

Prática desportiva, Percepção de Saúde e Comportamentos na adolescência

- Estudo realizado com alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico -

Inês da Conceição Teixeira Gonçalves

Porto, 2009

Prática desportiva, Percepção de Saúde e Comportamentos na adolescência

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
Inês da Conceição Teixeira Gonçalves

Porto, 2009

Ficha de Catalogação:

Provas de Licenciatura

Gonçalves, I. (2009). *Prática desportiva, Percepção de Saúde e Comportamentos na adolescência*. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: ADOLESCENCIA, PRÁTICA DESPORTIVA, SAUDE, CONSUMO DE ALCOOL E CONSUMO DE TABACO.

Dedicatória

**... A todos os que me amam
e que eu amo...**

Agradecimentos

A todas as pessoas que me apoiaram no decorrer deste longo percurso... o meu muito obrigada!

A algumas delas quero deixar uma especial reconhecimento...

À Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, por me ter dado acesso a pessoas maravilhosas que nunca irei esquecer.

Ao Professor Nuno José Corte-Real Correia Alves, meu orientador, pela dedicação, tempo dispendido, motivação e pela ajuda na superação de alguns obstáculos.

À minha Família ... minha fonte de motivação e abrigo em todos os momentos...

...aos meus pais e irmã por tudo que me proporcionaram, apoio, amor e dedicação...sei que não sou uma filha muito presente mas sabem que os adoro!

...aos meus avós por todo o carinho demonstrado e pela força que me ajudou a seguir em frente.

...aos meus tios e primos favoritos, pela força e todo carinho demonstrado. Ajudaram-me muito a concluir esta fase da minha vida.

Ao Sérgio, meu namorado, pela paciência, incentivo e amor que sempre me demonstrou.

Aos meus amigos pela paciência e motivação, com especial reconhecimento às minhas amigas Carla Varela e Hélène Oliveira, pela amizade no decorrer destes cinco anos, foram o meu pilar em todos os momento. Sei que nem sempre sou a melhor amiga do mundo mas elas estão sempre no meu coração.

Às minhas colegas de curso, Alexandra Fernandes, Inês Cortez, pelo companheirismo e apoio.

Ao gabinete de Psicologia do Desporto, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, com especial reconhecimento aos doutorandos e mestrandos, pela ajuda na recolha e tratamento dos dados.

Às escolas que participaram no estudo realizado.

Índice

Dedicatória	III
Agradecimentos	V
Índice.....	VII
Índice de Quadros	IX
Resumo	XI
Abstract	XIII
Resumé	XV
Lista de Abreviaturas.....	XVII
I. Introdução	19
II. Revisão da Literatura	23
2.1 Adolescência.....	25
2.1.1. Adolescência nos dias de hoje	28
2.2. Saúde.....	30
2.2.1. Adolescência e Saúde	35
2.2.2. Comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes	36
2.2.3. Consumo de álcool.....	38
2.2.4. Consumo de tabaco ...	39
2.3. Prática desportiva.....	41
III. Metodologia.....	43
3.1 Caracterização da amostra	45
3.2 Instrumento	46
3.3 Variáveis	46

3.4 Procedimentos da aplicação dos questionários	48
3.5 Procedimentos estatísticos	48
IV. Apresentação e discussão dos resultados	49
4.1 Prática desportiva	51
4.2 Consumo de Tabaco	52
4.3 Consumo de álcool	54
4.4 Saúde percebida	55
4.5 Relação entre saúde percebida, prática desportiva, consumo de álcool e tabaco	57
V. Conclusões e Sugestões	59
VI. Bibliografia	63

Índice de Quadros

Quadro 1 - Ano Escolar	45
Quadro 2 - Distribuição dos alunos pelas diferentes idades na amostra global em função do sexo	45
Quadro 3 - Escalões etários	45
Quadro 4 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de prática desportiva em função do sexo.....	51
Quadro 5 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de prática desportiva em função da idade	51
Quadro 6 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função do sexo	52
Quadro 7 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função da idade	53
Quadro 8 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de álcool em função do sexo.....	54
Quadro 9 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de álcool em função da idade	54
Quadro 10 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de saúde percebida (avaliação da saúde) em função do sexo	55
Quadro 11 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de saúde percebida (avaliação da saúde) em função da idade	56
Quadro 12 - A saúde percebida (avaliação da saúde) e a prática desportiva dos jovens	57
Quadro 13 - A saúde percebida (avaliação da saúde) e o consumo de tabaco dos jovens	58
Quadro 14 - A saúde percebida (avaliação da saúde) e o consumo de álcool dos jovens	58

Resumo

O presente estudo tem como temas centrais a adolescência, a saúde, o consumo de álcool, o consumo de tabaco e a prática desportiva.

Os objectivos principais para o nosso estudo eram: i) analisar, em função do sexo e da idade, o nível de prática desportiva, consumo de álcool, de tabaco e a saúde percebida, dos alunos; ii) verificar, as relações existentes entre a saúde percebida, a prática desportiva, consumo de álcool e de tabaco.

A nossa amostra foi constituída por 609 jovens de ambos os sexos (49,4% do sexo masculino - ♂- e 50,6% do sexo feminino - ♀). Pertencentes ao 3º Ciclo do Ensino Básico. O instrumento utilizado foi o “inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes”, desenvolvido pelo Laboratório de Psicologia do Desporto da FADEUP (2009) a partir do Inventário de Corte-Real, Balaguer e Fonseca (2004).

Os principais resultados foram: na prática desportiva, o sexo masculino apresentou índices de prática desportiva superiores ao do sexo feminino, verificando-se uma ligeira diminuição da prática desportiva com a idade. No consumo de tabaco, verificámos consumos semelhantes entre sexos e um aumento do consumo com a idade. O consumo de álcool, entre sexos eram muito semelhantes, sendo que com o evoluir da idade estes consumos aumentavam. No que diz respeito à saúde percebida, constatamos que os jovens têm uma boa percepção da sua saúde, realçando-se uma percepção mais positiva no sexo masculino. Quanto à idade, verificou-se, que à medida que a idade aumenta, a avaliação da saúde evolui, negativamente.

Relacionando os comportamentos dos jovens e a sua saúde, verificamos que os jovens com prática desportiva regular, de uma forma geral avaliam a sua saúde de forma mais positiva, em relação aos jovens com prática inexistente. Os jovens que não consumiam tabaco, avaliavam a sua saúde de forma mais positiva. Em relação ao consumo de álcool e à avaliação que os jovens fazem da sua saúde, verificamos, que os jovens que não consumiam álcool, tinham uma percepção positiva da sua saúde em comparação com os jovens que consumiam regularmente.

Assim encontrámos uma associação claramente positiva entre os comportamentos protectores de saúde (prática desportiva regular, consumos inexistentes de álcool e tabaco) e a percepção boa/muito boa que os jovens faziam da sua saúde

Palavras-chave: ADOLESCÊNCIA, SAÚDE, CONSUMO DE ALCOOL, CONSUMO DE TABACO e PRÁTICA DESPORTIVA.

Abstract

The main issues of this research are adolescence, health, alcohol and tobacco consumption as well as sportive practice.

The main goals of our study were: i) to analyse the sportive practice level taking in consideration gender and age and other aspects as alcohol and tobacco consumption, and students' implied health; ii) to verify the current relationships between implied health, the sportive practice and tobacco consumption.

Our sample comprised 609 juveniles of both gender (49,4% male gender - ♂- and 50,6% female gender), belonging to high schools. The chosen tool was "the behaviour inventory connected with adolescent's health", online version, developed by Corte-Real, Balaguer and Fonseca (2004).

The main outcomes revealed that within sportive practice male gender presented superior levels regarding female gender, and we confirm a slight reduction of this practice with age. Concerning tobacco consumption, similar consumption between genders was confirmed and consumption's rising with age. About alcohol consumption was too much alike between genders, and with aging the consumption tended to rise. Concerning implied health, we found out that the young have a good health perception, but a better male gender positive perception must be highlighted. Concerning age, we discovered that as age increases the health assessment evolves, negatively.

The relationship between young behaviours and their health showed that the young people practicing regularly assess their health more positively, generally speaking, then the others with no practice. The young with no tobacco consumption evaluated their health in a more positive way. Regarding alcohol consumption and the self evaluation made by young people, we checked that the abstemious had a positive perception concerning their health comparing the ones who use to consume in a regular basis.

We found out a clearly positive association between the health protecting behaviours (regular sports practice, nonexistent alcohol and tobacco consumption) and the good/very good perception made by the young about their health.

KEYWORDS: ADOLESCENCE, HEALTH, ALCOHOL CONSUMPTION, TOBACCO CONSUMPTION, SPORTIVE PRACTICE.

Resumé

La présente étude avait pour thèmes l'adolescence, la santé, la consommation d'alcool et de tabac et la pratique sportive.

Les objectifs principaux de notre étude étaient les suivants: i) examiner, dans les deux sexes et les différents groupes d'âge, le niveau de la pratique sportive, la consommation d'alcool, le tabagisme et la santé perçue; ii) analyser la relation entre la santé perçue, la pratique sportive, l'alcool et le tabac.

L'échantillon était composé de 609 adolescents (50,6% de filles et 49,4% de garçons) inscrits au 3ème cycle de l'enseignement basique, avec un âge moyen de 12,47, compris entre 12 et 16 ans.

L'instrument 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).

