seguinte, abrindo desta forma caminho para o seu estudo.

1.1. Definição e Caracterização

Segundo a definição do dicionário Housaiss (2001), a palavra adolescência tem origem no verbo latim *adolescere*, que significa crescer, ou crescer até a maturidade, resultando em transformações de ordem social, psicológica e fisiológica.

Um critério proveniente dos países de língua inglesa, e que é bastante utilizado, é o que denomina os adolescentes de *teenagers*, jovens com idade entre 13 e 19 anos. (English Collins Dictionary)

Diferentes autores divergem quanto à sua definição e à faixa etária que a delimita. Além do mais, pode-se verificar que cada cultura possui um conceito próprio de adolescência.

Esta é por muitos considerada uma fase do desenvolvimento humano essencial para o crescimento, maturação física e psicológica. Fisiologicamente, ocorre no momento em que as funções reprodutivas amadurecem; psicologicamente falando, é uma “situação marginal” na qual novos ajustes, que diferenciam o comportamento da criança do comportamento adulto numa determinada sociedade, têm que ser realizados; sociologicamente, a adolescência é o período de transição da dependência infantil para a auto-suficiência adulta. (Muuss, 1969). É nesta etapa que o indivíduo procura construir a sua identidade, afirmando-se como ser independente, autônomo, diferente, com necessidades, interesses, capacidades e linguagens diferentes (Veloso, 2005).

A entrada na adolescência ocorre cada vez mais cedo e prolonga-se cada vez mais. Segundo Braconnier e Marcelli (2000, cit. Simões 2007), estende-se até à terceira década de vida, onde o adolescente ainda vive com os pais. Para esta ocorrência contribui várias causas: sociais, onde se destaca o prolongamento dos estudos que leva a uma maior dependência dos pais; económicas, como o desemprego ou trabalho precário; culturais, maior liberalização, aceitação e tolerância dos costumes (Simões, 2007). A entrada na adolescência traz consigo a necessidade de reavaliação de si e do seu projecto de vida, acarreta uma renegociação do seu papel e da sua relação com a família, face ao seu corpo (agora biologicamente adulto), e da sua relação com os pares, nomeadamente com o género oposto (Matos, 2008).

É um momento marcado pela mudança, sendo que esta é a principal fonte de toda a novidade, gerando uma grande variedade de novas capacidades. O corpo adquire uma outra forma e uma nova atitude e linguagem, a “cabeça” pensa agora através de hipóteses e, de uma forma mais

abstracta, os outros passam a ter um peso maior e a determinar a vida do indivíduo, as suas motivações e os seus comportamentos (Sprinthall & Collins, 2003)

Esta é uma fase da vida, considerada por muitos (Matos et al., 2000; Matos et al, 2002; Veloso, 2005) como uma fase crucial para se adquirir determinados estilos de vida, que poderão ser benéficos ou não para a saúde. É portanto um período importante para intervir a vários níveis (Veloso, 2005).

1.2. A Saúde do Adolescente

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de saúde, como “um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1993). Segundo Matos e colaboradores (2003) a saúde deve ser enquadrada em termos não só individuais, mas também interpessoais e ambientais, ou seja, o significado de “saúde/bem-estar” varia de grupo para grupo e de cultura para cultura. A “saúde” é então uma percepção pessoal que depende do modo como cada um de nós se sente, doente ou não, em função de cada momento da sua vida (Matos et al, 2003).

Actualmente, a taxa de morbilidade e mortalidade apresentadas pelos adolescentes é o resultado dos estilos e formas de estar na vida (Matos et al 2003). Ainda segundo este autor, a maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são consequência de factores ambientais, sociais e comportamentais.

Segundo Matos (2008) a adolescência é, salvo as doenças crónicas, um período de vida, tipicamente, com menos necessidades em termos de saúde física. A maior parte dos problemas, pelo menos em países desenvolvidos, está efectivamente ligada a comportamentos e estilos de vida, por definição, modificáveis (Matos, 2008b).

Relativamente aos comportamentos, podemos dividi-los em duas categorias: comportamentos protectores de saúde e comportamentos de risco

(WHO, 1986). Um *comportamento de saúde* é qualquer actividade desenvolvida por um individuo, qualquer que seja o seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, seja ou não objectivamente eficiente para o fim (WHO, 1986). *Comportamento de risco* são formas especificas de comportamento associadas com o aumento de susceptibilidades a uma doença especifica (WHO, 1986). Matarazzo (1984 cit. Matos et al, 2003), definiu os comportamentos ligados à saúde em termos de: *comportamentos prejudiciais à saúde*, como fumar, beber grandes quantidades de alcool e fazer uma alimentação rica em gorduras; e *comportamentos de protecção de saúde*, tais como lavar os dentes, dormir o numero suficiente de horas suficientes, fazer “check-up’s” regulares e praticar actividade física.

Como já foi referido, a adolescência é uma etapa do desenvolvimento que implica rápidas modificações a vários níveis, na tentativa da obtenção da autonomia e da identidade. É um período rico e fértil de despertares a vários níveis, de grande intensidade física e psicológica, de procura e investimento em novas oportunidades e escolhas. A adolescência constitui, portanto, um período decisivo para o desenvolvimento de comportamentos, atitudes e responsabilidades perante a saúde (Matos et al., 2000, Matos et al, 2003). Segundo Veloso (2005), desta forma a intervenção a nível educativo, social, psicológico e desportivo deve recair na população adolescente, pois só assim poderá influenciar a vida adulta.

Neste sentido, é importante que os adultos criem condições para que os jovens aprendam e desenvolvam as suas competências pessoais e sociais, a sua capacidade de resolução dos problemas e tomada de decisão, de gestão de conflitos interpessoais e de comunicação, de forma a facilitar o desenvolvimento da capacidade de escolha de um estilo de vida saudável e sua manutenção (Veloso, 2005).

1.3. Obesidade e IMC

No decorrer das duas últimas décadas, tem-se assistido a um visível aumento da obesidade e excesso de peso nas crianças, principalmente nos países industrializados (WHO, 1998). Segundo Keller e Stevens, (1996 cit. Mota & Sallis, 2002) esta tendência oscila entre 18 e 30% na população infantil e juvenil.

Segundo a Carta Europeia da Luta contra a Obesidade (WHO, 2006), a epidemia da obesidade representa um dos mais graves desafios para a saúde pública na Região Europeia da OMS. A prevalência da obesidade aumentou para o triplo nos últimos vinte anos (WHO, 2006). Metade da população adulta e uma criança em cada cinco, na Região Europeia de OMS sofrem de peso excessivo. Destes, um terço já podem ser considerados obesos e a proporção aumenta diariamente. O peso excessivo e a obesidade contribuem para o aumento de doenças não contagiosas, diminuindo a esperança da vida e resultando numa deterioração da qualidade da vida. Anualmente, mais de um milhão de mortos na Região resultam de doenças relacionadas com sobrecarga ponderal (WHO, 2006).

Nos Estados Unidos, as crianças são a secção da população obesa ou com excesso de peso que mais cresceu (Flegal & Triano, 2000 cit Veloso, 2005). Em Portugal, a situação é semelhante. De 1985 a 2001 o problema aumentou 19% na população, em geral, e nas crianças e jovens, em particular (Teixeira, 2002 cit. Mota & Sallis, 2002). Alguns estudos apontam para uma percentagem muito elevada de alunos com excesso de peso, ou mesmo obesidade (Sardinha, 1999).

Esta tendência do aumento do excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes é particularmente preocupante, pois transitam esta epidemia para a maturidade, criando assim, para a geração seguinte, um fardo crescente sobre a saúde (WHO, 2006). A taxa anual de prevalência da obesidade infantil tem aumentado gradualmente, e é, actualmente, dez vezes mais alta do que em 1970 (WHO, 2006). As modificações sociais, económicas, culturais e físicas

do meio ambiente têm sido as razões apontadas para o aumento desta epidemia (WHO, 2006).

A redução drástica na prática de exercício físico e a modificação dos padrões alimentares, incluindo o consumo elevado de alimentos e bebidas ricos em energia mas pobres em nutrientes (com alto teor de gordura total e saturada, sal e açúcares) em combinação com a ingestão insuficiente de fruta e vegetais, provocaram um desequilíbrio energético na população (WHO, 2006). Segundo a informação disponível, a actividade física praticada por dois terços da população adulta na maioria dos países da Região Europeia da OMS é insuficiente para alcançar e manter ganhos de saúde (WHO, 2002).

Podemos assim dizer que existe uma relação recíproca entre a obesidade ou excesso de peso e a prática de actividade física na adolescência uma vez que a falta de actividade física pode levar a aumentos de gordura corporal e por outro lado, há que ter em conta que os jovens obesos são menos activos (Delgado & Tercedor, 2002 cit. Veloso 2005).

Segundo Janssen e os seus colaboradores (cit. Veloso 2005) a obesidade na infância conduz a uma variedade de problemas de saúde. Este autor refere ainda que o excesso de peso nas crianças está associado a uma incidência da diabetes tipo II e a factores de risco das doenças cardiovasculares. Por outro lado os jovens obesos e com excesso de peso têm maior probabilidade de se tornarem adultos obesos e os adolescentes obesos correm um risco acrescido de morbilidade e mortalidade posteriormente quando forem adultos.

Sendo a obesidade uma doença que não responde facilmente ao tratamento, a melhor estratégia, segundo MacKenzie (2000), é a prevenção que se deve centrar na monitorização do índice de Massa Corporal (IMC) das crianças e na avaliação dos factores de risco, como os hábitos alimentares e a prática de actividade física (cit. Matos et al., 2003).

IMC

Tradicionalmente, tem-se definido a obesidade e o excesso de peso com base no Índice de Massa Corporal (IMC) de cada indivíduo. Embora esta

prática possa ser criticada, pois as diferenças no peso dos indivíduos são devidas parcialmente às variações na gordura corporal, não se considerando outras componentes corporais (massa magra por exemplo), verifica-se que existe uma boa relação entre o IMC e a percentagem de gordura corporal numa grande faixa da população (Waine, 2002). Para além disto é um o IMC é um método aplicado universalmente, é pouco dispendioso, não evasivo e de simples utilização (WHO, 1995)

$$IMC = \frac{\text{Peso em kg}}{(\text{Altura em m})^2}$$

Através da fórmula acima enunciada é possível determinar o IMC. Através deste e com recurso a tabelas pré estabelecidas é possível determinar se o indivíduo tem excesso de peso ou não.

Existem diferentes valores de referência para determinar a obesidade através do IMC (Amaral & Pereira, s.d). Relativamente aos adultos são frequentemente utilizados os valores propostos pela OMS e a *International Obesity Task Force* (IOTF), criadas no Destacamento Especial Internacional para a Obesidade (cit. Waine, 2002) (Quadro 1). No entanto relativamente às crianças e jovens, uma vez que estas se encontram num processo dinâmico de crescimento, encontramos uma grande variedade entre os sexos e nos diversos grupos etários (Cole et al., 2000). É então necessário recorrer a tabelas adaptadas a estas idades e com referencias também ao sexo. Neste caso recorreremos à de Cole e colaboradores (2000) (Quadro 2).

Quadro 1 – Classes de obesidade para adultos (homens e mulheres) (OMS & IOTF).

IMC Normal	IMC das pessoas com excesso de peso
18,5 - 24,9	Pré-obeso: 25,0 – 29,9 Obesidade de classe I: 30,0 – 34,9 Obesidade de classe II: 35,0 – 39,9 Obesidade de classe III: mais de 40

Quadro 2 – Classes de Obesidade para crianças e jovens (adaptado de Cole et al., 2000)

Idade (anos)	Excesso de Peso		Obesidade	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
...	...	...	...	...
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,33	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24, 37	28,88	29,43
...	...	...	...	...

De facto, praticar de actividade física com regularidade e manter um adequado controlo alimentar parece prevenir a obesidade (Pescatello & Van Heest, 2000 cit. Mota & Sallis, 2002).

