

MARIA DO CARMO ALVES CHINA

ACTIVIDADE FÍSICA DESPORTO
E
LAZER NA ADOLESCÊNCIA

Orientadora: Professora Doutora Raquel Maria Santos Barreto Sajara Madeira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Educação Física e Desporto

Lisboa, 2011

Agradecimentos

Nesta página, gostaria de expressar os mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que me acompanharam e de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo:

- À Professora Doutora Raquel Barreto, pela disponibilidade demonstrada, pelo fornecimento das directrizes indispensáveis para a realização deste estudo e pelo conhecimento transmitido ao longo de todo o ano lectivo.
- Aos meus colegas de trabalho da Escola Sophia de Mello Breyner Andresen do grupo de Educação Física, em especial à Professora Maria João Mateus pela ajuda incondicional, em todas as circunstâncias.
- Aos órgãos da direcção da Escola Sophia de Mello Breyner Andresen, por me terem proporcionado a possibilidade de realizar o presente estudo.
- A todos os alunos que constituem a amostra.
- Aos docentes que disponibilizaram a sua aula e o seu tempo no acompanhamento e supervisão dos alunos, durante a realização do questionário.
- Aos meus sogros, por todo o carinho, apoio e preciosa ajuda no desenrolar deste processo.
- À memória do meu Pai e amor da minha Mãe.
- Por último, quero deixar um agradecimento especial ao meu marido, por todo o apoio que sempre me transmitiu, pela compreensão manifestada ao longo deste período de tão pouca disponibilidade pessoal e, porque desde o primeiro momento me encorajou, estando sempre disponível para me ajudar.

Abreviaturas

ASS – Aventura Social e Saúde

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

WHR – Relatório Anual de Saúde

Índice

Agradecimentos	1
Abreviaturas.....	3
Índice de Tabelas	7
Resumo	9
Parte I – Objecto de Estudo Introdução	10
Introdução	11
Enunciado do Problema.....	12
Parte II – Análise da Literatura.....	15
Introdução.....	16
Adolescência.....	17
Estilos de Vida.....	20
Actividade Física e Promoção da Saúde	23
Percepções dos Adolescentes e Jovens.....	27
Percepção de Saúde.....	27
Imagem Corporal	31
Qualidade de Vida	34
Parte III – Metodologia e Procedimentos	37
Introdução.....	38
Caracterização da Amostra.....	38
Número de Alunos Questionados	39
Distribuição dos Alunos da Amostra por Género	39
Distribuição por Grupo Etário	39
Número de Turmas Incluídas.....	40
Distribuição por Ano de Escolaridade	40
Instrumento de Recolha de Dados	40

Procedimentos	41
Tratamento de Dados.....	42
Parte IV – Apresentação e Análise dos Resultados	43
Introdução.....	44
Alguns Indicadores do Estatuto Socioeconómico	44
Os Pais e o Emprego	44
Profissão dos Pais	44
Nível de Instrução dos Pais.....	45
Indicadores da Prática de Actividade Física e Tempos Livres	46
Actividade Física	46
Prática de actividade física.	47
Prática desportiva.....	49
Tempos Livres	50
Actividade desportiva até transpirar e ficar ofegante.	51
Número de horas a ver televisão.....	52
Número de horas a usar o computador.	54
Número de horas a jogar computador ou consola.....	57
Síntese dos Resultados	60
Quem são os inquiridos	61
Estatuto Socioeconómico – Alguns Indicadores	61
Actividade Física.....	62
Desporto	62
Lazer	63
Parte V – Perfil Evolutivo/Comparativo com o Estudo HBSC (Portugal 2006).....	66
Introdução.....	67
Estatuto socioeconómico	67
Actividade Física	68
Desporto	68

Lazer	69
Parte VI – Conclusões/recomendações	71
Introdução	72
Conclusões	72
Recomendações	74
Referências Bibliográficas	76
Anexos	84

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número de alunos questionados.....	39
Tabela 2 – Distribuição dos alunos por género	39
Tabela 3 – Distribuição dos alunos por grupos etários	39
Tabela 4 – Distribuição das turmas por ano de escolaridade	40
Tabela 5 – Distribuição dos alunos por ano de escolaridade	40
Tabela 6 – Percentagem de emprego dos pais.....	44
Tabela 7 – Profissão dos pais por categorias.....	45
Tabela 8 – Nível de instrução dos pais.....	46
Tabela 9 – Prática activ. física na última semana (pelo menos 60 min./dia)	48
Tabela 10 – Prática activ. física na última semana – comparação entre géneros.....	48
Tabela 11 – Prática activ. física na última semana – comparação entre idades	48
Tabela 12 – Prática de desporto	49
Tabela 13 – Prática de desporto – comparação entre géneros.....	49
Tabela 14 – Prática de desporto – comparação entre idades.....	50
Tabela 15– Activ. desportiva semanal nos tempos livres – comparação entre géneros	51
Tabela 16 – Activ. desportiva semanal em tempos livres – comparação entre idades	52
Tabela 17 – Nº de horas a ver TV, vídeos e DVDs.....	53
Tabela 18 – Nº de horas a ver TV, vídeos e DVDs – comparação entre géneros	54
Tabela 19 – Nº de horas a ver TV, vídeos e DVDs – comparação entre idades	54
Tabela 20 – Nº de horas diárias a usar PC	56
Tabela 21 – Nº de horas diárias a usar PC – comparação entre géneros.....	57
Tabela 22 – Nº de horas diárias a usar PC – comparação entre idades	57

Tabela 23 – Nº de horas semanais a jogar PC/Consola.....	59
Tabela 24 – Nº de horas semanais a jogar PC/Consola – comparação entre géneros ..	60
Tabela 25 – Nº de horas semanais a jogar PC/Consola – comparação entre idades	60

Resumo

Os estilos de vida pessoais evoluíram notavelmente com o passar dos anos como consequência das mudanças verificadas nas sociedades modernas. As condições da vida urbana, os horários das actividades escolares, a televisão, os videojogos e a Internet estão a potenciar um maior sedentarismo dos adolescentes (Redondo, Gross, Moreno & García-Fuentes, 2010), que usam cada vez menos as suas potencialidades físicas, embora se saiba que os indivíduos que praticam regularmente uma actividade física percebem ter um estado de saúde mais positivo (Mota & Duarte, 1999). Nesta perspectiva, o interesse em conceitos como *actividade física, estilo de vida, qualidade de vida, promoção da saúde*, têm vindo a adquirir uma relevância crescente para a determinação das variáveis que contribuem para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, por meio do incremento do nível de actividade física habitual.

Porque sabemos que a promoção da actividade física na infância e na adolescência significa o estabelecimento de uma base sólida para a redução do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida (Lazzoli et al., 1998), e porque são reconhecidos os efeitos benéficos da actividade física na saúde, (bem-estar físico, social e psicológico) (Diniz, 1998), pretende-se, com o presente trabalho, analisar os estilos de vida dos adolescentes dos 8º e 9º anos de escolaridade do Agrupamento de Escolas Sophia de Mello Breyner Andresen ao nível da actividade física, prática desportiva e ocupação de tempos livres, relacionando-os com os padrões sustentados nos estudos da HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde), ou mais concretamente com os dados do Relatório preliminar do estudo HBSC 2006 - “A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Hoje e em 8 Anos”, levado a cabo pela ASS (Aventura Social e Saúde).

Parte I – Objecto de Estudo

Introdução

Neste capítulo pretende-se apresentar o problema orientador do trabalho, enquadrando-o no quadro conceptual da investigação actual, e definir os objectivos que se pretendem atingir.

O trabalho será organizado em seis capítulos com os seguintes títulos e composição respectivamente:

Enunciado do Problema – Enuncia o problema, o objecto e os objectivos do trabalho.

Análise da Literatura – Propõe uma abordagem aos estudos já existente neste domínio do conhecimento. Procura-se analisar esses trabalhos para posteriormente se proceder a uma comparação com os resultados apresentados. Neste capítulo serão abordados conceitos como: adolescência; estilos de vida, onde se exporá a actividade física e a promoção da saúde; percepções dos adolescentes e jovens nomeadamente a percepção de saúde e imagem corporal; e qualidade de vida.

Metodologia e Procedimentos – Caracteriza a amostra, apresenta o instrumento de recolha de dados e os procedimentos para a sua aplicação e, por fim, o tratamento dos dados.

Apresentação e Análise dos Resultados – Apresenta e descreve os resultados da análise descritiva tendo como referência os objectivos do trabalho. Numa fase posterior, examinam-se os resultados obtidos, tendo como referência os estudos anteriormente analisados, procurando proceder-se a uma correcta interpretação do produto da investigação.

Conclusões/Recomendações – Resumo das principais conclusões obtidas no presente trabalho e sugestões para eventuais melhorias nos comportamentos.

Enunciado do Problema

O conceito de saúde deixou de estar confinado simplesmente à ausência de doença desde que em 1948 a OMS definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. O conceito deixou assim de ser exclusivo da medicina para se associar a outros conceitos, nomeadamente estilo de vida. Nesta perspectiva, a saúde é entendida como uma qualidade subjectiva, como um bem instável que se deve adquirir, defender e reconstruir ao longo da vida (Graça & Bento, 1993). Não obstante, os jovens tendem a descrever o termo saúde relacionando-o apenas com os aspectos fisiológicos, e consideram que é suficiente absterem-se de certos comportamentos, como por exemplo, não fumar, não ingerir drogas, não consumir a denominada “junk food”, entre outros hábitos, para terem uma vida saudável (Harris, 1993).

A promoção de estilos de vida saudável, associada à promoção de factores protectores da saúde na população jovem, reveste-se de especial importância, uma vez que é nesta faixa etária que estes se consolidam ou se fragilizam (Williams, Holmbeck, & Greenley, 2002; Muza & Costa, 2002). Do ponto de vista da saúde pública e medicina preventiva, promover a actividade física na infância e na adolescência significa estabelecer uma base sólida para a redução do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida (Lazzoli et al., 1998).

Embora o sedentarismo seja considerado como um factor de risco, com a mesma importância que o tabagismo e a alimentação (OMS, 2003) e vários estudos o associem às maiores causas de morbimortalidade (Mota, 1999; Blair et al., 1989; Paffenbarger, Hyde, Wing & Hsieh, 1986), na actualidade podemos encontrar muitos adolescentes que, independentemente da sua idade ou sexo, deixam de praticar exercício físico.

Como forma de minimizar os efeitos nefastos do sedentarismo, a Organização Mundial de Saúde (2010) reconhece a importância da actividade física para a saúde (física, mental e social, capacidade funcional e bem-estar) e aponta para a necessidade de políticas e programas com o objectivo de integrar a prática desportiva nos hábitos de vida das populações e sociedades.

Enquanto comportamento relacionado com a saúde, a actividade física é muitas vezes colocada em competição com outros valores, comportamentos e atitudes, que podem ter mais relevo para as aspirações dos jovens (Mota, 1997), pelo que se torna importante compreender de que forma é possível influenciar os comportamentos decisivos na apropriação de um estilo de vida saudável, com inclusão da prática de actividade física.

Porque a prática da actividade física contribui para o desenvolvimento da cultura corporal saudável e desempenha um papel decisivo na educação integral do ser humano, é importante aumentar a participação de crianças e adolescentes em programas regulares de actividade física que possibilitem vivências positivas durante a juventude, de forma a estabelecer a prática de actividade física como um hábito de vida (Armstrong & Welsman, 1997).

Sallis e Owen (1999) consideram também que a actividade física pode melhorar a saúde psicológica dos jovens em geral, através da influência de variáveis como: o humor, a percepção de stress, a auto-estima, o auto-conceito, a hostilidade e o funcionamento intelectual. Estimam ainda que, perante as elevadas taxas de depressão e suicídio nestas idades, para além de outros distúrbios como a ansiedade e o abuso de substâncias, a actividade física poderá contribuir para a prevenção ou tratamento destas problemáticas.

Os hábitos de prática de actividade física estão assim associados à saúde, sendo este comportamento relacionado com o estilo de vida activa. Apesar de alguns estudos não demonstrarem uma relação clara entre os níveis de actividade física e a promoção da saúde

(Nelson, 1991; Freedson & Rowland, 1992), um estilo de vida activa oferece uma compreensão positiva de saúde (Mota & Duarte, 1999) ou seja, os indivíduos que praticam regularmente, uma actividade física, percebem ter um estado de saúde positivo.

Mello e Tufik (2004) consideram que a actividade física aumenta a auto-estima, ajuda no autoconhecimento corporal e no cuidado com a aparência física, melhora a capacidade funcional, reduz a obesidade, melhora a qualidade de vida dos adolescentes, para além da influência positiva que tem sobre os transtornos do humor. Ainda segundo os autores, algumas pesquisas têm mostrado a influência que o exercício exerce sobre estados de ansiedade e depressão.

Assim sendo, o objectivo deste trabalho é a construção de um grupo de indicadores que, no seu conjunto, permitirão esboçar uma leitura dos estilos de vida dos alunos dos 8º e 9º anos do Agrupamento de Escolas Sophia de Mello Breyner Andresen, no que à actividade física, desportiva e hábitos de lazer diz respeito.

Este pequeno estudo permitirá a formulação de questões que lhe estão inerentes, tais como:

- Será a prática da actividade física um procedimento que domine as experiências de vida dos adolescentes da amostra?
- Como ocupam estes alunos os seus tempos livres?
- Os indicadores do seu estilo de vida aproximam-se dos padrões referenciados em estudos do mesmo âmbito?

O conjunto de dados obtidos com este trabalho permitirá comparações com estudos da HBSC - Portugal, em 2006 e possibilitará o esclarecimento de várias questões sobre os comportamentos destes adolescentes dando-nos a conhecer os seus hábitos e ao mesmo tempo esboçar uma leitura dos seus estilos de vida, no que à actividade física e hábitos de lazer diz respeito.

Parte II – Análise da Literatura

Análise da Literatura

Introdução

O objectivo deste capítulo é realizar uma análise da literatura sobre os temas relacionados com as variáveis em estudo pois é conveniente, num primeiro momento, conhecer e tentar aclarar uma série de conceitos que integram o presente trabalho procurando, deste modo, enquadrá-lo em investigações já realizadas no mesmo âmbito. Será feita uma abordagem com algumas considerações teóricas e conclusões resultantes da análise de estudos já elaborados.