Les résultats ont indiqués comme principales conclusions que: dans la pratique sportive, les garçons ont montrés des niveaux supérieurs de pratique sportive que les filles et qu'il existait une légère diminution dans la pratique avec l'âge; pour la consommation de tabac, nous avons trouvé une consommation similaire entre les sexes et une augmentation de la même avec l'âge; la consommation d'alcool était également très similaire dans les deux sexes, avec une évolution avec l'âge. En ce qui concerne la santé perçue, nous avons constatés que les jeunes ont une bonne perception de leur état de santé, mettant en évidence une perception plus positive chez les garçons. En ce qui concerne l'âge, il a été constaté que lorsque l'âge augmente, l'évaluation de la santé évolue négativement.

Concernant le comportement les jeunes et leur santé perçue, nous avons vérifiés que les jeunes avec une pratique sportive régulière, en général, évaluent positivement leur santé par rapport aux jeunes non pratiquants. Les jeunes qui ne consomment pas de tabac, ont qualifiés plus positivement leur santé. En ce qui concerne la consommation d'alcool, nous constatons que les jeunes qui ne buvaient pas, ont une perception plus positive de leur santé comparativement aux jeunes ayant une consommation régulière.

Ainsi, nous trouvons une association positive entre les comportements protecteurs de la santé (pratique sportif régulière, la non consommation d'alcool et de tabac) et une bonne/très bonne perception des jeunes relativement à leur santé.

MOTS-CLÉS: ADOLESCENCE, SANTÉ, CONCOMMATION D'ALCOOL, TABAGISME, PRATIQUE SPORTIVE.

Lista de Abreviaturas

DGS – Direcção Geral de Saúde

FADEUP – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

gl – Graus de liberdade

HBSC – Health Behavior School Children

n – Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p – Valor de prova

WHO – World Health Organization

$X^2_{(gl)}$ – Valor de qui-quadrado

♀ - Género Feminino

♂ - Género Masculino

I. Introdução

I. Introdução

Partindo da importância da saúde e da importância que os comportamentos dos adolescentes têm no futuro da mesma, escolhemos como temáticas centrais deste nosso estudo: a adolescência, a saúde, a prática desportiva e o consumo de tabaco e de álcool.

Assim a **adolescência...** foi uma das temáticas escolhidas, pois é sobre esta faixa etária que vai incidir todo o nosso trabalho. Enquanto professores de Educação Física estamos constantemente envolvidos com adolescentes dos mais variadíssimos contextos, que vão desde as escolas aos clubes de formação e alto rendimento. Sabendo que se trata de uma fase de grandes modificações e alterações, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que caracteriza a idade adulta (Sampaio, 1994), é nesta fase que se tomam grandes decisões em relação ao futuro. É nesta altura que os desafios da mudança se tornam muito maiores, dado que o processo de autonomização inerente, torna os jovens mais abertos ao mundo que os rodeia e às novas experiências. Partindo da máxima de que “os jovens de hoje serão os homens de amanhã”, é importante compreender os seus comportamentos e estilos de vida, para assim poder intervir adequadamente com estratégias preventivas e promotoras da saúde.

A **saúde** ... é o conceito essencial para a vida. Entendendo saúde como recurso para a vida, um potencial que nasce connosco e que podemos desenvolver e que cada indivíduo deve responsabilizar-se pelas suas acções e comportamentos, fazendo com que este se envolva e decida sobre a sua saúde (Corte-Real, 2006). Consideramos assim, a adolescência como um período crítico na cronologia da saúde, pois muitos dos comportamentos, escolhas e alterações com impacto na saúde, e que perduram por um longo período de tempo, são feitas nesta fase da vida. Consideramos por isso importante saber a forma como, cada adolescente, entende e avalia a sua saúde bem como conhecer alguns comportamentos relacionados com a mesma, por forma, a diagnosticar precocemente e adequar medidas preventivas e promotoras da saúde.

A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes, resultam de factores sociais, ambientais e comportamentais (Vieira, 2007). Dentro destas,

I. Introdução

podemos destacar a inactividade física e os abusos de substâncias. Temáticas que serão, por isso, estudadas e entendidas por nós nesta investigação.

A prática desportiva ... surge como resultado de um interesse espontâneo e natural, resultado de uma formação de base nesta área. Sendo uma temática que se encontra na ordem do dia, sedentarismo, patologias decorrentes de alguns dos nossos comportamentos. Consideramos importante investir seriamente nesta vertente do desporto. Acreditamos que o desporto é uma fonte promotora de estilos e hábitos de vida saudáveis na população, em geral, e mais especificamente, na população juvenil, nomeadamente nas escolas (Vieira, 2007).

O consumo de álcool e tabaco...é mais um tema actual e relevante, na nossa sociedade. Não restam dúvidas que o uso abusivo destas substâncias constitui um risco para a saúde.

O consumo do álcool é muitas vezes visto entre os adolescentes, como um acto social e bem aceite, por todos. De entre estudos realizados não restam dúvidas a muitos investigadores que é a primeira droga a ser provada na adolescência, e a sua experimentação constitui uma peça chave na sociabilização das condutas de risco para a saúde (Simões, 2007). Dos estudos por nos consultados, é possível verificar, que os mais novos consomem menos bebidas alcoólicas que os mais velhos e os rapazes consomem mais do que as raparigas.

O consumo do tabaco é o comportamento cujos efeitos, sobre a saúde, mais têm sido estudados e cujos resultados recolhem mais concordância (Ribeiro, 2005), entre sexos o consumo é semelhante, verificando-se um aumento significativo com a idade.

No âmbito destas temáticas os objectivos do nosso trabalho são:

- 1) Analisar, em função do sexo e da idade, o nível de prática desportiva, consumo de álcool, de tabaco e a saúde percebida, dos alunos.
- 2) Verificar, as relações existentes entre a saúde percebida, a prática desportiva, consumo de álcool e de tabaco.

II. Revisão da Literatura

2.1 Adolescência....

A palavra adolescência advém da palavra adolescentia, que vem do latim e é um substantivo feminino que identifica o período final do desenvolvimento humano, entre o início da puberdade e o estado adulto (Porto Editora, 2002). Conhecida como um período de desenvolvimento humano, a adolescência nem sempre foi assim encarada. Recuando no tempo algumas centenas de anos, verificamos que a criança de 6/7 anos era considerada um adulto em miniatura, que se encontrava preparada para executar as tarefas como se de um adulto se trata-se. Apenas à 150 anos, com a criação das leis protectoras da saúde e bem-estar das crianças, a infância passou a ser conhecida pelos adultos como fase específica do desenvolvimento do ser humano (Sprinthall e Collins, 2003). Na segunda metade do século XX, as nações industrializadas, reconhecem as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas dos adolescentes, surgindo assim a adolescência enquanto estágio de desenvolvimento humano, resultando no alargamento da escolaridade obrigatória e em outras definições legais de vida adulta (Sprinthall e Collins, 2003).

Actualmente, a adolescência é encarada como uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que caracteriza a idade adulta. Apesar da controvérsia que se sentiu durante algum tempo quanto à adolescência, hoje em dia, esta ocupa grande atenção entre os pais, educadores e investigadores das Ciências Sociais e humanas (Sampaio, 1994).

Este período, com limites questionáveis em termos cronológicos, tem início nos acontecimentos biológicos que caracterizam a puberdade e termina na formação de valores e identidade que definem a idade adulta. Caracteriza-se, portanto, por ser uma etapa de desenvolvimento, com rápidas alterações, físicas psicológicas, sócio-culturais e cognitivas, num percurso que conduz à identidade adulta (Sprinthall e Collins, 2003).

O jovem passa assim por rápidas modificações que vão desde o tamanho e formas corporais, passando pelo desenvolvimento de um pensamento formal que abrange uma capacidade maior para pensar acerca de

possibilidades, através de hipóteses, para antever resultados, para reflectir sobre os próprios pensamentos e para ponderar sobre o ponto de vista de outras pessoas, ao mesmo tempo que se altera a capacidade de processamento de informação e de resolução de problemas e terminando na aceitação do eu e dos outros com diferentes características e comportamentos (Sprinthall e Collins, 2003).

Um dos temas centrais da adolescência é a forma como se ultrapassa estas mudanças, transições, desafios, crises, necessidades ou o que quer que se lhe chame. Cada adolescente encara estas mudanças de maneira diferente, se para uns é um período de mudanças drásticas a nível familiar, escolar, das amizades, e profissional (Lerner e Galambos, 1998), outros, encontram-se preparados para viver e lidar com estas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais da adolescência e ultrapassá-las com sucesso (Steinberg, 1998). As mudanças biológicas, constituem o sinal mais evidente que esta nova época chegou, “entrada na adolescência”. Steinberg (1998) refere que o *timing* da maturação física afecta o desenvolvimento social e emocional do jovem de formas importantes. A adolescência marca um período de grandes mudanças a nível cognitivo, mudando a forma de pensar sobre as coisas. Dá-se a entrada no período das operações formais, o pensamento torna-se mais complexo e eficiente (Simões 2007). Steinberg (1998) aponta alguns aspectos que caracterizam o pensamento do adolescente: primeiro o adolescente está mais apto para pensar sobre hipóteses; em segundo, o pensamento do adolescente adquire a capacidade de pensar sobre o processo de pensar, que se denomina de metacognição. Vários autores contribuíram em muito para uma melhor compreensão do pensamento do adolescente, nomeadamente Piaget, com a sua teoria dos quatro estádios de desenvolvimento. A par das mudanças já citadas, ocorrem as alterações emocionais, estas pressupõem uma alteração substancial na forma como os indivíduos se vêem. Com a entrada na adolescência, o indivíduo aumenta a consciência de si próprio. A procura de uma identidade constitui a tarefa-chave da adolescência (Simões, 2007). As mudanças a nível cognitivo e emocional influenciam a forma como os adolescentes encaram o mundo social. Os adolescentes adquirem capacidade para pensar sobre possibilidades, para auto-análise das suas cognições e para perceber e analisar diferentes perspectivas. São capazes de avaliar e antecipar

as possibilidades de resposta e comportamentos, deduzir características pessoais, motivações e sentimentos, e reconhecer que existem diferentes perspectivas sobre a mesma situação (Sprinthall e Collins, 2003).

