



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

TÍTULO

**“Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve.”**

**Nuno Miguel Viegas Rodrigues nº 4502**

**Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia da Educação**

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Doutor Luís Sérgio Vieira

**FARO, 2012**

## **Declaração de autoria do trabalho e indicação dos direitos de cópia ou copyright**

### TÍTULO

“Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve.”

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Assinatura: \_\_\_\_\_

“Copyright” em nome de Nuno Miguel Viegas Rodrigues. “ A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho de dissertação, para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia da Educação, foi uma tarefa árdua que envolveu muito do nosso tempo disponível. Para que fosse possível a sua concretização, importa realçar o esforço de algumas pessoas que contribuíram dentro do possível para a nossa motivação e, essencialmente, para a operacionalidade e concretização do estudo.

Numa primeira fase gostaríamos de agradecer à Universidade do Algarve, bem como à Faculdade de Ciência Sociais e Humanas.

Ao Professor Doutor Luís Sérgio Vieira, pela forma como conduziu, coordenou e orientou todo o trabalho desde a sua fase embrionária até à sua conclusão. A sua disponibilidade, paciência e ensinamentos foram aspetos decisivos para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas de Curso, principalmente, no ano curricular, pela forma como souberam-se agrupar e unir em torno de um objetivo comum de conclusão da aventura a que nos tínhamos proposto realizar, bem como, os bons momentos vividos na companhia dos mesmos.

A todos os alunos da Universidade do Algarve que tiveram a gentileza e amabilidade de preencher o questionário agregado, pois sem a sua colaboração não teria sido possível concretizar este estudo.

E, por fim, á minha esposa Susana e ao meu filho Martim, que foram uns sacrificados relativamente à falta de atenção e disponibilidade, enquanto o trabalho decorria.

**A todos, os meus sinceros agradecimentos.**

## Resumo

O objetivo do presente trabalho de investigação é avaliar a influência da prática de atividade física regular no bem-estar psicológico e na adoção de estilos de vida saudáveis, bem como constatar o modo como diferentes estilos de vida interferem no bem-estar psicológico, numa amostra constituída por 183 estudantes da Universidade do Algarve, 95 do género feminino e 88 do género masculino, dos quais 94 afirmam ser praticantes regulares de atividade física e 89 afirmam o contrário.

Neste sentido, delineámos um estudo exploratório, tendo como finalidade identificar, analisar e diferenciar a prática de atividade física regular com os construtos Estilos de Vida e Bem-Estar Psicológico, estabelecendo relações entre os mesmos. Para tal, efetuámos um levantamento de medidas e escalas adequadas aos temas em discussão elaborando um questionário agregado, com quatro instrumentos de recolha de dados diferenciados.

Dos resultados obtidos evidenciam-se os seguintes aspetos: os sujeitos que praticam atividade física regular adotam estilos de vida mais positivos em oposição com os que não praticam atividade física regular; as raparigas, adotam estilos de vida mais positivos, por contraponto com os rapazes; não se confirmou uma relação positiva entre a prática de atividade física regular e melhores índices de bem-estar psicológico, exceto na dimensão domínio do meio onde essa situação efetivamente se verificou, apesar da tendência para uma superioridade média de quem pratica atividade física regularmente face a quem não o faz, quer no bem-estar psicológico global, quer na maioria das suas dimensões; os alunos do ensino superior com estilos de vida mais saudáveis revelaram maior bem-estar psicológico; nos hábitos de consumos, o álcool é a substância nociva mais consumida pelos alunos da Universidade do Algarve e com maior incidência no género masculino; os sujeitos da amostra que não praticam atividade física regular consomem mais tabaco do que os que afirmam praticar atividade física regular.

**Termos Chave:** Atividade física, estilos de vida, bem-estar psicológico e estudantes do ensino superior.

## Abstract

The purpose of this research study is to evaluate the influence of regular physical activity in psychological well-being and the adoption of healthy lifestyles, as well as to find out how different lifestyles affect the psychological well-being, in a sample composed by 183 University of the Algarve students, 95 females and 88 males, of which 94 claim to be practicing regular physical activity and 89 claim otherwise.

In this sense, we designed an exploratory study, aimed at identifying, analyzing and differentiate regular physical activity practice with the lifestyles and psychological well-being concepts, establishing relationships between them. To this end, we made a survey of measures and scales appropriate to the topics being discussed developing a household questionnaire, with four instruments to collect data differentiated.

Our results show the following aspects: the subjects who practice regular physical activity adopt lifestyles more positive as opposed to those who don't practice physical activity; girls, adopt lifestyles more positive as opposed to the boys; it didn't confirmed a positive relationship between regular physical activity and higher rates of psychological well-being, except in the environmental mastery dimension where this situation actually occurred, despite the tendency for an average superiority of those who practice regular physical activity compared to those who do not, either in overall psychological well-being, or the majority of its dimensions; the higher education students with healthier lifestyles showed greater psychological well-being; Regarding habits of consumption, alcohol is the most harmful substance consumed by students at the University of Algarve and with a higher incidence in males, the sample subjects who do not practice regular physical activity consume more tobacco than those who claim to practice regular physical activity.