Em suma, a promoção da actividade física poderá constituir uma das formas de diminuir o problema de peso nas crianças e jovens. Já em 1991, Ballor e Keesey sugeriram as seguintes conclusões (cit. Mota & Sallis, 2002):

- 1) a actividade física pode influenciar favoravelmente o peso e a composição corporal dos sujeitos, o que se revela importante pela diminuição da massa gorda e preservação ou aumento da massa magra;
- 2) a frequência da perda de peso está directamente relacionada com a intensidade e duração das sessões e programa(s) de actividade;
- 3) os programas mais eficazes, no sentido de uma regulação do peso a longo prazo, são aqueles que associam a uma dieta hipocalórica um regime de actividade física sistemático.

Por fim, este problema pode ser analisado como uma questão de desequilíbrio energético em que a obesidade é o resultado de um inadequado gasto energético face à energia consumida. Relativamente ao gasto energético,

para além dos distúrbios fisiológicos e metabólicos que possam contribuir para alguma obesidade, esta deve-se, em grande parte, à falta de actividade física (Baranowski et al., 2003 cit Veloso, 2005). Este desequilíbrio torna-se particularmente preocupante face à proliferação de estabelecimentos de “fast food” (que oferecem promoções, recompensas irresistíveis e até meios de diversão aos jovens e crianças) e a diminuição da prática regular de actividade física nestas idades.

1.3. Ocupação do tempo livre

As facilidades dos tempos actuais tornaram a vida mais confortável e a realização das tarefas menos fastidiosas e cansativas, sendo assim, a tendência é a de haver mais tempo para o lazer. Todavia, existem dois caminhos a seguir, em relação a esse maior tempo para o lazer: entregar-se ao ócio e conviver com os problemas de saúde acarretados por tal estilo de vida, ou aproveitar esse tempo da forma mais saudável possível vivendo activamente.

É então de extrema importância compreender de que forma a população, especificamente os jovens, ocupam o seu tempo livre, e quais as implicações das suas escolhas para a sua saúde.

Actualmente deparamo-nos com a utilização do tempo livre (período pós-escola e fim de semana) em actividades passivas ou sedentárias, o que contribui para uma diminuição da prática ou envolvimento em actividades físicas (Mota & Sallis, 2002). Esta situação é agravada pelo desaparecimento generalizado da actividade lúdica e motora espontânea (Bento, 2004). Carvalhal, Padez, Moreira e Rosado (2006) são da opinião que os estilos de vida dos mais jovens se traduzem na ocupação dos tempos livres em actividades sedentárias e doentias. Veloso (2005) reforça esta ideia, dizendo que a forma como os jovens ocupam o tempo livre, se constitui como um dos principais problemas do ponto de vista da saúde, tendo a evolução tecnológica levado os jovens a adoptar formas de ocupação do tempo livre cada vez mais

sedentárias, nomeadamente através da televisão (TV), do vídeo, dos *gameboys*, do computador (PC) e da Internet. Este autor considera que os meios de transporte motorizados tiveram também influência na actividade física dos mais jovens, pois têm substituído os transportes mais tradicionais, como deslocar-se a pé, de bicicleta ou descer e subir escadas.

Estudos referem que, em média, os jovens passam três a cinco horas diárias a ver televisão ou a usar o vídeo, os videojogos e a Internet (Kennedy et al., 2002 cit. Matos et al., 2003), ultrapassando o tempo livre dedicado a actividades físicas (Sjolie & Thuen, 2002 cit. Matos et al., 2002). Estes dados confirmam-se no estudo de Matos et al. (2006) em que 53,2% dos jovens referem ver televisão durante uma a três horas ao longo da semana e 58,2% refere que vê televisão durante quatro ou mais ao fim-de-semana. São as raparigas que passam mais tempo a ver televisão durante o fim-de-semana, não havendo diferença durante a semana entre os dois géneros. A percentagem elevada do tempo gasto no visionamento televisivo, parece ser uma característica comum das sociedades desenvolvidas (Mota & Sallis, 2002).

Os dados referentes ao tempo gasto com as actividades sedentárias acima referidas parecem contribuir para um maior índice de sedentarismo e causa de obesidade (Carvalho et al, 2006). Matos et al. (2006) reforça esta ideia, referindo que aqueles que usam computadores mais de 4 horas por dia nos dias da semana têm maior probabilidade de serem obesos ou com excesso de peso. Os jovens portugueses estão entre os maiores “consumidores” de televisão.

Relativamente às demais ocupações dos jovens, o estudo do Health Behavior School Children (HBSC) de Matos et al. (2003) revelou que a ocupação dos tempos livres mais assinalada pelos jovens portugueses é ouvir música (97.6%), seguindo-se jogar às cartas, jogos de vídeo ou computador (95.4%), conversar com os amigos (95.2%), estar com os amigos (95.2%) e ver televisão ou vídeo (94.2%). O item “praticar algum desporto” aparece somente em 10º lugar na lista das preferências dos jovens (90.2%). É importante constatar que “praticar um desporto não orientado por um treinador” (78.4%) surge com uma percentagem mais elevada do que “praticar um desporto de

competição ou orientado por um treinador” (72.2%). Outro aspecto interessante é o facto de “fazer os trabalhos de casa ou mais trabalhos da escola” (87.6%) ocupar o 14º lugar.

2. Actividade Física

A Actividade Física sempre fez parte das necessidades básicas do indivíduo e, como tal, a ausência da mesma é algo que não podemos conceber na natureza humana (Sallis & Owen, 1999). No entanto, se este facto era uma verdade inabalável no nosso passado histórico, actualmente, a evolução tecnológica do mundo ocidental tornou os indivíduos das sociedades industrializadas cada vez mais sedentários, expondo-os à maior causa de morte, de incapacidade e de falta de qualidade de vida (Sallis & Owen, 1999; Cavill et al., 2008).

Como já foi referido, tem sido comprovado que a diminuição da actividade física se traduz em consequências graves para a saúde, nomeadamente pelo aparecimento das doenças hipocinéticas. Este facto encontra-se bem fundamentado no Relatório Europeu da Saúde elaborado em 2002 pela OMS, estimando-se que a eliminação das práticas sedentárias resultaria em menos 15% a 30% de doenças coronárias, 33% de enfartes, 12% de casos de hipertensão, 12% a 35% de casos de diabetes, 22% a 33% de casos de cancro do cólon, 5% a 12% de casos de cancro da mama e menos 18% de fracturas resultantes de osteoporose.

Por outro lado, uma actividade física regular conduz às seguintes situações: reduz o risco de morte prematura; reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou acidente vascular cerebral (AVC), que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte; reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo II; ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afecta 1/5 da população adulta mundial; ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso; ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fractura do colo do fémur nas mulheres;

reduz o risco de desenvolver dores lombares; pode ajudar o tratamento de situações dolorosas, nomeadamente dores lombares e dores nos joelhos; ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis; promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão; ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, toxicodependência, alimentação não saudável e violência), especialmente em crianças e adolescentes. (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2009).

Tem-se então vindo a constatar que a Actividade Física constitui um componente nuclear que se deve valorizar e integrar no quotidiano, pois esta está profundamente ligada a uma visão de vida saudável e com qualidade (Veloso, 2005). O mesmo autor refere ainda que a Actividade Física é um “padrão de comportamento” que influencia modos de estar e estilos de vida, representando-se como um factor que caracteriza a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

Apesar das evidências sobre os efeitos benéficos da actividade física, surgem estudos epidemiológicos sugerindo que mais de metade da população mundial é sedentária (WHO, 2002). Segundo Araújo e seus colaboradores (2005) os dados actuais referentes à população Portuguesa são inquietantes. Estando o praticante regular definido como aquele que realiza prática desportiva 3 ou mais vezes por semana, verifica-se que Portugal é o país, dos 25 membros da União Europeia, que apresenta o valor mais baixo de actividade física (8% quando a média europeia é de 17%) (Eurobarómetro213, 2004).

2.1. Conceito

O conceito de actividade física tem sido objecto de alterações ao longo dos tempos e visto como um fenómeno bastante complexo (Caspersen & Powel, 1985). Seguidamente estão descritos dois conceitos que em conjunto nos fornecem uma definição mais abrangente da actividade física uma vez que

se complementam. A primeira faz referência a aspectos biológicos e a segunda pertence ao âmbito sócio-cultural: Caspersen e os seus colaboradores (1985) definiram actividade física como qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos, que se traduz num aumento do dispêndio energético. A Organização Mundial de Saúde (1997), por seu lado, considera que a actividade física é todo o movimento diário, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e as actividades desportivas.

Como podemos verificar, a actividade física é um conceito multidimensional que engloba todas as actividades do dia-a-dia, tais como as tarefas domésticas, as deslocações, actividades recreativas, actividades desportivas, entre outras (Bouchard, 2000).

Para além dos conceitos acima referidos, muitos mais são utilizados em diversos estudos, embora todos se relacionem com o movimento, diferem na sua especificidade, aparecendo-nos então referências à actividade física, ao exercício físico e ainda à prática desportiva, não se percebendo, por vezes, a que tipo de actividade física se referem os autores (Corte-Real, 2006).

De forma a melhor esclarecer estes conceitos, e para que possa empregá-los correctamente no presente trabalho, surgem em seguida as suas definições.

Relativamente ao exercício físico, conceito este também muito referenciado, é normalmente definido como “movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados para manter ou melhorar, um ou mais componentes da condição física” (Caspersen & Powel, 1985).

A definição de desporto segundo Garcia-Fernando (cit. Corte-Real, 2006) é “actividade física orientada por regras, estruturada e de natureza competitiva”

Por fim, e o tipo de actividade física avaliada neste trabalho, a prática desportiva. Trata-se então de “todas as formas de actividade física que, através de uma participação organizada ou não, têm por objectivo a expressão ou o melhoramento da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados na competição a todos os níveis” (Concelho da Europa, 1995).

Recomendações

A actividade física e a prática desportiva são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Estas constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de uma correcta alimentação, da vida sem tabaco assim como evitar outras substâncias perigosas para a saúde. Toda a população, homens ou mulheres de todas as idades, beneficiam a nível físico, social e mental de uma prática regular de actividade física e desportiva (DGS, 2009).

As evidências dos benefícios de uma prática regular, levaram várias organizações a elaborar linhas orientadoras para a prática de actividade física necessária para desta retirar benefícios (Centers of Disease Control and Prevention [CDS], 2008; WHO, 2002; IDP, 2009; DGS, 2009).

Relativamente às crianças e jovens, as recomendações referem a prática de actividade física moderada e intensa pelo menos uma hora por dia (CDS, 2008). Recomendam também a realização de prática desportiva vigorosa três vezes por semana (CDS, 2008).

2.2. A Idade e Sexo

A generalidade dos estudos encontrados (Matos et al., 2002; Durant et al, 2009; Van Mechelen et al., 2000; Sallis, 2000) aponta para um decréscimo dos níveis de actividade física à medida que progredimos em idade, sendo que a adolescência é um momento crucial para a aquisição e manutenção de hábitos de vida saudável.

Segundo Matos et al (2003), a entrada para o mundo do trabalho ou para o ensino superior representa um período determinante para a manutenção ou abandono da actividade física como parte de um estilo de vida. Dishman (1993 cit. Matos et al., 2002), reforça esta opinião, referindo que os hábitos de actividade física na adolescência são o melhor predictor da prática de actividade física nos adultos.

Estudos encontrados apontam para um decréscimo dos níveis de actividade física na adolescência, e este decréscimo estende-se até à idade adulta (Araújo et al, 2005; Durant et al, 2009; Van Mechelen et al, 2000; Sallis, 2000). Segundo Berger e colaboradores, este facto justifica-se pela percepção de mais barreiras à adesão ao exercício físico, à medida que a idade avança. (2002, cit. Araújo, Calmeiro & Palmeira, 2005)

Relativamente ao género, vários estudos (Matos et al, 1999; Matos, et al., 2000; Matos et al., 2003) concordam: os rapazes praticam mais actividade física.

2.3. Barreiras para a Prática de Actividade Física

É de grande importância a compreensão das causas determinantes do exercício físico habitual, de forma a poder aumentar os níveis de actividade física das populações, e por consequência melhorar a saúde pública (Powell, 1988). Iremos então voltar-nos para as barreiras impeditivas da aquisição de um estilo de vida saudável, especificamente no que diz respeito à prática desportiva.