Segundo Simões (2007), o adolescente tende a crescer para adulto, mas este crescimento nunca ocorreu num tempo tão alargado como nos dias de hoje. Os adolescentes vivem com os pais até à terceira década de vida, isto deve-se a enumeras causas: culturais, sociais e económicas.

Citando Sprinthall e Collins (2003) “a melhor forma de compreendermos o adolescente, será se o compararmos com uma flecha em pleno voo. Actualmente, sabe mais acerca da velocidade, da trajectória e do alvo, do que há alguns anos atrás. Porém, continua a ser difícil obter mais do que um conjunto de fotografias instantâneas tiradas de diferentes ângulos”. (pag. 3)

Varias definições são citadas para caracterizar esta fase, desde, um trajecto de conflitos, turbulência e dificuldades (Brook, 1989), de tempestade e de pressões (Jersild, 1902), egoísmo e egocentrismo (Freud, in Weiner, 1992), de isolamento, solidão e confusão (Bloss, in Weiner, 1992), onde tudo muda, na sua relação consigo e com os outros. Erikson (1978) encara a adolescência como uma crise de identidade, segundo a sua teoria a adolescência é uma fase da vida em que o indivíduo deve estabelecer um sentido de identidade pessoal. Este desafio da construção da identidade, é fruto do desenvolvimento biológico, de expectativas culturais e pressões sócias.

Desta fase da vida, que tanto já se disse e escreveu, fonte de tanta contestação na sociedade, de queixa da família e de conflito interior do próprio jovem, a adolescência tem sido objecto de vários estudos de filósofos, pedagogos e médicos....

2.1.1. Adolescência nos dias de hoje

O adolescente tem que ser estudado no meio em que interage e para que possamos compreender a sua posição social, hoje, temos que analisar a sua evolução na sociedade.

Os adolescentes são hoje confrontados com uma sociedade cada vez mais caótica, em que as fronteiras tradicionais se dissipam, os princípios são menos nítidos e os objectivos alteram-se nitidamente.

Nalgumas décadas ocorreram grandes modificações a uma velocidade vertiginosa, estes acontecimentos mudaram a relação dos homens entre si e com o meio ambiente.

Segundo Almeida (1996) a invenção dos sistemas computadorizados, as comunicações instantâneas, a capacidade de desintegrar o átomo, a exploração do espaço, a possibilidade de produzir energias e a poluição ambiental, são algumas das razões, que levam a humanidade a deparar-se com questões sociais nunca antes imaginadas. Com estas mudanças a população mundial sofreu grandes alterações e estas acarretaram consigo consequências incalculáveis. A industrialização e a necessidade de mão-de-obra fabril levou muitas famílias a desintegrarem-se. O papel da família é muitas vezes esquecido pelos jovens, e quando isso acontece nada de benéfico pode ocorrer. Segundo Almeida (1996) “ a família constitui a primeira célula social que eles encontram ao nascer e que vai moldar todo o ser futuro, ao preservar e transmitir-lhes os valores culturais e tradicionais”. (pg. 4)

Muitos sociólogos estudam e analisam o papel da família e a sua evolução ao longo dos tempos, pois nem sempre ela foi encarda como nos dias de hoje: de uma agricultura agrária passou-se para a industrialização, a família que era numerosa e sedentária, reduziu-se a nuclear, instável e móvel, durante este processo alterou-se e perdeu-se muito das funções de protecção das crianças.

Ao longo da história, os adolescentes, ou fechados na família, ou nas oficinas, ou nas escolas, nunca se puderam afirmar como grupo independente. Com a revolução industrial, ocorreram grandes alterações, nomeadamente, o prolongamento da vida escolar e do período entre a puberdade e o acesso ao

estatuto de adulto, resultando numa maior reacção dos jovens enquanto grupo que se entreaajuda e protege.

A moderna sociedade industrial originou uma nova perspectiva de valores morais e novos problemas. A melhoria geral das condições, leva os jovens a atingirem a maturidade sexual cada vez mais cedo. Por outro lado, a escola e outras exigências profissionais, prolongam cada vez mais o período de preparação que os conduz à independência económica, assim, o intervalo entre o início da adolescência e a possibilidade económica de constituir família, leva os jovens a procurarem novas soluções e novos comportamentos (Almeida, 1996).

Como é visível os adolescentes de hoje possuem outras perspectivas que em outros tempos era impensável, são estes os adolescentes que queremos estudar, na tentativa de compreender os seus comportamentos de risco, relacionando-os com a sua percepção de saúde

2.2. Saúde...

Definir Saúde é algo muito complexo. O termo “Saúde” pode ser interpretado de mil e um modos diferentes. Este varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos da experiência humana (Ribeiro, 1998). Pode ser definido segundo um estado de espírito de uma dada pessoa, segundo um estatuto social, segundo uma crença religiosa.

A Saúde sofreu uma grande evolução nas últimas décadas. A primeira revolução na Saúde deu-se com o surgimento de grandes medidas higiénicas que em muito contribuíam para a saúde dos habitantes: sistemas de esgotos, água potável, vacinas e antibióticos, entre outras (Ribeiro 2005).

Já no século XX, acontece segunda revolução na Saúde, passando-se a dar mais foco à saúde e não à doença, assim a dicotomia “saúde/doença” e a definição até ao momento aceite “ausência de doença”, evoluiu, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) definido Saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*”. Esta definição é talvez a mais aceite mundialmente por abordar os três campos essenciais da vida Humana, o “*físico*”, a “*mente*” e o “*meio social*”. Trata-se de uma definição bastante “abrangente” mas ao mesmo tempo “inatingível”, isto porque, é utilizado o termo “*completo (bem estar)*”, o que faz com que a saúde seja encarada como algo ideal, ou seja, algo que é impossível atingir por parte dos serviços de saúde.

Perspectivas mais recentes, apontam a saúde como um recurso para a vida, um potencial que nasce connosco e que podemos desenvolver. Cada individuo deve responsabilizar-se pelas suas acções e comportamentos, fazendo com que este se envolva e decida sobre a sua saúde (Corte-Real, 2006).

Assim, tão ou mais importante que a evolução do conceito, é a forma como cada um de nós, entende a saúde e em particular a sua. Podemos apontar variadíssimas perspectivas nesta área, como refere Cardoso Ferreira (in Corte-Real, 2006): a saúde como “fruto da sorte ou do acaso” que leva as pessoas a pensar e a agir pouco atentamente, acreditando num destino pré-determinado; a saúde como “algo nas mãos dos técnicos de saúde” que leva

as pessoas a alienarem-se da sua própria saúde, entregando-a na mão dos profissionais da saúde; a saúde como “meta inatingível” baseada na definição da OMS (1946); A saúde como “um mundo de fundamentalismos” onde tudo faz mal, que nos obriga a levar uma vida constantemente controlada; a saúde como “processo para a vida”, um potencial que nasce connosco e passível de desenvolver.

Segundo a OMS e o Plano de Saúde 2004-2010 (Ministério da saúde, 2004), estudar a forma como cada individuo se revê na saúde, assume uma grande importância na actualidade. Embora esta seja uma medida simples de avaliação da saúde das populações, que recorre normalmente a uma única questão do género de “como avalia a sua saúde”...boa, razoável, má...tem-se provado que tem uma alta correlação com medidas mais complexas.

A temática da “saúde Percebida” é fundamental e transversal no nosso trabalho, considerando por isso pertinente, analisar alguns dados e resultados de estudos realizados neste âmbito.

No estudo de king e col. (in Merita e Soler, 2002) foi avaliada a percepção de saúde de jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, através da resposta à seguinte pergunta: como descreves a tua saúde?...muito saudável, bastante saudável e não muito saudável. Os resultados obtidos, evidenciaram diferenças na avaliação da saúde nos diferentes países estudados e revelaram, percepções diferentes entre os jovens do sexo masculino e jovens do sexo feminino: os jovens do sexo masculino avaliam mais positivamente a sua saúde. Por outro lado a idade, surgiu como outro factor de influência da avaliação: os mais jovens, percebem-se, de uma forma geral, mais saudáveis que os mais velhos.

Nos estudos realizados neste âmbito, os resultados vão de encontro aos resultados obtidos no estudo anteriormente referido. No estudo de Matos e col. (2003), no caso específico de Portugal, verificou-se que apenas 1% dos jovens avaliam a sua saúde como má. Os jovens do sexo feminino avaliam a sua saúde menos positivamente e esta avaliação tendia a pior com a idade.

Ainda sobre o conceito de saúde e da forma como cada um de nós a encara, importa referir as principais ideias e conceitos da OMS, responsável pelas linhas orientadoras seguidas mundialmente, relativamente à saúde pública.