**Keywords:** Physical activity, lifestyles, psychological well-being, higher education students.

# Índice Geral

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>Parte I – Revisão da literatura.....</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo I – Atividade física.....</b>	<b>15</b>
1.1 - Atividade física: Perspetiva histórica e atual.....	15
1.2 - Definições operacionais: atividade física, exercício e desporto.....	18
1.3 - Atividade física e saúde.....	19
1.4 - Atividade física na adolescência.....	25
1.5 - Determinantes da atividade física.....	28
1.5.1 - Variáveis biológicas e demográficas.....	34
1.5.2 - Variáveis psicológicas e comportamentais.....	35
1.5.3 - Variáveis sociais.....	36
1.5.4 - Variáveis ambientais/espaciais.....	36
1.6 - Estudos nacionais acerca de hábitos desportivos e atividade física das populações.....	37
1.7 - Estudos internacionais acerca de hábitos desportivos e atividade física das populações.....	43
1.8 - Recomendações para a prática de atividade física com melhorias na saúde... 46	
1.8.1 - Caracterização da situação atual em Portugal.....	49
1.9 - Impacto da atividade física na saúde mental e cognição.....	51
1.9.1 - Atividade física, ansiedade e autoconceito.....	52
1.9.2 - Atividade física e processos cognitivos.....	53
1.9.3 - Atividade física e rendimento escolar.....	55
1.10 - Atividade física nas universidades.....	56
<b>Capítulo II – Estilos de vida.....</b>	<b>59</b>
2.1 - Estilos de vida e saúde.....	60
2.2 - Estilos de vida e atividade física.....	62
2.2.1 - O paradigma do estilo de vida ativo.....	65
2.3 - Estilos de vida e jovens adultos.....	69

2.4 - Estilos de vida na adolescência e comportamentos de risco.....	70
2.4.1 - Consumo tabágico.....	72
2.4.2 - Consumo de álcool.....	74
2.4.3 - Consumo de substâncias psicotrópicas / ilícitas.....	75
<b>Capítulo III - Conceito de Bem-Estar.....</b>	<b>77</b>
3.1 - Bem-estar psicológico.....	79
3.1.1 - Bem-estar psicológico e atividade física.....	82
3.1.2 - Benefícios psicológicos da atividade física.....	86
3.1.3 - Estudos relacionadas com o bem-estar psicológico.....	89
3.1.3.1 - Estudos relacionados com o bem-estar psicológico com amostras de alunos universitários.....	91
<b>Parte II – Estudo empírico.....</b>	<b>95</b>
<b>Capítulo IV – Metodologia.....</b>	<b>96</b>
4.1 - Delimitação do tema.....	96
4.2 - Objetivo geral e principal questão do estudo.....	97
4.3 - Objetivos específicos do estudo.....	98
4.4 - Desenho da investigação.....	98
4.5 - Caracterização da amostra.....	99
4.6 - Instrumentos.....	100
4.6.1 - Ficha de caracterização individual.....	100
4.6.2 - Questionário prática de atividade física.....	101
4.6.3 - Questionário dos estilos de vida.....	101
4.6.4 - Escala de bem-estar psicológico - versão adaptada.....	102
4.7 - Procedimentos.....	103
4.7.1 - Procedimento de tratamento e análise de dados.....	103
<b>Capítulo V – Apresentação e análise dos resultados.....</b>	<b>105</b>
5.1 - Caracterização da amostra ao nível dos dados relativos à vida diária dos indivíduos.....	105
5.2 - Caracterização da amostra ao nível das características relacionadas com a prática de atividade física.....	106

5.3 - Análise descritiva dos estilos de vida e bem-estar psicológico.....	110
5.4 - Análise descritiva relacionada com os consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, a partir dos itens 2, 7 e 11 do QEV.....	115
5.5 - Análise correcional.....	117
5.6 - Análise de comparações múltiplas.....	120
5.7 - Relação entre diferentes estilos de vida e medidas psicológicas.....	125
<b>Capítulo VI – Discussão dos resultados.....</b>	<b>127</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>143</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>148</b>
<b>Anexo A - Questionário agregado.....</b>	<b>164</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.1</b> – Portugueses com mais de 15 anos que já alguma vez fizeram atividade física ou praticaram desporto (PNAF, 2011).....	39
<b>Figura 1.2</b> – Portugueses com mais de 15 anos que «Nunca» fizeram exercício ou praticaram desporto (%) (IDP – LVAF, 2011).....	42
<b>Figura 1.3</b> – Percentagem de adultos e idosos que atingem as recomendações (PNAF, 2011).....	50
<b>Figura 1.4</b> – Atividade física moderada a vigorosa total, nos jovens por intervalo de idades (PNAF, 2011).....	51
<b>Figura 2.1</b> – Desenho orientador da investigação.....	99