Serão abordados conceitos como: Adolescência, Estilos de Vida, Actividade Física e Promoção da Saúde, Percepção de Saúde, Imagem Corporal e Qualidade de Vida.

Também aqui serão feitas referências não só aos aspectos conceptuais, mas igualmente a algumas conclusões de estudos feitos no âmbito nacional e internacional.

Adolescência

As etapas da vida são classificadas culturalmente em cada sociedade, que atribui posições sociais, responsabilidades, direitos e deveres específicos aos integrantes das diversas faixas etárias. Nas sociedades ocidentais, o limite de idade utilizado para classificação de crianças, adolescentes e jovens é difícil de ser estabelecido e não há consenso entre diferentes autores e instituições quanto aos limites dessa fase.

Porém, segundo a Organização Mundial de Saúde (1986) a adolescência, do latim “*adolescere*” (crescer), é o período entre os 10 e 19 anos de idade.

A adolescência caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e por características pubertárias, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Essas alterações surgem influenciadas por factores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos (OMS, 1986). É uma etapa entre a infância e a idade adulta que se inicia com as alterações da puberdade e por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas geradoras de crises, conflitos e contradições. Não é apenas um período de adaptação às alterações corporais, mas também uma fase determinante para uma independência psicológica e social (OMS, 1986).

O reconhecimento destes pressupostos mostra como o critério cronológico é insuficiente para caracterizar a adolescência, pois as formas de sociabilidade dos seus integrantes não podem ser estabelecidas apenas a partir da faixa etária, uma vez que são influenciadas por factos sociais e históricos, que são variáveis de uma sociedade para a outra, e mesmo numa sociedade específica, devido à heterogeneidade social existente no seu interior (Carrano, 2000; Castro & Abramovay, 2002; Pais, 2003).

A fase da adolescência não é pois algo homogéneo, nem é vivida do mesmo modo pelos adolescentes de uma dada sociedade. Apesar dessas variações, esta etapa apresenta, pelo

menos nas sociedades ocidentais modernas, algumas características comuns, por ser, como já se referiu, a etapa de transição entre a infância e a idade adulta.

Dentre as características comuns Becker (1987) esclarece que a adolescência pode ser melhor entendida como a passagem que produz mudanças de atitude no indivíduo que, de mero espectador, assume uma postura mais activa e questionadora diante da vida. Ela é um período de revisão, de autocrítica e de transformação e é uma fase vital para o processo de desenvolvimento da pessoa. Nesse sentido, pode ser considerada como um processo durante o qual, lenta e gradualmente, o sujeito amadurece procurando conquistar a sua individualidade e construir uma identidade própria (Pais, 2003).

Para Michel Claes (1985) a adolescência é um período do ciclo da vida todo ele marcado pelo conceito de desenvolvimento; e os termos de mudança, modificação, transformação, etc., impõem-se constantemente quando se trata de descrever os diversos aspectos do crescimento durante esta época da vida. Na adolescência, o organismo vai sofrer modificações fundamentais que irão afectar sucessivamente todos os aspectos da vida biológica, mental e social: o corpo modifica-se profundamente quando surge a puberdade (*desenvolvimento pubertário*), o pensamento também muda e torna-se objecto de transformações quantitativas e qualitativas (*desenvolvimento cognitivo*), a vida social evolui pelo duplo movimento de emancipação da tutela parental e de adopção de novas relações com os pares (*modificações da socialização*), e a representação de si, finalmente, passa a relacionar-se com uma nova subjectividade que se vai exprimir no seio da identidade, fruto das transformações sexuais, sociais e cognitivas (*construção da identidade*) (Michel Claes, 1985).

No adolescente nada é estável nem definitivo, porque se encontra numa época de transição.

Investigações mostram que os adolescentes apresentam uma “predisposição optimista”, sentindo-se menos vulneráveis que os adultos (Jacobs, Quadrel, Fischhof & Davis, 1993, cit. in Schwarzer & Fuchs, 1995). São muitas vezes considerados o grupo mais saudável a nível da população global (Bruhn, 1988) mas, esta menor susceptibilidade para as condições negativas aliadas à saúde, não implica que os adolescentes não sejam confrontados com problemas de saúde. Muitos destes problemas estão associados aos seus comportamentos (OMS, 1993), que por vezes preferem ignorar, por darem mais valor a outras consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos.

Os adolescentes constituem, por isso, fonte de preocupação e de investimento, na medida em que todos os estudos existentes nas mais diversas áreas e temas mostraram que qualquer intervenção nesta etapa leva a um melhor ajustamento físico, psico-emocional e social na idade adulta, promovendo assim a saúde.

Estilos de Vida

Os estilos de vida referem-se às actividades e hábitos dos sujeitos que, pela prática regular das mesmas, podem afectar a saúde (Matos & Sardinha, 1999).

O estilo de vida tem sido apontado como um dos factores mais importantes na elaboração das propostas para a promoção da saúde e da qualidade de vida das populações. Actualmente, as maiores causas de doença e mortalidade estão relacionadas com o estilo de vida, (Mota, 1999; Blair et al., 1989; Paffenbarger, Hyde, Wing, Hsieh, 1986) e, mais especificamente, com a inactividade física (Blair et al., 1989; Paffenbarger & Hyde, 1988; Pate et al., 1995; OMS, 2003), o que significa que poderiam ser atenuadas se fossem tomadas as opções correctas em relação à saúde.

Para tal, propõem-se programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem o jovem a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc. e com estas aprendizagens otimizar a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Matos, 2006). Se aceitarmos os já reconhecidos efeitos benéficos da actividade física na saúde (bem-estar físico, social e psicológico) (Diniz, 1998; Matos & Sardinha, 1999) podemos concluir a urgência na tomada de medidas a nível da família e da escola no sentido de apoiar os jovens na sua escolha de um estilo de vida activo e saudável pois, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis é já reconhecida a importância dos contextos sociais dos jovens. A família, o envolvimento escolar, o estabelecimento de laços com os pares, um bom nível económico, uma fácil circulação entre os vários cenários da vida do jovem, aparecem como um efeito facilitador da aquisição e manutenção de um estilo de vida activo na adolescência (Matos & Sardinha, 1999). A escolha de um estilo de vida activo tenderá a manter-se ao longo do ciclo de vida, quanto mais precocemente for consolidado. Este

pressuposto é fundamental pois, segundo (Matos, 1994), algumas «tarefas de vida», específicas de algumas idades (p.e. deixar a escola, arranjar emprego, casar, ter filhos...), são factores de risco para a adopção de um estilo de vida menos saudável e activo, uma vez que produzem um desequilíbrio que muitas vezes se reorganiza com outras prioridades, por constricções reais ou percebidas, a nível da ocupação do tempo, da mudança de residência, de carácter económico, entre outras. Para além destes, há muitos outros factores que contribuem para um estilo de vida menos activo: o aumento da insegurança, a progressiva redução dos espaços livres nos centros urbanos (o que reduz a oportunidade de uma vida fisicamente activa), a disponibilidade das novas tecnologias, que favorece actividades sedentárias, tais como: jogar de computador ou consola (Playstation, Xbox, etc.), *chats*, navegar na Internet ou enviar emails, ver televisão (Moita, 2007).

DiClemente, Hansen, e Ponton (1996) consideram também que a taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes resulta, em grande medida, dos estilos de vida praticados e que muitos dos comportamentos incluídos no seu estilo de vida podem influenciar, directa ou indirectamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo. Os autores afirmam que a maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes é consequência de factores sociais, ambientais e comportamentais. Estes factores, que podemos designar como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados com o uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, gravidez na adolescência, álcool, distúrbios de alimentação, e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente et al., 1996).

Embora as variáveis associadas ao estilo de vida afectem de forma independente o estado de saúde, as interdependências entre elas são observadas com frequência (Matos & Sardinha, 1999). Mota e Sallis (2002) referem que os comportamentos de risco e de saúde tendem a agrupar-se entre si e a associação de vários factores de risco, apresentados por uma pessoa ou população, introduzem normalmente um perigo superior para a saúde. Este facto,

analisado numa escala macro, é preocupante, porque as sociedades actuais vivem de acordo com padrões quase comuns a todos os seus cidadãos. Esta lógica explica, de certa forma, o estilo de vida sedentário que caracteriza a nossa sociedade.

Assim como acontece com os comportamentos de risco, o exercício físico parece interferir sinergicamente com outros factores do estilo de vida. Ora, como a actividade física pode influenciar a saúde e possibilitar o encorajamento da adopção de outros comportamentos positivos (Mota & Sallis, 2002), cada vez mais o estabelecimento precoce de um estilo de vida activo é fundamental para a concretização de objectivos de vida que conduzam a um estilo de vida saudável na idade adulta, onde a qualidade de vida e o bem-estar sejam uma realidade.

Actividade Física e Promoção da Saúde

Em 1997, a Organização Mundial de Saúde considerou que o movimento diário, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e as actividades desportivas deveria ser considerado actividade física. Para Barbosa (2004) actividade física é qualquer movimento corporal que gaste energia acima dos níveis de repouso. Estas duas definições evidenciam duas perspectivas complementares acerca da actividade física; enquanto que a primeira é de âmbito mais sociocultural, a segunda é puramente biológica; o que ilustra a complexidade que a caracterização deste comportamento acarreta.

Outro sentido importante a extrair da noção de actividade, e a que cada vez mais interessa responder e especificar é: O que é ser Activo (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Este conceito remete-nos para a noção de vivência activa (active living), demonstrando a complexidade, diversidade e amplitude da actividade física na medida em que pode constituir um comportamento representativo de um estilo de vida. Como exemplo, podemos constatar as rotinas diárias das quais a actividade física faz parte: subir escadas, ir a pé para a escola ou emprego, caminhar pela rua, andar de bicicleta, realizar algumas tarefas domésticas, jogar com os amigos, brincar com os filhos, entre outras.

Com o intuito de clarificar melhor o conceito de actividade física, revela-se útil distinguir outros termos a ele associados, nomeadamente a noção de exercício físico e de desporto, que frequentemente são confundidos pelos adolescentes: - o exercício é um subgrupo da actividade física, definido como movimento do corpo planeado, estruturado e repetitivo, realizado para promover ou manter um ou mais componentes da condição física (Caspersen, et al., 1985); - o desporto é uma forma ainda mais específica de actividade física estruturada, competitiva, sujeita a regras, caracterizada pela proeza, sorte e estratégia (Kaplan, et al., 1993).

A actividade física é, assim, o termo mais abrangente, uma vez que inclui todo o tipo de movimento, desde mexer os dedos, a estar agitado na cadeira enquanto aguarda o resultado de um teste, até participar num triatlo (Sousa & Maia, 2005). E, nesse sentido, inclui o desporto e o exercício.

A actividade física constitui um componente nuclear que se integra no quotidiano, profundamente ligado a uma visão de vida saudável e com qualidade. É um padrão de comportamento que influencia modos de estar e estilos de vida; é um marcador que especifica a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Owen, 1999).

Apesar da complexidade que gera o conceito de actividade física, a quase totalidade dos autores é unânime em considerá-la um indicador imprescindível na promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida.

De acordo com Barbosa (2004), a prática de actividade física traz vários benefícios, como a melhoria da força muscular e resistência física, a redução da tensão arterial, o controlo do peso corporal, a melhoria do perfil lipídico e da mobilidade articular. Favorece o aumento da auto-estima, da auto-imagem, manutenção da autonomia, diminuição da depressão, do isolamento social, alivia o stress, aumentando assim o bem-estar social. Auxilia ainda a melhoria da aptidão física e o desempenho no crescimento e estimula a participação futura em programas de actividade física.

Estudos epidemiológicos têm colocado em evidência uma relação inversamente proporcional entre a prática regular de actividade física e desportiva e o risco de acidentes cardiovasculares pois, apenas nas três últimas décadas foi possível confirmar que o baixo nível de actividade física representa um importante factor de risco no desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas não transmissíveis, onde se destacam as doenças cardiovasculares (Shepard, 1990; MS. Secretaria de Políticas de Saúde - Rev. Saúde Pública, 2002).

Desde há cerca de uma década, e com ênfase na actualidade, a prática de actividade física é considerada um hábito muito significativo dentro dos estilos de vida saudáveis, constituindo-se num dos pilares fundamentais da saúde das nossas sociedades (Shepard, 1994).

Em termos estatísticos, a relação entre estes dois aspectos é significativa, mesmo excluindo qualquer factor ocasional (Piéron, 1997).

Hoje existe um conjunto de informações que permitem afirmar que a actividade física por si só, e em conjugação com outros comportamentos, é benéfica para a saúde (Berger & McInman, 1993; Bouchard & Shephard, 1994; Malina, 1995; Sardinha & Teixeira, 1995).

Paffenbarger e Hyde (1988) realizaram um estudo, com uma amostra de 50 000 indivíduos, todos ex-alunos universitários, analisando a prática de actividade física e o estado de saúde verificando que a hipertensão, o enfarte e a morte estavam relacionadas com o nível de actividade física, estando os menos activos mais propensos a estas situações.

Evidências epidemiológicas relatadas pelo Department of Health and Human Services (2008) enfatizam os benefícios da prática de actividade física regular no crescimento e manutenção do sistema músculo-esquelético, no controlo de peso, redução da ansiedade e favorecimento do bem-estar dos indivíduos. Kohl, Fulton, e Carpensen (2000) destacam outros aspectos positivos: o primeiro menciona os benefícios físicos inerentes à actividade física entre as crianças e adolescentes, o segundo discute a associação de comportamentos de actividades físicas entre a infância e a maturidade, mostrando que crianças activas são mais propensas a serem fisicamente activas quando adultas.

Paffenbarger e Hyde (1988) referem que se deve prestar atenção à condição física desde a infância. Apesar das diferenças, estes autores concordam que, nos mais jovens, a actividade física deve incidir mais no apoio ao crescimento e desenvolvimento saudável e normal, sendo um caminho para um estilo de vida saudável.