Em 1977, a OMS aprova uma declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários e um documento sobre metas da Saúde para Todos (OMS, 1978).

Em 1986, foi aprovada a famosa carta de Ottawa, com orientações sobre a Promoção da Saúde. Nesta conferência definiu-se o conceito de Promoção da Saúde “como um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos, controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam” (OMS, 1986).

Várias conferências foram realizadas, sendo que a ultima realizou-se em Agosto de 2005, onde foram descritas medidas e compromissos relacionados com as várias determinantes da saúde, que todos os países deviam respeitar.

No nosso país, foram muitas as medidas adoptadas ao longo dos tempos, reforçando-se a necessidade de estarmos atentos a tudo que se relaciona com a Saúde. Assim, a 2 de Abril de 1976, foi garantido, aos cidadãos, o direito à protecção da Saúde, com a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito, assegurando uma cobertura do país em recursos humanos e em unidades de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Foi elaborado o plano de Saúde 2004-2010, no sentido de responder ao desafio de melhorar o estado de saúde dos portugueses. Este plano visava três grandes objectivos: obter ganhos em saúde, utilizar os instrumentos necessários num contexto organizacional adequado e garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano (Ministério da Saúde, 2004).

No meio escolar, a história da promoção da saúde, foi iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes (Ministério da Saúde, 2006).

Segundo Ministério da Saúde (2006), até 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica, na escola, através de Centros de Medicina Pedagógica.

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação dividiram responsabilidades, intervindo na escola com os mesmos objectivos, mas utilizando metodologias distintas (Ministério da Saúde, 2006).

Desde 2002, Ministério da Saúde tem a tutela da Saúde Escolar, competindo a sua implementação, no território nacional, aos centros de Saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Em 16 de Dezembro de 2005, o Ministério da Educação, por despacho em Diário da República (despacho nº 25995/2005 – 2º série) da Sra. Ministra da Educação, aprovou e reafirmou os princípios orientadores do modelo de Educação para a Promoção da Saúde, no que diz respeito: i) necessidade de articulação com as famílias e entre as escolas e centros de saúde; ii) autonomia das escolas na definição, planificação e concretização do projecto educativo; iii) obrigatoriedade por parte das escolas de concretizarem as orientações e dando cumprimento àquela área de ensino; iv) necessidade de designação de coordenador da área temática (Ministério da Educação, 2006a).

Neste contexto foi distribuído pelas escolas de todo o país, um edital (Ministério da Educação, 2006b) referindo que os Agrupamentos /Escolas interessados em ser apoiados na concretização dos Programas/Projectos sobre “Educação para a Saúde”, deveriam: i) nomear um professor coordenador/responsável, pela concretização da Educação para a Saúde na escola; ii) fazer constar estas temáticas, da Educação para a Promoção da Saúde, nos planos curriculares (disciplinares e não disciplinares) e no Projecto Educativo de Escola (PEE); iii) abordar temáticas associadas à Promoção do Desenvolvimento Pessoal e Social (relações sociais e sexualidade, alimentação e higiene, imagem do corpo e actividade física) e à prevenção de comportamentos de risco (consumos, violência, VIH/SIDA e outras DST e gravidez não desejada) em articulação com as famílias; iv) articular, com os Centros de Saúde e/ou outras instituições/recursos comunitários, que se revelem úteis na concretização do tema da Educação para a Saúde, bem como, sempre que possível, com as escolas da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS); v) criar um Gabinete de Atendimento, onde os alunos posam entrar, livremente, para esclarecer as suas dúvidas/problemas (Ministério da Educação, 2006b).

Em Fevereiro de 2006 os Ministros da Educação e da Saúde reafirmaram, através da assinatura de um Protocolo (Ministério da Educação e Ministério da saúde, 2006), o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das escolas promotoras da saúde.

Em Junho de 2006, foi publicado no Diário da Republica, por despacho (Despacho n.º 12045/2006 – 2.º série) o “Programa Nacional de Saúde Escolar”, este plano propõe que uma Escola Promotora da Saúde assente em três vertentes – currículo, ambiente e interacção escola/família/meio (Ministério da Saúde, 2006).

O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades: i) promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; ii) apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; iii) promover um ambiente escolar seguro e saudável; iv) reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis; v) contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (Ministério da Saúde, 2006).

A adopção dos princípios e das práticas das Escolas Promotoras da Saúde na vida diária da escola ajuda, indiscutivelmente, à promoção e consolidação de estilos de vida mais saudáveis (Ministério da saúde, 2006).

Assim, é emergente a importância dos comportamentos na promoção da saúde, de entre os quais se destacam para o nosso estudo, a prática desportiva, e o consumo de álcool e tabaco.

2.2.1. Adolescência e Saúde

A adolescência é um período crítico na cronologia da saúde. Muitos dos comportamentos, escolhas e alterações com impacto na saúde, e que perduram por um longo período de tempo, são feitas nesta fase da vida.

Este período é normalmente caracterizado como um período de saúde, dada a menor vulnerabilidade do jovem à doença OMS (in Corte-Real, 2006). Esta visão dos jovens como um grupo saudável não é apenas externa, dado que a grande maioria dos jovens também se consideram saudáveis. Um estudo realizado pela Health Behaviour School Children mostra que cerca de 90% dos estudantes preferem sentir-se saudáveis. Os dados deste mesmo estudo, relativos a Portugal, mostra que cerca de 95% dos jovens portugueses sentem-se saudáveis, sendo que destes, cerca de 32% dizem sentir-se muito saudáveis (Matos, Simões, Carvalhosa e tal., 2000).

Ainda que os adolescentes sejam menos susceptíveis à doença, por vezes são confrontados com problemas de saúde graves e até mesmo com a morte. Muitas das causas da morbilidade e mortalidade na adolescência são de origem comportamental, contudo é importante referir que é possível prevenir muitos destes problemas, dada a grande plasticidade comportamental que caracteriza a adolescência Irwin et al.(in Simões, 2007).

A maioria dos jovens que apresentam sintomas de mal-estar físicos e psicológicos têm mais dificuldades no contexto familiar e escolar. Apresentam ainda, um envolvimento mais frequente no consumo de substâncias e com a violência, comparativamente com os jovens que não apresentam sintomas de mal-estar (Matos e Carvalhosa, 2001).

Segundo Pedersen (1998), os jovens que se sentem saudáveis, evitam associar-se a comportamentos de risco, tais como: fumar, beber e consumir drogas.

Muitos estudos foram realizados na tentativa de perceber as diferenças entre rapazes e raparigas em termos de estatuto de saúde, comportamento de saúde, comportamentos de risco e factores de protecção. Estes estudos demonstram que há diferenças. De uma forma geral, os rapazes apresentam mais problemas de comportamentos e consumos, enquanto que as raparigas

apresentam problemas com a imagem corporal e sintomas de mal-estar psicológico.

É na população adolescente que se deve intervir, em termos educativos, sociais, psicológicos, desportivos para a promoção de saúde. Dada a heterogeneidade desta população, é importante ter em conta as especificidades das potencialidades, dos estilos e hábitos de vida, do contexto cultural e social, etc. Os jovens podem e devem participar, juntamente com as suas famílias e pares, nas decisões e acções respeitantes mudança e promoção de hábitos, de comportamentos de saúde e à qualidade de vida.

De referir ainda que 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 de problemas e tomada de decisões, 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 a sua manutenção).

2.2.2. Comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes

De entre múltiplos factores que afectam a saúde, encontram-se os comportamentos com ela relacionados. Segundo Simões (2007) os comportamentos relacionados com a saúde, para além da influência que têm no continuum “saúde-doença”, têm igualmente influência nos comportamentos futuros. Vários estudos têm demonstrado que o comportamento anterior, constitui o principal preditor do comportamento futuro Conner e sparks, 1996 e Ogden, 1996 (in Simões 2007). Um estudo realizado com adolescentes portugueses, mostrou que o comportamento anterior constituía o melhor preditor das intenções relacionadas com comportamentos de saúde, nomeadamente, ter uma alimentação equilibrada, praticar desporto, não consumir bebidas alcoólicas, não fumar e não tomar drogas (Simões e Marques, 2000).

Os comportamentos relacionados com a saúde são categorizados em comportamentos de saúde positivos e negativos. Sendo cada um respectivamente: comportamentos de saúde positiva, traduzem os comportamentos que contribuem para a promoção da saúde, prevenção do

risco e detecção precoce da doença ou da deficiência. Comportamentos de saúde negativos, pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou acidente Ogden, 1996 e Steptoe e Wardle, 1996 (in Simões, 2007).

Os comportamentos de saúde negativos, também conhecidos por comportamentos de risco, constituem a maior ameaça à saúde e bem-estar dos adolescentes (Simões 2007). Segundo este autor, o termo “correr riscos” tem sido usado para ligar um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde, nomeadamente: consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução imprudente, desordens alimentares, entre outros.

O desenvolvimento normal do adolescente, envolve um conjunto de situações e mudanças (maior independência, autonomia da família, associação aos pares, formação da identidade, maturação biológica e cognitiva) que lhes possibilita experimentar novos comportamentos. Dentro destes comportamentos, incluem-se os comportamentos de risco. Estes comportamentos são vistos normalmente como fonte de novas experiências, servem para ganhar respeito e aceitação dos pares, para lidar com a ansiedade, stress e frustrações, por estas funções atrás enunciadas, estes comportamentos de risco são muitas vezes considerados normativos e saudáveis pelos jovens (Simões, 2007).