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.1</b> – “Teorias” e modelos utilizados na investigação da influência de fatores determinantes dos hábitos de atividade física (adaptado de Sallis & Owen por Seabra et al., 2008) .....	33
<b>Tabela 1.2</b> – Fatores e determinantes dos hábitos de atividade física (adaptado de Sallis & Owen por Seabra et al., 2008).....	34
<b>Tabela 1.3</b> – Sedentarismo e atividade física na Europa – eurobarómetro, segundo o sexo (IDP – LVAF, 2011).....	44
<b>Tabela 5.1</b> – Meio de transporte utilizado com maior frequência para deslocação para a universidade.....	105
<b>Tabela 5.2</b> – Distância entre a residência e a universidade.....	106
<b>Tabela 5.3</b> – Número de vezes que se desloca à universidade por semana.....	106
<b>Tabela 5.4</b> – Prática de atividade física regular. Totalidade da amostra e por género.....	107
<b>Tabela 5.5</b> – Prática de atividade física na UALG. Totalidade da amostra.....	107
<b>Tabela 5.6</b> – Frequência semanal da prática regular de atividade física.....	108
<b>Tabela 5.7</b> – Prática de exercício forte e fraco nas últimas 2 semanas.....	108
<b>Tabela 5.8</b> – Padrão da prática de atividade física. Totalidade da amostra.....	109
<b>Tabela 5.9</b> – Participação em atividades físico-desportivas de nível competitivo no último ano, dos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular.....	109
<b>Tabela 5.10</b> – Prática de atividades físico-desportivas federada, dos indivíduos que afirmam praticar atividade física por género.....	110
<b>Tabela 5.11</b> – Participação em atividades físico-desportivas de nível competitivo federado e universitário no último ano, dos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular.....	110
<b>Tabela 5.12</b> – Análise descritiva dos resultados da amostra nas escalas do questionário de estilos de vida e do bem-estar psicológico.....	111
<b>Tabela 5.13</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função do género.....	112
<b>Tabela 5.14</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função da prática de atividade física regular.....	113

<b>Tabela 5.15</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função da prática de atividade física federada.....	114
<b>Tabela 5.16</b> – Média, desvio padrão, máximo e mínimo nos itens 2, 7 e 11 QEV.....	115
<b>Tabela 5.17</b> – Análise descritiva dos resultados dos itens 2, 7 e 11 QEV.....	116
<b>Tabela 5.18</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nas variáveis do QEV (itens 2, 7 e 11) em função do gênero.....	116
<b>Tabela 5.19</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nas variáveis do QEV (itens 2, 7 e 11) em função da prática de atividade física regular.....	117
<b>Tabela 5.20</b> – Matriz das intercorrelação entre as variáveis BEP global e suas diferentes dimensões, estilos de vida e prática de atividade física regular.....	118
<b>Tabela 5.21</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função do ano do curso.....	120
<b>Tabela 5.22</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas diferentes dimensões do bem-estar psicológico em função da prática de exercício forte.....	121
<b>Tabela 5.23</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas diferentes dimensões do bem-estar psicológico em função da participação em atividades de nível competitivo.....	122
<b>Tabela 5.24</b> – Média, Desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função do padrão prática de atividade física.....	123
<b>Tabela 5.25</b> – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função de três níveis de pontuações nos estilos de vida.....	125

## Introdução

A nossa sociedade, reflexo dos sinais do tempo, está constantemente a mudar, provocando alterações na qualidade de vida de todos nós e, conseqüentemente, adaptações ao nível das atitudes e dos comportamentos. Para evitarmos o sedentarismo e estilos de vida pouco recomendáveis, numa sociedade em constante mutação, com menos tempo para o lazer e para a recreação, é importante, na nossa perspectiva, partirmos para hábitos de vida mais saudáveis, relacionados com uma alimentação mais cuidada e, principalmente, à prática de atividades físicas, promovendo assim o nosso estado de saúde.

O conceito de saúde sofreu, ao longo dos anos, algumas modificações. Atualmente a saúde não é somente um estado de ausência de doença, mas um estado de equilíbrio dos vários sistemas e do indivíduo consigo próprio. A saúde não é um bem estável e fácil de ser alcançado, antes pelo contrário, a saúde é um bem instável que é necessário adquirir constantemente, defender e reconstruir ao longo da vida (Mota, 1995).

Começa a ser comum dizer-se que uma boa forma física pode ser indicador positivo de saúde, desempenhando a atividade física um papel “protetor” em relação aos fatores de risco, alguns deles já identificáveis na criança e que, mais tarde, podem condicionar o aparecimento de doenças cardiovasculares.

Para adquirir, defender e reconstruir esta saúde ao longo da vida, é importante promover e fomentar a atividade física e desportiva, para que a qualidade de vida das populações melhore significativamente.

