

ACTIVIDADE FÍSICA E CONSUMO DE TABACO EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES REGIÕES DE PORTUGAL

Marília Moraes
Nuno Corte-Real
Cláudia Dias
António Manuel Fonseca

Faculdade de Desporto da Universidade do Porto
moliveiramoraes@hotmail.com

RESUMO

A actividade física é reconhecida pelo seu importante papel promotor de um estilo de vida activo e saudável, reduzindo vários factores de risco para o desenvolvimento de doenças crónico-degenerativas. Por outro lado, o consumo de tabaco é tido como um dos factores de risco modificáveis mais prejudiciais para a saúde.

O objectivo do presente estudo foi caracterizar os comportamentos de saúde (actividade física e consumo de tabaco) dos adolescentes em função do sexo, idade e área geográfica.

Foram analisados 1080 adolescentes (447 rapazes e 633 raparigas), entre os 12 e os 20 anos, que frequentavam escolas de diferentes regiões de Portugal: Litoral e Interior Norte de Portugal Continental e Ilha da Madeira.

As idades dos adolescentes foram agrupadas em três escalões etários: 12/15, 16/17 e maiores de 17 anos.

A actividade física foi dividida em duas categorias: exercício físico e prática desportiva.

Para avaliar a actividade física e o consumo de tabaco foi utilizado o "Inventário de comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes" (Corte-Real e tal., 2004a).

Os principais resultados obtidos foram: (a) De um modo geral, os adolescentes tinham baixos níveis de actividade física (exercício físico e prática desportiva). Os mais activos eram os rapazes, os mais novos e os do Litoral; (b) A maioria dos adolescentes não fumava. Por sexos, não foram encontradas diferenças significativas. Os maiores consumidores de tabaco eram os mais velhos e os do Interior.

Em suma, as diferenças por sexo, idade e área geográfica devem ser tidas em conta ao nível dos programas de intervenção.

Palavras-chave: Actividade física, tabaco, adolescência.

INTRODUÇÃO

A importância do estudo dos comportamentos de saúde, revela-se indiscutível. É essencial para o desenvolvimento de programas de intervenção orientados para a promoção da saúde entre os jovens (Matos e Gaspar, 2005).

A adolescência é considerada um período crítico para a modelação das condutas que prejudicam ou beneficiam a saúde ao longo da vida (Rosa Alcázar, *et al.*, 2003). É nesta etapa que geralmente se entra em contacto com uma série de substâncias não saudáveis como, por exemplo, o tabaco (Tomás e Atienza, 2002).

Dados da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2002), a um nível global, revelam que a inactividade física seja responsável por 1,9 milhão de mortes e 19 milhões de doentes e que o tabaco provoque 4,9 milhões de mortes anualmente e 59,1 milhões de doentes.

O foco do presente estudo recai:

- Por um lado, sobre a actividade física, porque apesar dos reconhecidos benefícios para a saúde e melhoria da qualidade de vida (U. S. Department of Health and Human Services, 1996; World Health Organization, 2002a), pesquisas realizadas na população portuguesa têm demonstrado que as actividades praticadas pelos jovens têm sido classificadas como lazeres não activos (ver televisão, jogar jogos de computador, conversar com os amigos, jogar às cartas e ajudar nos trabalhos domésticos), o que só aumenta o nível de sedentarismo (Esculcas e Mota, 2005; Santos *et al.*, 2005). Este, por sua vez, constitui um factor de risco para um vasto leque de doenças como a obesidade, as doenças cardiovasculares e a diabetes, que diminuem a qualidade de vida, põem em risco as vidas dos indivíduos e sobrecarregam os orçamentos da saúde e a economia (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).
- Por outro lado, sobre o consumo de tabaco, porque representa a maior causa de mortes evitáveis em todo o mundo (Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group, 2003). São várias as doenças consequentes do uso do tabaco, tendo mesmo sido este identificado como um potencial causador do cancro do pulmão, bexiga, rins, cavidade oral, faringe, laringe, esófago, lábios e pâncreas em humanos. Ao consumo de tabaco, podem ainda ser atribuídos entre 80% e 90% de todos os cancros de pulmão (Comissão das Comunidades Europeias, 2002; National Toxicology Program, 2005), sendo infelizmente, um hábito iniciado em idades tão precoces (Fraga *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2003; Tomás e Atienza, 2002).