O termo “barreiras” tem sido frequentemente utilizado para se referir às desvantagens, Mota e Sallis (2002) fazem ainda referência aos “prós e contras”, também percepcionados com o mesmo sentido (“vantagens e desvantagens de qualquer acto a realizar”) e estas são sempre tidas em consideração na tomada das decisões.

Segundo os mesmos autores, as barreiras estão directa e inversamente correlacionadas com a Actividade Física, apresentando resultados similares em ambos os sexos, estas parecem estar de facto relacionadas negativamente com a actividade física. Através de um estudo efectuado em adolescentes do ensino secundário, foram encontradas nove “barreiras” para a actividade física, destacando-se entre elas a falta de tempo e a vontade. É de salientar que os jovens para além de adoptarem os comportamentos sedentários dos adultos,

assumem também as mesmas “barreiras” para justificar a sua inactividade, ou ausência de uma prática regular (Sallis & Owen, 1999).

Stonecipher (1995, cit. Sallis e Mota, 2002), num estudo sobre as percepções das barreiras à participação na actividade física em adolescentes, verificou que os sujeitos que apresentavam níveis mais baixos de actividade física também percepcionavam maior número de barreiras e que, em termos de género sexual, se verificava uma relação entre actividade física e barreiras, nas raparigas, relacionadas com o suporte social (falta de encorajamento dos pais e dos pares).

Num estudo realizado por Coakley e White (1992), onde entrevistou jovens com idades compreendidas entre os 13 e 23 anos, demonstrou-se que a decisão de participar ou não em actividades desportivas é influenciada por diversos factores: percepção de competência, constrangimentos externos, como o dinheiro e amigos do sexo oposto, grau de apoio de outros significativos e as experiências passadas, incluindo o exercício físico na escola. As memórias negativas do exercício físico na escola incluíam sentimento de aborrecimento e incompetência, impossibilidade de escolha, e avaliação negativa dos pares. Num outro estudo elaborado por Mason (1995) na Grã-Bretanha com 4.000 jovens, constatou-se que algumas crianças relatavam sentimento de embaraço nos contextos desportivos, principalmente devido à percepção de incompetência ou preocupação acerca da auto-apresentação associada ao físico durante a puberdade.

Um estudo português realizado pelo grupo Aventura Social em colaboração com o HBSC (Matos et al. 2003), concluiu, relativamente à percepção de barreiras dos jovens de 15 anos (do 10º ano), que: a maioria refere quase nunca fazer actividade física com os pais (79.8%); quase metade dos sujeitos refere não existirem muitos locais para a prática de actividade física (45.5%) e consideram-na uma actividade dispendiosa (44.8%); cerca de um quarto dos sujeitos afirma que quase nunca é seguro fazer actividade física no local onde mora (23.3%).

Na tentativa de categorizar as barreiras possíveis de serem identificadas, Sallis e Mota (2002) apresentaram as propostas dos seguintes autores:

- Crawford e Goodbey (1987) identificaram 3 tipos de barreiras:

- 1- *Externas* ou *estruturais* (referentes ao envolvimento – físicas, económicas, políticas culturais);
- 2- *Internas* ou *Intrapessoais* (psicológicas);
- 3- *Sociais* ou *Interpessoais* (psicossociológicas).

- Franklin (1988) propôs 3 categorias baseadas em 3 perfis:

1- *Individual* (tabagismo, inactividade durante o tempo livre, baixo estatuto socioprofissional, baixo nível de confiança, excesso de peso ou gordura, baixa auto-estima, depressão, hipocondria e a ansiedade);

2- *Factores do Programa* (horas/localização inconvenientes, custo excessivo, falta de variedade de actividades, elevada intensidade, ausência de reforços positivos, existência de objectivos rígidos, má liderança, falta de companhia e baixos níveis de satisfação.

3- *Outros Factores* (falta de suporte familiar, as lesões, os problemas de saúde, clima rigoroso, tempo dispendido em viagens de trabalho e as oportunidades/mudanças no emprego.

Segundo Sallis e Mota (2002), nem todas as barreiras são passíveis de intervenção em termos de mudança de comportamentos, como por exemplo o clima, os traços de personalidade, estatuto socioprofissional e as lesões. No entanto outros factores possuem potencial para serem alterados, nomeadamente as características do exercício, o tabagismo ou influência social.

III :: OBJETIVOS



Objectivos

1. Identificar nos dois sexos e nas diferentes faixas etárias:
 - 1.1. A prevalência da obesidade e excesso de peso;
 - 1.2. Os níveis de prática desportiva;
 - 1.3. As actividades realizadas nos tempos livres;
 - 1.4. Os prós e contras para a prática desportiva;
2. Analisar a associação existente entre o IMC, PD e os prós e contras para a prática desportiva.

IV :: MATERIAL E MÉTODOS

1. Amostra

Foram inquiridos 609 sujeitos (50,6% do sexo feminino e 49,4% do sexo masculino) alunos de uma população escolar do 3º Ciclo do Ensino Básico, estando representados todos os anos deste ciclo (Quadro 3).

Quadro 3 - Ano Escolar

Ano	%	n
7º	17,9	108
8º	27,6	167
9º	54,5	330

A média de idades dos jovens era de 13,47 anos (desvio padrão de 1,059 anos), tendo os mais novos 12 anos e os mais velhos 16 anos (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição dos alunos pelas diferentes idades na amostra global e em função do sexo.

Idades	Amostra Global		Feminino		Masculino	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
12	20,7	(126)	51,6	(65)	48,4	(61)
13	30,7	(187)	46,0	(86)	54,0	(101)
14	32,3	(197)	53,8	(106)	46,2	(91)
15	13,0	(79)	49,4	(39)	50,6	(40)
16	3,3	(20)	60,0	(12)	40,0	(8)
Total	100	(609)	100	(308)	100	(301)
$\bar{X} \pm sd$	13,47±1,059		13,50±1,078		13,45±1,040	

2. Instrumentos

Para a recolha de dados foi utilizado o questionário - “Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes” (Laboratório de Psicologia do Desporto da FADEUP, 2009) versão online, adaptado do questionário desenvolvido por Corte-Real, Balaguer e Fonseca (2004) e o questionário “Balanço Decisional” de Prochaska (1991), traduzido pelo Laboratório de Psicologia do Desporto (2009).

3. Variáveis

3.1. Variáveis Sócio Demográficas

Um vez que pretendíamos verificar as diferenças nas respostas dadas pelos jovens de ambos os sexos e entre as diferentes idades, incluímos as 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: feminino ou masculino.

Idade

No que diz respeito à idade, agrupamos os alunos em 2 escalões etários: 12 aos 13 anos; 14 aos 16 anos (ver quadro 5). Esta divisão parece-nos adequada, uma vez que também ela corresponde a diferentes fases (ou anos de escolaridade) que os adolescentes passam na escola (Corte-Real, 2006): 12-13 anos é a fase de transição do 2º para o 3º ciclo de ensino; e 14-16 é a altura em que os jovens se encontram já integrados neste ciclo.

Quadro 5 - Distribuição dos alunos por escalões etários na amostra global e em função do sexo

Idades	Amostra Global	Feminino	Masculino
	% (n)	% (n)	% (n)
12 -13 anos	51,4 (313)	49,0 (151)	53,8 (162)
14 – 16 anos	48,6 (296)	51,0 (157)	46,2 (139)
Total	100 (609)	100 (308)	100 (301)

3.2. Outras Variáveis ...

As variáveis consideradas neste estudo foram o IMC, a prática desportiva e os prós e contras para a prática desportiva.

IMC

À nossa amostra foram aplicados os pontos de corte da definição de excesso de peso e obesidade de Cole et al. (2000), para as diferentes idades e para cada género.

Ainda relativamente à análise do IMC, os indivíduos com peso baixo foram ignorados, uma vez que o nosso estudo tem especial preocupação pelos indivíduos considerados com excesso de peso. Desta forma apenas fizemos a distinção entre excesso de peso, obesidade e peso “normal”.

Prática Desportiva

A nossa investigação relativamente à AF, como já foi referido, incidiu apenas na prática desportiva e nesta decidimos considerar apenas a PD realizada fora da escola. Optamos pela PD, pois quando praticada revela intencionalidade do indivíduo. Consideramos apenas a prática fora da escola, pois em princípio todos possuem as mesmas condicionantes dentro da mesma,

uma vez que a Educação Física é de frequência obrigatória, podendo assim verificar as verdadeiras diferenças entre os indivíduos.

Nesta análise considerámos apenas a frequência da actividade (nunca, 1 vez por semana, 2 vezes por semana, 3 vezes por semana, 4 vezes por semana, 5 vezes por semana, 6 vezes por semana e 7 vezes por semana). Mais uma vez, de forma a não pulverizar a amostra, considerámos apenas 3 grupos. A criação destes grupos foi baseada nas recomendações para a PD da CDC (2008). Assim sendo, uma vez que se considera benéfico para a saúde dos adolescentes a prática desportiva de pelo menos 3 vezes por semana, formamos os grupos da seguinte forma: “*Não pratica*” – não praticam nenhum desporto; “*prática reduzida*” - praticam no máximo 2 vezes por semana; e “*prática regular*” - pratica mais de 2 vezes por semana.

Ocupação dos tempos Livres

Relativamente à identificação das actividades realizadas pelos jovens no seu tempo livre, esta foi feita com base numa resposta a uma questão específica nesse sentido, em que lhes foi solicitado que indicassem a frequência semanal com que realizavam as actividades indicadas. As actividades já se encontravam pré estabelecidas: estudar, ver TV, ler, estudar no PC e jogar PC ou outros jogos de vídeo. Nesta lista de actividades os inquiridos tinham ainda a possibilidade de referir outras actividades assim como a sua frequência. De forma a complementar esta análise, a estas actividades agregamos também a frequência semanal da PD.

Prós e contras para a PD

Para identificar os prós e contras relacionados com a prática desportiva, recorremos a um conjunto de questões onde apenas tinham de indicar o grau de concordância das afirmações apresentadas, segundo uma escala de Likert, com cinco opções de resposta desde discordo totalmente até concordo totalmente. As afirmações correspondem a 5 aspectos positivos (prós) e a 5 aspectos negativos (contra):

Aspectos Positivos

A - Fazer exercício físico com regularidade dá-me (ou dar-me-ia) mais energia para a minha família e amigos.

B - Fazer exercício físico regularmente faz-me (ou far-me-ia) sentir menos stressado(a).

C - Fazer exercício físico dá-me (ou dar-me-ia) uma melhor disposição para o resto dia.

D - Fazer exercício físico regularmente faz-me (ou far-me-ia) sentir mais à vontade com o meu corpo.

E - Fazer exercício físico regular ajuda-me (ou ajudar-me-ia) a ter uma visão mais positiva da vida.

Aspectos Negativos

F - Fazer exercício físico com alguém a ver faz-me (ou far-me-ia) sentir envergonhado(a).

G - Fazer exercício físico tira-me (ou tirar-me-ia) tempo para estar com os meus amigos.

H - Sinto-me desconfortável, ou pouco à vontade, com roupas próprias para fazer exercício físico

I - Para fazer exercício físico tive (ou teria) de aprender muitas coisas.

J - Fazer exercício físico implica (ou implicaria) uma sobrecarga para as pessoas que me estão mais próxima

4. Procedimentos

4.1. Aplicação dos Questionários

De forma a podermos prosseguir para a aplicação do questionário e a respectiva recolha dos dados, foram pedidas as devidas autorizações aos concelhos executivos das várias escolas cujos alunos participaram no nosso estudo, assim como aos respectivos encarregados de educação.

A aplicação dos questionários foi realizada por professores das escolas participantes, sendo a aplicação supervisionada por estudantes de mestrado/doutoramento de Psicologia do Desporto da nossa faculdade, envolvidos em projectos sobre os comportamentos de saúde dos adolescentes.

Os questionários foram preenchidos em salas de informática das respectivas escolas.