O presente trabalho de investigação está inserido no âmbito da dissertação do curso de Mestrado em Psicologia da Educação, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Trata-se de um estudo que pretende caracterizar os hábitos de prática de atividade física dos alunos da Universidade do Algarve, bem como, diferenciar e relacionar a prática de atividade física com os conceitos, Estilos de Vida e o Bem-Estar Psicológico.

Diversos são os estudos, que comprovam e evidenciam a importância da prática de atividade física no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e no bem-estar geral dos indivíduos. Nos dias de hoje, existe uma ampla evidência de que o exercício regular e moderado tem benefícios indubitáveis para a saúde física, psicológica e social,

podendo contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Todavia, é curioso notar a multiplicidade dos problemas de saúde, com que usualmente se debatem os países mais desenvolvidos, estão associados a modificações constantes dos hábitos de vida, nos quais se inclui uma redução dos níveis de atividade física e exercício que conduzem a um estilo de vida cada vez mais sedentário, o qual tem na adolescência um fator fortemente potenciador.

O crescente interesse pela investigação nesta área, levou a ISSP – *International Society of Sport Psychology*, a publicar um número específico em 1992, relacionando a atividade física e os benefícios psicológicos, onde é afirmado que o exercício a longo prazo está geralmente associado a uma diminuição dos níveis de ansiedade e stresse, à diminuição de depressões, ao incremento da autoestima e como fator produtor de efeitos emocionais positivos. Não obstante, o conhecimento propagado dos efeitos positivos na saúde que a prática regular de exercício pode potenciar, uma esmagadora percentagem da população nas sociedades industrializadas é sedentária (i.e. cerca de 70%) ou abandona a prática nos primeiros seis meses (i.e. cerca de 50%), dando a entender que esses benefícios não são razões suficientes para que realizem atividade física (Cid et al., 2007).

Deste modo, pretende-se usar como suporte alguns estudos que tenham associado os seguintes conceitos em questão (bem-estar psicológico, estilos de vida e atividade física), bem como as determinantes demográficas-biológicas e sócio-culturais da prática de atividade física em adolescentes / jovens-adultos, para confrontar com os nossos resultados.

A presente dissertação divide-se em duas partes. Uma primeira de enquadramento teórico e uma segunda parte referente ao estudo empírico. Depois da introdução, onde se faz uma resenha dos motivos que justificam a escolha pelo presente estudo, na primeira efetuamos uma revisão da literatura orientada para as problemáticas relacionadas com as variáveis que pretendemos estudar, com o intuito de obtermos um enquadramento teórico o mais abrangente possível acerca das temáticas em estudo.

Numa segunda fase apresentamos o nosso estudo exploratório, sendo abordados os aspetos metodológicos, onde expomos a delimitação do problema, o objetivo e a questão principal do estudo, a formulação das hipóteses, o desenho da investigação, a caracterização da amostra e a descrição dos instrumentos que iremos utilizar e os

procedimentos estatísticos a que recorreremos. Depois, apresentamos e analisamos os resultados do nosso estudo, em capítulo próprio, terminando com a discussão destes resultados.

Para finalizar, apresentamos na conclusão, as considerações finais, enfatizando os principais resultados englobando a indicação das limitações encontradas ao longo desta investigação, que servem também para orientar as sugestões para futuras investigações. O documento termina com a apresentação das referências bibliográficas e os anexos.

## **Parte I – Revisão da Literatura**

## Capítulo I – Atividade Física

Nesta parte do trabalho procuraremos efetuar uma aprofundada revisão da literatura que possa enquadrar teoricamente os conceitos de prática de atividade física, estilos de vida e bem-estar psicológico, os quais norteiam e conduzem todo o estudo que pretendemos realizar.

Apesar da relação entre atividade física e saúde vir da antiguidade, nunca como nos dias de hoje, foi importante discuti-la, promovê-la e divulgá-la.

Porque a nossa tese de mestrado tem um enfoque nesta problemática, este ponto foi submetido a uma revisão da literatura mais exaustiva que outros.

Assim, nesta secção procuramos abordar, a multiplicidade de aspetos relacionados as áreas da Saúde e das Atividades Físicas, na tentativa de procurar reforçar as evidências científicas que apontam para a relevância da atividade física na manutenção de um estado de saúde desejável.

Desde logo e, visto que as interações entre atividades físicas, saúde e doença, remontam à Antiguidade e aos autores mais clássicos, preconizámos iniciar este ponto com uma citação de um desses autores.

“... todas as partes do corpo são destinadas a uma função específica. Se usadas com moderação, fazendo regularmente os movimentos para que foram concebidas, tornam-se por esse meio saudáveis, bem desenvolvidas e envelhecem lentamente. Mas se ficarem imóveis e ociosas tornar-se-ão propícias à doença, crescerão de forma deficiente e envelhecerão de forma precoce.”