A prática de actividade física é, deste modo, considerada um via para a promoção da saúde, influenciada por uma diversidade de factores, e profundamente ligada aos estilos de vida saudáveis, equilibrados e activos.

Percepções dos Adolescentes e Jovens

Aqui serão abordados, separadamente, os aspectos relativos às percepções de saúde e imagem corporal dos adolescentes.

Percepção de Saúde

A saúde é, cada vez mais, uma prioridade dos países desenvolvidos. Por este motivo, as campanhas para a sua promoção através da prevenção dos comportamentos de risco são cada vez mais divulgadas.

A noção de saúde, sob o ponto de vista médico, tem sido essencialmente negativa, visto responder apenas a um estado caracterizado pela ausência de sinais mórbidos de ordem física ou mental (Ferreira, 1990). Com o avanço tecnológico e o melhoramento da qualidade de vida das populações, o conceito de saúde ganhou uma nova dimensão. A Organização Mundial de Saúde (1948) definiu-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A segunda parte da definição, que implica a ausência da doença ou enfermidades, significa que se torna indispensável promover a saúde para reduzir os riscos de aparecimento de doenças (Glanz, 1999). Assim sendo, para a sua promoção têm que ser adoptados comportamentos de saúde sendo a prática regular de actividades físicas e desportivas um desses comportamentos (Matos & Sardinha, 1999).

Apesar da sua importância, a percepção de saúde é um tema que tem recebido pouca atenção dos investigadores e continuam a faltar dados empíricos; no entanto já existem alguns estudos que nos permitem tirar algumas conclusões.

Ledent, Cloes e Piéron (1997), num estudo sobre os estilos de vida dos jovens europeus, analisaram as percepções de saúde, competência e imagem corporal. Neste sentido, trabalharam com uma amostra de 4669 alunos, de ambos os sexos, com 12 e 15 anos de idade

de 5 países diferentes. Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário validado, sobre os estilos de vida. Da análise dos resultados concluíram que a quase totalidade dos alunos considera ter um bom estado de saúde (95%). Apesar do valor ser bastante elevado, as margens de variação entre os países é bastante apreciável. Os jovens ingleses foram os que apresentaram os valores mais baixos e os portugueses e belgas os mais elevados. A diferença entre os países pode ser explicada através do facto de que a percepção de saúde dos jovens é influenciada pelas mensagens convencionais emitidas pelos meios de comunicação social, nomeadamente, televisão, jornais e revistas juvenis (Harris, 1993).

Num outro estudo sobre os estilos de vida dos adolescentes e jovens, Góis (2000) inquiriu 400 estudantes da Região Autónoma da Madeira, utilizando um questionário elaborado por Piéron, Telama, Naul e Almond (1997) e verificou que mais de metade dos jovens madeirenses (60.2%) percepciona ter um bom estado de saúde, 36.7% razoável e apenas 3% não se sente com muito boa saúde. Pelos resultados obtidos, este estudo mostra que a maioria dos adolescentes e jovens percepciona ter um bom estado de saúde.

Matos et al. (2003) aplicaram um questionário, desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre vários países, a uma amostra representativa da população portuguesa, com idades de 11, 13, 15 e 16 anos. Este estudo permitiu verificar que 80.2% afirmaram ter uma saúde boa ou excelente.

Resultados semelhantes foram encontrados por Harris (1993), com uma amostra de 61 alunos com idades entre os 11 e os 14 anos. Esta autora recolheu, através de entrevistas, informações sobre a percepção que os alunos tinham de saúde, aptidão física e exercício. Verificou que, de uma maneira geral, todos descreveram ter boa saúde, havendo contudo algumas variações quanto ao grau de saúde descrito; nenhum afirmou ser pouco saudável. Estes jovens descreveram a saúde através da ausência da doença e apenas relacionada com os aspectos fisiológicos, referindo ainda que para se ser saudável se devem evitar um sem

número de comportamentos. Neste estudo o conceito de saúde nunca foi associado ao aspecto psicológico nem à sensação de bem-estar, apenas foi estabelecida uma relação de cariz físico.

O aspecto interessante destes resultados é o facto de todos os jovens percepcionarem um estado de saúde bom ou razoável, embora mais de metade se considere sedentário e com pouca habilidade física. Este aspecto pode ser explicado na medida em que a percepção do estado de saúde foi feita de forma normativa e os jovens tendem a comparar-se com os seus pares menos activos, com mais peso e que comem mais a denominada “fast food”.

Este dado é preocupante, especialmente porque, de acordo com a autora, quando a norma é a média, é almejado um estado de saúde inferior ao desejável.

Pierón (2002), num estudo sobre os hábitos desportivos dos estudantes de Andorra, com uma mostra de 1167 alunos, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos de ambos os sexos, também verificou que a quase totalidade dos adolescentes percepciona ter um bom estado de saúde (95%).

Dos resultados apresentados, os investigadores estão de acordo que os adolescentes, de uma maneira geral, percepcionam ter um bom estado de saúde e, associam-no principalmente ao aspecto físico.

Estabelecendo uma relação entre a percepção de saúde e a actividade física, Ledent et al. (1997) verificaram que entre os jovens desportistas a percepção de um bom estado de saúde foi sempre superior à percepção de um pior estado de saúde. Relativamente aos alunos inactivos esta relação não se verificou. Este dado é interessante porque alguns dos motivos mais importantes que os jovens referem para participar nas actividades físicas e desportivas estão relacionados com a saúde (Ledent, et al., 1997).

Esta associação também foi estabelecida por Piéron (2002) e os resultados foram em tudo semelhantes. Os jovens que participam nas actividades físicas extracurriculares referem ter um melhor estado de saúde do que os que se caracterizam como sedentários.

Apesar de vários estudos demonstrarem uma relação positiva entre a percepção de saúde e os níveis de actividade física, os resultados da investigação não são unânimes. Matsudo et al. (1998) realizaram um estudo com o objectivo de identificar e interpretar as percepções do estado de saúde das crianças e jovens, conhecer os índices de actividade física habitual e averiguar se a percepção do estado de saúde explica os índices de actividade física. Para o estudo utilizou uma amostra de 274 alunos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. No essencial, o autor concluiu que: a actividade física e desportiva revela diferenças significativas entre rapazes e raparigas; contrariamente ao que refere a literatura, os níveis de actividade física não decresceram com a idade e a percepção do estado de saúde não explica os índices de actividade física habitual das crianças e jovens. Uma explicação possível poderá estar no facto da amostra ser de uma zona geográfica específica (Distrito de Viseu) e os alunos frequentarem escolas que promovam a prática das actividades físicas e desportivas, estando sujeitos a uma motivação extrínseca.

A idade é também uma variável que afecta a percepção do estado de saúde. Ledent et al. (1997) e Matos et al. (2003), verificaram que, embora esta seja melhor compreendida com a idade, os valores que apontam para uma boa percepção de saúde tendem a diminuir. O número de jovens que percebem a sua saúde como sendo boa vai diminuindo e aumenta o número dos que afirmam ter uma saúde razoável. Piéron (2002) também verificou a mesma tendência, passando dos 53% aos 14 anos para os 42% aos 17 anos. Este dado é interessante porque também com a idade, os níveis de prática desportiva tendem a decrescer (Ledent, et al., 1997; Malina, 2001; Matos et al., 2003).

Num estudo sobre as determinantes da obesidade e da inactividade física, Bule (2003), utilizando uma amostra de 900 adolescentes da região de Lisboa verificou que, os que se consideram pouco saudáveis apresentam um Índice de Massa Corporal mais elevado e são menos activos e verificou também que a uma baixa percepção de saúde está associada a

inactividade física. Estes resultados são interessantes porque permitem verificar a relação entre a actividade física e a percepção de saúde.

Relativamente ao sexo, os estudos demonstram que existem diferenças no que concerne à percepção de saúde. Os rapazes percebem ter níveis mais elevados de um bom estado de saúde, (Góis, 2000; Ledent et al. 1997; Piéron, 2002; Matos et al., 2003). Também aqui se verifica uma tendência semelhante com a participação nas actividades físicas e desportivas, confirmada por diversos autores (Cantera-Garde & Devís-Devís, 2000; Piéron, et al., 2001; Magalhães, Maia, Silva & Seabra, 2002; Mota et al., 2002).

Em suma: os jovens, de uma maneira geral, percebem ter um bom estado de saúde e este tende a decrescer com a idade. A percepção de um bom estado de saúde apresentado pelos rapazes é superior aos valores encontrados nas raparigas. Ao estabelecer-se uma relação entre a percepção do estado de saúde e a participação desportiva, os estudos demonstram, na sua maioria, que os alunos com melhor percepção são mais activos. Não deixa de ser interessante analisar-se o paralelo que existe entre a evolução da percepção de saúde com o género e os índices de participação nas actividades físicas e desportivas. Verificamos que existe uma relação semelhante, logo facilmente se depreende que a percepção de saúde joga um importante papel na participação nas actividades físicas e desportivas.

Imagem Corporal

A imagem corporal é a percepção do próprio corpo e esta é influenciada pelos padrões sociais e culturais (Leite & Ferreira 2000). Na nossa sociedade os valores relacionados com a imagem corporal são muito difundidos pelos meios de comunicação social, destinando-se principalmente aos adolescentes e jovens.

O desejo de ser elegante e ter uma imagem corporal de acordo com os padrões actuais de beleza é muitas vezes o móbil para o envolvimento nas actividades físicas e desportivas já

que se considera que a actividade física, através do gasto energético provocado, contribui para a diminuição da massa corporal (Sleap & Wormal 2001).

O estereótipo cultural de ser magra e elegante pode também ser um motivo muito forte para a adopção de comportamentos de risco, relacionados fundamentalmente com regimes de alimentação desequilibrados e a ingestão de fármacos.

Havendo uma preocupação com o aspecto físico e sabendo que alguns comportamentos de risco são praticados em função do mesmo, será interessante saber qual a percepção que os adolescentes têm de si próprios.

No estudo de Matos et al. (2003), verificaram que, de uma maneira geral, os adolescentes portugueses percebem ter boa aparência ou consideram-se na média. Relativamente à imagem do corpo ideal, surge um dado interessante e ao mesmo tempo preocupante, pois 31.9% consideram estar com excesso de peso, enquanto que na realidade apenas 17.9% da amostra tinha excesso de peso ou era obesa. Da análise deste dado verifica-se que os adolescentes percebem ter mais peso do que aquele que têm na realidade. Analisando separadamente os valores relativos aos dois sexos, verificou-se que essa diferença se deve fundamentalmente às respostas dadas pelas raparigas.

Estes valores justificam os comportamentos restritivos dos adolescentes, sendo as raparigas as que mais referem fazer dieta ou que deveriam fazê-lo por terem excesso de peso.

Ledent, Cloes e Piéron (1997), no estudo sobre os estilos de vida dos jovens europeus, observaram que na globalidade os jovens estão satisfeitos com a sua aparência. Com a excepção de Portugal, os rapazes demonstraram uma maior satisfação e os mais novos estão mais satisfeitos do que os mais velhos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Piéron (2002). Também aqui os jovens, na sua maioria, percebem ter uma boa imagem corporal e os rapazes apresentam valores mais elevados do que as raparigas.

Os estudos referidos acima estão em concordância afirmando que os adolescentes e jovens estão satisfeitos com a sua imagem corporal. No entanto, esta satisfação tende a diminuir com a idade.

Relativamente à relação entre a percepção de imagem corporal e a prática das actividades físicas e desportivas, Ledent, Cloes e Piéron (1997) e Piéron (2002) verificaram uma relação positiva. Os adolescentes que estão satisfeitos com a sua imagem corporal são os mais activos, pelo que para estes autores a percepção de imagem corporal constitui uma variável importante para a participação desportiva e sua continuação.

Num estudo sobre a satisfação com a imagem corporal e a auto-estima, Batista (1995) analisou um grupo de 629 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, envolvidas em 4 diferentes níveis de actividade física. Verificou que a actividade física se encontra significativamente associada com a imagem corporal, a auto-estima e com o grau de responsabilidade corporal. Neste estudo verificou-se que a percepção de imagem corporal é que tem uma acção sobre os índices de actividade física, ou seja, os sujeitos mais satisfeitos com a sua imagem são os mais activos.

A percepção de imagem corporal tende a piorar com a idade, assim como os níveis de actividade física, sendo mais evidente no sexo feminino.

A relação que se verificou entre a prática desportiva e a percepção de saúde é a mesma que aqui se verifica, pelo que se pode afirmar que a percepção de imagem corporal é uma variável importante para a participação e continuação.

A investigação feita por Dishman (1990) pôs assim em evidência que as percepções que os praticantes têm sobre a sua saúde e imagem corporal influenciam a participação nas actividades físicas e desportivas e de uma maneira geral, confirmam que existem diferenças significativas a favor dos que as praticam regularmente Piéron (2002).

Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida tem vindo a aumentar de importância na última década sendo hoje considerado como um constructo multi-dimensional com aplicação e relevância para as pessoas, de todas as faixas etárias, de todas as culturas, estatuto socioeconómico ou localização geográfica. A qualidade de vida relaciona-se com todos os aspectos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico e social) incluindo o seu ambiente Harding (2001). Sendo um conceito mais abrangente do que a saúde, inclui-a na sua complexidade Ribeiro (2002). Porque se relaciona com experiências actuais e passadas do indivíduo, dificilmente pode ser operacionalizado através de um instrumento colocando-se uma razoável dúvida sobre a “melhor” definição. Wallander e Schmitt, (2001) sustentam que qualidade de vida é a articulação entre a percepção de bem-estar objectivo e subjectivo em diversos domínios da vida, considerados importantes numa determinada cultura e tempo, tendo em conta os níveis universais dos direitos humanos. Segundo os autores, esta definição abrange os aspectos mais importantes referidos na literatura.

A partir do início da década de 90 parece chegar-se ao consenso entre os investigadores, acerca de dois aspectos relevantes no conceito de qualidade de vida: subjectividade e multidimensionalidade (Seidl & Zannon, 2004). Os indicadores subjectivos resultam da avaliação pessoal de cada um sobre as suas capacidades e funcionamento. Este conceito de subjectividade implica que a qualidade de vida entre duas pessoas com as mesmas capacidades possa ser diferente, dependendo da forma como cada uma lida com o contexto e com as adversidades (Diener, 2000; Lawford & Eiser, 2001).