4.2. Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico dos dados fornecidos pelo questionário, foi realizado pelo programa de análises estatísticas SPSS (Statistical Package for Social Science - Windows) versão 17.0. Para analisar os dados recolhidos, utilizámos uma estatística descritiva: frequências e percentagens para as variáveis nominais; médias e desvio padrão para variáveis contínuas. Recorremos também ao Teste Qui-Quadrado (estudo da distribuição em variáveis qualitativas) e ao T-test Student para medidas independentes para a comparação entre as médias amostrais. O nível de significância considerado para este estudo foi de 0,05.

V :: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Análise dos comportamentos

1.1. Índice de Massa Corporal

Inicialmente fizemos 3 grupos (Figura 1), mas após se verificar que o número de obesos era bastante reduzido (3,1%; $n = 10$), decidimos agrupá-los juntamente com os indivíduos com excesso de peso (22,6%; $n = 74$).

Encontram-se então apresentadas na Figura 2, as novas distribuições dos sujeitos segundo o IMC.

Figura 1 - Distribuição da percentagem de sujeitos por IMC (3 grupos)

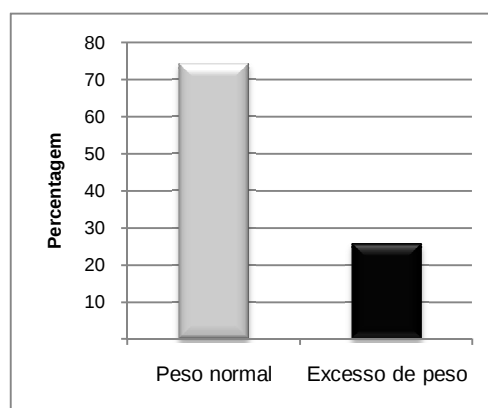
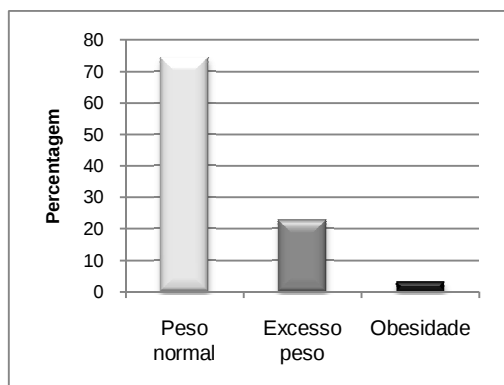


Figura 2 - Distribuição de percentagem de sujeitos por IMC (2 grupos)

Quando analisámos o IMC na amostra global (ver Quadro 6), observámos que 74,3% dos jovens apresentavam um peso considerado "normal" e 25,7% apresentam excesso de peso.

Quando procedemos à análise do IMC por sexo, verificámos que os indivíduos de ambos os sexos se encontravam distribuídos de forma bastante semelhante, relativamente ao peso "normal" (♀75,4% e ♂73,1%) e relativamente ao excesso de peso (♂26,9% e ♀24,6%), pelo que estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 0,238$; $p=0,359$).

Quadro 6 - Distribuição dos alunos segundo IMC na amostra global e em função do sexo.

	Amostra Global	Feminino	Masculino
	% (n)	% (n)	% (n)
Peso normal	74,3 (243)	75,4 (129)	73,1 (114)
Excesso de peso	25,7 (84)	24,6 (42)	26,9 (42)
	Total	100%	100%
$X^2_{(1)} = 0,238; p = 0,359$			

Assim como fizemos na PD, e de forma a melhor compreender os resultados, distribuímos a amostra segundo os escalões etários e o sexo (ver Quadro 7).

Através desta análise verificámos que no escalão mais jovem os rapazes apresentavam mais sujeitos com excesso de peso (31,9%) em comparação com as raparigas (19,5%) e em contrapartida o sexo masculino apresentava menor percentagem de indivíduos com peso normal (68,1%) relativamente ao género feminino (80,5%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($X^2_{(1)} = 3,375; p = 0,045$).

No escalão mais velho os dados reverteram-se: os rapazes passaram a apresentar uma percentagem superior de peso normal (80,6%) e as raparigas (71,3%). No que diz respeito ao excesso de peso, as raparigas encontram-se agora com uma percentagem superior com 28,7% enquanto os rapazes apresentavam apenas 19,4%. No entanto, neste escalão as diferenças entre os sexos relativamente ao IMC não se revelaram estatisticamente significativas ($X^2_{(1)} = 1,749; p = 0,128$).

Segundo estes resultados, julgamos pertinente verificar as diferenças encontradas entre os dois escalões no mesmo sexo. Nos rapazes estas diferenças estiveram muito próximas de se tornarem estatisticamente significativas ($X^2_{(1)} = 2,996; p = 0,060$). O mesmo ocorreu nas raparigas, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os escalões ($X^2_{(1)} = 1,952; p = 0,111$).

Quadro 7 - Distribuição dos alunos segundo o IMC em função do sexo e da idade.

Grupos	12-13 anos		Total %	14-16 anos		Total %
	Feminino % (n)	Masculino % (n)		Feminino % (n)	Masculino % (n)	
Peso normal	80,5 (62)	68,1 (64)	73,7	71,3 (67)	80,6 (50)	75
Excesso de peso	19,5 (15)	31,9 (30)	26,3	28,7 (27)	19,4 (12)	25
Comparação entre sexos	$\chi^2_{(1)} = 3,375; p = 0,045$			$\chi^2_{(1)} = 1,749; p = 0,128$		
Comparação em cada sexo	♀ → $\chi^2_{(1)} = 1,952; p = 0,111$			♂ → $\chi^2_{(1)} = 2,996; p = 0,060$		
Comparação entre escalões etários	$\chi^2_{(1)} = 2,996; p = 0,083$					

A figura 3 é ilustrativa das distribuições dos indivíduos o que poderá permitir uma melhor compreensão destes dados.

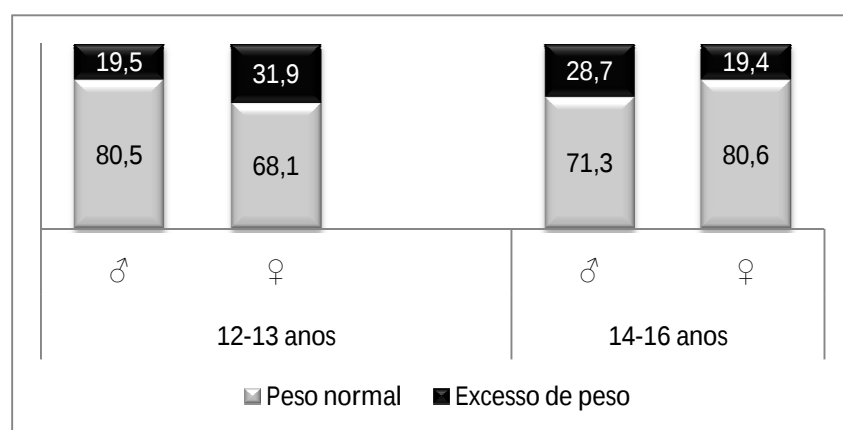


Figura 3 – Comparação do IMC entre escalões em função do sexo

1.2. Prática Desportiva

Quando analisámos a prática desportiva na amostra global (ver Quadro 8), observámos que 45,9% dos jovens praticavam desporto com regularidade. Verificámos ainda que 16,5% dos jovens não praticavam nenhum desporto e que 37,6% apresentavam uma prática reduzida.

Quando fizemos a análise da prática desportiva por sexo, verificámos que o sexo feminino apresentava níveis de prática desportiva inferiores aos

apresentados pelo sexo masculino. De facto, 28,5% das raparigas e 63,6% dos rapazes apresentaram uma prática desportiva regular. Por outro lado, verificámos que 26,8% das raparigas e apenas 6,1% dos rapazes não praticavam qualquer desporto.

Estas diferenças, observadas na prática desportiva realizada pelos dois sexos, eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 87,633$; $p < 0,001$).

Quadro 8 – Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva na amostra global e em função do sexo.

	Amostra Global	Feminino	Masculino
	% (n)	% (n)	% (n)
Não pratica	16,5 (99)	26,8 (81)	6,1 (18)
Prática reduzida	37,6 (225)	44,7 (135)	30,3 (90)
Prática regular	45,9 (275)	28,5 (86)	63,6 (189)

$\chi^2_{(2)} = 87,633$; $p > 0,001$

Observando a figura 4 podemos observar as diferenças registadas nos dois sexos nos três níveis de prática:

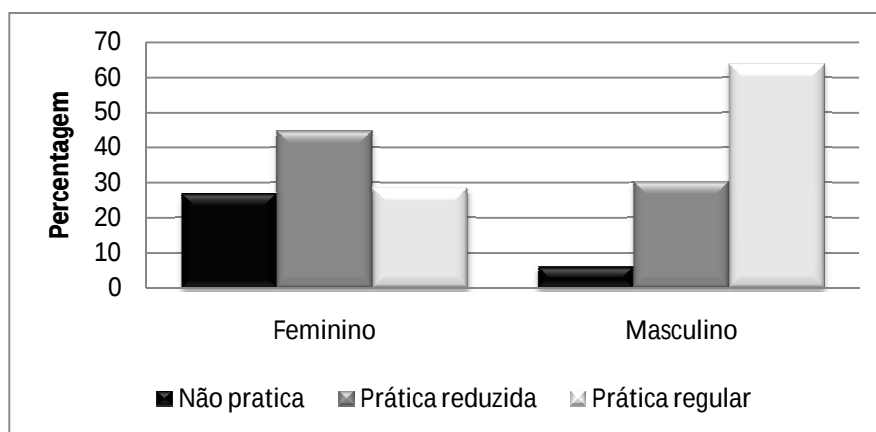


Figura 4 - Prática desportiva em função do sexo

De forma a melhor compreender o nível de PD dos sujeitos, optámos por analisar a amostra em função dos escalões etários, possibilitando-nos assim verificar as diferenças existentes entre os dois sexos, nos dois escalões etários (ver Quadro 9).

Os dados encontrados vieram reforçar a análise anterior. Nos dois escalões os rapazes praticavam desporto com maior regularidade que as raparigas, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Novamente, as raparigas apresentaram um nível inferior de PD, sendo que 24,5% no escalão mais jovem e 29% do escalão mais velho não praticavam desporto. Já os valores encontrados no sexo masculino para o mesmo nível de prática foram mais reduzidos, 5% no escalão mais jovem e 7,4% no escalão mais velho. Relativamente à prática regular, os rapazes apresentaram maior percentagem de prática a este nível, com 62,1% no escalão mais jovem e 65,4% no escalão mais velho. Nas raparigas as percentagens foram bem mais reduzidas, com 26,5% nas mais jovens e 30,3% nas mais velhas.

Podemos verificar através desta análise que, nos adolescentes mais velhos, e embora houvesse um aumento da percentagem de sujeitos a não praticarem (de 14,3% para 18,9% - total da amostra), o número de sujeitos a praticar com regularidade aumentou (de 45,1% para 46,7%). No entanto estas diferenças entre escalões etários não se revelaram estatisticamente significativas ($X^2_{(2)}=3,553$; $p = 0,169$).

Quadro 9- Distribuição dos alunos pelos diferentes níveis de prática desportiva em função do sexo e da idade.

Grupos	12-13 anos		Total %	14-16 anos		Total %
	Feminino % (n)	Masculino % (n)		Feminino % (n)	Masculino % (n)	
Não pratica	24,5 (36)	5,0 (8)	14,3	29,0 (45)	7,4 (10)	18,9
Prática reduzida	40,9 (72)	32,9 (53)	40,6	40,6 (63)	27,2 (37)	34,4
Prática regular	26,5 (39)	62,1 (100)	45,1	30,3 (47)	65,4 (89)	46,7
Comparação entre sexos	$X^2_{(2)} = 46,937; p < 0,001$			$X^2_{(2)} = 40,937; p < 0,001$		
Comparação em cada sexo	$\text{♀} \rightarrow X^2_{(2)} = 1,655; p = 0,437$			$\text{♂} \rightarrow X^2_{(2)} = 0,916; p = 0,618$		
Comparação entre escalões	$X^2_{(2)} = 3,553; p = 0,169$					

1.3. Ocupação do Tempo Livre

Relativamente à forma como os jovens ocupavam o seu tempo livre, foi possível verificar que a actividade realizada mais frequentemente era ver televisão ($\bar{x} = 8,02 \pm 1,682$ vezes por semana), seguida de jogar PC ou videojogos ($\bar{x} = 5,25 \pm 2,464$ vezes por semana); a prática desportiva (PD) aparece em último lugar com uma média de $2,37 \pm 0,690$ vezes semanais (ver Quadro 10).