No âmbito dos comportamentos de saúde na adolescência, vários estudos partem para uma análise em função do sexo e da idade, pois as assimetrias costumam ser significativas. Relativamente à actividade física, muitas investigações têm verificado que os rapazes são mais activos do

que as raparigas e que os adolescentes mais novos mais activos do que os mais velhos (Brettschneider e Naul, 2004, Corte Real, 2004; Currie et al., 2004; Matos et al., 2003a; Mota e Sallis, 2002). Quanto ao consumo de tabaco, há actualmente uma tendência para aumentar entre as raparigas e estabilizar entre os rapazes, sendo os adolescentes mais velhos os maiores consumidores (Currie et al., 2004; Fraga et al., 2006; Inquérito Nacional de Saúde, 2007; Rios et al., 2005; Tomás e Atienza, 2002).

O contexto ambiental parece também influenciar os níveis de actividade física e de consumo de tabaco dos adolescentes. Por exemplo, Mariovet (1993) e Matos et al. (1998) verificaram que adolescentes que vivem no Litoral demonstram um maior envolvimento em actividades físicas do que os que vivem no Interior. Também Matos et al. (1999) constataram que adolescentes que vivem no Interior consomem tabaco mais frequentemente. Acerca destas questões, Yang et al. (2000) referem que é possível que as pessoas mais urbanas tenham mais escolhas e mais informações em relação à actividade física, além de uma maior oportunidade de utilizar e aceder aos espaços e equipamentos desportivos. Por outro lado, a baixa densidade física e relacional, apontada por Ferrão (2000) como um dos problemas principais de grande parte das áreas rurais, seguindo as dificuldades de acesso a infra-estruturas, equipamentos, serviços e competências cujo grau de especialização é incompatível com uma localização rural, podem interferir na perspectiva de vida e de futuro dos adolescentes facilitando o envolvimento com condutas que pouco contribuem para um estilo de vida saudável.

Nesta medida, o presente trabalho teve por objectivo caracterizar os níveis de actividade física e de consumo de tabaco dos adolescentes tendo em consideração o sexo, a idade e a área geográfica.

METODOLOGIA

Amostra

Este estudo contou com a colaboração de 1080 jovens, 41% do sexo masculino (n= 447) e 59% do sexo feminino (n= 633), entre os 12 e os 20 anos de idade. Estes jovens frequentavam escolas do 3.º ciclo e do ensino secundário estando representados todos os anos de escolaridade destes ciclos do ensino português. As escolas onde foram recolhidos os dados pertenciam aos distritos do Porto e de Viseu em Portugal Continental, e à Ilha da Madeira.

Instrumento

Para avaliar os comportamentos de saúde dos jovens, foi utilizado o “Inventário de comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes” desenvolvido por Corte-Real et al. (2004a). Dentro dos comportamentos incluídos neste questionário, apenas foram analisados os referentes à actividade física e ao consumo de tabaco.

Relativamente à actividade física foram consideradas as categorias: exercício físico – EF (andar de bicicleta, correr, saltar à corda) e prática desportiva – PD (andebol, atletismo, natação, basquetebol, voleibol, futebol, ginástica...).

No referido questionário, os adolescentes responderam às seguintes perguntas: “Fora da Escola, com que frequência e duração fazes actividades como andar de bicicleta, correr, saltar à corda,...?”, “Com que frequência e duração praticas desporto fora da Escola?”, “Com que frequência fumas actualmente?” Com base nas respostas dos adolescentes, foram criados três grupos diferentes (ver Quadro 1):

- Grupo I, constituído pelos jovens com comportamentos de risco elevado;
- Grupo II, constituído pelos jovens com comportamentos de risco mais moderado;
- Grupo III, constituído pelos jovens com comportamentos protectores da saúde.

Quadro 1. Actividade física, tabaco e os diferentes níveis considerados neste estudo.

	Grupos	Níveis
EF e PD	I	Prática inexistente
	II	Prática reduzida (prática no máximo, 2/3 x semana < 20 min. / sessão)
	III	Prática regular (prática pelo menos, 2/3 x / semana > 20 min. / sessão)
Tabaco	I	Consumo regular (diário)
	II	Consumo irregular (no máximo, semanal)
	III	Consumo inexistente

Variáveis

As variáveis utilizadas no presente estudo foram: o *Sexo*; a *Idade*, agrupada em três escalões etários (12/15, 16/17 e >17 anos); a *Área geográfica*, constituída em função das regiões onde estavam inseridas as escolas (Litoral e Interior – Norte de Portugal Continental; Ilha – Ilha da Madeira); a *Actividade física*, considerando as categorias EF e PD; e o *tabaco*.