As definições objectivas e subjectivas são ambas válidas indicadoras de qualidade de vida, e qualquer definição deve incluir ambas. Os aspectos objectivos podem ser observados e medidos a nível do domínio público, através de medidas de quantidade e frequência; os

aspectos subjectivos apenas existem na consciência privada do indivíduo, e é apenas avaliada através da resposta fornecida pelo indivíduo a repetidas questões (Cummins, 2005; Lawford & Eiser, 2001; Ribeiro, 2003; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

A definição de qualidade de vida mais citada é a proposta pela Organização Mundial de Saúde OMS (1996), que define qualidade de vida como a saúde física, estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as relações do indivíduo com o contexto em que está inserido. Ainda a OMS ilustra a qualidade de vida, usando um conceito mais genérico, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações OMS (1996).

Outras definições anteriores podem ainda ser apresentadas, nomeadamente aquela que caracteriza qualidade de vida como a percepção das diferenças entre as esperanças e expectativas do indivíduo e a sua experiência de vida actual; se a esperança e as expectativas coincidirem com a vida que o indivíduo tem, este apresenta uma boa qualidade de vida, caso contrário, se a distância entre o que o indivíduo tem e o que deseja é muito grande, este apresenta uma qualidade de vida menor (Calman, 1987).

Ribeiro (2003) apresenta algumas definições de qualidade de vida, nomeadamente identificando-a com: a) o conceito de saúde positiva da OMS (2006), um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade; b) a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o indivíduo; c) a diferença entre as expectativas do indivíduo e a sua experiência actual; d) a percepção do indivíduo face à sua posição na vida em termos do contexto cultural e do sistema de valores a que pertence e em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações; e) a experiência em vez das condições de vida, onde a relação entre as condições objectivas e o estado psicossocial é imperfeita e que, para conhecer a experiência da qualidade de vida, é

necessário o recurso directo à descrição do próprio indivíduo sobre o que sente pela sua vida. Todas estas definições envolvem conceitos como o bem-estar, a felicidade, a expectativa e a funcionalidade (Bramston, Chipuer & Pretty, 2005). Meuleners, Lee, Binns e Lower (2003) referem, também, que qualidade de vida é um conceito complexo que pode ser interpretado de diversas formas - umas definições defendem a relação entre funcionalidade física e variáveis psicossociais; outras enfatizam os componentes da felicidade e da satisfação com a vida. Todas as definições referem que a qualidade de vida é um constructo multi-dimensional e que qualquer método que pretenda medir a qualidade de vida deve incluir requisitos mínimos na medição da funcionalidade física, estado mental e interacção social.

Parte III – Metodologia e Procedimentos

Metodologia e Procedimentos

Introdução

O objectivo deste capítulo é caracterizar a amostra, apresentar o instrumento de recolha de dados, os procedimentos para a sua aplicação e, por fim, o tratamento e métodos estatísticos utilizados.

Caracterização da Amostra

Os alunos que constituem a amostra são os estudantes do 8º e 9º anos de escolaridade do Agrupamento de Escolas Sophia de Mello Breyner Andresen sediado no Concelho da Amadora, mais concretamente na freguesia da Brandoa. Este agrupamento é composto por quatro estabelecimentos de ensino: um Jardim-de-Infância (JI nº 2) da Brandoa, duas escolas do Ensino Básico do 1.º Ciclo/Jardins-de-Infância (EB1/JI) da Brandoa e a Sacadura Cabral e pela Escola Básica dos 2.º e 3.º Ciclos - EB 2,3 Sophia de Mello Breyner Andresen, na qual o questionário foi aplicado.

Foram inquiridos os 139 alunos que compõem as turmas do 8º e 9º anos. Do número de questionários distribuídos nenhum foi eliminado por preenchimento incorrecto. O número de questionários recolhidos e utilizados para o estudo foi efectivamente de 139.

Dos 139 alunos que compõem a amostra, 49% são do sexo masculino e 51 % do sexo feminino. O escalão etário destes alunos está compreendido entre os 12 e os 18 anos de idade, sendo de 14 anos a média de idade.

Desses adolescentes 49% frequentam o 8º ano e 51% o 9º ano de escolaridade.

As tabelas seguintes contêm informações referentes à amostra, estando estas de acordo com o género, a idade e ano de escolaridade.

Número de Alunos Questionados

A tabela 1 representa o total de alunos a que foi aplicado o questionário.

Nº de alunos questionadas	Total
	139

Tabela 1 – Número de alunos questionados

Distribuição dos Alunos da Amostra por Género

Os estudantes incluídos na amostra, e representados na tabela 2, encontram-se distribuídos em percentagens idênticas no que se refere ao género.

Género (n=139)	Mas. (n=68)	Fem. (n=71)
	49%	51%

Tabela 2 – Distribuição dos alunos por género.

Antes de fazer uma divisão por género, foi feita uma subdivisão por três grupos etários:

Grupo dos 13 anos – dos 12 até aos 14 anos (inferior a 14 anos),

Grupo dos 15 anos – dos 14 até aos 16 anos (inferior a 16 anos),

Grupo dos 16 anos – 16 anos ou mais.

Distribuição por Grupo Etário

A tabela 3 indica o número de alunos da amostra por grupo etário.

Idade (n=139)	13 anos (n=25)	15 anos (n=88)	16 anos (n=26)
	18%	63%	19%

Tabela 3 – Distribuição dos alunos por grupos etários

Número de Turmas Incluídas

A tabela 4 mostra o número de turmas, por ano de escolaridade.

Nº de turmas questionadas	8º Ano	9º Ano
	3	3

Tabela 4 – Distribuição das turmas por ano de escolaridade

Distribuição por Ano de Escolaridade

A tabela 5 exhibe o número de alunos de ambos os sexos, por ano de escolaridade.

Amostra (n=139)	8º ano (n=68)	9º ano (n=71)
	49%	51%

Tabela 5 – Distribuição dos alunos por ano de escolaridade

Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento utilizado neste trabalho (Anexo 1) foi uma pequena parte integrante do questionário HBSC/OMS usado pela equipa de técnicos do Projecto ASS (Aventura Social e Saúde) 2010. Antes, porém, foi feita uma análise do questionário completo, sendo feitas algumas adaptações do mesmo, com a devida concordância da Prof. Doutora Raquel Barreto, orientadora desta monografia.

O questionário usado contém questões demográficas (idade, género), estatuto socioeconómico, lazer e actividade física, sintomas físicos e psicológicos e relações sociais e familiares.

As perguntas do questionário incluem ainda questões relacionadas com percepção de saúde, da imagem corporal e qualidade de vida.

O instrumento de investigação do HBSC é um questionário utilizado por todos os países que participam no estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação, em que Portugal, através da equipa do Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana, participa desde 1994.

Sendo o HBSC um estudo de investigação e monitorização, tem também como objectivo informar e ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde, e nos programas e intervenções dirigidos aos adolescentes, a nível nacional e internacional (Matos, Simões, Tomé, Silva, Gaspar, Diniz & Equipa do Projecto Aventura Social, 2006).

A pesquisa do HBSC resulta na construção de um grupo coerente de indicadores que, no seu conjunto, permitem uma representação válida da saúde e dos estilos de vida dos adolescentes Matos et al.,(2006)

Este questionário inclui a recolha de dados gerais ao longo de todos os países e permite quantificar os padrões dos comportamentos chave, indicadores de comportamento e variáveis contextuais. Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados da equipa internacional de acordo com o protocolo definido para o questionário (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Estes dados permitem a realização de comparações nos sucessivos questionários, e estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados a nível nacional e internacional Matos et al.,(2006).

Procedimentos

O questionário no qual se baseia este estudo foi respondido numa base de voluntariado por todos os alunos do 8º e 9º anos de escolaridade.

Os questionários foram aplicados aos alunos em Março de 2011, em tempos de aula dedicados à Educação Física.

A responsável por este estudo acompanhou a aplicação dos questionários em todas as aulas disponibilizadas para o efeito, tomando sempre a palavra para explicar o contexto e objectivo do estudo abrindo, posteriormente, espaço para tirar todas as dúvidas que existissem.

Durante o preenchimento, a responsável pelo estudo esteve sempre presente para tirar as dúvidas que fossem surgindo e para finalmente proceder à recolha dos questionários já preenchidos.

O restante processo de adaptação, duplicação, tratamento, apresentação e análise dos resultados foi também realizado pela responsável por este estudo, sob a supervisão da Professora Doutora Raquel Barreto.

O conjunto de dados obtidos através deste questionário permitirá comparações com estudos anteriores, nomeadamente com o estudo de 2006 sobre “A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 Anos”, coordenado em Portugal pela Prof. Margarida Gaspar de Matos o qual deu um importante contributo para a compreensão dos comportamentos e dos estilos de vida dos adolescentes portugueses.

Durante o preenchimento do questionário os alunos não se comunicaram entre si, a fim de evitar interferências nas suas respostas.

Tratamento de Dados

Foi realizada uma análise de conteúdo, através do levantamento e agrupamento das respostas obtidas de acordo com o seu significado e pertinência. Os dados recolhidos foram tratados em computador recorrendo às potencialidades do Microsoft Excel do sistema operativo Windows.

Parte IV – Apresentação e Análise dos Resultados

Apresentação e Análise dos Resultados

Introdução

Neste capítulo serão apresentados os resultados de variáveis nominais contidas no instrumento de pesquisa.

De acordo com o trabalho realizado, serão posteriormente analisados os resultados obtidos na totalidade da amostra.

Alguns Indicadores do Estatuto Socioeconómico

Os Pais e o Emprego

A maioria dos pais dos jovens tem emprego sendo, contrariamente ao apontado no relatório HBSC – Portugal (2006), a percentagem das mães empregadas superior à dos pais.

Os pais têm emprego? (n=139)	Pai (n=139)			Mãe (n=139)		
	Sim	Não	Não sei/ Não tenho/vejo	Sim	Não	Não sei/ Não tenho/vejo
	76%	8%	16%	86%	12%	2%

Tabela 6 – Percentagem de emprego dos pais

Profissão dos Pais

Para determinar o nível socioeconómico dos pais foi utilizada a Escala de Graffard, que faz a classificação do estatuto socioeconómico de acordo com as profissões, utilizando cinco categorias. Descrevemos essas categorias a seguir, com exemplos de possíveis profissões associadas:

Categoria 1 – Profissão que exija uma licenciatura. (Elevado)

Categoria 2 – Profissão que exija um bacharelato.

Categoria 3 – Ajudantes técnicos, oficiais administrativos, etc.

Categoria 4 – Motoristas, cozinheiros, etc.

Categoria 5 – Operários não especializados, etc. (Baixo)

Foi considerada a opção “**não classificável**” para os casos em que não era referida qual a profissão, não se percebia a letra ou não se sabia o que significava.

Após a observação da tabela, e seguindo as indicações da escala de Graffard, constatou-se que 80% dos pais dos alunos da amostra se encontram na quarta e quinta categoria, havendo muitos deles que não têm profissão.

Tal como o referido no relatório HBSC – Portugal (2006), a maior parte dos pais pertence à categoria quatro e a maioria das mães pertence à categoria cinco.

Profissão dos pais						
Categorias	1	2	3	4	5	Não Classificável
Pai (n=106)	6%	2%	11%	40%	25%	16%
Mãe (n=119)	7%	1%	12%	21%	36%	23%

Tabela 7 – Profissão dos pais por categorias

Nível de Instrução dos Pais

No que respeita ao nível de instrução, verificou-se uma pequena melhoria relativamente ao descrito no relatório HBSC - Portugal (2006) no qual a maior parte dos pais estudou até ao primeiro ciclo. Na amostra agora usada verifica-se que a maior parte dos pais estudou até ao 2º e 3º ciclo, o mesmo se passando com as mães. A percentagem dos pais que possuem o 1º ciclo do ensino básico – antiga 4ª classe – (curiosamente é a mesma nos pais e

mães) e é equivalente à dos que possuem o ensino secundário. A mais reduzida percentagem diz respeito aos que possuem um curso superior.

Nível de instrução dos pais					
	Nunca estudou	1º ciclo	2º/3º ciclo	Secundário	Curso Superior
Pai (n=139)	0%	24%	45%	24%	7%
Mãe (n=139)	0%	24%	40%	25%	11%

Tabela 8 – Nível de instrução dos pais

Indicadores da Prática de Actividade Física e Tempos Livres

Neste capítulo será abordada a prática da actividade física dos alunos inquiridos na amostra, na medida em que pode constituir um comportamento representativo de um estilo de vida e um marcador que especifica a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Serão também abordadas formas de lazer que podem condicionar a prática da actividade física e conduzir, estes adolescentes, ao sedentarismo.

Actividade Física

Considerando que a prática da actividade física tem uma grande importância higiénico/preventiva para o desenvolvimento harmonioso do sujeito (criança, adolescente, e adulto) e para a manutenção do estado de saúde do mesmo, a prática de qualquer desporto, mesmo com carácter lúdico, será sempre uma boa medida preventiva e terapêutica, já que agrega aspectos sociais, lúdicos e inclusive bioquímicos que favorecem o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo (Ceballos ,2002).

Para Sallis e Owen (1999) a Actividade Física pode melhorar a saúde psicológica dos jovens em geral, através da influência de variáveis como: o humor, a percepção de stress, a auto-estima, o auto-conceito, a hostilidade e o funcionamento intelectual.

Nahas (2008) afirma que a prática de actividade física regular proporcionará ao indivíduo melhor disposição, tanto para o trabalho como para o lazer, menor risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, obesidade, diabetes, alguns tipos de cancro e depressão, auxilia no controle do peso corporal e na sensação de bem-estar, para além de ser uma boa oportunidade de encontrar pessoas e descontraí-las.