(Hipócrates Corpus, cit. por Barata e colaboradores, 2007, p.435)

### **1.1 - Atividade física: Perspetiva histórica e atual**

Na Grécia Antiga, atribui-se grande importância às consequências que a prática da atividade física continha para o corpo humano, observava-se a progressividade dos exercícios, cuja continuidade contribuía para a conservação da saúde, tendo em linha de conta, aspetos tais como: a idade das pessoas; os ventos; as estações do ano e a situação individual de cada sujeito.

De acordo com Toscano e colaboradores (2008), entre o século VII a.C. e até ao século V d.C., os deportes e as atividades físicas alcançaram uma importância tal, que só encontramos paralelo e comparação, muito provavelmente, com o que se verifica nos dias de hoje. Contudo, isto só se aplicaria aos estratos mais elevados da sociedade grega

(aristocracia), já que como se sabe, nomeadamente, através de documentos literários e artísticos, na Grécia Antiga, existia grandes diferenças sociais e só os mais bem posicionados economicamente podiam ter acesso aos prazeres e benefícios que o desporto lhes oferecia. Os exercícios físicos não eram considerados, como parte do treino militar, mas sim como algo lúdico, instituindo-se em 776 a.C. o início dos Jogos Olímpicos.

Ainda segundo Toscano e colaboradores (2008), a palavra exercício aparece constantemente no trabalhos de Hipócrates, contudo, na maioria das vezes refere-se ao aspeto higiénico do exercício em geral, reconhecendo o seu valor terapêutico no fortalecimento dos músculos débeis, acelerar a convalescença e melhorar a saúde mental. Hipócrates foi o criador da escola médica grega e nos escritos faz imensas referências ao uso médico que pode ter o exercício físico, aconselhando prudência na retoma da prática de exercícios físicos vigorosos depois de repousos prolongados. Na Teoria Hipocrática o aspeto central à volta do qual gravita o tratamento dietético resulta do equilíbrio entre os exercícios físicos, as comidas e as bebidas, pelo que, é precisamente no desaparecimento do equilíbrio saudável entre uns e outros, que se deveria procurar encontrar a causa primária da doença.

Nessa medida, Hipócrates referia que tanto os alimentos como os exercícios físicos, apresentavam influências, se bem que opostas, que se complementavam tendo em vista a saúde do sujeito, atendendo ao equilíbrio que era condição essencial para a manutenção da saúde. Curioso notar que esta ideia perdurou até aos nossos tempos.

Além disso, também devemos a Hipócrates a exposição de diferentes tipos de atividades físicas, tais como: caminhar, considerado um exercício natural; as corridas, conhecidas pelos seus efeitos orgânicos, musculares e de resistência; os exercícios de ginástica e as diferentes formas de luta.

De igual modo a aplicação que se deve fazer do exercício físico, quanto à sua quantidade e intensidade em função do tempo para a sua realização, tema de plena atualidade, resulta muito estudado e valorizado na Teoria Hipocrática.

Em suma, na Grécia Antiga, a saúde independentemente do regime de vida de cada indivíduo, era a consciência de um oportuno equilíbrio entre os alimentos (o que nutre) e os exercícios físicos (o que gasta). Por isso, procurava-se conseguir um equilíbrio saudável a partir da ginástica, que na obra de Hipócrates aparece dentro da dietética.

A inclusão da atividade física nos estilos de vida e sua influência na saúde foi abordado pela primeira vez na década de oitenta e de acordo com Bañuelos (1996), os

âmbitos de realização da atividade física considerados eram: tarefas físicas vinculadas à ocupação laboral, tarefas domésticas, educação física nos sistemas educativos formais e as atividades físicas relacionadas com o ócio e a recreação (desporto, jogos motores, dança, etc.). E relaciona-se com a dietética aplicada por Hipócrates, com a finalidade de obter um estado de saúde equilibrado, ou seja um “ estado de equilíbrio saudável”.

Do ponto de vista funcional e biológico, a atividade física pode ser considerada como todo o movimento corporal, produzido por uma contração muscular, conduzindo a um incremento substancial do gasto energético do indivíduo. Esta conceção mais tradicional restringe a atividade física enquanto processo e a condição física enquanto resultado. Contudo, uma consideração sob uma perspetiva mais abrangente, permite-nos distinguir os aspetos quantitativos dos qualitativos da atividade física (Toscano et al., 2008). Os quantitativos relacionam-se diretamente com o consumo e mobilização da energia necessária para a realização da atividade física, enquanto os qualitativos estão intimamente relacionados com o tipo de atividade a realizar, o seu propósito e o seu contexto social.

Para Bañuelos (1996), existe uma ideia generalizada relacionada com o exercício físico, na qual está implícito que, pelo simples facto de as pessoas o praticarem, recolhem daí grandes benefícios para a sua saúde, o que nem sempre é verdade. Esta ideia não considera nem explicita quais devem ser os conteúdos, o volume, a intensidade da referida prática. Neste sentido, reconhece-se hoje, três fontes que podem distorcer os efeitos e benefícios que a atividade física pode ter na saúde: a ideia que é uma espécie de panaceia; a imprecisão de como realizá-la (tipo, conteúdo, volume, intensidade); e o desconhecimento básico do porquê e em que circunstâncias se geram os efeitos benéficos desejados.