Procedimentos estatísticos

O questionário teve leitura óptica no Laboratório de Psicologia da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto através de um programa informático “Teleform”.

O tratamento estatístico foi efectuado no programa de análises estatísticas denominado SPSS (Statistical Package for Social Science – Windows) versão 14.0.

Na análise dos dados foi utilizada uma estatística descritiva com apresentação das frequências e percentagens, recorrendo-se ainda ao teste do Qui-quadrado (χ^2), sendo os níveis de significância considerados os de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Actividade física

Quanto ao EF, verificou-se que: a maioria dos adolescentes tinha uma prática reduzida de EF; os rapazes praticavam EF de forma regular mais frequentemente do que as raparigas; os adolescentes mais novos praticavam EF de forma regular mais frequentemente do que os mais velhos; os adolescentes do Litoral eram os que praticavam EF de forma regular com maior frequência e os da Ilha com menor frequência (ver Quadro 2).

Quadro 2. EF na amostra global e em função do sexo, idade e área geográfica.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
Amostra global	(n= 147) 14%	(n= 649) 62%	(n= 251) 24%	χ^2
Masculino	(n= 49) 11%	(n= 233) 55%	(n= 145) 34%	$\chi^2= 39,768$ P< 0,000
Feminino	(n= 98) 16%	(n= 416) 67%	(n= 106) 17%	
12/15 anos	(n= 45) 10%	(n= 277) 60%	(n= 138) 30%	$\chi^2 = 24,216$ P< 0,000
16/17 anos	(n= 59) 17%	(n= 225) 63%	(n= 72) 20%	
> 17 anos	(n= 43) 18%	(n= 147) 64%	(n= 41) 18%	
Litoral	(n= 31) 9%	(n= 222) 63%	(n= 96) 28%	$\chi^2= 42,897$ P< 0,000
Interior	(n= 21) 8%	(n= 184) 67%	(n= 69) 25%	
Ilha	(n= 95) 23%	(n= 243) 57%	(n= 86) 20%	

Quanto à PD, verificou-se que: a maioria dos adolescentes tinha uma prática reduzida de desporto; os rapazes praticavam desporto de forma regular mais frequentemente do que as raparigas; os adolescentes mais novos praticavam desporto de forma regular mais frequentemente do que os mais velhos; os adolescentes do Litoral e da Ilha eram os que praticavam desporto de forma regular com maior frequência e os do Interior com menor frequência (ver Quadro 3).

Tabaco

No que se refere ao consumo de tabaco: a maioria dos adolescentes inquiridos referiu não fumar; por sexos, os rapazes tinham um consumo regular de tabaco muito próximo do das raparigas; os adolescentes maiores de 17 anos eram os que mais consumiam tabaco regularmente; os adolescentes do Interior eram os que tinham um maior consumo regular de tabaco (ver Quadro 4).

Quadro 3. PD na amostra global e em função do sexo, idade e área geográfica.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
Amostra global	(n= 148) 17%	(n= 498) 55%	(n= 253) 28%	χ^2
Masculino	(n= 21) 6%	(n= 197) 52%	(n= 160) 42%	$\chi^2 = 95,039$ P < 0,000
Feminino	(n= 127) 24%	(n= 301) 58%	(n= 93) 18%	
12/15 anos	(n= 56) 14%	(n= 219) 54%	(n= 131) 32%	$\chi^2 = 8,179$ P < 0,085
16/17 anos	(n= 54) 18%	(n= 165) 56%	(n= 75) 26%	
> 17 anos	(n= 38) 19%	(n= 114) 57%	(n= 47) 24%	
Litoral	(n= 42) 13%	(n= 168) 54%	(n= 104) 33%	$\chi^2 = 63,816$ P < 0,000
Interior	(n= 17) 7%	(n= 171) 75%	(n= 41) 18%	
Ilha	(n= 89) 25%	(n= 159) 45%	(n= 108) 30%	

