

PRÁTICA DESPORTIVA, CONSUMO DE TABACO E SAÚDE PERCEBIDA... QUE RELAÇÃO? UM ESTUDO REALIZADO EM ADOLESCENTES DO 3.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Tiago Paupério
Nuno Corte-Real
Cláudia Dias
Rui Corredeira
António Manuel Fonseca

Faculdade de Desporto – Universidade do Porto
Rua Dr. Plácido Costa, 91 – 4200-450 Porto
Tel.: +351 225074700

RESUMO

Como sabemos, a saúde está, em grande parte, dependente do estilo de vida/comportamentos adoptados. Neste sentido, várias investigações, nos últimos anos, têm realizado diagnósticos acerca dos comportamentos de risco e protectores da saúde da população em geral, e dos jovens, em particular mas, no entanto, escasseiam estudos que relacionam esses comportamentos com a forma como cada jovem entende e avalia a sua própria saúde.

Assim, tínhamos como objectivos principais: i) analisar, em função do sexo e da idade, o nível de prática desportiva, o consumo de tabaco e a saúde percebida dos alunos do 3.º Ciclo do Ensino Básico ii) verificar, nesta população, as relações existentes entre a saúde percebida, a prática desportiva e o consumo de tabaco, em função do sexo e da idade.

A amostra foi constituída por 4879 jovens (52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino), com uma média de idades de 14,3 anos ($\pm 1,36$ anos), que se encontravam a frequentar o 3.º Ciclo do Ensino Básico em escolas de Portugal Continental. O instrumento utilizado foi o “Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos Adolescentes” desenvolvido por Corte-Real, Balaguer e Fonseca (2004).

Principais resultados: i) apenas um, em cada três jovens, praticava desporto com regularidade e os jovens do sexo masculino apresentavam índices de prática superior principalmente na prática desportiva competitiva; ii) o consumo de tabaco era idêntico, em ambos os sexos, e seis em cada cem jovens consumiam regularmente; iii) a prática desportiva diminuía, ligeiramente, com a idade, todavia o consumo de tabaco aumentava consideravelmente; iv) os jovens, de ambos os sexos, com



maior prática desportiva e menor consumo de tabaco, avaliavam melhor a sua saúde; v) no entanto, aproximadamente dois em cada três jovens com comportamentos de risco, faziam também uma avaliação positiva da sua saúde.

Estes resultados salientam a importância de se trabalhar com os jovens de uma forma mais aprofundada os conceitos de saúde, comportamentos de risco e comportamentos protectores da saúde, procurando-se assim que os jovens interiorizem estes conceitos percebendo que são responsáveis pela sua própria saúde.

Palavras-chave: Adolescência, saúde percebida, prática desportiva, consumo de tabaco.

INTRODUÇÃO

A saúde é um dos maiores “recursos” da humanidade e está cada vez mais, em grande parte, dependente do estilo de vida/comportamentos adoptados. Assim, partindo do diagnóstico dos níveis de prática desportiva realizada fora da escola, do consumo de tabaco e da auto-avaliação do estado de saúde dos adolescentes, procurámos, neste estudo, analisar qual a associação existente entre estas variáveis.-

Uma vez que não foi encontrada uma associação negativa entre a prática desportiva regular e o consumo de tabaco, sugere-se um aprofundamento desta análise uma vez que, talvez, não se esteja a aproveitar todo o potencial da prática desportiva na promoção de bons hábitos e estilos de vida saudáveis. Por outro lado, não obstante a avaliação positiva generalizada que os jovens faziam da sua saúde, muitos jovens apresentavam comportamentos de risco (neste caso, pouca regularidade na prática desportiva e consumo regular de tabaco), pelo que, se torna de máxima importância, a inclusão destas temáticas na formação inicial e contínua dos professores, em geral, e dos professores de educação física, em particular, que impliquem o aprofundamento de diferentes metodologias de intervenção.

Estes resultados vêm assim reforçar a necessidade de se trabalhar, precocemente, junto dos jovens, os conceitos de saúde, comportamentos de risco e protectores da saúde, co-responsabilizando os jovens pela sua própria saúde.