Segundo a literatura pesquisada, estes comportamentos assumem um verdadeiro problema quando são iniciados precocemente, quando ultrapassam a experimentação, isto é, com o passar do tempo estes comportamentos são mantidos e por último quando são associados a outros comportamentos de risco.

De referir que o comportamento dos jovens constitui um dos principais factores de risco para o ajustamento na adolescência (Simões, 2007). Tendo em conta que o consumo de substâncias, nomeadamente, o consumo do tabaco e do álcool, são actualmente os comportamentos de risco, mais problemáticos e que é nesta fase que se verifica um maior crescimento no seu consumo, procuraremos abordar esta temática de forma mais exaustiva, salientando vários estudos que foram realizados neste âmbito do consumo de tabaco e de álcool.

2.2.3. Consumo de álcool....

O álcool possui uma longa história na nossa civilização. A origem do álcool como bebida remonta ao ano de 8000 a.c., sendo que o seu uso continua a ser popular na maior parte do mundo.

Vários estudos na área da saúde foram realizados, e o consumo de álcool de forma moderada pode ser considerado saudável. O problema surge quando o seu consumo é excessivo e se mistura com drogas. Este uso abusivo é um problema em qualquer idade, sendo que é a “droga” que desperta maior interesse na adolescência (Balaguer, 2002).

Entre os adolescentes o consumo do álcool é muitas vezes visto como um acto social e bem aceite, por todos. De entre estudos realizados não restam dúvidas a muitos investigadores que é a primeira droga a ser provada na adolescência, e a sua experimentação constitui uma peça chave na sociabilização das condutas de risco para a saúde. O consumo inicia-se dentro do contexto familiar, mas à medida que os anos passam o contexto do consumo do álcool muda para lugares de reuniões com os amigos, festas e discotecas (Simões, 2007).

No nosso país, segundo um estudo realizado por Matos, Gonçalves, Reis, (2003) (HBSC/OMS, 2002) revelou que 51,9% da amostra já tinha experimentado por volta dos 12 anos. No que diz respeito à frequência de consumo, 8% dos jovens admitiram ser consumidores regulares (consumo de qualquer bebida alcoólica pelo menos todas as semanas) e 64,5% consumidores ocasionais de álcool (consumo de qualquer bebida alcoólica raramente ou todos os meses). Em relação ao género, os rapazes apresentavam um consumo regular (11,3) e ocasional (50,6%) de álcool superior ao das raparigas (5% e 39% respectivamente). Em relação aos grupos etários, o consumo aumenta à medida que aumenta a idade: enquanto que aos onze anos a maioria dos jovens não consumia álcool regularmente, ou apenas o fazia ocasionalmente, com quinze anos 10,6% consumia álcool de modo regular e 75,4% consumia álcool de modo ocasional.

Da análise dos resultados de um estudo realizado entre diferentes países pelo HBSC (OMS, 2004) emerge a seguinte observação (já retirada de

outros estudos): os mais novos consumiam menos bebidas alcoólicas que os mais velhos e os rapazes consumiam mais do que as raparigas.

No estudo da comissão Europeia (2004), os dados relativos ao consumo de álcool foram também retidos do estudo HBSC (2004). Assim, reforça-se a ideia que os consumos eram variáveis de país para país e que as raparigas apresentam taxas menores de consumo, em comparação com os rapazes.

Portugal de uma maneira geral, apresenta consumos abaixo da média europeia. Mas ainda assim é importante salientar entre os mais jovens, os riscos (directos e indirectos) inerentes ao consumo de álcool.

2.2.4. Consumo de tabaco ...

O consumo do tabaco remonta há mais de dois mil anos. Originário das Américas, local onde a planta crescia de forma natural, este era usado para fins cerimoniais e medicinais. A sua importação para a Europa deu-se após as viagens de Colombo. A partir do século XV, o seu consumo expandiu-se, sendo que em 1880, a invenção de uma máquina eficiente, capaz de produzir 200 cigarros por minuto, marca o nascimento da moderna indústria do tabaco (Philip Morris International, 2006).

Nos dias de hoje o aumento exorbitante e generalizado do consumo de tabaco, acabou por se tornar num problema de saúde pública. Segundo a OMS, esta droga é responsável por quase 5 milhões de mortos, todos os anos, prevendo-se um aumento deste número se entretanto não se tomarem medidas preventivas que diminuam o seu consumo (OMS, 2006).

O consumo do tabaco é o comportamento cujos efeitos, sobre a saúde, mais têm sido estudados e cujos resultados recolhem mais concordância (Ribeiro, 2005).

Cada vez mais, se associa o consumo de tabaco, a uma fraca qualidade de vida, a doenças, à incapacidade laboral e à morte prematura. O tabagismo é a causa directa de diversas formas de cancro, afecta o sistema cardiovascular, respiratório, digestivo e urinário, polui o ambiente entre muitas outras consequências que advêm do seu uso (OMS, 2002).

Sabe-se que de uma forma geral, o consumo do tabaco parece estar a diminuir no sexo masculino e a aumentar no sexo feminino, existindo vários estudos que comprovam estes resultados (Corte-Real, 2006).

Perante este quadro, tem-se intensificado, nos últimos anos campanhas de prevenção do consumo de tabaco, assim como se têm produzido leis que procuram reduzir o consumo e proteger os consumidores passivos.

Observando os resultados de alguns estudos realizados, é possível constatar que esta batalha está longe de ser ganha. Para além do número de adultos fumadores, é cada vez maior o número de jovens com consumos regulares e com prematura iniciação.

Matos e col. (2006) constatou, num estudo realizado, que o consumo de tabaco, entre jovens do sexo masculino e feminino, é idêntico e ronda os 5% para o consumo diário. Verifica-se igualmente, que o consumo aumenta, significativamente com a idade, passando dos 1% de consumo diário aos 11anos, para os 15% aos 16anos e idades superiores.

No estudo da OMS (2004), confirma a tendência já referida anteriormente. O consumo entre os sexos é idêntico e este aumenta com a idade. A percentagem de 1% de jovens de ambos os sexos que fumavam todos os dias aos onze anos, aumenta, significativamente para perto dos 19% aos quinze anos.

Portugal, entre trinta e cinco países, ocupa o 31º lugar, relativamente aos jovens com onze anos que consomem diariamente tabaco, o 30º lugar relativamente aos jovens de treze anos e o 14º posto relativamente aos jovens com quinze anos. Portugal surge com consumos acima da média, em ambos os sexos, e em todos os escalões etários.

Podemos dizer, que nos adolescentes, as percentagens são significativas e que aumentam exponencialmente com a idade.

2.3. Prática desportiva...

O movimento humano vem sendo alvo dos mais diversos estudos e considerações ao longo dos tempos. Vários são os conceitos utilizados e apesar de estarem todos relacionados, mostram diferentes visões acerca da mesma temática e nem sempre se percebe muito bem a que termo se referem os investigadores (Vieira, 2007).

Assim sendo, da necessidade de uma definição mais rigorosa e criteriosa, assumimos três conceitos básicos: actividade física, exercício físico e prática desportiva.

Ainda que se encontrem varias definições, a mais utilizada segundo a literatura pesquisada, descrever actividade física como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte no aumento de gastos energéticos relativamente à taxa metabólica de repouso” (Bouchard e col., 1990; Caspersen e col., 1985). Este será assim, um conceito abrangente e aglutinador que encerra, em si, uma grande amplitude de outros conceitos.

O exercício físico, será outro conceito importante a focar nesta temática. Definindo-se como “movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo, executado para melhorar ou manter um ou mais componentes da condição física” (Bouchard et. al. 1990).

Por outro lado, temos o conceito de prática desportiva, que segundo o Conselho da Europa (1995), define-se como “todas as formas de actividade física que, através de uma participação organizada ou não, tem por objectivo a melhoria da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados em competições de todos os níveis.

No que diz respeito à prática desportiva, não obstante as diferentes metodologias e conceitos utilizados nos diversos estudos, é possível encontrar pontos comuns em algumas análises e conclusões relativas à actividade física nos seus diferentes contextos e enquadramentos (Vieira, 2007).

A literatura é bastante clara no que diz respeito as diferenças entre sexos, assim, numa analise realizada em 108 estudos, relacionados com os factores de influência da actividade física em crianças e adolescentes, demonstrou, que na sua maioria os jovens de sexo masculino eram,

sistematicamente, mais activos que os jovens do sexo feminino (Mota e Sallis, 2002).

Outro dado convergente, entre os diversos estudos, é o facto de a actividade física diminuir com a idade (Mota e Sallis, 2002).

No sentido de melhor clarificar esta temática, focaremos alguns estudos que têm como publico alvo, os adolescentes.

Em termos globais, os resultados do estudo de Matos e col. (2006), revelam que os jovens do sexo masculino e os mais novos apresentam maior regularidade na prática desportiva. Neste contexto, 97% dos jovens do sexo masculino praticavam algum desporto, para apenas 89% do sexo feminino. Aos 11 anos, 95% dos alunos tinham prática desportiva regular enquanto que, aos 16 anos, essa percentagem diminuía para apenas 90%.

O estudo da OMS (2004) apresenta conclusões idênticas às de Matos e col. (2006): os jovens do sexo masculino e os mais jovens apresentam níveis de actividade física superiores, quando comparados com os jovens do sexo feminino e os mais velhos.