Na obstante, na atualidade está mais do que comprovado que a atividade física é um dos principais agentes que se pode utilizar com intuito de manter a saúde e prevenir doenças, sempre e quando a mesma esteja oportunamente dosificada e planeada, segundo as necessidades do indivíduo e que de essa forma possam chegar a melhorar as suas funções vitais (respiratória, cardiovascular e metabólica) (Toscano et al., 2008).

Em resumo, nos dias de hoje é importante que se tenha em linha de conta que para o nosso organismo beneficie dos efeitos positivos que a prática de atividade física tem associados, no mesmo terão que se gerar certas alterações ou fenómenos de adaptação que são necessários e imprescindíveis, do tipo muscular, cardíaco, respiratório, para que

a referida adaptação se produza com a normalidade desejada e o organismo se adapte à atividade física.

## **1.2 - Definições operacionais: atividade física, exercício e desporto.**

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo-esquelético que resulta num aumento do dispêndio energético acima do nível de repouso, constituindo-se processo complexo e dinâmico. Durante a vida, o indivíduo passa por fases que evidenciam diferentes níveis de atividade física, determinados por diversos fatores (Caspersen et al., 1985).

Shepard (2003), reconhece que o consenso alcançado em redor da definição terminológica de atividade física é recente e destaca que a mesma compromete todos os tipos de atividade muscular que incrementam substancialmente o gasto energético e que o exercício é uma subclassificação da atividade física regular e estruturada, executada deliberadamente e com propósitos específicos do melhoramento de algum aspeto da saúde ou da preparação para a competência atlética.

Assim sendo, podemos dizer que o termo exercício físico pode ser definido como uma subcategoria da atividade física, sendo planeado, estruturado e repetitivo, além de ter como propósito melhorar ou manter um ou mais dos componentes da aptidão física (Delgado, 2006).

Já Barata (2003), diz-nos que atividade física é toda a atividade muscular ou motora que um ser assume, ou seja, tudo aquilo que implique movimento, força ou manutenção da postura. Estar em pé, é ter mais atividade física do que estar sentado. Correr é ter mais atividade física que andar. Assim, o conceito de atividade física é vasto, incluindo todas as atividades físicas que possam ser englobadas num de dois grupos:

- atividade física espontânea, informal, não estruturada ou não organizada;
- atividade física programada, formal, estruturada ou organizada.

Embora relacionado com a atividade física, o exercício físico é um conceito menos abrangente e é definido por movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes da aptidão física. Este constitui o conjunto de atributos, adquiridos ou desenvolvidos, que habilitam para a realização da atividade física. A atividade física tem sido entendida como um comportamento que pode influenciar a aptidão física. Todavia, é igualmente percebida, atualmente, como um comportamento determinante da saúde e da capacidade funcional (WHO, 2007).

Especificando, os exercícios físicos são atividades físicas repetidas, estereotipadas, que visam a obtenção de um objetivo concreto: assim, falamos de exercícios abdominais, exercícios de fisioterapia, exercícios de preparação para o parto, exercícios para adquirir uma dada técnica, exercícios de fortalecimento de um joelho operado, etc. Por conseguinte, estamos dentro da atividade física estruturada, seja com fins terapêuticos, seja de promover a condição física.

Todavia, a palavra exercício é usada correntemente para significar atividade física e é nesse sentido que se diz que “ O Manel é magro porque faz muito exercício” embora, se quisermos do ponto de vista terminológico, sermos corretos, deveríamos dizer que o “ O Manel é magro porque faz muita atividade física”.

De acordo com Delgado (2006), o desporto também é considerado uma subcategoria da atividade física, especializada, de caráter competitivo e que requer treino físico, regulamentado por instituições e com o objetivo principal não de melhorar e ou manter a saúde, mas sim com a intenção da competição pela mesma.

Deste modo, o conceito de Desporto já implica competir, entre equipas ou entre indivíduos, com os outros ou consigo próprio. Isto tanto se aplica ao desporto recreativo ou a de competição, seja ele amador, profissional. No desporto há sempre regras e há sempre objetivos a alcançar: há vitória, empates por vezes ou até derrotas.

### **1.3 - Atividade física e saúde**

De acordo com Plano Nacional de Atividade Física (2011), diversas organizações e sociedades científicas internacionais têm alertado para os perigos associados ao sedentarismo que afeta todos os grupos populacionais, incluindo crianças e jovens, e que constitui um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónico-degenerativas.

As investigações relacionadas com os benefícios da atividade física e desporto, normalmente estão associadas a um discurso médico, o qual propõe através da prática desportiva diminuir a ocorrência de patologias de origem cardíaca, respiratório, metabólico e outras (Ramirez et al., 2004).