DESENVOLVIMENTO

Os adolescentes desempenham um importante papel no futuro da Humanidade e da intervenção, junto deles, depende o seu próprio futuro. Neste contexto, o lar e a escola surgem como locais privilegiados, assumindo a escola um papel de destaque, tendo em conta o facto dos adolescentes aí passarem grande parte do seu tempo.

Define-se adolescência como uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta (Sampaio, 1994). Um período com rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas, caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia, o que implica a modificação das relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto onde o jovem se encontra (Sprinthall e Collins 2003).

A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que os adolescentes se movem, aliados às variações na existência e no ritmo das relações, promovem uma grande diversidade de comportamentos que representam factores de risco ou de protecção da saúde dos jovens (Matos *et. al.*, 1998). Pensando, essencialmente, nos comportamentos de risco sabe-se que, na actualidade, uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes resulta de factores sociais, ambientais e comportamentais donde se destacam a inactividade física, os abusos de substâncias e os distúrbios alimentares (OMS, 2004).

Este enfoque, na influência dos comportamentos para a saúde, tem vindo a acompanhar a evolução do próprio conceito de saúde que da dicotomia “saúde/doença” e da definição de saúde como a ausência de doença, evoluiu para um sentido mais abrangente, o sentido de “saúde positiva” definindo-se, então, como “não apenas a ausência de doença mas um completo estado de bem estar físico, mental e social (OMS, 1946). Ainda que esta se mantenha a definição mais usual, perspectivas mais recentes apontam a saúde como um recurso para a vida, ou seja, um potencial que nasce connosco e que podemos desenvolver, responsabilizando cada indivíduo pelas suas acções/comportamentos, fazendo com que este se envolva e decida sobre a sua saúde (Corte-Real, 2006). Neste contexto, faz todo o sentido retermos a definição de saúde de Christoph Déjours (1993): “saúde para cada homem, mulher ou criança é a capacidade de criar e lutar por um projecto de vida pessoal e original em direcção ao bem estar” (Navarro, 1999 e Pestana, 2002).

Assim, tendo em linha de conta que uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida, como vem referido na carta de Otawa, a promoção da saúde assume um papel fundamental enquanto “*processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos, controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam*” (OMS, 1986) e deve constituir-se peça chave do desenvolvimento mundial, responsabilidade básica de todos os governos, devendo constar das boas práticas institucionais e ser foco de iniciativas da comunidade e da sociedade civil (OMS, 2005).

A este propósito foi desenvolvido, em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, documento orientador das políticas de saúde e de promoção da saúde, para o país, entre os anos de 2004 e 2010 (Ministério da Saúde, 2004).

O programa do XVII Governo Constitucional, que iniciou funções em dois mil e cinco, no capítulo v – saúde: um bem para as pessoas – elege a escola como a grande entidade promotora da saúde das crianças e das suas famílias, reforçando a necessidade de trabalho na Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde com o objectivo de, até 2010, integrar neste programa a totalidade das escolas do sistema educativo (Presidência do Conselho de Ministros, 2005). Neste contexto, as parcerias existente entre os Ministérios da Saúde e da Educação desde a década de 90, culminaram com a criação do “Programa Nacional de Saúde Escolar”, em 2006, visando: promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (Ministério da Saúde, 2006). Este programa tem como principais áreas de intervenção: saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo.

Conscientes que cada pessoa entende a saúde de uma forma diferente e que essas diferenças podem resultar em diferentes posicionamentos, entendemos que seria, também, importante analisar neste estudo a saúde percebida dos adolescentes, para além da análise objectiva dos seus comportamentos. Embora esta seja uma medida simples de avaliação da saúde das populações, que recorre, normalmente, a uma única questão do género de “como avalia a sua saúde”...boa, razoável, má...tem-se provado que têm uma alta correlação com medidas mais complexas, sendo aconselhada a sua utilização pela OMS e pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004)

Em relação à análise objectiva de todos os comportamentos relacionados com a saúde escolhemos, para a nossa investigação, a prática desportiva (PD) e o consumo de tabaco.