Quadro 10 – Ocupação do tempo livre em função do sexo

	Amostra Global $\bar{x} \pm sd$	Feminino $\bar{x} \pm sd$	Masculino $\bar{x} \pm sd$	F	p
Estudar *	6,34 $\pm$ 2,281	6,63 $\pm$ 2,368	5,92 $\pm$ 0,573	0,304	<0,001
Ler	4,63 $\pm$ 2,601	4,56 $\pm$ 2,599	4,16 $\pm$ 3,604	0,577	0,062
TV	8,02 $\pm$ 1,682	8,19 $\pm$ 1,751	8,11 $\pm$ 1,614	0,032	0,551
Estudar PC *	5,25 $\pm$ 2,464	4,91 $\pm$ 2,284	4,42 $\pm$ 2,469	2,348	0,011
Jogar PC *	6,56 $\pm$ 2,476	6,15 $\pm$ 2,677	6,72 $\pm$ 2,405	8,026	0,006
PD*	2,37 $\pm$ 0,690	2,18 $\pm$ 0,737	2,66 $\pm$ 0,573	20,408	<0,001

* Há diferenças estatisticamente significativas

Sexo

A média obtida nos dois sexos para as variáveis em questão foram muito semelhantes. No entanto, podemos verificar que em todos os itens as raparigas tiveram uma média superior aos rapazes relativamente à frequência com que realizavam as actividades, com excepção da PD e jogar PC ou videojogos, onde os indivíduos do sexo masculino tiveram uma média superior (ver Figura 5)

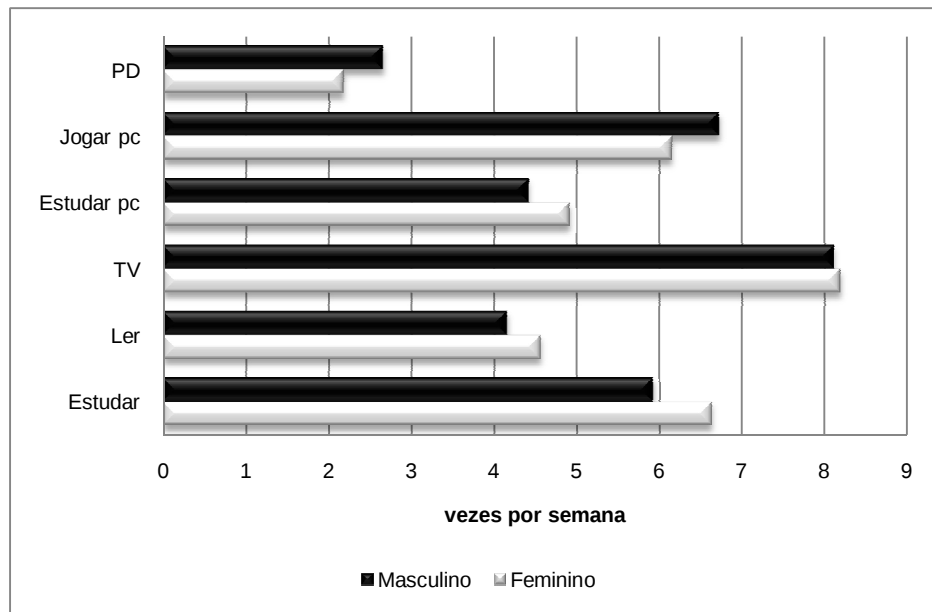


Figura 5 – Ocupação do tempo livre função do sexo

Idade

Relativamente às diferenças entre escalões etários, evidenciou-se uma semelhança de resultados entre os dois escalões etários. Mais uma vez “ver TV” ocupou o 1º lugar de frequência e a PD o último lugar. O resultado que obteve maior diferença entre os escalões etários foi “jogar PC ou videojogos” que no escalão mais velho apresenta uma frequência superior de aproximadamente 1 vez semanal (ver Quadro 11 e Figura 7).

Quadro 11 – Ocupação do tempo livre em função da idade

	12-13 $\bar{x} \pm sd$	14-16 $\bar{x} \pm sd$	F	p
Estudar	6,34±2,388	6,22±2,466	0,182	0,549
Ler *	4,62±2,538	4,11±2,656	0,486	0,017
TV	8,06±1,816	8,24±1,533	5,295	0,180
Estudar PC	4,65±2,382	4,68±2,397	0,018	0,855
Jogar PC*	5,98±2,683	6,90±2,34	11,732	<0,001
PD	2,47±0,671	2,36±0,734	4,374	0,070

* Há diferenças estatisticamente significativas

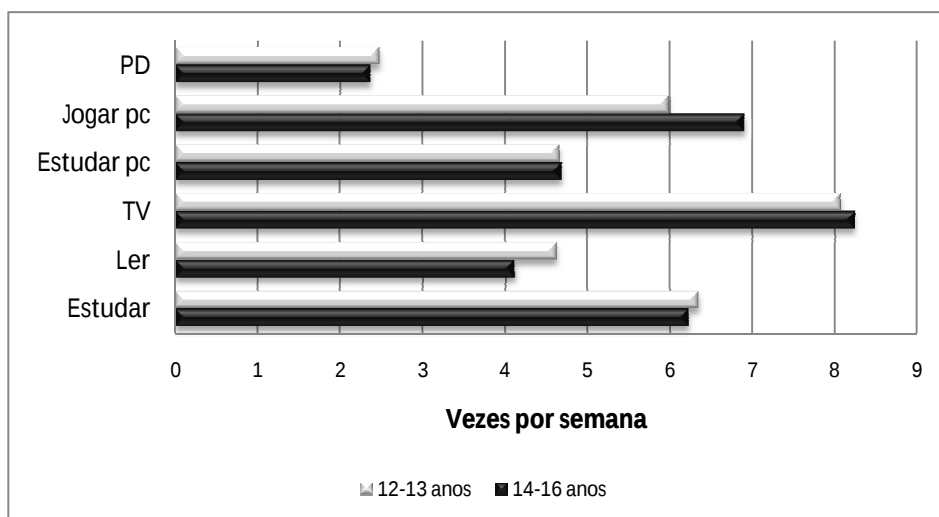


Figura 6 – Ocupação do tempo livre em função da idade

1.4. Prós e contras

Relativamente aos factores (aspectos positivos e negativos) que contribuem para a adesão à PD, podemos verificar que bem mais de metade dos inquiridos parecem concordar com os aspectos considerados positivos (A, B, C, D, E) e apenas entre 20 e 30% concordam com os aspectos negativos (F, G, H, I, J), à excepção da afirmação I (teria de aprender) que apresenta uma percentagem de concordância de 42% (ver Quadro 12 e Figura 7).

Quadro 12 – Prós e contras para a prática desportiva.

	Aspectos Positivos					Aspectos Negativos				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	% (n)									
Concordo	58,0 (353)	69,3 (422)	67,8 (404)	68,8 (410)	65,2 (389)	27,9 (170)	22,3 (136)	20,6 (123)	41,8 (249)	25,4 (151)
Nem concordo nem discordo	27,1 (165)	18,7 (114)	24,5 (146)	22,7 (135)	27,3 (163)	20,9 (127)	27,3 (166)	23,3 (139)	29,4 (175)	30,3 (180)
Discordo	13,3 (81)	10 (61)	7,7 (46)	8,6 (51)	7,5 (45)	49,6 (302)	48,8 (297)	56,1 (335)	28,9 (172)	44,4 (264)

A- Mais energia; B- Menos stress; C- Maior disposição; D- Mais á vontade com o corpo; E- Visão positiva; F- Vergonha;

G - Menos tempo; H- Desconforto com a roupa desportiva; I- Teria de aprender; J- Sobrecarga para os outros

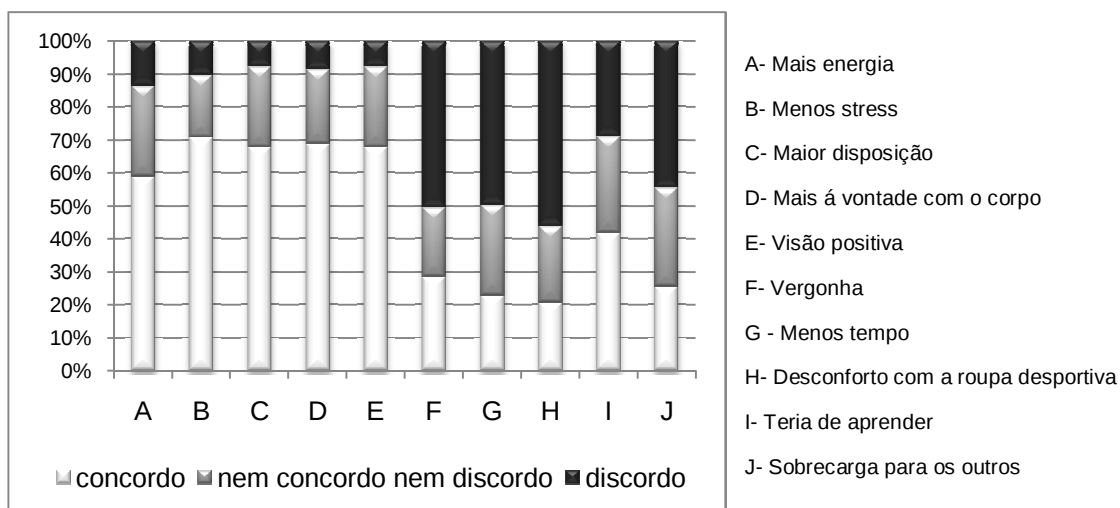


Figura 7 – Prós e contras para a prática desportiva.

Sexo

Quando comparámos as respostas dadas por ambos os sexos verificámos que existiam algumas diferenças (Quadro 13).

Nos aspectos considerados positivos (A, B, C, D, E) os rapazes apresentaram uma maior percentagem de concordância relativamente às raparigas, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas nas afirmações A – mais energia, D – mais à vontade com o corpo e E - visão positiva.

Relativamente aos aspectos considerados negativos (F, G, H, I, J), numa primeira análise podemos dizer que os rapazes apresentavam um maior grau de discordância comparativamente às raparigas (discordância: ♂- entre 32% e 61%; ♀ - entre 26% e 56%). Olhando mais atentamente podemos verificar que nem sempre isso aconteceu: na afirmação G – “Fico com menos tempo”, as raparigas apresentaram um nível ligeiramente superior de discordância e a afirmação J – “Sobrecarga para os outros”, obteve maior percentagem de discordância no grupo do sexo feminino. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas nas afirmações F, I e J.

Quadro 13 - Prós e contras para a PD, comparação entre sexos

			Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	$\chi^2_{(2)}$	p
			% (n)				
Aspectos Positivos	A – Mais energia*	♀	54,8 (167)	33,8 (103)	11,5 (35)	12,507	0,002
		♂	63,3 (186)	21,1 (62)	15,6 (46)		
	B - Menos stress	♀	69,6 (211)	21,8 (66)	8,6 (26)	4,035	0,133
		♂	71,8 (211)	16,3 (48)	11,9 (35)		
	C - Maior disposição	♀	65,2 (197)	27,8 (84)	7 (21)	3,804	0,149
		♂	70,4 (207)	21,1 (62)	8,5 (25)		
	D - Mais á vontade com o corpo*	♀	63,9 (193)	28,5 (86)	7,6 (23)	11,931	0,003
		♂	73,8 (217)	16,7 (49)	9,5 (28)		
	E - Visão positiva*	♀	60,2 (183)	32,2 (98)	7,6 (23)	7,863	0,020
		♂	70,3 (206)	22,2 (65)	7,5 (22)		
Aspectos negativos	F – Vergonha*	♀	34,4 (105)	25,6 (78)	39,7 (121)	28,796	<0,001
		♂	22,0 (65)	16,6 (49)	61,4 (181)		
	G - Menos tempo	♀	19,0 (58)	29,5 (90)	51,5 (157)	4,895	0,870
		♂	26,5 (78)	25,9 (76)	47,6 (140)		
	H - Desconforto com a roupa desportiva	♀	18,1 (55)	26 (79)	55,9 (170)	3,844	0,146
		♂	23,2 (68)	20,5 (60)	56,3 (165)		
	I - Teria de aprender*	♀	39,5 (119)	34,2 (103)	26,2 (79)	7,057	0,029
		♂	44,1 (130)	24,4 (72)	31,5 (93)		
	J - Sobrecarga para os outros*	♀	18,4 (56)	31,9 (97)	49,7 (151)	16,355	<0,001
		♂	32,6 (95)	28,5 (83)	38,8 (113)		

* Há diferenças estatisticamente significativas

As figuras que se seguem permitem uma melhor percepção do que foi descrito anteriormente.