Quadro 4. Consumo de tabaco na amostra global e em função do sexo, idade e área geográfica.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
Amostra global	(n= 84) 8%	(n= 85) 8%	(n= 877) 84%	χ^2
Masculino	(n= 33) 7%	(n= 38) 9%	(n= 361) 84%	$\chi^2 = 0,554$ P = 0,758
Feminino	(n= 51) 8%	(n= 47) 8%	(n= 516) 84%	
12/15 anos	(n= 24) 5%	(n= 24) 5%	(n= 405) 90%	$\chi^2 = 27,528$ P < 0,000
16/17 anos	(n= 27) 7%	(n= 35) 10%	(n= 298) 83%	
> 17 anos	(n= 33) 14%	(n= 26) 11%	(n= 174) 75%	
Litoral	(n= 19) 6%	(n= 18) 5%	(n= 310) 89%	$\chi^2 = 18,231$ P = 0,001
Interior	(n= 35) 12%	(n= 29) 10%	(n= 219) 75%	
Ilha	(n= 30) 7%	(n= 38) 9%	(n= 348) 84%	

DISCUSSÃO

Actividade física

Os resultados obtidos neste estudo convergiram com outras investigações, realizadas tanto em Portugal como internacionalmente, as quais frequentemente indicam níveis insuficientes de actividade física para manter ou melhorar a saúde. Estes resultados são preocupantes na medida em

que a prática de actividade física, especialmente nos jovens: previne o excesso de peso e a obesidade, ajuda na construção de ossos fortes, articulações saudáveis, e um coração eficiente, promove a boa saúde mental (Cavill, 2001).

Relativamente ao sexo, os resultados encontrados corroboram os de outros autores, os quais verificaram, em estudos realizados com crianças e adolescentes, que os rapazes são mais activos fisicamente do que as raparigas (Brettschneider e Naul, 2004; Corte-Real, 2004; Currie et al., 2004; Matos et al., 2001). Esta menor participação do sexo feminino na actividade física pode encontrar explicação nas relações de género marcadas pela dominação hegemónica da cultura masculina que é também reproduzida no desporto através do culto à força física e à competição como símbolos de virilidade. Há evidências de que a ordem natural das coisas passou pela visão de que os homens são naturalmente mais agressivos, mais competitivos e portanto melhores para o desporto do que as mulheres. Rapazes são encorajados a participar em jogos de aventura ao ar livre, combate, futebol. Raparigas, supervisionadas mais de perto, têm menos liberdade física, são dadas a brincadeiras mais domésticas como brincar de boneca, saltar à corda (Hargreaves, 1994).

Esculcas e Mota (2005), em concordância com outros autores, concluíram que os rapazes parecem participar mais em actividades de risco, como as exteriores e desportos (jogos ou movimentos de juventude, assistir a acontecimentos desportivos, desporto dirigido/orientado ou de competição, desporto não orientado), enquanto as raparigas mais em actividades de cunho cultural, artístico, social, educacional, desenvolvimento/crescimento pessoal (estar só, ler, realizar trabalhos domésticos, fazer trabalhos para a escola, conversar com amigos, fazer compras ou ver montras, tocar música ou cantar).

Os resultados obtidos no presente estudo fazem denotar que o domínio do sexo masculino na actividade física continua a prevalecer, principalmente quando esta é regida por regras, estruturada, intensa e de natureza competitiva. Tal domínio é realçado ao verificar que a assimetria na participação regular na actividade física entre rapazes e raparigas era ainda maior na PD (42% e 18%, respectivamente) comparativamente ao EF (34% e 17%, respectivamente).

Quanto à idade, os resultados obtidos vão também ao encontro da maioria das investigações realizadas neste âmbito, as quais apontam no sentido de uma diminuição da actividade física com o avançar da idade (Brettschneider e Naul, 2004; Corte-Real, 2004; Currie et al., 2004; Matos et al., 2001). Para Mariovet (2005), tal tendência sugere uma transmissão pouco eficaz de valores de cultura físico-desportiva por parte das instituições socializadoras nos países do Sul da Europa – com destaque para Portugal onde a prevalência de PD é das mais baixas –, onde a participação desportiva é sensivelmente inferior à registada nos países do Norte da Europa ao longo da vida. Já Esculcas e Mota (2005) destacam a modificação nas preferências de lazer dos jovens com o aumento da idade. Os mais velhos passam a se interessar mais por ir à discoteca e namorar.

Relativamente à área geográfica, a tendência apontada por Matos et al., 1999 e Mariovet (1993) de os adolescentes do Litoral praticarem mais frequentemente uma actividade física foi também

confirmada neste estudo. Sendo assim, é provável que o ambiente rico em população (Roca, s/d), favorável para a prática de actividades físicas (Mota e Sallis, 2002) com uma vasta oferta de parques, piscinas públicas, ginásios, estimule a adopção de um estilo de vida mais activo.