Resultados idênticos aos estudos anteriormente analisados, surgem no estudo a CDC (1992), onde é possível verificar a tendência para a maior prática dos jovens do sexo masculino e dos mais jovens, quando comparados com os jovens do sexo feminino e os mais velhos.

Tendo em conta estes resultados, baixos níveis de prática desportiva do sexo feminino e uma diminuição da prática com a idade, verifica-se que estamos longe da tão ambicionada e desejada prática generalizada (Vieira, 2007). Dado que está mais do que provada a importância que o “ser activo”, assume em todas as fases das nossas vidas, especialmente na adolescência, é importante potenciar a prática desportiva, enquanto comportamento protector da saúde, reforçando a necessidade de se ensinar, consolidar e investir, numa vertente do desporto ligada à promoção de estilos de vida saudáveis.

III. Metodologia

3.1 Caracterização da amostra

A amostra deste trabalho era constituída por 609 jovens de ambos os sexos (49,4% do sexo masculino - ♂- e 50,6% do sexo feminino - ♀), pertencentes a escolas do 3º Ciclo do Ensino Básico (ver Quadro 1).

Quadro 1 – Ano Escolar

Ano de escolaridade	%	n
7	17,7	108
8	27,4	167
9	54,2	330
Total	100	609

A média das idades dos jovens inquiridos era de 13,47 anos (desvio padrão de 1,059 anos), tendo os mais novos 12 anos e os mais velhos 16 (ver Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos alunos pelas diferentes idades na amostra global em função do sexo

Idades	Amostra global		Masculino		Feminino	
	%	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)

Agrupamos ainda os jovens em dois escalões etários: 12 a 13 anos (51,4%) e 14 a 16 anos (48,6%) (ver Quadro 3).

Quadro 3 - Escalões etários

Escalões etários	%	n
12 a 13 anos	51,4	313
14 a 16 anos	48,6	296
Total	100	609

3.2 Instrumento

Para a recolha de dados foi utilizado o “inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes”, versão online, desenvolvido pelo Laboratório de Psicologia do Desporto (2009), a partir do questionário de Corte-Real, Balaguer e Fonseca (2004).

Este instrumento foi concebido, para adolescentes, recolhendo informações relacionadas com os seus comportamentos protectores ou de risco para a saúde.

3.3 Variáveis

Para a realização deste estudo, as variáveis consideradas foram a prática desportiva, o consumo de tabaco, consumo de álcool, saúde percebida. Como pretendíamos estudar as diferenças verificadas nas respostas dadas pelos jovens dos dois sexos, nas diferentes idades, incluímos as variáveis sócio demográficas sexo e idade.

Relativamente à prática desportiva, optamos por considerar, apenas a prática desportiva realizada fora da escola. Começamos por dividir: prática desportiva em três grupos:

- i) Inexistente (o jovem não pratica qualquer tipo de prática desportiva);
- ii) Esporádica (toda a prática desportiva realizada até no máximo uma vez por semana);
- iii) Regular (toda a prática desportiva realizada pelo menos duas vezes por semana).

No que diz respeito ao consumo de tabaco, analisamos a frequência de consumo agrupando os jovens em três grupos:

- i) Não consomem;
- ii) Consomem esporadicamente (consomem até no máximo uma vez por semana);
- iii) Consomem regularmente (consomem pelo menos duas vezes por semana).

Quanto ao consumo de álcool, analisamos a frequência de consumo agrupando os jovens em três grupos:

- i) Não consomem;
- ii) Consomem esporadicamente (consomem até no máximo uma vez por semana);
- iii) Consomem regularmente (consomem pelo menos duas vezes por semana).

Na saúde percebida, agrupamos os jovens em três grupos:

- i) O jovem faz uma avaliação da sua saúde – insuficiente/suficiente;
- ii) O jovem faz uma avaliação da sua saúde – boa;
- iii) O jovem faz uma avaliação da sua saúde – muito boa.

As variáveis sócio demográficas analisadas foram o sexo e a idade, sendo cada uma destas, foi analisada da seguinte forma:

Sexo – a identificação do sexo dos adolescentes foi realizada com base na resposta a uma questão, em que foi solicitado que indicassem o sexo: masculino ou feminino.

Idade - agrupamos os alunos segundo dois escalões etários: 12-13anos, 14-16anos. Esta divisão parece-nos adequada, uma vez que também ela corresponde a diferentes fases (ou ano de escolaridade) que os adolescentes passam na escola (Corte-Real, 2006).

- i) 12-13 anos: fase de transição e adequação a um novo ciclo;
- ii) 14-16 anos: fase em que o adolescente já se encontra integrado e adaptado no ciclo.

3.4 Procedimentos da aplicação dos questionários

A aplicação dos questionários foi realizada por estudantes de mestrado e doutoramento que participavam nas actividades do Laboratório de Psicologia do Desporto da nossa Faculdade, integrando a equipa de investigação desta área de interesse, tendo seguido todos um guião que continha alguns pontos considerados fundamentais, nomeadamente:

- Cada aplicação devia ter sempre a presença de um professor da escola nas aulas em que foram aplicados os questionários;
- O investigador estava presente enquanto decorria o preenchimento do questionário, disponibilizando-se para esclarecer qualquer dúvida, tendo o cuidado de não induzir a resposta;

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

3.5 Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico foi efectuado no programa de análises estatísticas denominado “Statistical Package for Social Sciene” (SPSS) versão 17.

Na análise dos dados utilizamos estatística descritiva com apresentação das frequências e percentagens para as variáveis nominais, médias e desvio de padrão para variáveis contínuas. Recorremos ainda ao teste do Qui-Quadrado (estudo da distribuição em variáveis qualitativas – escalas de medida nominal ou ordinal). O nível de significância considerado foi 0,05.

IV. Apresentação e discussão dos resultados

4.1 Prática desportiva

Começando por analisar os níveis de prática desportiva na adolescência, verificámos que na amostra global, a grande maioria dos jovens (71,5%), apresentava uma prática desportiva regular. Constatamos, ainda, que 16,5% dos jovens, apresentavam uma prática desportiva inexistente, e 12% tinham uma prática desportiva esporádica.

Analisando de forma mais pormenorizada, a relação existente entre a prática desportiva e o sexo é possível verificar que os jovens do sexo feminino apresentavam uma percentagem mais elevada de prática inexistente e uma menor percentagem de prática regular, comparando com o sexo masculino (ver Quadro 4). Tais diferenças, são estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Quadro 4 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de prática desportiva em função do sexo

Prática desportiva	Amostra Global		♂		♀	
	n	%	n	%	n	%
Inexistente	99	16,5	18	6,1	81	26,8
Esporádica	72	12	22	7,4	50	16,6
Regular	428	71,5	257	86,5	171	56,6
(g.l.=2)	$\chi^2 = 68,223 \quad p < 0,001$					

Quanto à relação da prática desportiva com os escalões etários, os dados sugerem, uma ligeira diminuição da prática desportiva regular com o evoluir das idades (ver Quadro 5), não sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,305$).

Quadro 5 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de prática desportiva em função da idade

Prática desportiva	12/13anos		14/16anos	
	n	%	n	%
Inexistente	44	14,3	55	18,9
Esporádica	39	12,7	33	11,3
Regular	225	73,1	203	69,8
(g.l.=2)	$\chi^2 = 2,373 \quad p = 0,305$			

Os resultados atrás enunciados, vão ao encontro de muitas outras investigações nacionais e internacionais. Apesar das diferentes metodologias utilizadas, verificamos a existência de uma tendência que confirmam os nossos resultados. Baixos níveis de prática desportiva, por parte do sexo feminino, quando comparado com o sexo masculino e uma diminuição da prática desportiva com o avançar da idade.

Nos estudos de grandes dimensões, como é o caso de Matos et. al. (2006); Corte-Real (2006), verificamos baixos níveis de prática desportiva no sexo feminino e uma tendência para uma diminuição da prática desportiva com a idade. Nos estudos de menor dimensão, resultados idênticos foram encontrados, sendo que nestes a amostra era de menor dimensão (Vieira, (2007); Albuquerque (2004); Pinto (2004); Queirós (2003) e Shneider (2003)).

4.2 Consumo de Tabaco

Analisando o consumo de tabaco na amostra global (ver Quadro 6), foi possível verificar que 87,7% da amostra não consumia tabaco, apenas, 3,5% apresentava um consumo esporádico e 8,8% dos jovens consumia regularmente. Assim podemos afirmar que a maioria dos jovens da nossa amostra não possui hábitos de consumo de tabaco.

Observando o consumo de tabaco em função do sexo, verificamos que os consumos dos jovens do sexo masculino e do sexo feminino, eram muito semelhantes, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,460$).

Quadro 6 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função do sexo

Consumo de tabaco	Amostra Global		♂		♀	
	n	%	n	%	n	%
Não consomem	501	87,7	248	87,3	253	88,2
Consumem esporadicamente	20	3,5	8	2,8	12	4,2
Consumem regularmente	50	8,8	28	9,9	22	7,7
(g.l.=2)	$\chi^2 = 1,554 \quad p=0,460$					

Quando analisamos o consumo por escalões etários, verificamos que o consumo aumenta com a idade (ver Quadro 7), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Quadro 7 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função da idade

Consumo de tabaco	12/13anos		14/16anos	
	n	%	n	%
Não consomem	275	93,5	226	81,6
Consomem esporadicamente	5	1,7	15	5,4
Consomem regularmente	14	4,8	36	13
(g.l.=2)	$\chi^2 = 18,983$ $p < 0,001$			

Apesar de a nossa amostra ser pequena em comparação com muitos outros estudos realizados, os resultados obtidos no nosso estudo, no que diz respeito ao consumo de tabaco, convergem com os resultados de outros estudos, quer nacionais quer internacionais. Os resultados indicam que o consumo aumenta com a idade, não se verificando diferenças significativas entre sexos (Pinto, 2004; Corte-Real, 2006; Matos et al., 2006; Vieira, 2007).