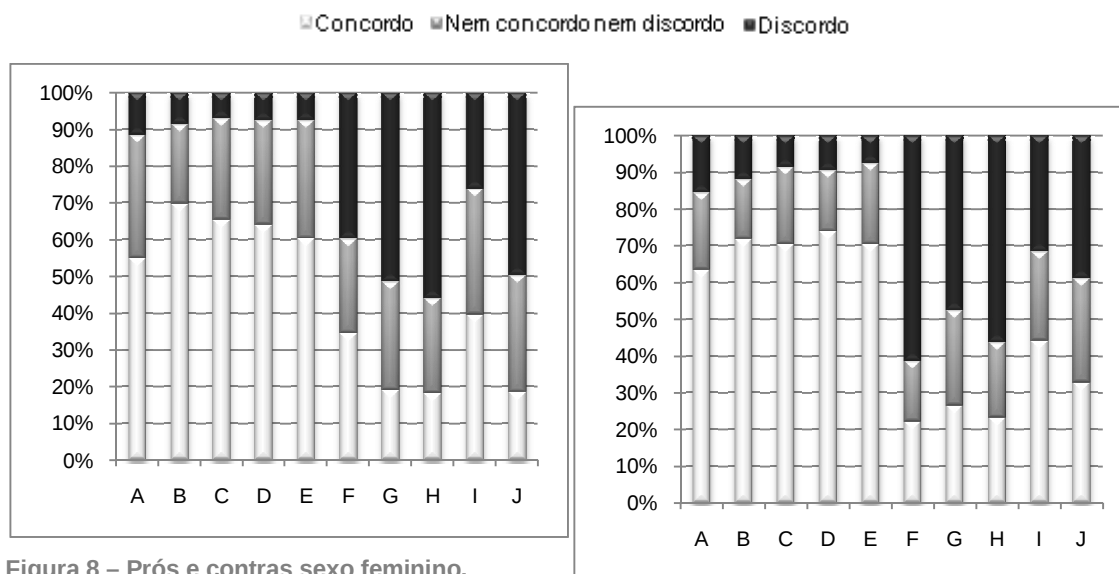


Figura 8 – Prós e contras sexo feminino.

Figura 9 - Prós e contras sexo masculino

Idade

Relativamente aos escalões etários, como se pode observar na figura 10 e 11, os resultados foram muito semelhantes em ambos os escalões, não se verificando assim nenhuma diferença estatisticamente significativa. (Ver Quadro 14). Observando os resultados apenas podemos dizer que parece haver uma tendência para que os mais novos apresentem menos barreiras para a prática desportiva uma vez que têm uma percentagem superior de concordância nos aspectos ditos positivos (entre 59% a 71%) comparativamente aos mais velhos (entre 59% a 69%), e uma percentagem inferior nos aspectos negativos (de 26% a 55% mais novos e de 31% a 57% mais velhos).

Quadro 14 – Prós e contras para a PD, comparação entre escalões etários.

			Concordo	Nem concordo nem discordo % (n)	Discordo	$\chi^2_{(2)}$	<i>p</i>
Aspectos Positivos	A – Mais energia	1*	59,0 (180)	27,2 (83)	13,8 (42)	0,054	0,973
		2*	58,8 (173)	27,9 (82)	13,3 (39)		
	B - Menos stress	1	71,6 (217)	17,5 (53)	10,9 (33)	1,177	0,555
		2	69,7 (205)	20,7 (61)	9,5 (28)		
	C - Maior disposição	1	68,8 (209)	23,0 (70)	8,2 (25)	0,658	0,658
		2	66,8 (195)	26,0 (76)	7,2 (21)		
	D - Mais á vontade com o corpo	1	68,6 (208)	21,8 (66)	9,6 (29)	0,948	0,623
		2	68,9 (202)	23,5 (69)	7,5 (22)		
	E - Visão positiva	1	64,1 (195)	26,6 (81)	9,2 (28)	2,496	0,287
		2	66,2 (194)	28,0 (82)	5,8 (17)		
Aspectos negativos	F – Vergonha	1	27,1 (83)	22,5 (69)	50,0 (153)	1,861	0,602
		2	29,6 (87)	19,7 (58)	50,7 (149)		
	G - Menos tempo	1	19,9 (61)	27,1 (83)	52,9 (162)	3,615	0,164
		2	25,6 (72)	28,3 (83)	46,1 (135)		
	H - Desconforto com a roupa desportiva	1	21,1 (64)	23,7 (72)	55,3 (168)	0,183	0,912
		2	20,1 (59)	22,9 (67)	57,0 (167)		
	I - Teria de aprender	1	44,1 (134)	29,9 (91)	26,0 (79)	2,629	0,269
		2	39,4 (115)	28,8 (84)	31,8 (93)		
	J - Sobrecarga para os outros	1	24,0 (73)	31,6 (96)	44,4 (135)	0,818	0,664
		2	26,8 (78)	28,9 (84)	44,3 (129)		

*1 – Escalão 12 -13 anos de idade; 2 – Escalão 14 – 16 anos de idade.

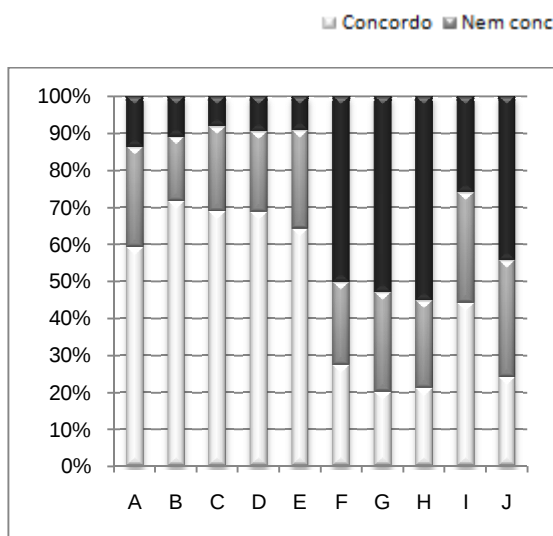


Figura 10 – Prós e contras jovens mais novos

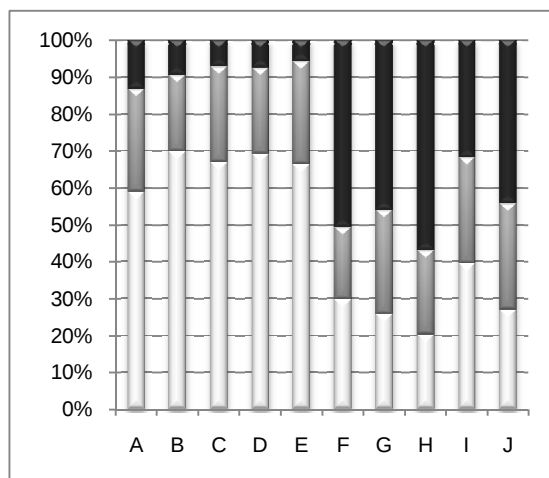


Figura 11 - Prós e contras jovens mais velhos

2. Relação entre IMC e as variáveis.

2.1. Índice de Massa Corporal e Prática Desportiva

Observando o Quadro 15 podemos verificar que mais de metade dos indivíduos com excesso de peso não tinha uma prática desportiva regular (13,3% não pratica e 47% tem uma prática reduzida), pelo contrário, nos indivíduos com peso considerado normal, mais de metade tinha uma prática regular (51,7%).

Estas diferenças, entre os grupos de diferentes IMC, mostraram-se estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 5,972$; $p = 0,050$)

Quadro 15- Distribuição da amostra em função da PD e do IMC

	Peso normal	Excesso de peso
	% (n)	% (n)
Não pratica	16,3 (39)	13,3 (11)
Prática reduzida	32,1 (77)	47,0 (39)
Prática regular	51,7 (124)	39,8 (33)

$$\chi^2_{(2)} = 5,972; p = 0,050$$

Quando a esta análise associámos o sexo (ver Quadro 16), verificámos que tanto nos indivíduos com peso normal como nos de excesso de peso, eram os rapazes que apresentavam maior percentagem de prática regular (72,8% - Peso Normal; 43,9% - Excesso de Peso) relativamente às raparigas (32,5% - Peso Normal; 35,7% - Excesso de Peso), sendo estas diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos com peso normal ($\chi^2_{(2)} = 44,415$; $p < 0,001$). Nos indivíduos com excesso de peso as diferenças não eram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 2,970$; $p = 0,226$).

Quadro 16 - Associação da PD, IMC e Sexo

Grupos	Peso normal		Excesso de peso	
	Feminino % (n)	Masculino % (n)	Feminino % (n)	Masculino % (n)
Não pratica	27,0 (34)	4,4 (5)	19,0 (8)	7,3 (3)
Prática reduzida	40,5 (51)	22,8 (26)	45,2 (19)	48,8 (20)
Prática regular	32,5 (41)	72,8 (83)	35,7 (15)	43,9 (18)
Comparação entre sexos	$\chi^2_{(2)} = 44,415$; $p < 0,001$		$\chi^2_{(2)} = 2,970$; $p = 0,226$	

Assim como fizemos em relação ao sexo, procedemos do mesmo modo para determinar as diferenças entre os escalões etários, associando estes ao IMC e à PD (ver Quadro 17).

Desta análise podemos verificar que nos indivíduos de peso normal a prática regular diminui com a idade (de 52,8% para 50,4%) não sendo no entanto estas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 0,138$; $p = 0,933$).

Nos indivíduos com excesso de peso, esta tendência também se verifica, observando-se uma diminuição da prática regular no escalão mais velho (de 43,2% para 35,9%) e um aumento dos indivíduos que não praticam (de 4,5% para 23,1%) revelando-se estas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 6,190$; $p = 0,045$).

Quadro 17 - Associação da PD, IMC e idade

Grupos	Peso normal		Excesso de peso	
	12-13 anos % (n)	14-16 anos % (n)	12-13 anos % (n)	14-16 anos % (n)
Não pratica	16,0 (20)	16,5 (19)	4,5 (2)	23,1 (9)
Prática reduzida	31,2 (39)	33,0 (38)	52,3 (23)	41,0 (16)
Prática regular	52,8 (66)	50,4 (58)	43,2 (19)	35,9 (14)
Comparação entre escalões etários	$\chi^2_{(2)} = 0,138; p = 0,933$		$\chi^2_{(2)} = 6,190; p = 0,045$	

2.2. IMC Tempos Livres

Quando associamos o IMC com os tempos livres verificámos que as médias obtidas tanto nos indivíduos com peso normal como nos indivíduos com excesso de peso são semelhantes, não se verificando diferenças estatisticamente significativas, não parecendo assim, haver relação entre as actividades realizadas durante os tempos livres e o IMC (ver Quadro 18).