Tabaco

Relativamente ao consumo de tabaco, os resultados obtidos foram surpreendentes. Pois, diferentemente do que se esperava, este não foi um comportamento muito generalizado entre os adolescentes.

A análise comparativa entre o presente estudo e o realizado por Corte-Real, *et al.* (2004), permitiu verificar uma convergência de resultados onde as diferenças no consumo de tabaco por rapazes e raparigas não eram significativas. Alguns estudos encontraram um maior consumo de tabaco nos rapazes (Matos *et al.*, 1999; Matos *et al.*, 2001), mas a prevalência de fumadores tem vindo a aumentar no sexo feminino (Inquérito Nacional de Saúde, 2007). Esta tendência tem sido verificada em várias pesquisas (Matos *et al.*, 2003; Rios *et al.*, 2005), inclusive no estudo HBSC – Healthy Behaviour School Aged Children – relativamente a Portugal (Currie *et al.*, 2004).

O presente estudo vai ao encontro de vários outros, os quais indicam que o consumo de tabaco aumenta consideravelmente com o avançar da idade (Ariza e Nebot, 2002; Brettschneider e Naul, 2004; Corte-Real, *et al.*, 2004; Currie *et al.*, 2004; Matos *et al.*, 1999). Na União Europeia 60% dos fumadores adquirirem o hábito de fumar antes dos 13 anos e 90% antes dos 18 anos (Comissão das Comunidades Europeias, 2002). De acordo com dados do Inquérito Nacional de Saúde (2007) referentes a 2005/2006, nas faixas etárias mais jovens a proporção de fumadores entre os 15 e os 24 anos era bastante superior a dos fumadores entre os 10 e os 14 anos. A proporção mais elevada de fumadores actuais concentrava-se entre os 35 e os 44 anos no Continente e nos Açores e entre os 25 e os 34 anos na Madeira. Estes resultados sugerem que em Portugal, os fumadores começam a fumar mais tarde.

Na mesma linha, Ariza e Nebot (2002), num estudo longitudinal, verificaram que o consumo regular de tabaco em adolescentes menores de 14 anos é muito baixo, sendo justamente a partir dessa idade que se inicia um aumento progressivo em tal consumo. Estes autores também encontraram que a proporção de adolescentes não-fumadores que começam a fumar diminui depois dos 15 anos, sugerindo que o momento mais sensível para actuar é, portanto, antes dessa idade, já que depois é menos provável começar a fumar.

Acerca da área geográfica, à semelhança dos trabalhos de Matos *et al.*, (1998) e de Matos *et al.*, (1999), os resultados do presente estudo mostraram que os adolescentes do Interior eram os maiores consumidores regulares de tabaco. Este resultado sugere que a baixa densidade física e relacional (Ferrão, 2000) ou mesmo a desertificação do ambiente, gerando limitações na criação e manutenção de actividades positivas à saúde e atractivas aos jovens, podem favorecer o desenvolvimento de comportamentos de risco, como o tabagismo.

Embora, no presente estudo, a quantidade de adolescentes que fumavam regularmente se tenha relevado pequena (8%), não deixa de ser problemática dada a dependência que este vício implica juntamente com as consequências para a saúde e a dificuldade em abandoná-lo depois de ter sido adquirido.

CONCLUSÕES

Programas de intervenção na prática de actividade física e no consumo de tabaco dos adolescentes devem ter em atenção as diferenças de sexo, idade e área geográfica. Neste sentido, promover à juventude actividades físicas suficientemente estimulantes para rapazes e raparigas, para as diferentes idades e áreas geográficas parece ser bastante oportuno. Também a criação de ambientes favoráveis e atractivos para a adopção de condutas positivas à saúde, especialmente nas áreas mais afastadas dos grandes centros, pode ajudar a aumentar os níveis de actividade física estruturada e diminuir o envolvimento com condutas de risco para a saúde, como o tabagismo.