Outros estudos, como o de Teixeira (2003), Albuquerque (2004) e Frazão (2004), sugerem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo o consumo mais regular do sexo feminino, quando comparados com o sexo masculino, o que não se verificou no nosso estudo. Estas diferenças podem ser explicadas por inúmeras situações, o número da amostra, a região do país estudada, pois sendo uma região interior, alguns valores antiquados ainda prevalecem. O acto de fumar ainda é tido como uma afirmação de masculinidade, com aceitação social, enquanto que em relação as mulheres, está conotado como um comportamento indesejável.

4.3 Consumo de álcool

Relativamente ao consumo de álcool, quando analisamos os dados da amostra global, verificamos que 50,7% dos jovens referiram que não consumiam álcool. Por outro lado, 37,4 % da amostra, referiu que consumia álcool esporadicamente e somente 11,9% dos jovens consumia regularmente (ver Quadro 8).

Quando analisamos as diferenças entre sexos, encontramos consumos semelhantes entre rapazes e raparigas, sendo que as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas ($p=0,867$).

Quadro 8 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de álcool em função do sexo

Consumo de álcool	Amostra Global		♂		♀	
	n	%	n	%	n	%
Não consomem	286	50,7	135	49,8	151	51,5
Consomem esporadicamente	20	37,4	102	37,6	109	37,2
Consomem regularmente	50	11,9	34	12,5	33	11,3
(g.l.=2)	$\chi^2=0,285$ $p=0,867$					

Analisando o consumo de álcool em relação aos escalões etários, é possível verificar que este, aumenta com a idade. Verificando-se, que o consumo semanal do escalão etário inferior (12/13anos) é menor do que a do escalão superior (14/16anos), sendo que estas diferenças eram estatisticamente significativas ($p<0,001$) (ver Quadro 9).

Quadro 9 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de álcool em função da idade

Consumo de álcool	12/13anos		14/16anos	
	n	%	n	%
Não consomem	177	61,5	109	39,5
Consomem esporadicamente	93	32,3	118	42,8
Consomem regularmente	18	6,3	49	17,8
(g.l.=2)	$\chi^2=33,233$ $p<0,001$			

Tal como o consumo de tabaco, no consumo de álcool podemos verificar um aumento do consumo com a idade, sendo que entre sexos os consumos são semelhantes. Os dados obtidos, são unânimes em relação a outros estudos realizados (Teixeira, 2003; Pinto, 2004; Corte-Real, 2006), o consumo de álcool tende a aumentar com a idade, o que vai de encontro aos resultados por nós obtidos. Quanto às diferenças entre sexos, os resultados por nós obtidos são contraditórios em relação a vários estudos realizados (Teixeira, 2003; Queirós, 2003; Pinto 2004, Corte-Real, 2006), onde o sexo masculino apresenta uma percentagem de consumo superior ao do sexo feminino.

4.4 Saúde percebida

Observando os dados relativos à saúde percebida, verificamos que, a grande maioria dos jovens, avaliou a sua saúde como Boa (49,5%) e 34,9 % dos jovens avaliou a sua saúde como Muito Boa. Apenas 15,3% da amostra, classificou a sua saúde como insuficiente/suficiente (ver Quadro 10).

Quadro 10 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de saúde percebida (avaliação da saúde) em função do sexo

Saúde percebida	Amostra Global		♂		♀	
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente/suficiente	93	15,3	27	9,2	66	21,6
Boa	296	49,5	138	47,3	158	51,6
Muito Boa	209	34,9	127	43,5	82	26,8
(g.l.=2)	$\chi^2 = 27,086 \quad p < 0,001$					

Quanto as diferenças entre sexos, verificamos que o sexo feminino avalia a sua saúde de forma menos positiva, em relação ao sexo masculino. As diferenças encontradas eram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

IV. Apresentação e Discussão dos Resultados

Quadro 11 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de saúde percebida (avaliação da saúde) em função da idade

Saúde percebida	12/13anos		14/16anos	
	n	%	n	%
Insuficiente/suficiente	33	10,7	60	20,6
Boa	154	50,2	142	48,8
Muito Boa	120	39,1	89	30,6
(g.l.=2)	$\chi^2 = 17,848$ $p < 0,001$			

Relativamente ao escalão etário, verificamos igualmente diferenças estatisticamente significativas, $p < 0,001$. À medida que a idade aumenta, a avaliação da saúde evolui, negativamente. Isto é, os jovens mais velhos (14/16anos), classificam menos vezes a sua saúde como Boa/Muito Boa.

Concluimos que, de uma forma geral, os jovens têm uma percepção da sua saúde muito positiva, sendo que o sexo feminino a avalia menos positivamente em relação ao sexo masculino. Com o evoluir da idade esta percepção que os jovens fazem da sua saúde piora.

Os resultados encontrados neste estudo, são semelhantes aos encontrados nos estudos de Corte-Real (2006) e Vieira (2007).

Estes resultados vão ao encontro da revisão da literatura realizada, em que se realça o facto da grande maioria dos jovens serem saudáveis e por isso percebem a sua saúde de forma positiva (Corte-Real, 2006).

Assim é possível concluir, pela análise e observação dos dados atrás expostos, que à medida que a idade aumenta os comportamentos de risco também aumentam (consumo de álcool e tabaco), afirmando-se, assim a necessidade intervir cada vez mais precocemente, no sentido de atenuar a adopção de comportamentos de risco e aumentar os hábitos de prática desportiva. As diferenças entre sexos, sugerem-nos uma intervenção para ambos os sexos, sendo que cada um apresenta prioridades diferentes.

4.5 Relação entre saúde percebida, prática desportiva, consumo de álcool e tabaco

Depois de ter analisado os resultados obtidos em relação ao nosso primeiro objectivo, importa agora, procurar compreender a relação existente entre os comportamentos dos jovens e a sua saúde.

Começamos, então por analisar a relação existente entre a saúde percebida e a prática desportiva dos jovens (Quadro 12). Pela análise dos dados, podemos verificar que os jovens com prática desportiva regular, de uma forma geral avaliam a sua saúde de forma mais positiva, em relação aos jovens com prática inexistente (ver Quadro 12). Estas diferenças são estatisticamente significativas, ($p < 0,001$).

Quadro 12 - A saúde percebida (avaliação da saúde) e a prática desportiva dos jovens

Saúde percebida	Prática Desportiva					
	Inexistente		Esporádica		Regular	
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente/suficiente	25	25,3	18	25	50	15,8
Boa	49	49,5	30	41,7	212	50,7
Muito boa	25	25,3	24	33,3	156	37,3
(g.l.=4)	$\chi^2 = 17,781 \quad p < 0,001$					

Estes dados vão de encontro aos estudos realizados Corte-Real (2006) e Vieira (2007), nos quais a amostra era mais significativa em relação ao nosso estudo.

Analisando, a relação existente entre o consumo de tabaco e a avaliação que os jovens fazem da sua saúde, podemos constatar que os jovens que não consumiam tabaco, avaliavam a sua saúde de forma mais positiva (boa/muito boa, (ver Quadro 13). Por outro lado, os jovens que tinham um consumos mais regulares, foram aqueles que avaliaram a sua saúde como insuficiente/suficiente (30,4%). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas, ($p < 0,001$).

IV. Apresentação e Discussão dos Resultados

Quadro 13 - A saúde percebida (avaliação da saúde) e o consumo de tabaco dos jovens

Saúde percebida	Consumo de tabaco					
	Não consomem		Consomem esporadicamente		Consomem Regularmente	
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente/suficiente	67	13,5	3	15	14	30,4
Boa	253	51	9	45	19	41,3
Muito boa	176	35,5	8	40	13	28,3
(g.l.=4)	$\chi^2 = 9,737$ $p < 0,001$					

No que diz respeito à relação existente entre o consumo de álcool e a avaliação que os jovens fazem da sua saúde, podemos verificar, que os jovens que não consumiam álcool, tinham uma percepção positiva da sua saúde (52,4%/34,6%) em comparação com os jovens que consumiam regularmente. Sendo que, estas diferenças não eram estatisticamente significativas.

Quadro 14 - A saúde percebida (avaliação da saúde) e o consumo de álcool dos jovens

Saúde percebida	Consumo de álcool					
	Não consomem		Consomem esporadicamente		Consomem Regularmente	
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente/suficiente	37	12,9	37	18	15	23,1
Boa	150	52,4	91	44,2	30	46,2
Muito boa	99	34,6	78	37,9	20	30,8
(g.l.=4)	$\chi^2 = 6,798$ $p = 0,147$					

Assim, segundo os dados obtidos, podemos referir que existe uma relação directa entre os comportamentos protectores de saúde e a avaliação positiva que os jovens fazem da sua saúde.

Os jovens com comportamentos saudáveis, isto é, possuem uma prática regular, não consomem álcool nem tabaco, avaliam mais frequentemente a sua saúde como boa/muito boa.