A PD, enquanto comportamento promotor da saúde, surge do facto de ser universalmente aceite como indispensável ao ser humano. Pela força da evolução, a actividade física, anteriormente essencial para a sobrevivência, foi-se tornando cada vez mais supérflua até se atingir o exagero da comodidade de vida actual. Esta progressiva inactividade tem sido, e é cada vez mais, associada a um vasto conjunto de patologias, nomeadamente as chamadas doenças crónico-degenerativas, como as cardiovasculares, do aparelho locomotor, do aparelho respiratório, a obesidade e a diabetes. Apesar de não existir uma etiologia perfeitamente identificável, os dados disponíveis sugerem que a inactividade física condiciona, fortemente, não só o aparecimento mas também a intensidade como essas patologias se manifestam (CDC, 2006a e OMS, 2007).

Por outro lado, o consumo de tabaco, enquanto comportamento de risco para a saúde dos adolescentes, surge da relevância do tema na actualidade, não só devido ao facto de ser um assunto na ordem do dia, devido à movimentação política internacional em torno do tema, mas também e sobretudo para o risco real que este consumo representa para a saúde (CDC, 2006b e OMS,

2002). O consumo de tabaco é hoje nos países desenvolvidos, a principal causa de doença e morte evitável, sendo responsável por cerca de 14% do total de mortes verificadas anualmente. O uso de tabaco associa-se, cada vez mais, a uma qualidade de vida diminuta, à doença, à incapacidade laboral e à morte prematura. O consumo de tabaco é causa directa ou causa provável de diversas formas de cancro, afecta o sistema cardiovascular, o sistema respiratório, o sistema digestivo e o sistema urinário, provoca problemas pediátricos (feto e crianças), polui o ambiente e é causa de acidentes diversos (fogo, condução, etc.). Há ainda que contar com o impacto social destes problemas, nomeadamente os elevados custos económicos (custos de saúde, absentismo e incapacidade precoce) e afectivos das doenças provocadas pelo tabaco (OMS, 2002).

Assim, tínhamos como objectivos principais: i) analisar, em função do sexo e da idade, o nível de prática desportiva, o consumo de tabaco e a saúde percebida, dos alunos do 3.º Ciclo do Ensino Básico ii) verificar, nesta população, as relações existentes entre a saúde percebida, a prática desportiva e o consumo de tabaco em função do sexo e da idade.

METODOLOGIA

Amostra

Participaram, neste estudo, 4879 jovens (52% do sexo feminino – ♀ – e 48% do sexo masculino – ♂), com uma média de idades de $14,3 \pm 1,36$ anos que se encontravam a frequentar o 3.º Ciclo do Ensino Básico em escolas de Portugal Continental. Agrupámos os jovens em três escalões etários: 12 a 13 anos (31%), 14 a 15 anos (49%) e 16 a 17 anos (20%).

Procedimentos

Para a recolha de dados foi utilizado o “inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes” desenvolvido por Corte-Real, Balaguer e Fonseca (2004), concebido especificamente para adolescentes, recolhendo um enorme número de informações relacionadas com os seus comportamentos protectores ou de risco para a saúde.

Na análise dos dados utilizámos estatística descritiva com a apresentação das frequências e percentagens para as variáveis nominais, médias e desvio padrão para as variáveis contínuas. Recorremos, ainda, ao teste Qui-Quadrado (estudo da distribuição em variáveis nominais) com análise de residuais ajustados (para localização de valores significativos). O nível de significância considerado foi de 0,05, sendo apresentado a negrito, nos quadros, os valores com residuais ajustados iguais ou superiores a 1,9, em cada célula.

Variáveis

Para a realização deste estudo, as variáveis consideradas, conforme já referimos, foram a PD, o consumo de tabaco e a saúde percebida.