Quadro 18 – Associação entre IMC e Tempos Livres

	Peso normal $\bar{x} \pm sd$	Excesso de peso $\bar{x} \pm sd$	F	p
Estudar	6,07±2,449	6,34±2,281	1,065	0,385
Ler	4,07±2,470	4,63±2,601	0,969	0,079
TV	8,10±1,746	8,02±1,682	0,001	0,716
Estudar PC	4,75±2,241	5,25±2,464	2,542	0,090
Jogar PC	6,62±2,504	6,56±2,476	0,036	0,848
PD	2,43±0,688	2,37±0,690	0,007	0,479

2.3. IMC Prós e contras

Relativamente aos Prós e Contras encontrámos algumas diferenças, que parecem indicar a existência de alguma relação entre o IMC e os Prós e Contras para a PD. No que diz respeito aos “Aspectos Positivos”, verificámos que os indivíduos com peso normal apresentaram maior percentagem de concordância nas respectivas afirmações (entre 59% a 73%) enquanto os jovens com excesso de peso apresentaram percentagens de concordância entre 60% e 67%. Em relação aos “Aspectos Negativos” os jovens com excesso de peso obtiveram percentagens de concordância superior aos jovens com peso normal, com valores percentuais entre 21% e 49% nos indivíduos com excesso de peso e 15% e 39% nos indivíduos com peso normal (ver Quadro 19). A afirmação “Sinto-me desconfortável com roupa desportiva” foi a única com diferenças estatisticamente significativas ($X^2_{(2)} = 8,100$; $p=0,017$) obtendo uma maior percentagem de concordância por parte dos jovens com excesso de peso.

Quadro 19 - Associação entre IMC e Prós e Contras

		Peso	Concordo	Nem concordo nem discordo % (n)	Discordo	$\chi^2_{(2)}$	P
Aspectos Positivos	A – Mais energia	Normal	58,5 (138)	25,8 (61)	15,7 (37)	0,709	0,702
		Excesso	60,7 (51)	27,4 (27)	11,9 (10)		
	B - Menos stress	Normal	72,0 (170)	18,6 (44)	9,3 (22)	2,066	0,356
		Excesso	63,9 (53)	22,9 (19)	13,3 (11)		
	C - Mais disposição	Normal	72,2 (169)	23,1 (54)	4,7 (11)	5,786	0,055
		Excesso	60,2 (50)	28,9 (24)	10,8 (9)		
	D - Mais á vontade com o corpo	Normal	72,5 (100)	22,0 (52)	5,5 (13)	4,058	0,131
		Excesso	67,1 (55)	20,7 (17)	12,2 (10)		
E - Visão positiva	Normal	66,7 (158)	27,0 (64)	6,3 (15)	0,465	0,793	
	Excesso	66,3 (55)	25,3 (21)	8,4 (7)			
Aspectos Negativos	F – Vergonha	Normal	25,7 (61)	21,9 (52)	51,9 (123)	5,294	0,151
		Excesso	34,5 (29)	27,4 (23)	38,1 (32)		
	G - Menos tempo	Normal	17,3 (41)	17,3 (41)	53,6 (127)	1,099	0,577
		Excesso	20,5 (17)	32,5 (27)	47,0 (39)		
	H - Desconforto com a roupa desportiva*	Normal	14,5 (34)	22,3 (54)	62,6 (147)	8,100	0,017
		Excesso	26,2 (22)	27,4 (23)	46,4 (39)		
	I - Teria de aprender	Normal	39,4 (93)	29,2 (69)	31,4 (74)	2,234	0,327
		Excesso	48,8 (40)	25,6 (21)	25,6 (21)		
J - Sobrecarga para os outros	Normal	22,0 (52)	30,5 (72)	47,5 (112)	0,020	0,990	
	Excesso	21,7 (18)	31,3 (26)	47 (39)			

* Há diferenças estatisticamente significativas

O quadro seguinte apresenta uma síntese dos resultados obtidos nas diversas variáveis do nosso estudo, fazendo uma comparação entre os sexos (♂, ♀), entre os escalões etários (12 – 13 anos de idade; 14 – 16 anos de idade) e entre o IMC (IMC normal; IMC excesso de peso). A sinalética representa essa comparação sendo que (↑) representa o grupo amostral que obteve resultados superiores e (↓) o que obteve resultados inferiores. Quando estes símbolos aparecem em cinzento (↓↑) os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos.

Quadro 20 – Quadro Síntese dos resultados obtidos no nosso estudo.

		♀	♂	12-13 anos	14 – 16 anos	IMC normal	IMC excesso de peso
Prática Desportiva (regular)		↓	↑	↓	↑	↑	↓
Tempos Livres	Estudar	↑	↓	↑	↓	↓	↑
	Ler	↑	↓	↑	↓	↓	↑
	TV	↑	↓	↓	↑	↑	↓
	Estudar PC	↑	↓	↓	↑	↓	↑
	Jogar PC	↓	↑	↓	↑	↑	↓
	PD	↓	↑	↑	↓	↑	↓
Prós e contras	Aspectos Positivos	↓	↑	↑	↓	↑	↓
	Aspectos Negativos	↑	↓	↓	↑	↓	↑

VI :: DISCUSSÃO

Relativamente ao IMC ...

Os resultados obtidos neste estudo indicaram que cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra apresentava excesso de peso (25,7%). Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Keller e Stevens, (1996 cit. Mota & Sallis, 2002) onde esta tendência oscilava entre 18 e 30% na população infantil e juvenil. Também nos trabalhos realizados por Matos e colaboradores em parceria com HBSC (1999, 2003, 2006) se verificaram valores aproximados aos obtidos na nossa investigação.

Quando olhamos para a totalidade da nossa amostra verificámos que não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, nem entre escalões etários, apenas pudemos verificar uma tendência superior dos rapazes e dos mais novos para apresentarem excesso de peso.

Ao observarmos detalhadamente estes resultados em função da idade, verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no escalão mais jovem, onde os rapazes com excesso de peso se apresentavam em maior percentagem. Estes resultados vão de encontro com o estudo de Matos e colaboradores (2006), onde eram também os mais novos e os rapazes que apresentavam maior percentagem de indivíduos com excesso de peso.

Relativamente à prática desportiva...

Os resultados obtidos neste estudo sobre a prática desportiva vêm na linha de muitas outras investigações já realizadas (Matos et al., 1996; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006). Neste estudo, verificámos que mais de metade dos jovens tem uma PD insuficiente para desta retirar benefícios para a sua saúde e que o sexo masculino era mais activo que o feminino. Nos estudos consultados (Van Mechelen et al, 2000; Sallis, 2000; Araújo et al, 2005; Matos et al., 2006; Durant et al, 2009), observamos que os mais novos praticavam desporto com mais regularidade do que os mais velhos, esta situação não foi evidente no nosso estudo, pelo contrário verificámos que à medida que a idade avança, parece haver uma tendência para o aumento da percentagem de indivíduos que possuem uma prática desportiva regular. Esta propensão foi observada em ambos os sexos.

Relativamente aos Tempos Livres...

Os resultados obtidos foram semelhantes tanto entre os sexos como entre os escalões etários. Em todos os casos “ver TV” evidenciou-se como a actividade mais frequentemente realizada pelos jovens e a “prática desportiva” como a menos frequente. Também no estudo do HBSC de Matos et al. (2003) “ver TV” foi uma das actividades mais frequentemente realizadas nos tempos livres dos jovens. Relativamente à prática desportiva neste estudo também esta foi uma das actividades realizadas com menor frequência.

Embora os resultados obtidos nos dois sexos fossem bastante semelhantes, foi possível observar pequenas diferenças. Os rapazes tinham uma prática desportiva mais frequente que as raparigas e nos seus tempos livres jogavam mais jogos de computador que estas, dados estes também encontrados nos estudos de Matos et al. (1996, 1998, 2003 e 2006). Nos restantes itens as raparigas obtiveram valores ligeiramente superiores comparativamente aos rapazes.

Também entre os escalões foi possível verificar ligeiras diferenças, principalmente no que diz respeito a “jogar PC ou videojogos” que no escalão mais velho apresenta uma frequência superior. Nos estudos de Matos et al. (1996,1998, 2003 e 2006), verifica-se uma maior tendência para que os mais jovens joguem mais PC e videojogos, o que não se observou no nosso trabalho.

Relativamente aos Prós e aos Contras...

Nos estudos consultados e presentes na revisão bibliográfica foram apontados vários factores impeditivos ou menos aliciantes a uma prática regular, dos quais salientamos a falta de tempo e a vontade (Sallis & Owen, 1999), percepção de competência, constrangimentos externos (dinheiro e amigos do sexo oposto), grau de apoio de outros significativos e as experiências passadas (Coakley e White, 1992) e também escassez de locais e questões de segurança do local de residência (Matos et al., 2003). O nosso

estudo foi um pouco limitativo neste aspecto, pois as questões analisadas não permitiam que os inquiridos respondessem abertamente indicando os factores que os levavam a ter ou não uma prática regular, o que dificultou um pouco a comparação com os estudos encontrados. No entanto, o estudo referido acima de Matos e colaboradores (2003) faz uma alusão aos prós e contras (como factores associados à prática) onde refere que os rapazes e os jovens com 15 anos têm uma percepção mais positiva da AF que os seus pares, uma vez que estes associam mais factores positivos do que negativos à sua prática), pelo que utilizaremos a mesma terminologia na discussão dos dados do nosso estudo de forma a facilitar a comparação entre estudos.

No presente trabalho, no que diz respeito aos aspectos positivos, os inquiridos responderam maioritariamente que concordavam com estes. Já relativamente aos aspectos negativos as percentagens de discordância foram superiores. Os resultados obtidos nos dois escalões etários foram bastante semelhantes, o que não aconteceu no estudo de Matos et al. (2003), concluindo-se mais uma vez que havia um maior grau de concordância relativamente aos aspectos positivos. Parece então que a generalidade dos jovens tinha uma percepção positiva da PD.

Ao compararmos os resultados obtidos nos dois sexos apercebemo-nos que os rapazes apresentam valores superiores de concordância com os aspectos positivos relativamente às raparigas, e que estas parecem concordar mais com os aspectos negativos. Estes dados parecem indicar que os rapazes percebem mais positivamente a PD que as raparigas, o que também se concluiu no estudo de Matos e colaboradores (2003).

Relação entre IMC e PD... Tempos Livres... e Prós e contras...

Os resultados do nosso estudo parecem indicar que existe alguma relação entre a prática desportiva e o IMC. De facto, neste trabalho cerca de 60% dos indivíduos com excesso de peso não tinha uma prática suficiente para desta retirar benefícios para a saúde, nos indivíduos com peso normal a situação foi inversa: aproximadamente 52% dos sujeitos apresentava uma

prática regular. O mesmo aconteceu no trabalho desenvolvido por Dishman (1993), onde os dados apontavam para uma menor participação dos indivíduos com excesso de peso em programas de condição física (cit. Araújo, Calmeiro, & Palmeira, 2005).

Quando observámos de que forma os adolescentes ocupavam os tempos livres, não foram visíveis diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com IMC diferentes. No entanto, alguns estudos encontraram resultados significativos, mostrando evidências da relação dos tempos livres com o aumento do peso. Um estudo realizado no Brasil mostrou uma relação positiva entre as horas que os jovens assistem TV e a sobrecarga ponderal (Rosane & Silva, 2003). Outro trabalho constatou que 50% dos indivíduos com sobrepeso e obesidade dedicam muito tempo à utilização dos equipamentos electrónicos, como televisão, os videojogos e o PC (Celestrino & Costa, 2006).

Ao compararmos os resultados obtidos nos diferentes IMC apercebemo-nos que os indivíduos com IMC *normal* apresentavam valores superiores de concordância com os aspectos positivos. Já os jovens com IMC *excesso de peso* concordavam mais com os aspectos negativos. Estes dados parecem indicar que os indivíduos com peso normal percebem mais positivamente a PD que os sujeitos com excesso de peso. Podemos sugerir possíveis explicações para este facto. Coakley e White (1992) mencionam a percepção de competência, experiências passadas (memórias negativas do exercício físico na escola que incluíam sentimentos de aborrecimento e incompetência e avaliação negativa dos pares). Mason (1995) refere ainda o sentimento de embaraço nos contextos desportivos, principalmente devido à percepção de incompetência ou preocupação acerca da auto-apresentação associada ao físico durante a puberdade.

VII :: CONCLUSÕES E SUGESTÕES

IMC

- 1 em cada 4 jovens da nossa amostra apresentou excesso de peso.
- São os rapazes e os mais novos que apresentam maiores percentagens de indivíduos com excesso de peso.

Prática desportiva...