Segundo o Relatório Anual de Saúde de 2002 (WHR) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) estima-se que a falta de Actividade Física causa 1,9 milhões de mortes por ano em todo o mundo. Na globalidade, calcula-se que cause 10 a 16% de casos de cancro no pulmão, cancro no cólon e diabetes e cerca de 22% de doenças do coração. A situação para homens e mulheres é semelhante no entanto, o WHR 2002 apenas estima a prevalência da inactividade física entre os indivíduos com 15 anos ou mais, o que sugere que o problema seja ainda maior.

No mesmo relatório conclui-se que a Actividade Física declina com a idade, iniciando-se essa diminuição na adolescência, e que as raparigas e mulheres são geralmente mais inactivas.

Será então necessário, segundo Mota e Sallis (2002) dar alternativas às propostas de prática de actividade física das crianças e adolescentes, uma vez que os estudos concluem que os sujeitos com hábitos de actividade física recreativa parecem ter mais oportunidades de manutenção ao longo da vida, do que propriamente os sujeitos com envolvimento em actividades físicas competitivas.

Prática de actividade física.

Ao se inquirirem os adolescentes da amostra, sobre o número de dias em que praticaram actividade física durante a última semana (pelo menos 60 minutos por dia), 43% dos jovens refere tê-la praticado três vezes ou mais por semana. A maior parte dos alunos da nossa amostra continua a praticar três vezes por semana, à imagem do estudo HBSC -

Portugal (2006), embora se registe uma descida na percentagem dos praticantes já que passou de 4,6% os que nunca praticaram, para 12% no nosso estudo.

Prática de actividade física durante a última semana (pelo menos 60 min./dia) (n=139)			
Nunca	Menos de três vezes/semana	Três vezes ou mais/semana	Todos os dias
12%	42%	43%	3%

Tabela 9 – Prática activ. física na última semana (pelo menos 60 min./dia)

Prática de actividade física durante a última semana “Comparação entre géneros”				
	Nunca	Menos de três vezes/semana	Três vezes ou mais/semana	Todos os dias
Rapaz (n=68)	5%	34%	57%	4%
Rapariga (n=71)	20%	47%	32%	1%

Tabela 10 – Prática activ. física na última semana – comparação entre géneros

Tal como no estudo da HBSC – Portugal (2006), na nossa amostra são os rapazes e os mais novos a praticar mais actividade física (durante a última semana) e, ainda que não muito acentuadamente, a percentagem dos que praticam vai diminuindo com o aumento da idade.

Prática de actividade física durante a última semana “Comparação entre idades”				
Intervalos	Nunca	Menos de três vezes/semana	Três vezes ou mais/semana	Todos os dias
13 (n=25)	9%	36%	52%	3%
15 (n=88)	14%	43%	39%	4%
16 (n=26)	12%	46%	38%	4%

Tabela 11 – Prática activ. física na última semana – comparação entre idades

Prática desportiva.

Na questão “Pratica algum desporto”, a maior parte dos jovens responde já ter praticado algum desporto. Contudo, a prática desportiva dos alunos inquiridos nesta amostra está em queda, relativamente ao que se verificava no estudo HBSC – Portugal (2006). Os alunos questionados estão muito menos activos, uma vez que a percentagem de praticantes desceu de 92,8% para os actuais 65%.

Pratica algum desporto? (n=139)	
Sim	Não
65%	35%

Tabela 12 – Prática de desporto

À semelhança do estudo a que nos temos vindo a reportar, são os rapazes os que referem praticar mais desporto embora na nossa amostra a percentagem tenha descido (92,8% do estudo anterior, para os 78% actuais) e a variedade dos desportos praticados seja algo limitada. A maioria dos rapazes que pratica joga futebol e as meninas dedicam-se à dança.

Pratica algum desporto “Comparação entre Géneros”		
	Sim	Não
Rapazes (n=68)	78%	22%
Raparigas (n=71)	54%	46%

Tabela 13 – Prática de desporto – comparação entre géneros

São também os mais novos os que mais referem praticar algum tipo de desporto (tal como no estudo HBSC de 2006), embora se denote uma baixa muito acentuada em termos de percentagem - 76% da nossa amostra, para os 93,4% do estudo referido; no intervalo dos 13 anos.

Pratica algum desporto “Comparação entre Idades”		
Intervalos	Sim	Não
13 (n=25)	76%	24%
15 (n=88)	61%	39%
16 (n=26)	69%	31%

Tabela 14 – Prática de desporto – comparação entre idades

Tempos Livres

Um dos comportamentos mais usuais na ocupação dos tempos livres é o tempo passado a ver televisão e a usar o PC. Hoje é comum ver um jovem a jogar em rede, falar com os amigos, escrever mensagens, fazer pesquisas na Web, elaborar trabalhos e estudos em conjunto...

Alguns estudos sugerem que em média o jovem passa 3 a 5 horas diárias utilizando estes “média” (Kennedy, Strzempko, Danford & Kools, 2002), sendo este tempo superior ao dispendido em actividades físicas nos tempos livres (Sjolie & Thuen, 2002) o que resulta numa maior probabilidade de adopção de comportamentos de risco tais como, consumo de drogas, álcool, tabaco e comportamentos violentos (Strasburger & Donnerstein, 2000).

Uma revisão da literatura realizada por Hernan Garcia, Ramos-Monserrat e Fernandez-Ajuria (2001) aponta para o facto de, nos estudos realizados na área da promoção da saúde dirigidos a jovens, o lazer surgir entre os mais estudados, nomeadamente como estratégia de intervenção, uma vez que os efeitos da actividade de lazer fisicamente activa têm sido relacionados com benefícios tais como, a capacidade de lidar com o stress e com níveis superiores de bem-estar e de saúde física (Iwasaki, Zuzanek & Mannell, 2001).

De seguida, para a totalidade da nossa amostra, apresentamos algumas actividades de ocupação dos tempos livres dos jovens, ressaltando a sua elevada componente sedentária e o

elevado número de horas que estes referem estar nelas envolvidas o que pode associar-se a um perfil de risco dado o sedentarismo e baixo contacto social directo (Strasburger & Donnerstein, 2000).

Actividade desportiva até transpirar e ficar ofegante.

Como é notória a quantidade crescente de tempo gasto num estilo de vida sedentário, como ver televisão, trabalhar no computador, jogos de vídeo, etc. Bouchard (2000) e sabendo-se que a falta de funcionamento e a carência antinatural de movimento e de actividade física atrofiam os órgãos, diminuem o rendimento e tornam-nos susceptíveis a doenças Nunes, (1999), inquirimos os alunos da amostra no sentido de confirmar se há estabilidade da actividade física nas horas de lazer e se a participação no desporto continua.

Verificou-se que a prática de actividade física semanal durante os tempos livres é baixa, uma vez que 73% das raparigas e 49% dos rapazes não praticam ou praticam muito pouco (até uma hora semanal). Porém, tal como estudos anteriores confirmam, continuam a ser os rapazes aqueles que, no computo geral, mais se envolvem com a actividade desportiva.

“Actividade desportiva semanal suficiente para transpirar e ficar ofegante”					
	Nenhuma	Até 1 Hora	De 2 a 3 horas	De 4 a 6 horas	7 ou mais horas
Rapazes (n=68)	16%	33%	29%	12%	10%
Raparigas (n=71)	39%	34%	20%	3%	4%

Tabela 15 – Activ. desportiva semanal nos tempos livres – comparação entre géneros

Continua a verificar-se, à semelhança do indicado no estudo HBSC – Portugal (2006) que são os adolescentes mais novos aqueles que investem mais na prática de actividades desportivas semanais.

“Actividade desportiva semanal suficiente para transpirar e ficar ofegante” “Comparação entre Idades”					
Intervalos	Nenhuma	Até 1 Hora	De 2 a 3 horas	De 4 a 6 horas	7 ou mais horas
13 (n=25)	10%	44%	29%	15%	2%
15 (n=88)	32%	28%	24%	7%	9%
16 (n=26)	23%	35%	27%	8%	7%

Tabela 16 – Activ. desportiva semanal nos tempos livres – comparação entre idades

Número de horas a ver televisão.

Numerosos estudos, alguns deles a seguir indicados, examinaram os efeitos da televisão nas crianças e nos jovens centrando-se, inclusive, no impacto negativo das imagens violentas. A preocupação tem crescido ao incluir filmes disponíveis para vídeos e jogos de computador.

Embora o ver televisão seja frequentemente visto como uma actividade passiva, os espectadores têm mostrado estar atentos e envolvidos no processamento da mensagem e na compreensão do seu significado (Hawkins & Pingee, 1987, citado no Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS, 1998). Os jovens têm provado a sua habilidade em inferir mensagens subjacentes daquilo que estão a ver (Christianson, 1986, citado por Matos et al., 2000) embora, pesquisas recentes, indiquem um aumento de 3% a 15% em comportamentos agressivos entre os espectadores de programas de televisão violentos (Clark, 1993, citado por Hickman, Roberts e Matos, 2000). Ao pretenderem analisar os efeitos da violência dos jogos de computador, Miguéis, Soares, Ferreira, Carneiro e Esteves, (2000) concluíram que jogar jogos violentos pode influenciar o estado emocional do jogador, nomeadamente aumentar, a curto prazo, pensamentos e sentimentos de hostilidade e aumentar a frequência cardíaca.

Os investigadores também encontraram uma relação entre o ver televisão em excesso e hábitos de dieta pobres e um estilo de vida sedentário (Felts, 1992, Robinson & Killen, 1995, & Groves, 1998, citados por Matos et al., 2000).

O Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS, 1998 refere que a maior parte dos jovens passa entre meia hora a 3 horas por dia, a ver televisão, que são as raparigas e os mais velhos, aqueles que com maior frequência referem esta situação.

No nosso estudo, relativamente à actividade de lazer ver TV constatou-se que, durante a semana, 45% dos jovens passa entre 2 a 3 horas por dia a ver televisão (menos 8% do que o verificado no estudo HBSC – Portugal (2006).

No fim-de-semana aumentou em 4% o número dos que vêm 2 a 3 horas diárias (40% agora, para os 36% do anterior estudo) embora tenha diminuído em 8% o número dos que vêm 4 ou mais horas (50% nos agora inquiridos, para 58% no estudo HBSC – Portugal (2006).

Número de horas a ver TV (incluindo vídeos e DVDs) (n=139)			
	1 ou menos horas	2 a 3 horas	4 ou mais horas
Semana	25%	45%	30%
Fim-de-semana	10%	40%	50%

Tabela 17 – Nº de horas a ver TV, vídeos e DVDs

Tal como no estudo HBSC – Portugal (2006) ao compararmos, durante a semana, a percentagem dos rapazes e raparigas, que ficam à frente do televisor, as diferenças são estatisticamente pouco significativas.

Também, à imagem do mesmo estudo, no fim-de-semana são mais as raparigas a ver TV e gastam mais horas que os rapazes a ver televisão.

Número de horas a ver TV (incluindo vídeos e DVDs) “Comparação entre géneros”				
		1 ou menos horas	2 a 3 horas	4 ou mais horas
Semana	Rapaz (n=68)	23%	45%	32%
	Rapariga (n=71)	25%	46%	29%
Fim-de-semana	Rapaz (n=68)	16%	37%	47%
	Rapariga (n=71)	1%	44%	55%

Tabela 18 – N° de horas a ver TV, vídeos e DVDs – comparação entre géneros

Em termos de grupo etário e durante a semana, é maior a percentagem dos jovens com 13 anos que vê TV e maior o número de horas consumidas em frente ao televisor. Ao fim-de-semana são os jovens do grupo dos 15 anos. A tendência não se alterou, uma vez que corresponde ao descrito no estudo HBSC – Portugal (2006)

Número de horas a ver TV (incluindo vídeos e DVDs) “Comparação entre idades”						
Intervalos	Semana			Fim-de-semana		
	1 ou menos horas	2 a 3 horas	4 ou mais horas	1 ou menos horas	2 a 3 horas	4 ou mais horas
13 (n=25)	5%	55%	40%	10%	42%	48%
15 (n=88)	26%	48%	26%	2%	48%	50%
16 (n=26)	26%	30%	44%	12%	40%	48%

Tabela 19 – N° de horas a ver TV, vídeos e DVDs – comparação entre idades

Número de horas a usar o computador.

As novas tecnologias trouxeram novas formas de interacção sem fronteiras, o que só por si já é um factor de enorme motivação para os mais novos. Tal como refere Andrade

(2005), com o surgimento dos computadores deram-se saltos gigantescos em termos de processamento de informações, logística e comunicação.

(Almeida, 2000, citado na Revista Espaço Académico – nº 85, 2008), estudioso do assunto, refere-se ao computador como “uma máquina que possibilita testar ideias ou hipóteses, que leva à criação de um mundo abstracto e simbólico, ao mesmo tempo que permite introduzir diferentes formas de actuação e interacção entre as pessoas.”

O computador ao ser manipulado pelo indivíduo permite a construção e reconstrução do conhecimento, tornando a aprendizagem uma descoberta. (Valente, 1993, citado na Revista Espaço Académico – nº 85, 2008)

Mas, como realça Pierre Levy (1999), as tecnologias podem ser boas ou más de acordo com o contexto e a forma como são utilizadas.

Segundo Moita (2007), factores como “a disponibilidade das novas tecnologias”, reduzem as oportunidades de uma vida fisicamente activa, favorecendo actividades sedentárias. De facto, muitos são os comportamentos sedentários adoptados pelos adolescentes, desde estar sentado nas aulas, ouvir música, “navegar” na internet, jogar “playstation”, ver televisão, até estar sentado com os amigos a conversar. Destes, o mais preocupante, tem a ver com a quantidade de tempo que os jovens gastam com entretenimento electrónico, que aumentou drasticamente, especialmente entre os menores de idade, como revela o relatório "Generation M2: Media in the Lives of 8- to 18-year-Olds" divulgado em Janeiro de 2010, resultante de uma pesquisa produzida nos EUA pela Kaiser Family Foundation (citado na publicação PC World Online – 21/01/2010).

O mesmo relatório refere que os jovens de 8 a 18 anos gastam em média 7 horas e 38 minutos diários consumindo “mídia”, pelo que o total semanal supera as 53 horas. Considerando, acrescenta o relatório, a habilidade que muitos têm de ser "multitarefa",

consumindo vários “mídia” em simultâneo, esse tempo pode ser estendido para 10 horas e 45 minutos diários.