Relativamente à PD optámos por considerar, apenas, a PD realizada fora da escola, tanto de competição (inserida no âmbito dos clubes, associações e federações com fins competitivos) como recreativa (não incluída na prática desportiva competitiva). Depois constituímos seis grupos: inexistente; esporádica (realizada menos de uma vez por semana); competitiva ou recreativa reduzida (realizada no máximo 2 a 3 vezes por semana); competitiva ou recreativa regular (realizada mais de 2 a 3 vezes por semana).

No que diz respeito ao consumo de tabaco analisámos a frequência de consumo agrupando os jovens em três grupos: consumo inexistente; consumo reduzido (no máximo, semanal); consumo regular (diário).

Já relativamente à saúde percebida, foi analisada a avaliação que o jovem faz da sua saúde (má/insuficiente, suficiente e boa ou muito boa).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Prática desportiva

Ao analisarmos a PD, na amostra global, verificámos que, apenas pouco mais de um terço dos jovens da amostra tinham uma PD regular. Verificámos, ainda, que um quarto dos jovens tinham uma PD inexistente ou esporádica (ver Quadro 1).

Numa análise mais pormenorizada, por escalões etários e em cada sexo, concluímos que, em todos os escalões etários, os jovens do sexo feminino tinham uma PD menos regular que os jovens do sexo masculino e que, tais diferenças, eram, estatisticamente, significativas. Os dados sugerem, ainda, uma tendência para uma ligeira diminuição da PD regular, em ambos os sexos, com o evoluir das idades, porém, a diferença, não era estatisticamente significativa ($\sigma^2 - \chi^2_{(10)} = 11,231$, $p = 0,340$ e $\varphi^2 - \chi^2_{(10)} = 9,897$, $p = 0,450$).



Quadro 1. Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de prática desportiva em função do sexo e idade

| Prática Desportiva | Amostra Global | | 12/13 anos | | 14/15 anos | | 16/17 anos | |
|----------------------|----------------|----|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | n | % | ♀ (%) | ♂ (%) | ♀ (%) | ♂ (%) | ♀ (%) | ♂ (%) |
| Inexistente | 261 | 5 | 8 | 3 | 7 | 2 | 9 | 3 |
| Esporádica | 852 | 18 | 25 | 10 | 22 | 11 | 24 | 13 |
| Reduzida Recreativa | 1286 | 26 | 30 | 20 | 31 | 21 | 35 | 24 |
| Reduzida Competitiva | 695 | 14 | 9 | 19 | 10 | 20 | 8 | 19 |
| Regular Recreativa | 1073 | 22 | 21 | 24 | 23 | 22 | 18 | 22 |
| Regular Competitiva | 712 | 15 | 7 | 24 | 7 | 24 | 6 | 19 |
| (g.l. = 5) | | | $\chi^2=174,237$ $p<0,001$ | | $\chi^2=246,321$ $p<0,001$ | | $\chi^2=100,104$ $p<0,001$ | |

No que respeita ao tipo de PD observou-se uma maior prevalência de jovens do sexo masculino com prática desportiva competitiva quando comparados com os jovens do sexo feminino, em todos os escalões etários.

Apesar das diferentes metodologias encontradas nos estudos consultados, verificámos a existência de tendências que confirmam os nossos resultados. Em todos os estudos, verificámos baixos níveis de PD nos jovens de ambos os sexos, com maior predomínio no sexo feminino e uma tendência para a diminuição da PD com a idade (CDC, 1992, Corte-Real, 2006, Matos *et. al.*, 2006 e OMS, 2004). Estes dados são indicador de que o problema da pouca regularidade da PD não é um problema local, mas sim global, que urge resolver.

Consumo de tabaco

Relativamente ao consumo de tabaco (ver Quadro 2), analisando a amostra global, verificámos que 15% dos jovens apresentavam consumos reduzidos ou regulares.

Analisando em função dos escalões etários e em cada sexo, verificámos que o consumo era semelhante nos dois sexos, não existindo diferença, estatisticamente significativa, em qualquer dos escalões etários.

Foi-nos, também, possível observar que o consumo de tabaco aumentava com a idade em ambos os sexos. A diferença era estatisticamente significativa ($\sigma^2 - \chi^2_{(4)} = 106,786$, $p < 0,001$ e $\varphi - \chi^2_{(4)} = 194,110$, $p < 0,001$).