V. Conclusões e Sugestões

Findado este estudo, importa referir, que mais do que analisar os níveis de prática desportiva, de consumo de álcool, de tabaco e a percepção que os jovens faziam da sua saúde, debruçamos a nossa atenção, em procurar compreender a relação entre os comportamentos dos jovens e a forma como estes entendiam e avaliavam a sua saúde.

Deste modo, as principais conclusões que podemos retirar deste nosso estudo foram....

Na prática desportiva ... sendo a nossa amostra constituída por 609 jovens de ambos os sexos. Verificámos que a grande maioria, isto é, 428 jovens, apresentavam uma prática regular. O sexo masculino apresentou índices de prática desportiva superiores ao do sexo feminino, verificando-se uma ligeira diminuição da prática desportiva com a idade.

O consumo de tabaco ... na amostra em questão era bastante reduzido, somente 50 jovens apresentavam consumos regulares. Estes consumos era semelhantes entre sexos, denotando-se um aumento do consumo com a idade.

Consumo de álcool...verificamos que 286 jovens, não apresentavam consumos, isto é, metade da amostra global não possuía hábitos de consumo de álcool. Entre sexos os consumos apresentados eram semelhantes, sendo que com o evoluir da idade estes consumos aumentavam.

No que diz respeito à saúde percebida ... constatamos que a maioria dos jovens tem uma boa percepção da sua saúde, realçando-se uma percepção mais positiva no sexo masculino do que no sexo feminino. Quanto à idade, verificou-se, que à medida que a idade aumenta, a avaliação da saúde evolui, negativamente. Isto é, os jovens mais velhos (14/16anos), classificavam menos vezes a sua saúde como Boa/Muito Boa.

Assim, outro aspecto que podemos realçar é a relação verificada entre os comportamentos dos jovens e a sua saúde. Os jovens com prática desportiva regular, de uma forma geral avaliam a sua saúde de forma mais positiva, em relação aos jovens com prática inexistente. Os jovens que não consumiam tabaco, avaliavam a sua saúde de forma mais positiva (boa/muito boa. Por outro lado, os jovens que tinham um consumos mais regulares, foram aqueles que avaliaram a sua saúde como insuficiente/suficiente. Em relação ao consumo de álcool e à avaliação que os jovens fazem da sua saúde, podemos

verificar, que os jovens que não consumiam álcool, tinham uma percepção positiva da sua saúde em comparação com os jovens que consumiam regularmente.

Assim podemos concluir, que os jovens com comportamentos protectores de saúde, isto é, que apresentavam uma prática desportiva regular, consumos inexistentes de álcool e tabaco, faziam de uma forma geral uma avaliação mais positiva da sua saúde.

Estes resultados reforçam a ideia da importância de programas de promoção da saúde, junto dos jovens, ajudando-os a perceber as implicações dos comportamentos de risco para a sua saúde, na tentativa de os responsabilizar precocemente pelos seus comportamentos.

Assim... é importante que programas e medidas sejam implementadas desde cedo, na formação destes jovens, mas é igualmente importante que os professores, treinadores e dirigentes desportivos sejam uma via para esta divulgação do desporto enquanto promotor de estilos de vida saudáveis.

É necessário criar projectos de investigação-acção nas escolas, com os alunos a serem os principais protagonistas nestas acções e não apenas actividades pontuais.

VI. Bibliografia

A

Albuquerque, M. (2004). Actividade física, auto percepções e estilos de vida dos adolescentes: estudo realizado em escolas com 3º ciclo da cidade de Amora. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Almeida, J. (1996). A adolescência e a maternidade. Fundação Calouste Gulbenkian.

B

Balaguer, I. Ed. (2002). Estilos de vida en la Adolescencia. Valencia: Ed. Promolibro.

Brook, C. (1989). Adolescência. Coimbra: Livraria Almedina.

C

CDS (1992). Physical Activity and Health Adolescents and Young Adults: a Report of the Surgeon General – National Health Interview survey/youth Risk Behavior Survey. (em linha) Actual. 2001 (Consultado a 1 de Março de 2009). Disponível em WWW:<URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/adoles.pdf>.

Conselho da Europa (1995). The significance of sport for society – Health, socialisation, economy. Committee for the development of Sport (CDDS). Holanda.

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 Ciências do Desporto. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

E

Erikson, E. (1978). Identity and the Life Cycle. London: W.W. Norton & Company.

F

Frazão, H. (2004). Actividade física e os consumos de álcool e tabaco dos estudantes do 7º e 12º ano de escolaridade do Conselho de Caldas da Rainha: que relações com a sua idade, género e os comportamentos dos seus irmãos e amigos ?. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

J

Jersild, A. (1902). Psicologia da adolescência. 6ª Edição. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

L

Lerner, R., M., e Galambos, N., L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*. Retirado, em 25/06/2009, de www.findarticles.com

M

Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). A Saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8anos: relatório preliminar do estudo HBSC 2006. Lisboa: Edições FMH

Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2006). A Saúde dos adolescentes(quatro anos depois): relatório português do estudo HBSC 2002. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C,; Canha, L. (2002). A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Estudo Nacional da Rede Europeia. HBSC/OMS. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. e Carvalhosa S. (2001). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. Lisboa: Edições FMH.

Merita, M. e Soler, M. (2002). Salud percebida y alteraciones psicosomáticas en la adolescencia temprana. In Balaguer, I. (Ed) Estilos de vida en la Adolescencia (pp.183-207). Valência: Ed. Promolibro.

Ministério da Educação (2006a). Despacho nº. 25995/2005 (2º serie). (em linha) Actual. 2006 (consultado a 3 de Fevereiro de 2009). Disponível em WWW:<URL: http://www.dgidc.min-edu.pt/Educacaosexual/Desp_nov1.pdf

Ministério da Educação (2006b). Edital. (em linha). Actual. 2006 (consultado a 3 de Fevereiro de 2009). Disponível em WWW:URL: http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=298&fileName=edital_despacho_25995_2005.pdf.

Ministério da Educação e Ministério da Saúde (2006). Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. (em linha). Actual. 2006 (consultado a 4 de Fevereiro de 2009). Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Lisboa

Ministério da Saúde (2006). Direcção-geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Edital. (em linha). Actual. 1 Fev. 2006 (consultado em 5 de Maio de 2009). Disponível em www: <URL: <http://www.dgidc.min-edu.pt/fichdown/editalGTES.pdf>.

Mota, J. e Sallis, J. (2002). Actividade Física e Saúde : factores de influencia da actividade física nas crianças e adolescentes. Porto: Campo de Letras.

O

OMS (1946). Constituion of the World Heath Organizacion (em linha). Actual. 2007 (consultado a 8 de Junho de 2009). Disponível em WWW:<URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.PDF.

OMS (1978). Declaration of Alma-Ata (em linha): International Conference on Primary Health Care, Alma-ata, USSR, 6-12 September 1978. Actual. 2007 (consultado a 6 de Maio de 2009). Disponível em WWW:<URL: http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm.

OMS (1986). As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos. Lisboa: Ministério da saúde, departamento de Estudos e Planeamento.

OMS (2002). Rapport sur la Santé en Europe 2002. Copenhagen.

OMS (2004). Young People's health in context. Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) study: internacional report from the 2001/2002 survey. Copenhagen.

OMS (2006). Tobacco Free Initiative (TFI) Actual. 2006 (Consultado a 7 de Agosto de 2007) Disponível em WWW: <URL: http://www.OMS.int/tobacco/health_priority/en/index.html.

P

Pedersen, J. (1998). Well-being among Greenlandic students (Abstract). *International Journal of Circumpolar Health*. (consultado a 7 de Agosto de 2009). Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10093357.

Philip Morris International (2006) Historia do Tabaco [em linha]. Actual.2006 [consult. 25 de Junho 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://www.philipmorrisinternacional.com/BR/pages/por_BR/ourbus/History_tobacco.asp

Pinto, M. (2004). Actividade física e consumo de tabaco, álcool e haxixe: estudo realizado com adolescência do distrito da Guarda. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Porto Editora (2002). Dicionário da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora.

Q

Queirós, A. (2003). Estilos de vida, auto percepções e actividade física dos jovens: estudo exploratório numa escola secundaria do Vale Sousa. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

R

Ribeiro J. (2005) . O importante é a saúde : estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado da saúde - SF-36 / José Luís Pais Ribeiro

Ribeiro, J. (1998). Psicologia e Saúde. 1º Edição. Lisboa: ISPA

S

Sampaio, D. (1994). Inventem-se novos pais. Lisboa: Editorial Caminho.

Schneider, C. (2004). Estilos de vida e autopercepções na adolescência : o caso de uma Escola do 3º ciclo em Penafiel. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Simões, M. (2007). Comportamentos de Risco na Adolescência. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Simões, M., & Marques, J. (2000). Determinantes sócio-cognitivas de intenções comportamentais relacionadas com a saúde. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 25-36.

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

Steinber, L. (1998). Adolescence. *Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence*. Retirado em 20/06/2009, de www.findarticles.com

T

Teixeira, J. (2003). Objectivos de realização, actividade física e consumo de tabaco e álcool – estudo exploratório numa escola do Concelho de Matosinhos. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de mestre em Ciências do Desporto. F.C.D.E.F. – U.P.

V

Vieira, T. (2007): Prática Desportiva, Consumo de Tabaco e Saúde Percebida: um estudo realizado em adolescentes do 3º ciclo do Ensino Básico. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

W

Weiner, I. (1992). Perturbações Psicológicas na adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.