Os números são aterradores, estima-se que o sedentarismo seja causador de 1 milhão e 900 mil mortes a nível mundial. É também a causa de 10-16% dos cancros da mama, cólon e reto, bem como, diabetes *mellitus*, e de cerca de 22% da doença cardíaca isquémica. O risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos

indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a atividade física (DGS, 2007).

O quadro alarmante obrigou a que organizações científico-médicas tenham declarado o sedentarismo e a inatividade física como um dos maiores problemas de saúde pública das sociedades modernas. Tão grande é esta epidemia, que um número cada vez maior de adolescentes está afetado por este comportamento de risco (Seabra et al., 2008).

Indubitavelmente, o panorama mundial começa a estar deveras marcado por uma crescente preocupação relacionada com as consequências nefastas que acarretam a inatividade física, ou seja, o sedentarismo.

E a situação não é para menos, pois segundo LVAF (2011), níveis elevados de pressão arterial e de colesterol, uma ingestão insuficiente de fruta e vegetais, o excesso de peso e a obesidade, o tabagismo e a inatividade física constituem os principais fatores de risco de doenças não transmissíveis, como a doença cardiovascular, a diabetes tipo II e alguns tipos de cancro e de acordo com a OMS (2004), estes fatores de risco são responsáveis por 60% dos 56 milhões de mortes anuais e por 47% das doenças em todo o mundo.

Outras doenças relacionadas com estes fatores de risco, como a osteoporose, são igualmente causas de morbilidade. Cinco destes fatores de risco estão relacionados com a dieta e com a atividade física – as duas influenciam, em conjunto ou de forma independente, a saúde. Apesar dos efeitos interativos, particularmente em relação à obesidade, a prática de atividade física propicia benefícios adicionais na saúde física e mental que são independentes da nutrição e da dieta (IDP – LVAF, 2011).

Recentes estudos sinalizam o sedentarismo como um fator que acompanha a aparição e gravidade de um número importante de doenças crónicas como a hipertensão arterial, a diabetes e a obesidade, entre outras (Ramirez et al., 2004).

Corroborando, com o exposto o LVAF (2011), diz-nos que a atividade física reduz o risco de doença cardiovascular e de diabetes tipo II e possibilita substanciais benefícios em muitas doenças não estritamente relacionadas com a obesidade, uma vez que o controlo de peso não constitui o único mediador dos seus efeitos.

Sabe-se também, por exemplo, que a atividade física reduz a pressão arterial, melhora o nível de colesterol das lipoproteínas de alta densidade e de controlo de glucose no sangue, preserva ou potencia a mineralização óssea, e reduz o risco de cancro do cólon e da mama nas mulheres. Por outro lado, contribui para a preservação

da função cognitiva e diminui o risco de depressão e de demência, diminui o stresse e melhora a qualidade do sono, melhora a autoimagem e a autoestima, aumentando o bem-estar e o otimismo, e diminui o absentismo (IDP – LVAF, 2011).

Contudo, apesar de os benefícios da atividade física na saúde se encontrarem bem documentados, através de diversos estudos efetuados, em diferentes países, nas últimas décadas, o comportamento sedentário continua a ser característico da civilização moderna.

De acordo com Matsudo e Matsudo (2000), a associação entre a prática de atividade física e melhores padrões de saúde são amplamente difundidos. Todavia, somente nos últimos 30 a 40 anos, pôde-se confirmar que o baixo nível de atividade física é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não-transmissíveis

Segundo Brownson e colaboradores (2005), no decorrer dos últimos 50 anos, a atividade física ocupacional teve decréscimo acentuado, pois a mecanização do trabalho e das atividades domésticas levou a uma diminuição significativa da atividade física na vida moderna. Assim, se por um lado, os padrões de vida melhoraram, a disponibilidade e a variedade dos alimentos aumentaram e o acesso a serviços de saúde cresceu; por outro, os padrões de dieta tornaram-se inapropriados, os níveis de atividade física diminuíram e o consumo de tabaco cresceu.

De acordo com a WHO/FAO (2003), estes desequilíbrios provocaram um aumento das doenças crónicas, especialmente entre os mais desfavorecidos.

O mundo tem assistido a um aumento significativo das doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Este aumento global, epidémico, destas doenças está estritamente relacionado com alterações dos estilos de vida, nomeadamente, o tabagismo, inatividade física (sedentarismo) e a uma alimentação não saudável (DGS, 2007).

Neste contexto, as doenças crónico-degenerativas, como a obesidade, a diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial e alguns tipos de cancro, tornaram-se causas importantes de morbilidade e mortalidade prematura quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento.

Efetuando uma breve revisão aos principais estudos e investigações que versaram por estas temáticas verificaram que, por exemplo, Meyer e colaboradores (2002) e Nelson e colaboradores (2006), observaram que, especialmente em adultos, o sedentarismo é um importante fator de risco de doença coronária, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes tipo II, obesidade, alguns tipos de cancro, osteoporose,

artrite, ansiedade e depressão. Já para Erlichman e colaboradores (2002) e Paffenbarger e colaboradores (1986), o sedentarismo tem uma relação direta com a mortalidade prematura, enquanto para Tessier e colaboradores (2007) e Wolin e colaboradores (2007), o mesmo tem repercussões decisivas na qualidade de vida relacionada com a saúde.