Quadro 2. Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de consumo de tabaco em função do sexo e idade

| Consumo de Tabaco | Amostra Global | | 12/13 anos | | 14/15 anos | | 16/17 anos | |
|-------------------|----------------|----|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | N | % | ♀ (%) | ♂ (%) | ♀ (%) | ♂ (%) | ♀ (%) | ♂ (%) |
| Inexistente | 4140 | 85 | 93 | 94 | 86 | 87 | 74 | 68 |
| Reduzido | 413 | 9 | 5 | 4 | 10 | 9 | 12 | 15 |
| Regular | 285 | 6 | 2 | 2 | 4 | 4 | 14 | 17 |
| (g.l. = 2) | | | $\chi^2=1,316$ $p=0,518$ | | $\chi^2=1,117$ $p=0,572$ | | $\chi^2=5,575$ $p=0,062$ | |

Também no caso do consumo de tabaco encontrámos significativa convergência entre os nossos resultados e os resultados de outros estudos. Assim, os resultados indicam que o consumo aumenta com a idade e que não existe diferença significativa de consumo entre sexos (CDC, 2006b, Corte-Real, 2006, Matos *et. al.* 2006, e OMS, 2004).

Saúde percebida

No que diz respeito à saúde percebida, verificámos que, três em cada quatro jovens, avaliavam a sua saúde positivamente (Boa/Muito Boa) (ver Quadro 3).

Da análise por escalões etários e em cada sexo, observámos diferença, estatisticamente significativa, apenas no escalão etário dos 16/17 anos, com os jovens do sexo feminino a avaliarem a sua saúde de forma menos positiva que os jovens do sexo masculino. Realçava-se, ainda, o facto da avaliação da saúde evoluir, negativamente, à medida que a idade aumentava em ambos os sexos, com maior prevalência nos jovens do sexo feminino, sendo a diferença estatisticamente significativa ($\varphi - \chi^2_{(4)} = 12,031$, $p = 0,017$ e $\sigma - \chi^2_{(4)} = 49,179$, $p < 0,001$).

Quadro 3. Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de saúde percebida em função do sexo e idade

| Avaliação da saúde | Amostra Global | | 12/13 anos | | 14/15 anos | | 16/17 anos | |
|--------------------|----------------|----|-----------------------------|-------|-----------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
| | n | % | ♀ (%) | ♂ (%) | ♀ (%) | ♂ (%) | ♀ (%) | ♂ (%) |
| Má/Insuficiente | 140 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 6 | 2 |
| Suficiente | 1036 | 21 | 18 | 17 | 23 | 19 | 32 | 25 |
| Boa/Muito Boa | 3655 | 76 | 80 | 81 | 74 | 78 | 62 | 73 |
| (g.l.= 2) | | | $\chi^2=0,549$ $p=0,760$ | | $\chi^2=5,456$ $p=0,065$ | | $\chi^2=14,754$ $p=0,001$ | |

Os dados recolhidos permitem-nos concluir que, de uma forma geral, os jovens faziam uma avaliação da sua saúde muito positiva, que os jovens do sexo feminino se avaliavam menos positivamente e que a avaliação piorava com o evoluir da idade. Encontramos resultados semelhantes nos estudos de Corte-Real (2006), Matos e col. (2003) e OMS (2004).



Os resultados encontrados poderão estar relacionados com o facto da grande maioria dos jovens terem aquilo a que podemos chamar uma boa saúde e, portanto, não terem razões para fazer uma avaliação negativa da mesma. Por outro lado, os resultados dos seus comportamentos só terão influência na sua saúde a médio/longo prazo (Corte-Real, 2006).

Constatámos, também, que os adolescentes mais jovens apresentavam comportamentos mais protectores, confirmando a necessidade de uma intervenção cada vez mais precoce. Por outro lado, as diferenças entre sexos indicam-nos que tal intervenção deverá ser direccionada aos dois sexos ainda que com prioridades diferentes para cada um (Corte-Real, 2006).