É assim muito simples constatar que os jovens, nos seus tempos livres, usam as novas tecnologias e a televisão ao invés da prática desportiva (Marivoet, 2001) o que favorecerá um estilo de vida cada vez mais sedentário, com altos níveis de inactividade.

E, porque o sedentarismo é considerado como um factor de risco, com a mesma importância que o tabagismo e a alimentação OMS (2003) e vários estudos o associam às maiores causas de morte e à mortalidade Mota, (1999) a OMS (2003) reconheceu, como forma de minimizar os efeitos nefastos do sedentarismo, a importância da actividade física para a saúde (física, mental e social, capacidade funcional e bem-estar) e apontou para a necessidade de políticas e programas com o objectivo de integrar a prática desportiva nos hábitos de vida das populações e sociedades.

Na nossa amostra, o número de horas que a maior parte dos jovens passa no computador para “conversar”/“chats”, navegar na Internet, é de 2 a 4 horas diárias, durante a semana e cerca de 5 ou mais, durante o fim-de-semana, o que perfaz uma média de 25 horas semanais, excluindo o tempo gasto a jogar. Comparativamente com os resultados do estudo HBSC – Portugal (2006), verificou-se um aumento substancial no número de horas que os adolescentes da nossa amostra gastam no PC. No estudo HBSA referido, a maior percentagem de utilizadores consumia meia hora ou menos ao dia durante a semana e fim-de-semana.

Nº de horas diárias a usar o computador (conversar/“chats”, navegar na “net”) (n=139)			
	1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas
Semana	28%	40%	32%
Fim-de-semana	12%	43%	45%

Tabela 20 – Nº de horas diárias a usar PC

Dos adolescentes questionados, é maior a percentagem de rapazes e de alunos mais velhos que passam mais horas a usar o computador durante a semana e fim-de-semana, a exemplo do que sucedia no estudo a que nos temos vindo a reportar.

Nº de horas diárias a usar o computador (conversar/“chats”, navegar na “net”) “Comparação entre géneros”				
		1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas
Semana	Rapaz (n=68)	34%	44%	22%
	Rapariga (n=71)	39%	43%	18%
Fim-de-semana	Rapaz (n=68)	12%	43%	45%
	Rapariga (n=71)	19%	42%	39%

Tabela 21 – Nº de horas diárias a usar PC – comparação entre géneros

Nº de horas diárias a usar o computador (conversar/“chats”, navegar na “net”) “Comparação entre idades”						
Intervalos	Semana			Fim-de-semana		
	1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas	1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas
13 (n=25)	60%	30%	10%	28%	52%	20%
15 (n=88)	36%	45%	19%	25%	45%	30%
16 (n=26)	33%	44%	23%	15%	27%	58%

Tabela 22 – Nº de horas diárias a usar PC – comparação entre idades

Número de horas a jogar computador ou consola.

Devido à rápida evolução do estilo de vida urbano, a população acabou por sofrer mudanças socioculturais que estão a afectar directamente o nível de actividade física nas crianças e nos adolescentes Mascarenhas et al. (2005). As novas tecnologias concorrem com as práticas desportivas para atrair a atenção e ocupar as horas de lazer dos jovens. O ritmo

imposto pelo desenvolvimento tecnológico tem alterado o uso dos sentidos, exigindo outros movimentos do corpo, gestos e linguagens. Por isso, os jogos tradicionais têm sido substituídos pelos videojogos que vão ocupando o seu espaço no mundo do lazer Moita (2007), e que são considerados por Oliveira (2002) um novo meio de comunicação com linguagem específica que, quando usados na dose certa, proporcionam um outro tipo de aprendizagem uma vez que exigem atenção, concentração e sentido estratégico, obrigam a seleccionar e processar informações, a exercitar a lógica e a deduzir – em suma, a raciocinar.

Um outro grande factor de interesse é o facto de os videojogos contribuírem para a experiência formativa vivenciada pela juventude com informações, valores e saberes que, via audiovisual, chegam de forma mais apelativa e lúdica Marques (2006). Alguns videojogos utilizam, de uma forma bastante objectiva e atractiva, potenciais bem específicos, tais como informações escritas, o som, a música, animação, o vídeo, fotografia e as imagens a três dimensões, meios que se forem bem explorados podem ser uma mais-valia para os seus utilizadores, uma vez que os seus benefícios se manifestam nos aspectos cognitivos e psicomotores, na coordenação viso motora e na organização do espaço Gros (2000)

No entanto, os videojogos têm também aspectos muito negativos que apenas poderão ser modelados pelo ambiente social, cultural e familiar onde os praticantes estão inseridos Rangel (2004).

Setzer (2001) tece grandes críticas aos videojogos. Caracteriza-os como detentores de um ambiente altamente competitivo e combativo, com altos níveis de violência, de movimentação e de rapidez das imagens exibidas no ecrã, de actividades de estímulo e resposta e de excitação. Ao apresentar altos níveis de violência e um ambiente altamente competitivo faz com que o jogador fique obcecado com a ideia de ganhar, o que por sua vez vai aumentar os seus níveis de adrenalina e excitação. Jogadores obcecados concentram a sua atenção apenas nos jogos e deixam, por vezes, de ter a sua vida pessoal. Para além dos

problemas físicos que o excesso de utilização dos videojogos pode acarretar, existe ainda o perigo de imitação das personagens dos videojogos por crianças/adolescentes que ainda não possuam a sua personalidade bem definida, tornando-se pessoas violentas e extremamente agressivas.

O E-Generation constata que uma larga maioria dos jovens inquiridos online (80,8%) é adepta dos videojogos, mesmo no caso das raparigas (68,5%, contra 90% no caso dos rapazes), sendo a faixa etária entre os 9 e 12 anos (94,2%) a que mais habitualmente se dedica a jogar.

Ao observar a nossa amostra verificou-se que 93% dos nossos inquiridos são adeptos dos videojogos passando, a maior deles, 1 hora ou menos/dia a jogar, durante a semana e fim-de-semana.

Comparativamente com o estudo a que nos temos reportado, HBSC – Portugal (2006), houve uma diminuição no número de horas gastas a jogar, durante o fim-de-semana, uma vez a maior percentagem dos que jogam, passou do intervalo de 1 a 3 horas de então, para 1 hora ou menos actual.

Jogar computador ou consola (n=139)			
	1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas
Semana	58%	35%	7%
Fim-de-semana	40%	38%	22%

Tabela 23 – N° de horas semanais a jogar PC/Consola

Tal como no estudo a que nos temos vindo a reportar, é maior a percentagem de rapazes que dedicam mais tempo aos videojogos. Contrariamente ao referido no mesmo estudo, que apontava os jovens com 13 anos como o grupo que passava mais horas a jogar durante a semana e fim-de-semana, nos nossos inquiridos é o grupo dos 16 que dedica mais tempo a jogar no computador ou consola durante a semana e fim-de-semana.

Jogar computador ou consola “Comparação entre géneros”				
		1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas
Semana	Rapaz (n=68)	38%	50%	12%
	Rapariga (n=71)	77%	21%	2%
Fim-de-semana	Rapaz (n=68)	22%	47%	31%
	Rapariga (n=71)	55%	31%	14%

Tabela 24 – N° de horas semanais a jogar PC/Consola – comparação entre géneros

Jogar computador ou consola “Comparação entre idades”						
Intervalos	Semana			Fim-de-semana		
	1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas	1 hora ou menos	2 a 4 horas	5 ou mais horas
13 (25)	68%	24%	8%	32%	44%	24%
15 (88)	56%	38%	6%	39%	43%	18%
16 (26)	46%	42%	12%	28%	40%	32%

Tabela 25 – N° de horas semanais a jogar PC/Consola – comparação entre idades

Síntese dos Resultados

O presente trabalho não pretende explicar os comportamentos dos jovens, mas apenas descrevê-los. Apesar disso, identificam-se alguns perfis de comportamento que sugerem padrões de risco para a saúde e qualidade de vida. De acordo com o processamento estatístico efectuado, iremos apresentar e analisar os resultados obtidos na totalidade da amostra. A ordem de apresentação tem como critério a sequência e agrupamento das variáveis em estudo, apresentadas no capítulo da metodologia.

Quem são os inquiridos

Os inquiridos neste estudo são 139 alunos do Agrupamento de Escolas Sophia de Mello Breyner Andresen, sediado no Concelho da Amadora, pertencentes à EB 2,3 Sophia de Mello Breyner Andresen.

Estão distribuídos por 6 turmas: três do 8º ano de escolaridade, que representam 49% dos inquiridos e outras tantas do 9º ano, com 51% dos alunos da amostra. Em termos de género, 51% pertencem ao sexo feminino e os restantes 49% são do sexo masculino.

Estes alunos foram distribuídos por intervalos de idade. O “intervalo dos treze”, com 18% dos alunos, corresponde aos alunos com idade ≥ 12 anos e < 14 anos. O “intervalo dos quinze” é composto por alunos com idade ≥ 14 e < 16 anos, num total de 63% e o terceiro grupo, “intervalo dos dezasseis”, representa 19% dos alunos, e é composto por alunos com idade ≥ 16 anos.

Estatuto Socioeconómico – Alguns Indicadores

No que diz respeito à profissão dos pais há a assinalar que, na maior parte dos casos, esta se situa nos níveis socioeconómicos mais baixos, tanto no que diz respeito ao pai (65%) como à mãe (57%).

Relativamente ao nível de instrução, o nível do pai e da mãe situa-se predominantemente no 2º e 3º ciclos (45% e 40% respectivamente).

Quanto ao emprego do pai, 8% dos inquiridos refere que o mesmo está desempregado e 16% refere não saber ou não o ver; no que concerne à mãe, 12% dos inquiridos refere que a mesma está desempregada e 2% diz não saber ou não a ver.

Actividade Física

Ao inquirir os adolescentes da nossa amostra constatamos que 43% refere praticar actividade física três vezes ou mais por semana, pelo menos 60 minutos por dia.

São os rapazes e os mais novos que praticam mais vezes actividade física durante a semana e, ainda que de forma pouco acentuada, o número de vezes de prática semanal vai diminuindo com o aumento da idade.

Este número deve gerar alguma preocupação uma vez que os profissionais em ciências do desporto estabeleceram um mínimo de 60 minutos por dia de actividade física para crianças e adolescentes em idade escolar, inclusivamente nas crianças mais activas Gross (2010). A autora refere também que esta recomendação se deve acompanhar de uma outra, na qual se aconselha que o comportamento sedentário deve ser reduzido ao máximo de 2 horas por dia, para desta forma se garantir uma boa saúde.

Desporto

Quando se pergunta aos alunos da amostra se praticam algum desporto, 65% respondeu que sim. Os rapazes são o grupo mais empenhado, já que 78% deles afirma praticar algum desporto, para apenas 54% das meninas que o fazem.

São os mais novos que mais referem praticar algum tipo de desporto - 76%, embora a variedade dos desportos praticados seja algo limitada. A maioria dos rapazes joga futebol e as meninas dedicam-se sobretudo à dança.

Questionados sobre a prática desportiva semanal “durante os tempos livres”, a maior parte (33% dos rapazes e 34% das raparigas) respondeu praticar 1 hora ou menos.

Da análise desta inquirição, verificou-se que a prática é baixa uma vez que, se a estes valores juntarmos os que referiram não praticar qualquer tipo de desporto, verificamos que

não praticam ou praticam muito pouco (até uma hora semanal) cerca de 50% dos rapazes e 73% de raparigas.

Os valores atrás transcritos devem revelar alguma apreensão uma vez que está confirmado que a prática de actividade física na adolescência possibilita um melhor estado de saúde no presente e impulsiona a criação de hábitos de saúde ao longo da vida Guedes et al. (2005). E, como já foi referido, do ponto de vista da saúde pública e medicina preventiva, promover a actividade física na infância e na adolescência significa estabelecer uma base sólida para a redução do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida, Lazzoli et al. (1998).

Lazer

O tempo livre tem sido assinalado como uma variável potencialmente importante no que respeita à promoção da saúde contudo, as novas tecnologias concorrem com a actividade física para atrair a atenção e ocupar as horas de lazer dos jovens.

Um dos comportamentos mais usuais na ocupação dos tempos de lazer é o tempo passado a ver televisão e a usar o PC/consola, e os jovens da nossa amostra não fogem à regra.

Relativamente ao tempo gasto a ver TV constatou-se que, durante a semana, 45% dos jovens passa entre 2 a 3 horas por dia a ver televisão. No fim-de-semana, 50% dos questionados vê, diariamente, 4 horas ou mais.

Durante a semana, a diferença percentual entre rapazes e raparigas que ficam à frente do televisor são estatisticamente insignificantes.

Também no fim-de-semana e à imagem do mesmo estudo, é maior a percentagem de raparigas a ver televisão, consumindo também mais horas que os rapazes em frente ao aparelho.

Numa análise global, em termos de grupo etário e durante a semana, são os jovens com 13 anos que vêm mais horas de televisão e ao fim-de-semana são os jovens do grupo dos 15 anos.

Quando analisamos a forma como o grupo de adolescentes inquiridos lida com as novas tecnologias verificamos que, no que respeita à utilização do PC o número de horas que a maior parte dos jovens passa no computador para “conversar”/”chats” e navegar na Internet, é de 2 a 4 horas diárias, durante a semana, e cerca de 5 ou mais, durante o fim-de-semana.

Constata-se também que é maior a percentagem de rapazes a usar o PC e que são os alunos mais velhos que passam mais horas a usar o computador durante a semana e fim-de-semana.

No que concerne ao uso dos videojogos podemos observar na nossa amostra que 93% dos inquiridos simpatizam com os videojogos passando, a maior deles, 1 hora ou menos/dia a jogar, durante a semana e fim-de-semana. A maior percentagem de utilizadores são rapazes sendo o grupo dos 16 anos que dedica mais tempo a jogar no computador ou consola durante a semana e fim-de-semana.

De uma maneira geral, os adolescentes do nosso estudo caracterizam-se por praticarem actividades passivas nos seus tempos de lazer sendo comum a todos, actividades como ver televisão, usar o computador e jogar videojogos.