BIBLIOGRAFIA

- Ariza C, Nebot M** (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (3): 227-238.
- Brettschneider W-D, Naul R** (Eds.) (2004). *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in context of education and as a mean of restoring the balance*. Paderborn, Alemanha: CE.
- Cavill N** (2001). *Children and young people – The importance of physical activity*. Brussels: European Heart Network.
- Comissão das Comunidades Europeias** (2002). *Proposta de Recomendação do conselho relativa à prevenção do tabagismo e a iniciativas destinadas a reforçar a luta antitabaco*. Buxelas: CCE.
- Comissão das Comunidades Europeias** (2007). *Livro Branco sobre o Desporto*. Bruxelas: CCE.
- Corte-Real N, Alves JR, Corredeira R, Balaguer I, Brustad R, Fonseca AM** (2004). Um olhar sobre os estilos de vida dos adolescentes portugueses: a actividade física, os consumos e a importância das relações com os amigos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (2) (suplemento): 138.
- Corte-Real N, Balaguer I, Fonseca A** (2004a). Inventário de comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes. Porto: Laboratório de Psicologia do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Currie C, Roberts C, Morgan A et al.** (2004). *Young People's Health in Context. Healthy Behaviour School Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 Survey*. Copenhagen: WHO.
- Esculcas C, Mota J** (2005). Actividade física e práticas de lazer em adolescentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 5 (1): 69-76.
- Ferrão J** (2000). Relações entre mundo rural e mundo urbano: evolução histórica, situação actual e pistas para o futuro. *EURE*, 26 (78).
- Fraga S, Ramos E, Barros H** (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4): 620-626.
- Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group** (2003). Differences in Worldwide Tobacco Use by Gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health*, 73 (6): 207-215.
- Hargreaves J** (1994). *Sporting females: critical issues in the history and sociology of women's sports*. London: Routledge.
- Inquérito Nacional de Saúde** (2007). 4.º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2
- Mariovet S** (1993). Hábitos desportivos na sociedade portuguesa. *Ludens*, 13 (3-4): 84-91.
- Mariovet S** (2005). Prática desportiva nos estilos de vida dos europeus: obstáculos e tendências. In: Gomes, R (Org.). *Os Lugares do Lazer*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, pp. 39-53.
- Matos M, Carvalho S, Diniz J** (2001). *Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- Matos M, Carvalho S, Vitória P, Clemente M** (2001). *Os jovens portugueses e o tabaco*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. e Gaspar, T. (2005). Adolescentes portugueses: risco e protecção. In: HIV-AIDS Virtual Congress, 6, Lisboa, 15 de Outubro a 1 de Dezembro 2005. – [S.l.] : [AIDSPortugal], 15 p.
- Matos M, Gaspar T, Vitória P, Clemente M** (2003). *Adolescentes e o consumo de tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos M, Simões C, Canha L** (1999). Saúde e estilos de Vida em Jovens Portugueses em Idade Escolar. In: Sardinha, **Matos M, Loureiro I** (Eds.). *Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, pp. 217– 240.
- Matos M, Simões C, Carvalho S, Reis C** (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos M, Simões C, Carvalho S, Reis C** (2003a). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.
- Mota J, Sallis J** (2002). *Actividade Física e Saúde: Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes*. Porto: Editora Campo das Letras.
- National Toxicology Program** (2005). *11th Report on Carcinogens*. Research Triangle Park, NC: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, January.
- Rios S, Rosas M, Machado P** (2005). A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos numa escola secundária. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1): 143-160.
- Roca M** (s/d). *População e sustentabilidade da população agrícola em Portugal: uma tipologia de concelhos*. Lisboa: Centro de Estudos de Geografia e Planeamento Regional da faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. http://tercud.ulusofona.pt/Publicacoes/2005/RocaMNO_LeitaoN_Text.pdf

- Rosa Alcázar A, Méndez Carrillo F, Parada Navas J, Rosa Alcázar E, Andreu Díaz M, Rosa Alcázar M** (2003). Educación para la salud. In: Ortigosa Quiles, J.; Quiles Sebastián, M.; Méndez Carrillo, F. (Coords.). *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 265-284.
- Santos M, Gomes H, Ribeiro J, Mota J** (2005). Variação sazonal na actividade física e nas práticas de lazer de adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 5 (2): 192-201.
- Tomás I, Atienza F** (2002). El consumo de tabaco y otras drogas no institucionalizadas en la adolescencia temprana. In: Balaguer, I. (Ed.) *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro, pp. 111-133.
- U. S. Department of Health and Human Services** (1996). *Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U. S. Dept of Health and Human Services.
- World Health Organization** (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting health life*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization** (2002a). *The European Health Report*. WHO Regional Publications. European series; N.º 97.
- Yang X, Telama R, Lenkinen E** (2000). Testing a multidisciplinary model of socialization into physical activity: a 6-year follow-up study. *European Journal of Physical Education*, 5: 67-87.