Partindo para outra análise, procurámos perceber qual a relação entre os comportamentos e a saúde percebida.

Prática desportiva e consumo de tabaco. Que relação?

Analisando as relações existentes entre a prática desportiva dos jovens e o seu consumo de tabaco, em função do sexo, verificámos que não existia diferença, estatisticamente significativa, de consumo de tabaco nos diferentes grupos de prática desportiva (ver Quadro 4).

Estes resultados contrariam a associação, negativa, entre o consumo de tabaco e a prática desportiva/actividade física referenciada em estudos como os de Bañuelos (1996), Balaguer e

Castillo (2002) e Matos *et. al.* (2003). No entanto, resultado idêntico tinha sido já encontrado por Corte-Real (2006).

Quadro 4. A prática desportiva e o consumo de tabaco dos jovens em função do sexo

| Prática Desportiva | Consumo de tabaco ♀ (%) | | | Consumo de tabaco ♂ (%) | | |
|----------------------|-------------------------|----------|---------|-------------------------|----------|---------|
| | Inexistente | Reduzido | Regular | Inexistente | Reduzido | Regular |
| Inexistente | 89 | 6 | 5 | 92 | 3 | 5 |
| Esporádica | 85 | 9 | 6 | 86 | 5 | 9 |
| Reduzida Recreativa | 87 | 8 | 5 | 87 | 8 | 5 |
| Reduzida Competitiva | 88 | 8 | 4 | 81 | 11 | 8 |
| Regular Recreativa | 83 | 10 | 7 | 84 | 10 | 6 |
| Regular Competitiva | 89 | 6 | 5 | 85 | 9 | 6 |
| (g.l. = 10) | $\chi^2=8,238$ p=0,606 | | | $\chi^2=17,650$ p=0,061 | | |

Prática desportiva e saúde percebida. Que relação?

Relativamente à relação entre a PD e a saúde percebida, em função do sexo, verificámos que, em ambos os sexos, os jovens com PD mais regular, de uma forma geral, avaliavam mais positivamente a sua saúde (boa/muito boa).

Por outro lado, os jovens, de ambos os sexos, com PD reduzida ou inexistente, avaliavam a sua saúde de forma menos positiva. No entanto, é de realçar o facto de, a percentagem de jovens, de ambos os sexos, que avaliavam a sua saúde como má/insuficiente, ser muito idêntica para qualquer um dos grupos de PD (ver Quadro 5).

Note-se, também, que eram os jovens, de ambos os sexos, com PD competitiva, quer reduzida quer regular, que mais positivamente avaliavam a sua saúde, denotando uma associação positiva entre a PD competitiva e a avaliação positiva da saúde.

Quadro 5. A saúde percebida e a prática desportiva dos jovens em função do sexo

| Prática Desportiva | Avaliação da saúde ♀ (%) | | | Avaliação da saúde ♂ (%) | | |
|----------------------|--------------------------|-----------|-----------|--------------------------|-----------|-----------|
| | Má/Insuf. | Suf. | Boa/MB | Má/Insuf. | Suf. | Boa/MB |
| Inexistente | 7 | 29 | 64 | 8 | 31 | 61 |
| Esporádica | 3 | 28 | 69 | 4 | 28 | 68 |
| Reduzida Recreativa | 3 | 25 | 72 | 2 | 24 | 74 |
| Reduzida Competitiva | 2 | 17 | 81 | 3 | 15 | 82 |
| Regular Recreativa | 3 | 19 | 78 | 2 | 21 | 77 |
| Regular Competitiva | 4 | 11 | 85 | 2 | 13 | 85 |
| (g.l. = 10) | $\chi^2=49,855$ p<0,001 | | | $\chi^2=57,853$ p<0,001 | | |

Consumo de tabaco e saúde percebida. Que relação?

Analisando, agora, as relações existentes entre o consumo de tabaco e a saúde percebida, em função do sexo, constatámos que os jovens, de ambos os sexos, com consumo inexistente, avaliavam de forma mais positiva a sua saúde. Por outro lado, eram os jovens com consumos regulares que mais avaliavam a sua saúde como má/insuficiente (ver quadro 6).