Se apurarmos o cômputo geral de horas dispendidas em actividades passivas ficamos apreensivos com o estilo de vida dos adolescentes inquiridos neste estudo porque, tal como refere o World Health Report de 1997 o sedentarismo é considerado como um factor de risco causador de diversas doenças, com a mesma importância que o tabagismo e a alimentação, constituindo um factor de risco relevante para algumas das doenças mais prevalentes da nossa realidade, nomeadamente o acidente vascular cerebral e a doença cardíaca. Para além do mais,

o sedentarismo não representa apenas um risco pessoal de enfermidades, mas tem um custo económico para o indivíduo, para a família e para a sociedade Matsudo et al. (2002)

Parte V – Perfil Evolutivo/Comparativo com o Estudo HBSC (Portugal 2006)

Perfil Evolutivo/Comparativo

Introdução

Um dos objectivos deste trabalho é efectuar a comparação com o estudo HBSC - Portugal, (2006) levado a cabo pela equipa do projecto Aventura Social & Saúde, coordenada pela Doutora Margarida Gaspar de Matos, que incide sobre “A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 Anos”.

Esta confrontação de dados possibilitará o esclarecimento de várias questões relacionadas com os comportamentos destes adolescentes, dando-nos a conhecer a alteração, ou não, dos indicadores resultantes das variáveis em estudo.

Traçando um perfil evolutivo/comparativo para as principais variáveis analisadas neste relatório, podem observar-se as seguintes tendências:

Estatuto socioeconómico

Profissão dos Pais (Melhoria)

Comparando com os resultados do estudo de 2006, verifica-se uma ligeira valorização na profissão dos pais. Embora a maior parte deles tenha, como em 2006, uma profissão correspondente ao nível socioeconómico mais baixo, no caso da nossa amostra registou-se uma melhoria. (Pai: de 68,2% para 65%; Mãe: de 66,5% para 57%)

Nível de Instrução dos Pais (Melhoria)

Relativamente ao nível de instrução dos pais, também se regista uma melhoria na comparação com os dados de 2006. Pai: (de 32,2% para 45% - opção 2º e 3º ciclo); Mãe: (de 34,4% para 40% - opção 2º e 3º ciclo).

Emprego dos Pais (Melhoria)

Comparativamente com o estudo de 2006, a situação de emprego dos pais melhorou. O desemprego do pai aumentou - Pai: (de 7,1% para 8%); mas melhorou na Mãe: (de 24% para 12%). Embora o desemprego tenha subido 0,9% no caso do pai, houve uma melhoria de 12% na empregabilidade das mães pelo que, no cômputo geral, a situação de emprego melhorou.

Outro dado a reter diz respeito à situação de “não saber ou não ver” o pai ou mãe. Neste caso, também houve alteração – Pai: (de 5% para 16%); Mãe: (de 2,1 para 2%).

Actividade Física

Actividade Física (Diminuição)

Comparando os resultados do estudo de 2006, verifica-se uma forte descida na prática de actividade física - (de 14,5% para 3% - opção “todos os dias”). Na opção de prática, correspondente a 3 vezes ou mais por semana a descida foi menos radical (de 46,7 para 43%).

Os rapazes continuam a ser os que mais praticam actividade física, embora em relação ao estudo a que nos temos vindo a reportar se tenha verificado também uma nítida descida (de 21,5% para 4% - opção todos os dias). Em ambos os estudos, o grupo dos mais novos é também o que mais pratica, verificando-se uma nítida diminuição na prática de actividade física de 2006 para o nosso estudo e, ainda que de forma pouco acentuada, o número de vezes de prática semanal vai diminuindo com o aumento da idade.

Desporto

Prática Desportiva (Diminuição)

Fazendo a comparação com os resultados de 2006 no que concerne à prática desportiva, verificou-se que houve uma diminuição na percentagem dos praticantes (de 92,8%

para 65%). Os rapazes continuam a praticar mais desporto que as raparigas, embora tenha havido um decréscimo relativamente a 2006 (de 96,9% para 78%).

Quanto às modalidades praticadas, as raparigas dedicam-se mais à dança e natação, enquanto os rapazes se entregam ao futebol, basquetebol e andebol. Verificamos, tal como no estudo de 2006, que a prática de desporto vai diminuindo à medida que a idade vai aumentando.

Lazer

Televisão (Diminuição)

Quanto aos tempos livres, de 2006 para a actualidade, verifica-se, nos alunos da nossa amostra, uma ligeira descida na percentagem dos que vêem televisão 4 ou mais horas/dia. Durante a semana (de 35,8% para 30%) e no fim-de-semana (de 58,2 para 50%).

Se no estudo a que nos temos vindo a referir, são as raparigas que vêem mais horas de TV durante a semana, na nossa amostra são os rapazes que ficam um pouco mais à frente do televisor. Ao fim de semana, e à imagem do mesmo estudo, é maior a percentagem de raparigas a ver televisão consumindo também mais horas que os rapazes, em frente ao aparelho.

Tal como no estudo de 2006, é o grupo etário dos 13 anos que vê mais horas de televisão durante a semana e ao fim-de-semana são os jovens do grupo dos 15 anos.

Computador (Aumento)

Quando verificamos a percentagem de adolescentes do nosso estudo e a comparamos com a do estudo de 2006 em termos de quantidade e de horas consumidas à frente do PC, chegamos à conclusão que há um grande aumento na percentagem de utilizadores e de horas gastas. Utilizadores à semana (de 14,9% para 32% - opção “4 horas ou mais”); fim-de-semana (de 23,5% para 45% - opção “4 horas ou mais”). Número de horas diárias gastas na semana:

em 2006, a maioria passava “meia hora ou menos” no PC; no nosso estudo passa de 2 a 4 horas diárias. No fim-de-semana: de “meia hora ou menos” diária passou para 5 ou mais.

No nosso estudo, tal como em 2006, é maior a percentagem de rapazes e de alunos mais velhos que passam mais horas a usar o computador durante a semana e fim-de-semana.

Uso de videojogos (Diminuição)

Ao observar a nossa amostra constata-se que 93% dos nossos inquiridos (7% declararam não jogar) são adeptos dos videojogos.

Verifica-se uma diminuição considerável dos adolescentes que afirmam jogar quatro ou mais horas por dia, durante a semana e fim-de-semana (durante a semana – de 16,1 % para 7%; ao fim de semana – de 29% para 22%).

Tal como no estudo a que nos temos vindo a reportar, é maior a percentagem de rapazes que dedicam mais tempo aos videojogos. Contrariamente ao referido no mesmo estudo, que apontava os jovens com 13 anos como o grupo que passava mais horas a jogar durante a semana e fim-de-semana, nos nossos inquiridos é o grupo dos 16 que dedica mais tempo a jogar no computador ou consola durante a semana e fim-de-semana.

Parte VI – Conclusões/recomendações

Introdução

Neste capítulo vamos proceder à apresentação das principais conclusões do presente trabalho. Posteriormente, iremos apresentar algumas recomendações, com o intuito de tentar modificar os comportamentos que consideramos nefastos para a qualidade de vida dos adolescentes da nossa amostra.

Conclusões

A partir da análise realizada ao longo do nosso estudo e comparando-a com a do estudo HBSC – Portugal (2006), para facilitar a compreensão, é possível apresentar as seguintes conclusões:

- **Percentagem das mães empregadas** – é superior à dos pais.
- **Profissão dos pais** – 80% dos pais dos alunos da amostra encontra-se na quarta e quinta categoria, e muitos deles que não têm profissão. Categoria: (1 – elevado; 5 – baixo)
- **Nível de instrução** – A maior parte dos pais (pai e mãe) estudou até ao 2º e 3º ciclo. A quarta parte dos pais (pai e mãe) possui o 1º ciclo do ensino básico.
- **Os rapazes e os mais novos** – são mais activos que as raparigas, em todas as idades.
- **Prática de actividade física** – Desceu 7,4% (de 4,6% que nunca praticaram, para 12%).
- **Prática de actividade física nos rapazes** – Desceu de 21,5% - opção (todos os dias), para 4%.
- **Prática de actividade física nas raparigas** – Desceu de 7,7% - opção (todos os dias), para 1%.
- **Prática desportiva** – A percentagem de praticantes desceu de 92,8% para 65%.
- **Prática desportiva nos rapazes** – Desceu de 96,9% para 78%.
- **Prática desportiva nas raparigas** – Desceu de 88,9% para 54%.

- **Prática desportiva semanal – *durante os tempos livres*** – É baixa. 73% das raparigas e 49% dos rapazes não praticam ou praticam muito pouco (até uma hora semanal).
- **Tempos livres:**
 - Vêem menos Televisão.
 - Aumentou em 4% o número dos que vêem TV – 2 a 3 horas diárias.
 - Diminuiu em 8% o número dos que vêem 4 ou mais horas diárias.
 - Aumentou o nº de horas a usar PC – A “meia hora ou menos”/dia durante a semana e fim-de-semana, passou para 2 a 4 horas/dia durante a semana, e 5 ou mais horas ao fim de semana. (Exceptuando os jogos).
 - Diminuiu o nº de horas em videojogos, durante o fim-de-semana. Passou do intervalo de 1 a 3 horas/dia para “1 h ou menos actual”.
 - São os rapazes que mais jogam.
 - Passou do grupo dos 13 anos para o dos 16 os que mais horas gastam a jogar durante a semana e fim-de-semana.

O conjunto de dados agora obtidos, ao permitir-nos comparações com estudos anteriores, esclarece várias questões sobre os comportamentos dos adolescentes que compõem a nossa amostra. Numa primeira apreciação, os resultados revelam, como variável explicativa mais forte, o sexo. Tanto a idade como o sexo foram, neste trabalho, associados à prática da actividade física, desportiva e ocupação de tempos livres, com os rapazes e os mais novos a evidenciar-se em praticamente todas variáveis.

Os resultados obtidos junto dos adolescentes mais novos parecem ser mais favoráveis para a saúde do que os obtidos pelos mais velhos. Esta conclusão, presente no relatório do estudo “A Saúde dos Adolescentes Portugueses” levado a cabo pela equipa do projecto Aventura Social & Saúde em 2006, acima referenciado por estudo (HBSC – Portugal, 2006)

mantém-se igualmente verdadeira no nosso estudo, se bem que, em relação aos dados obtidos em estudos nacionais anteriores se verifique, globalmente, uma diminuição da prática de actividade física e desportiva, e um aumento desmesurado do uso dos meios informáticos.

Embora estes dados se reportem a um grupo (amostra) bastante reduzido, a situação sugere-nos que é necessário investir muito trabalho no sentido de promover os níveis de actividade física e desportiva de forma a maximizar potenciais benefícios para a saúde.

A própria OMS, em 2002, estabeleceu como tema prioritário nesse ano, a construção de políticas públicas que enfatizassem a importância da actividade física para uma vida mais saudável, e deu orientações para que em todo o mundo fossem desenvolvidos eventos que estimulassem a prática da actividade física regular e fossem divulgados os seus efeitos benéficos para a saúde das populações, mesmo em condições especiais e diversas como em casos de doenças cardíacas, problemas mentais e dependência dos idosos.

Ao aceitarmos como provados os efeitos benéficos da actividade física na saúde e bem-estar físico, social e psicológico dos adolescentes, os resultados do nosso estudo apontam claramente para a necessidade de medidas ao nível da família e da escola no sentido de apoiar os jovens na sua escolha de um estilo de vida activo e saudável, tomando sempre em consideração a diferença de género.

Recomendações

Na sequência deste estudo, será lógico apontar algumas recomendações com o intuito de, como já foi referido, tentar corrigir os comportamentos considerados nefastos, para a qualidade de vida dos adolescentes desta amostra.

1. Efectuar um estudo mais alargado e com uma amostra maior, a fim de permitir que as conclusões sejam mais seguras.

2. Envolver mais directamente a família e a escola no sentido de apoiar os jovens na escolha de um estilo de vida activo e saudável, tendo sempre em consideração as diferenças de género.
3. Valorizar o papel da EF na promoção de hábitos de actividade física e consequentemente na melhoria da qualidade de vida.
4. Sensibilizar os alunos, com o apoio de todos os docentes, para a prática de actividade física como medida fundamental na “batalha” contra o excesso de peso e problemas complementares.
5. Facultar aos alunos estudos e publicações, nomeadamente da OMS, para que os adolescentes interiorizem, de forma mais eficaz, a necessidade de actividade física e desportiva, para a sua qualidade de vida.
6. Promover acções de sensibilização, com o apoio de instituições de saúde, que ajudem a reforçar a ideia de que a actividade física traz enormes benefícios para a saúde, nomeadamente ao nível da redução da obesidade e especialmente quanto à prevenção de doenças cardiovasculares.
7. Promover o exercício físico como uma forma atractiva e agradável de ocupar o tempo livre.

Referências Bibliográficas

- Armstrong N, Welsman J. (1997). *Young People and Physical Activity*. New York: Oxford University Press.
- Barbosa, V. L. P. (2004) *Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência: exercício, nutrição e psicologia*. Barueri Manole, 2004.
- Batista, P. M. F. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e a auto-estima: estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto. F.C.D.E.F. Universidade do Porto.
- Becker, D. (1987). *O que é adolescência*. São Paulo: Brasiliense.
- Berger, B. & McInman, A. (1993). *Exercise and the quality of life*. In R. Singer, M. Murphey & L. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sport psychology*. New York: MacMillan.
- Blair, S.; Clark, D.; Cureton, K. & Powell, K. (1989). *Exercise and Fitness in Childhood: Implication for a Lifetime of Health*. In C. Gisolfi & D. Lamb (Eds.), *Perspective in Exercise Science and Sports Medicine*, vol. 2. *Youth, Exercise and Sport*, Indianapolis, IN: Benchmark.
- Bouchard C. & Shephard J. (1994). *Physical activity, fitness, and health: the model and key concepts*. In: Bouchard C., Shephard J., Stephens T. *Physical Activity, Fitness, and Health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.
- Bouchard, C. (2000). *Physical Activity and Obesity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bramston, P.; Chipuer, H. & Pretty, G. (2005). *Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration*. Journal of intellectual Disability Research.
- Bruhn, J. G. (1988). *Life-style and health behavior*. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging Research Perspectives* (pp. 71-86). New York: Plenum Press.
- Calman, K. (1987). *Definitions and dimensions of quality of life*. In N. Aaronson & J. Beckmann (Eds). *The Quality of Life Cancer Patients* pp. 1-9. New York: Raven Press.
- Cantera-Garde, M. & Devís-Devís, J. (2000). *Physical Activity Levels of Secondary School Spanish Adolescents*. European Journal of Physical Education.
- Carrano, P. C. R. (2000). *Juventudes: as identidades são múltiplas*. Em: Movimento: Revista da Universidade Federal Fluminense -1 Maio de 2000.