- Nos dois escalões etários assim como nos diferentes IMC os rapazes evidenciaram maior frequência de prática desportiva que as raparigas.

Tempos Livres.

- “Ver TV” foi a actividade mais frequentemente realizada pelos jovens.
- A prática desportiva foi a actividade menos realizada pelos jovens.
- A prática desportiva foi mais frequentemente realizada pelos rapazes.
- Jogar PC e videojogos foi mais frequentemente realizada pelos rapazes e os mais velhos.

Prós e contras.

- Os rapazes têm uma percepção mais positiva da prática desportiva evidenciando maior concordância nos prós e menor nos contras ao contrário do que acontece com as raparigas.

IMC, PD, Tempos Livres e Prós e contras.

- Parece existir uma relação inversa entre IMC e Prática desportiva, sendo que os indivíduos com excesso de peso apresentam níveis inferiores de prática desportiva.
- Não parece existir relação entre as actividades praticadas nos tempos livres e o IMC, uma vez que os resultados são idênticos.
- Os dados parecem indicar que os indivíduos com peso normal percebem mais positivamente a PD que os sujeitos com excesso de peso.

Como já foi referido neste trabalho, a inactividade e os problemas por esta potenciados atingem todas as faixas etárias incluindo as camadas mais jovens da população. Importa estudar esta população, pois a intervenção a este nível tem maiores probabilidades de surtir mudanças no estilo de vida dos jovens e de se propagar e manter até à vida adulta. Os mais novos interessam-me em particular, pois será possivelmente a população onde exercerei a minha actividade profissional, e quanto maior for o conhecimento em relação a estes e principalmente na sua relação com a prática desportiva, melhor preparada estarei para intervir neste sentido.

É necessário continuar a monitorizar esta população, como já tem vindo a ser realizado pelo grupo Aventura Social & Saúde liderado por Matos e tantas vezes referido neste trabalho. No entanto, encontram-se ainda por acompanhar mais de perto as relações entre o IMC e as restantes variáveis do nosso estudo.

Seria também interessante a realização de estudos longitudinais, uma vez que nos estudos transversais apenas podemos verificar o que acontece em determinado momento nas diversas faixas etárias e supor uma possível tendência. Num estudo transversal poderíamos analisar efectivamente o que acontece á medida que a idade avança.

Outra sugestão para a realização de futuros estudos semelhantes, e na tentativa de tornar os dados mais fiáveis, seria a construção de um diário, por uma ou mais semanas, onde os sujeitos da amostra registassem as actividades diárias realizadas. Uma vez que estes estudos se têm baseado em auto-relatos dos jovens através de questionários, será importante aprofundar esta análise utilizando outros instrumentos, nomeadamente pedómetros e acelerómetros.

Por fim, mais do que continuar a realizar estudos que apenas façam diagnósticos da situação, está na altura de utilizar os dados recolhidos e desenvolver projectos com vista a contrariar os resultados encontrados melhorando os hábitos de vida dos mais jovens a curto prazo e de toda a população a longo prazo.

VIII :: BIBLIOGRAFIA



A

Amaral, O., & Pereira, C. (s.d). Obesidade da genética ao ambiente. Instituto Politecnico de Viseu. Consult. 8 Dez 2008, disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/22.pdf>.

Araújo, D., Calmeiro, L., & Palmeira, A. (2005). Intensões para a prática de Actividades Físicas. Cuadernos de Psicologia del Deporte. 5 (1;2) . Faculdade de Psicologia de Murcia. Consult. 6 Jan 2009, disponível em http://www.psicodeporte.net/17_araujo_calmeiro_palmeira_.pdf.

B

Bento, J. (2004). *Desporto: Discurso e Substancia*. . Porto: FCDEF Editores e Campo de Letras - Editores S.A.

Bouchard, C. (2000). *Physical Activity and Obesity*. IL, Champaign: Human Kinetics.

Bouchard, C., Shephard, R., & Stephens, T. (1993). *Physical activity, fitness and health : consensus statement*. Champaign, IL : Human Kinetics.

Breinbauer, C., Maddaleno, M., & Herrera, M. (2005). *Jovens: Escolhas e mudanças*. Pan-American Health Organization. Consult. 3 Fev 2009, disponível em

http://books.google.pt/books?id=c_doek1zfDQC&pg=PR17&lpg=PR17&dq=breinbauer+jovens:+escolhas+e+mudan%C3%A7as.+pan-american+health+organization&source=bl&ots=jSMqGra5Ui&sig=qDJNuCfoLb-55B.

C

Carvalho, M., Padez, M., Moreira, P., & Rosado, V. (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *European Journal of Public Health* , Consult. 20 Nov 2008, disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/1/42> .

Caspersen, C., & Powel, K. &. (1985). Physical Activity exercise and physical fitness. Definitions and distinctions of health-related. *Public Health Report* , 100. Consult. 12 Dez 2008, disponível em

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1424733>.

Cavill, N., Kahlmeier, S., & Racioppi, F. (. (2008). *Actividade física e saúde na Europa. Evidências para a acção*. Porto: Centro de Investigação em Actividade Física e Lazer.

CDC. (2008). How much physical activity do children need? Consult. 18 Jul de 2009, disponível em

<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/children.html>.

Celestrino, J. O., & Costa, A. d. (2006). A prática de actividade física entre escolares com sobrepeso e obesidade. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte* , 5(especial):47-54. Consult. 13 de Outubro de 2009, disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=11&sid=86043c33-4ce5-42b6-ae89-9c0607a06f9d%40sessionmgr10>.

Coakley, J. & White, A. (1992). Making decisions: gender and sport participation among british adolescents. *Sociology of sport journal*, v.9, p. 20-35.

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* , 320, pp. 1240-1243. Consult. 24 Jun 2009, disponível em <http://www.bmj.com/cgi/reprint/320/7244/1240>.

ConcelhoDaEuropa. (1995). Carta Europeia do Desporto. Consult. 26 Jan 2009, disponível em

<http://www.idesporto.pt/DATA/DOCS/LEGISLACAO/doc120.pdf> .

Corte-Real, N. (2006). Desporto, Saúde e Estilos de vida ... Diferentes olhares, objectivos e subjectivos sobre os comportamentos dos adolescentes. Dissertação apresentada às provas de Doutoramento em Ciencias do Desporto. Porto: FADEUP.

D

DGS. (2009). Benefícios da actividade física. Portal da Saúde. Consul. 26 Jun 2009, disponível em

<http://www.portaldasaude.pt/Portal/printversion?ContentGUID={09C84427-09D3-40...>

DGS. (2009b). www.portaldasaude.pt/Portal/printversion?ContentGUID={09C84427-09D3-40... Obtido em 26 de Julho de 2009

Dicionário Housaiss. (2001). Objectiva. Obtido 18 de Nov 2008, disponível em <http://www.dicionariohouaiss.com>.

Durant, N., Harris, S., Doyle, S., Person, S., Saelens, B., Kerr, G., et al. (Abril de 2009). Relation of School Environment and Policy to Adolescent Physical Activity. *Journal of School Health* , 79(4). Consult. 4 de Mar 2009, disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122249152/PDFSTART>.

E

English Collins Dictionary - English Definition & Thesaurus. Dicionario Online. Consult. 18 Nov 2008, disponível em www.collinslanguage.com.

Eurobarómetro213. (2004). Citizens of the European Union and Spot. Consult. 28 Dez 2008, disponível em http://Europa.eu.int/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_summ.

I

IDP. (2009). *Orientações europeias para a actividade física: políticas para a promoção da saúde.* Consult. 24 Jul 2009, disponível em <http://www.idp.pt>.

L

Laboratório de Psicologia do Desporto da FADEUP. (2009). *Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes. Versão online.*

M

Mason, V. (1995) *Young people and sport in England, 1994: a national survey* London: Sports Council. consult 20 Feb 2009, disponível em <http://www.data-archive.ac.uk/findingData/publicationListForSN.asp?sn=3554>

Matos, M. (2008). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), pp. 251-263. Consult. 22 Nov 2008, disponível em

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a07.pdf>.

Matos (2008b). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Consult. 11 Fev 2009, disponível em

<http://www.aventurasocial.com/conteudos/publicacoes/GestaoDeConflitoseSaúdenaEscola.pdf#page=10>.

Matos, M., & projecto_Aventura_Social_&_Saúde, E. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: Edições FMH. Consult 27 Out 2008, disponível em

http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Portugal/PortugueseReport_abstract.pdf.

Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2002). Factores associados à prática da actividade. FMH. Consult. 3 Fev 2009, disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a06.pdf>.

Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS. Lisboa: FHM / PPES. Consult. 27 Out 2008, disponível em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/BrochuraHBSC96totalfinal.pdf>.

Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Reis, C. (1999). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS* (1998). Lisboa: FMH.

Mota, J. (1997). *A actividade física no lazer: reflexões sobre a sua prática*. Lisboa: Livros Horizonte.

Mota, J. (1992). A Escola, a Educação Física e a Educação da Saúde. *Horizonte*, VIII (48), 218.

Mota, J., & Sallis, J. (2002). *Actividade Física e Saúde*. Porto: Campo das Letras - Editores S.A.

Muuss, R. (1969). *Teorias da Adolescência*. Belo Horizonte: Editora do professor.

P

Powell, K. (1988). *Habitual Exercise and Public Health: An Epidemiological View*. In R.D. Dishman (ed.), *Exercise Adherence - Its Impact on Public Health*. Human Kinetics.

R

Rocha, S. (2004). *Motivação para a prática de actividade Física: factores que incentivam ou inibem a população idosa*. Porto: FADEUP.

Rosane, C., & Silva, R. (2003). Sobrepeso, atividade física e tempo de televisão entre. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Movimento Humano*, 11 (4), pp. 63-66. Consult 19 de Abril de 2009 disponível em http://www.ucb.br/Mestradoef/RBCM/11/11%20-%204/ar_11_4_10.pdf.

S

Sallis, J. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol.32 nº 9. Consult. 25 Jan 2009, disponível em <http://www.acsm-msse.org/pt/re/msse/abstract.00005768-200009000-00012.htm;jsessionid=J8vMv1KPHjBJGNY2D4Jpnv3LNv51YpntGYXLqr4bnyRHZwkG2p25!-1854079795!181195628!8091!>, pp. 1598-1600.

Sallis, J., & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage.

Sardinha, L. (1999). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. FMH edições.

Simões, M. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Sousa, P. (2006). Desenvolvimento moral na adolescência. consultado em 18 de junho de 2009, disponível em www.psicologia.com.pt.

Sprinthall, N., & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Stefanello, J. (2004). Motivos para a prática desportiva de crianças. *Revista Portuguesa de Ciencias do Desporto* , 4 (2).

V

Van Mechelen, W., Twisk, J., Post, B., Snel, J., & Kemper, H. (2000). Physical activity of young people: the Amsterdam longitudinal growth and health study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol.32, nº 9. Consult. 22 Jan 2009, disponível na base de dados Scopus. , pp. 1610-1616.

Veloso, S. (2005). Determinantes da actividade física dos adolescentes. Estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras. Dissertação de mestrado em Psicologia Desportiva. Universidade do Minho.

W

Waine, C. (2002). *A Obesidade e o controlo do peso nos cuidados primários*. R a H.

WHO. (2006). *European Charter on counteracting obesity* -. Istambul. Consult. 13 Mar 2009, disponível em <http://www.euro.who.int/document/e89567.pdf>.

WHO. (2005). *The European Health Report 2005. Public Halth Action for Healthier Children and Populaction*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consult. 30 Abr 2009, disponível em <http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>.

WHOEurope. (2005). *The Challenge of Obesity in the WHO European Region 2005*. Consult. 12 Fev 2009, disponível em <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305e.pdf> .

WHO. (2002). *Move for health*. disponível em www.who.int/moveforhealth/en.

WHO. (2002b). World Health Organization The European Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: Consult. 24 Abr 2009, disponível em <http://www.euro.who.int/document/e76907.pdf> .

WHO. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: Technical Report Series 854. Consult 18 Mar 2009, disponível em http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf.

WHO. (1986). *Young people's health - a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "health for all by the year 2000"*. Geneva. consul. 25 de Março, disponível em whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf: WHO.