É possível, também, perceber que o facto de fumar, regularmente, parece influenciar mais a avaliação da saúde dos jovens do sexo feminino do que os do sexo masculino.

Quadro 6. A saúde percebida e o consumo de tabaco dos jovens em função do sexo

| Consumo de tabaco | Avaliação da saúde ♀ (%) | | | Avaliação da saúde ♂ (%) | | |
|-------------------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------------|-----------|-----------|
| | Má/Insuf. | Suf. | Boa/MB | Má/Insuf. | Suf. | Boa/MB |
| Inexistente | 3 | 21 | 76 | 2 | 18 | 80 |
| Reduzido | 7 | 31 | 62 | 5 | 24 | 71 |
| Regular | 10 | 43 | 47 | 6 | 33 | 61 |
| (g.l.= 4) | $\chi^2=79,417$ $p<0,001$ | | | $\chi^2=35,600$ $p<0,001$ | | |

Estes dados, em ambos os sexos, sugerem uma maior consciência dos malefícios do tabaco com o aumentar da idade. Da mesma forma, outro resultado ressalta: os jovens do sexo feminino parecem considerar, o consumo de tabaco, um comportamento de risco superior à inactividade física. 7% das jovens sem PD, avaliava a sua saúde como má/insuficiente, enquanto que a percentagem de jovens, com consumo regular de tabaco, que avaliava a sua saúde como má/insuficiente, era de 10%. Da mesma forma, enquanto 64% de jovens do sexo feminino, sem PD, avaliava a sua saúde como boa/muito boa, apenas 47% das jovens, com consumo regular de tabaco, se avaliava da mesma forma.

Nos estudos por nós consultados, Corte-Real (2006) faz referência a uma clara associação positiva entre a PD e o não consumo de tabaco e a avaliação positiva da Saúde. Adicionalmente, Balaguer e Castillo (2002), no seu estudo realizado junto de jovens da comunidade valenciana, referem que tanto os jovens do sexo feminino como os jovens do sexo masculino que faziam uma avaliação mais positiva da sua saúde, apresentavam PD mais elevada e um menor consumo de tabaco. Por último, no estudo de Bañuelos (1996) constatou-se a existência de uma associação positiva entre a regularidade da prática de exercício físico e a avaliação positiva do seu estado de saúde. Do lado oposto, verificou-se, também, uma associação negativa forte entre consumo de tabaco e a percepção positiva de saúde.

CONCLUSÕES

Na realização deste estudo procurámos não restringir a nossa análise ao diagnóstico dos níveis de prática desportiva e do consumo de tabaco dos jovens ou da percepção que estes fazem da sua saúde, mas, principalmente, procurar perceber a relação entre os seus comportamentos e a sua saúde percebida.

Relativamente ao diagnóstico foi possível perceber a existência de uma percentagem significativa de jovens com comportamentos de risco para a saúde e que esses comportamentos aumentavam com a idade obrigando-nos a reflectir sobre os programas de promoção da saúde vigentes na comunidade em geral e nas escolas em particular.

Por outro lado, não encontramos uma associação negativa entre a regularidade da PD e o consumo de tabaco. Assim, os jovens praticantes e não praticantes de desporto apresentavam consumos de tabaco muito idênticos, levando-nos a pensar que o potencial da PD na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não está a ser devidamente aproveitado.

Concluimos ainda que, se é verdade que os jovens com mais comportamentos protectores de saúde (i.e., PD regular e consumo inexistente de tabaco) faziam uma avaliação muito positiva da sua saúde, também não é menos verdade que, apenas uma percentagem diminuta dos jovens com comportamentos de risco (i.e., PD inexistente e consumo regular de tabaco), avaliavam, negativamente, a sua saúde.

Estes resultados levam-nos a reflectir sobre a importância de não se resumir a promoção da saúde, junto dos jovens, a uma meia dúzia de medidas avulsas, como palestras e seminários mas sim trabalhar, precocemente, junto deles, os conceitos de saúde, de comportamentos de risco e comportamentos protectores da saúde, co-responsabilizando-o pela sua própria saúde.