- Caspersen, C.J., Powell, E., Christensen, M. (1985). *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public health reports, 1985
- Castro, M. G. & Abramovay, M. (2002). *Por um novo paradigma de fazer políticas - políticas de/para/com juventudes*. Em: Revista Brasileira de Estudos da População. jul./dez. 2002.
- Ceballos, O. (2002). *Actividad y condición física en escolares adolescentes de la ciudad de Zaragoza (España) y Monterrey (México)*. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. España.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Cummins, R. (2005). *Moving from the quality of life concept to a theory*. Journal of Intellectual Disability Research.
- DiClemente, R.; Hansen, W. & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Diener, E. (2000). *Subjective Well-being: The science of happiness and a proposal for national index*. American Psychologist.
- Diniz, J. (1998). *Aptidão física e saúde – Desafios para a educação física*. In Neil Armstrong et al. (Eds.), *A educação para a saúde*. Lisboa: Omniserviços.
- Dishman, R.K. (1990). *Determinants of participation in physical activity*. In: Bouchard, C. Shepard, J., Stephens, T. & Mcpherson, B. (Eds.). *Exercise, fitness and health: A consensus of current knowledge* Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ferreira, F. A. Gonçalves (1990). *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freedson, P. & Rowland, T. (1992). *Youth Activity Versus Youth Fitness: Let's Redirect Our Efforts*. Research Quarterly for Exercise and Sport.
- Glanz, K. (1999). *Teoria num relance. Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde*. In Sardinha, L., Matos, M. & Loureiro I. (Eds.). *Promoção da Saúde: Modelos de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* Lisboa: Edições FMH.
- Góis, M. (2000). *O Estilo de Vida dos Jovens Madeirenses e a sua Atitude Face à Escola e à Educação Física*. Tese de mestrado não publicada, Universidade da Madeira.
- Graça, A.; Bento, J. (1993). *Receios e convicções de controlo acerca da saúde em crianças e jovens*. In J. Bento, A. Marques (Eds.), *A ciência do desporto, a cultura e o homem*. Porto: F.C.D.E.F. – U. P., C. M. P.
- Gros, B. (2000). *La dimensión socioeducativa de los videojuegos*. Edutec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa N° 12.

- Guedes, P.; Lopes, C.; Guedes, J. P. (2005). *Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes*. Rev Bras Med Esporte., Niterói, v. 11, n. 2.
- Harding, L. (2001). *Children's Quality of Life Assessments: a review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents*. Clinical Psychology and Psychotherapy.
- Harris, J. (1993). *Young People's Perceptions of Health, Fitness and Exercise*. British Journal of Teaching Physical Education.
- Hawkins, R. & Pingee, S. (1987). *Activity in the effects of television on children*. In M. Gurevitch, & M. Levy (Eds.). *Mass Communication Review Yearbook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hernan-Garcia, M.; Ramos-Monserrat, M. & Fernandez-Ajuria, A. (2001). *Review of published works on Spanish youth health promotion*. Revista Espanola Salud Publica.
- Hickman, M.; Roberts, C.; & Matos, M. (2000). *Exercise and leisure-time activities*. In C. Currie, K. Hurrelmann; W. Settertobulte, R. Smith & J. Todd (Eds.). *Health and Health Behaviour among Young People*. HEPCA series: World Health Organization. <http://www.espacoacademico.com.br/085/85rocha.htm>
- Iwasaki, Y.; Zuzanek, J. & Mannell, R. (2001). *The effects of physically active leisure on stress-health relationships*. Canadian Journal Public Health.
- Kaplan and C. Peterson. (1993). *Health and environment: A psychological analysis*. Landscape and Urban Planning. Elsevier Ed. Recuperado a 2 de Fevereiro de 2011 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016920469390004W>
- Kennedy, C.; Strzempko, F.; Danford, C., & Kools, S. (2002). *Children's perceptions of TV and health behavior effects*. Journal Nursing Scholarship.
- Kohl, H.W.; Fulton, J.E.; Carpensen, C.J. (2000). *Assessment of physical activity among children and adolescents: a review and synthesis*. Preventive Medicine
- Lawford, J. & Eiser, C. (2001). *Exploring links between the concepts of quality of life and resilience*. Pediatric Rehabilitation.
- Lazzoli, K & Nóbrega, A.(1998). Med Esporte. *Atividade física e saúde na infância e adolescência*. Vol. 4, Nº 4
- Ledent, M., Cloes, M., Telama, R., Almond, L., Diniz, J., & Piéron, M. (1997). *Participation des jeunes européens aux activités physiques et sportives*.
- Leite, N.; Ferreira, M.C. (2000). *Adaptação e validação de um instrumento de avaliação de satisfação com a imagem corporal*. Trabalho apresentado na XXX Reunião Anual de Psicologia, Brasília, DF, 2000. Recuperado em 29-3-2011 de: <http://www.espacoacademico.com.br/085/85rocha.htm>

- Lévy, Pierre. (1999) *Cibercultura*. Editora 34, 1999.
- Malina, RM. (1995). *Physical activity and fitness of children and youth: questions and implications*. Medicine, exercise, nutrition and health.
- Marivoet, S. (2001). “*Hábitos Desportivos da População Portuguesa: estudo da procura da prática desportiva*”. Lisboa, Ministério da Juventude e do Desporto. Instituto Nacional de Formação e Estudos do Desporto.
- Marques, N. (2006). *As Potencialidades Educativas dos Videojogos: uma experiência educativa com o Sim City*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Mascarenhas, Luís Paulo Gomes et al. (2005) *Relação entre diferentes índices de atividade física e preditores de adiposidade em adolescentes de ambos os sexos*. Rev Bras Med Esporte, Ago 2005, vol.11, no.4.
- Matos, M. & Sardinha, S. (1999). *Estilos de vida activos e qualidade de vida*. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G., Silva, A. R., Santinha, A., Alão, D., Alves, J. L., Sampaio, L. M. & Carvalho, S. (1994). *Manual do programa de promoção de competências sociais*. Lisboa: PES/ME.
- Matos, M. G., Simões, C. & Canha, L. (1997). *Comportamentos de Saúde em jovens em idade escolar* - Estudo Nacional. Lisboa: Relatório HBSC/PPES.
- Matos, M., Gonçalves, A., Reis, C., Simões, C., Santos, D., Diniz, J., Lebre, P., Dias, S., Carvalhosa S. & Gaspar T. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Quatro Anos Depois*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L. & Fonseca, S. (2000). *Saúde e Estilos de Vida nos Jovens Portugueses*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha, L.(2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social. (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Web site: www.aventurasocial.com
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Web site: www.aventurasocial.com
- Matsudo, M.; Matsudo, R.; Araújo, T.; Andrade, D.; Andrade, E.; Oliveira, L. (2002). *Nível da atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o*

- gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento*. 4. ed. São Paulo: Revista Brasileira de Ciência e Movimento.
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V. (1998). *Nível de Actividade Física em Crianças e Adolescentes de Diferentes Regiões de Desenvolvimento*. Revista da APEF.v.3, n. 4, 1998.
- Mello, M. T. & Tufik, S. (2004). *Atividade física, exercício físico e aspectos psicobiológicos*. Editora Guanabara.
- Meuleners, L.; Lee, A.; Binns, C. & Lower, A. (2003). *Quality of life for adolescents: Assessing measurement properties using structural equation modelling*. Quality of Life Research.
- Miguéis, M.; Soares, S., Ferreira, P., Carneiro, M. & Esteves, F. (2000). *Ansiedade e Hostilidade induzidas por jogos de vídeo violentos*. Poster apresentado na 1ª Escola da Primavera e 10ªs Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Comportamentais e Cognitivas, Lisboa, Portugal.
- Moita, F. (2007). *Game On: jogos electrónicos na escola e na vida da geração arroba*. Campinas: S. Paulo Editora
- Mota J. (1997). *A Actividade Física no Lazer: Reflexões sobre a sua prática*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Mota, J. & Duarte, J. (1999). *Estilo de Vida Activa e Saúde*. Sociedade Portuguesa de Educação Física.
- Mota, J. & Sallis, J. (2002). *Actividade Física e Saúde. Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes*. Porto: Campo de Letras.
- Muza, G. & Costa, M. (2002). *Tools for planning a project to promote adolescent health and development: the adolescents' perspective*. Cadernos Saúde Publica.
- Nahás, M.V. (2008). *Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida activo*. Londrina: Midiograf, 6 ed.
- Nelson, M. (1991). *The Role of Physical Education and Children's Activity*. Research Quarterly for Exercise and Sport.
- Nunes, L. (1999). *A prescrição da Actividade Física*. Colecção: Desporto e Tempos Livres. Editorial Caminho, SA. Lisboa.
- Oliveira, L. (2002). *Nível da atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento*. 4. ed. São Paulo: Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 2002.
- Owen N. (1999). *Physical Activity & Behavioral Medicine*. London: Sage Publications Inc.
- Sleap M , Warburton P (1992). *Physical activity levels of 5-11- year-old children in*

England as determined by continuous observation. Research Quarterly for Exercise and Sport.

- Paffenbarger, R. & Hyde, R. (1988). *Exercise Adherence, Coronary Heart Disease, and Longevity.* In R. Dishman (Ed.), *Exercise Adherence. Its Impact on Public Health.* Champaign, IL: Human Kinetics.
- Paffenbarger, R.; Hyde, R.; Wing, A.; Hsieh, C. (1986). *Physical Activity All-Cause Mortality and Longevity of College Alumni.* New England Journal of Medicine.
- Pais, J. M. (2003). *Culturas Juvenis.* Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Pierón, M. (2002) *Estudi sobre els hàbits esportius dels escolars d'Andorra.* Govern d'Andorra, Ministeri d'Educació Joventut i Esports.
- Pierón, M., Telama, R., Naul, R., & Almond, J. (1997). *Étude du style de vie d'adolescents européens – Considerations théoriques, objectifs et méthodologie de recherche.* Sport.
- Pierón, M.; Telama, R.; Almond, L.; Ledent, M. & Carreiro, F. (2001). *Involvement of children in sports and physical activities. Comparative Analysis of Youth Lifestyle in Selected European Countries.* Taiwan 2001 International Conference Proceedings: The Exchange and Development of Sport Culture in East and West.
- Rangel, A. L. (2004). *Videojuegos: um enfoque psicológico.* Edutec 2004. Barcelona. Recuperado a 3 de Maio de 2011 de <http://edutec2004.lmi.ub.es/pdf/103.pdf>
- Redondo, C. F.; Gross, M. G.; Moreno, L., García-Fuentes, M. (2010). *Actividad física, deporte, ejercicio y salud en niños y adolescentes.* Editorial: Everest
- Ribeiro, J. (2003). *Quality of life is a primary end-point in clinical settings.* Clinical Nutrition. Recuperado a 9 de Abril de 2001 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Quality%20of%20life%20is%20a%20primary%20end-point%20in%20clinical%20settings&itool=QuerySuggestion>
- Sallis J, Owen N. (1999). *Physical Activity & Behavioral Medicine.* London: Sage Publications Inc. Sleaford M, Warburton P (1992). *Physical activity levels of 5-11-year-old children in England as determined by continuous observation.* Research Quarterly for Exercise and Sport.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). *Changing risk behaviors and adopting health behaviors: the role of self-efficacy beliefs.* In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies.* Cambridge University Press.
- Seidl & Zannon (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Setzer, V. (2001). *Os Riscos dos Jogos Eletrônicos na Idade Infantil e Juvenil.* Recuperado a 4 de Janeiro de 2011 de <http://www.ime.usp.br/~vwsetzer/joguinhos.html>

- Shepard, R. J. (1990). *Sport, physical fitness and the costs of public health*. Sport Science Review.
- Silva, R., Seabra, A., Magalhães, L. & Maia, J. (2002). *Padrão de Actividade Física. Estudo em Crianças de Ambos os Sexos do 4º Ano de Escolaridade*. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto.
- Sjolie, A., & Thuen, F. (2002). *School journeys and leisure activities in rural and urban adolescents in Norway*. Health Promotion International.
- Skevington, S.; Lotfy, M. & O'Connell, K. (2004). *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial*. A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research, 13, 299-310.
- Sleap, M. & Wormald, H. (2001). *Perceptions of Physical Activity Among Young Women Aged 16 and 17 Years*. European Journal of Physical Education.
- Sousa, M.; Maia, J. (2005). *Crescimento Somático, Actividade Física e Aptidão Física Associada à Saúde; Um estudo populacional nas crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico do Concelho de Amarante*. Universidade do Porto, FCDEF e Câmara Municipal de Amarante.
- Strasburger, V., & Donnerstein, E. (2000). *Children, adolescents, and the media in the 21st century*. Adolescent Medicine, 11 (1), 51-68.
- Williams, P., Holmbeck, G., & Greenley, R. (2002). *Adolescent health psychology*. Journal of Consulting Clinical Psychology.
- World Health Organization - WHO (1946). *Definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retirado a 30 de Abril de 2011 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization - 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: WHO.
- World Health Organization - WHO (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO expert committee. Geneve.
- World Health Organization - WHO (2000). *Young people's health. A challenge for society* Report of a Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000, Technical Report Series, No 731.

World Health Organization - WHO (2003). *Health and Development Through Physical Activity and Sport*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization - WHO (2006). *Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. *Constitution of the World Health Organization*. Retirado a 30 de Abril de 2011 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Anexos