Por outro lado, o desenvolvimento e aplicação de programas de promoção da saúde, deverá estar baseado em resultados de investigações realizadas em cada realidade e não de dados médios nacionais, por forma a distinguir-se possíveis diferenças entre meios como, por exemplo, litoral/interior, norte/sul, rural/urbano ou ainda sócio economicamente favorecido/desfavorecido, adequando, assim, a intervenção à realidade local.

Tendo em conta a multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que os adolescentes se movem, donde surgem influências diversas é, também, de vital importância, estudar a influência da família, dos melhores amigos e do grupo de amigos, nos seus comportamentos.

Parece-nos, ainda, fundamental a inclusão destas temáticas na formação inicial e contínua dos professores de educação física, por forma a que se desenvolva a dimensão do desporto enquanto promotor de estilos de vida saudáveis.

BIBLIOGRAFIA

- Balaguer I, Castillo I** (2002). *Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescência temprana*. In Balaguer I (Ed) *Estilos de vida en la Adolescência* (pp. 37-64). Valência: Ed. Promolibro.
- Bañuelos F** (1996). *La Actividad Física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- CDC** (1992). *Physical Activity and Health Adolescents and Young Adults: a Report of the Surgeon General – National Health Interview Survey/Youth Risk Behavior Survey* [em linha] Actual. 2001 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/adoles.pdf>
- CDC** (2006a). *Physical Activity for Everyone*. [em linha] Actual. 2006 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/importance/index.htm>
- CDC** (2006b). *Youth Tobacco Surveillance – United States, 2001–2002 Morbidity and Mortality Weekly Report*. [em linha] Actual. 2006 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/ss/ss5503.pdf>
- Corte-Real, Balaguer e Fonseca** (2004). *Inventário de comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes*. Gabinete de Psicologia do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (documento não publicado).
- Corte-Real N** (2006). *Desporto, Saúde e Estilos de Vida: diferentes olhares, objectivos e subjectivos, sobre os comportamentos dos adolescentes*. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Matos M e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde** (1998). *A Saúde dos adolescentes portugueses*. Edições FMH: Lisboa.
- Matos M e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde** (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições FMH: Lisboa.
- Matos M e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde** (2006). *A Saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos: relatório preliminar do estudo HBSC 2006*. Edições FMH: Lisboa.
- Ministério da Saúde** (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. [em linha]. Actual. 2004 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Ministério da Saúde** (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. [em linha] Actual. 2006 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.Pdf>
- Navarro F** (1999). *Educar para a saúde ou para a Vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas*. In Precioso J, Viseu F, Dourado L, Vilaça M, Henriques R, Lacerda T (Org.). *Educação para a saúde [13-28]*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- OMS** (1946). *Constitution of the World Health Organization* [em linha]. Actual. 2007 [consult. 10 Janeiro 2007]. Disponível em WWW:<URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.Pdf
- OMS** (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion* [em linha]: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Actual. 2007 [consult. 10 Janeiro 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>
- OMS** (2002). *The World Health Report 2002* [em linha]: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Actual. 2007 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.Pdf
- OMS** (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4.
- OMS** (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* [em linha]. Actual. 2007 [consult. 10 Janeiro 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html
- OMS** (2007). *Benefits of physical activity* [em linha]. Actual. 2007 [consult. 11 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information_sheets/benefits/en/print.html
- Pestana C** (2003). *Comportamentos de saúde em jovens em idade escolar – nota introdutória*. In Matos M e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)* [7]. Lisboa: Edições FMH.
- Presidência do Conselho de Ministros** (2005). *Programa do XVII Governo Constitucional*. [em linha]. Actual. 2005 [consult. 20 Março 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf>
- Sampaio D** (1994). *Inventem-se novos pais*. Editorial Caminho: Lisboa.
- Sprinthall N, Collins W** (2003). *Psicologia do Adolescente, uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.