Strong e colaboradores (2005) e Anderssen e colaboradores (2007) conduziram um conjunto de estudos que revelaram a importância de uma boa aptidão física, particularmente as componentes cardiovascular e força, como variáveis preditivas independentes de um conjunto de patologias metabólicas e/ou cardiovasculares.

Um dos estudos mais expressivos envolvendo esta linha de pesquisa, foi o de Paffenbarger e colaboradores (1986), analisando ex-alunos da Universidade de Harvard, o autor observou que a prática de atividade física está relacionada a menores índices de mortalidade. Comparando indivíduos ativos e moderadamente ativos com indivíduos menos ativos, verificou que a expectativa de vida é maior para aqueles cujo nível de atividade física é mais elevado. Com relação ao risco de morte por doenças cardiovasculares, respiratórias e por cancro, o estudo sugere uma relação inversa deste com o nível de atividade física.

Segundo Ortega e colaboradores (2008), curioso será notar, contrariamente ao que se poderia supor, estas associações são visíveis desde a infância. Com efeito, em crianças e adolescentes, níveis baixos de aptidão cardiorrespiratória estão associados a elevados níveis de obesidade e de adiposidade abdominal. Menor aptidão cardiorrespiratória e musculares associam a fatores de risco das doenças cardiovasculares (como triglicédeos, C-HDL, C-LDL, glicemia, síndrome metabólica, tensão arterial, proteína C reativa de alta sensibilidade). Ainda de acordo com os autores, melhorias na aptidão cardiorrespiratória e na velocidade/agilidade parecem ter efeitos positivos na saúde esquelética; incrementos da cardiorrespiratória têm efeitos positivos na depressão, na ansiedade, no humor, na autoestima e no rendimento académico; e em crianças com cancro (pacientes ou sobreviventes) recomenda-se a melhoria da aptidão cardiorrespiratória e muscular para atenuar a fadiga e melhorar a qualidade de vida.

Em adultos, uma baixa aptidão cardiorrespiratória é um importante fator preditor de doença cardiovascular e de morbidade e mortalidade por qualquer causa. A relação entre esta aptidão e a mortalidade é inversa e tem uma configuração curvilínea (Mora et al., 2003).

De acordo com Gulati e colaboradores (2002), existe uma relação inversa entre a aptidão cardiorrespiratória e a mortalidade por cancro, relação que é independente da idade, da existência de diabetes e do consumo de álcool e tabaco.

Segundo, Colcombe e colaboradores (2003) e Barnes e colaboradores (2003), elevados níveis de aptidão cardiorrespiratória reduzem as perdas neurais associadas ao envelhecimento e protegem contra a disfunção cognitiva.

Matsudo e Matsudo (2000), afirmam que os principais benefícios à saúde advindos da prática de atividade física referem-se aos aspetos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Os efeitos metabólicos apontados pelos autores são o aumento do volume sistólico; o aumento da potência aeróbica; o aumento da ventilação pulmonar; a melhora do perfil lipídico; a diminuição da pressão arterial; a melhora da sensibilidade à insulina e a diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho sub máximo. Com relação aos efeitos antropométricos e neuromusculares ocorre, segundo os autores, a diminuição da gordura corporal, o incremento da força e da massa muscular, da densidade óssea e da flexibilidade. E, na dimensão psicológica, afirmam que a atividade física atua na melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, na diminuição do stresse e da ansiedade e na diminuição do consumo de medicamentos.

Guedes e Guedes (1995), por sua vez, afirmam que a prática de exercícios físicos habituais, além de promover a saúde, influencia na reabilitação de determinadas patologias associadas ao aumento dos índices de morbidade e da mortalidade. Defendem a inter-relação entre a atividade física, aptidão física e saúde, as quais se influenciam reciprocamente. Segundo eles, a prática da atividade física influencia e é influenciada pelos índices de aptidão física, as quais determinam e são determinados pelo estado de saúde.

Para Marques (1999), esta perspetiva contemporânea de relacionar aptidão física à saúde representa um estado multifacetado de bem-estar resultante da participação na atividade física, procurando inter-relacionar as variáveis associadas à promoção da saúde.

De acordo com o IDP-LVAP (2011), toda a população portuguesa, incluindo crianças, adultos e idosos, deve evitar o sedentarismo, sendo que alguma atividade física é melhor do que nenhuma e, portanto, esta participação, independentemente da quantidade, promove alguns benefícios para a saúde. No entanto, importa salientar que, para a melhoria dos resultados na saúde, é necessária uma alteração de hábitos, como o

aumento da quantidade de exercício através de maior intensidade, maior frequência e/ou duração mais longa.

Segundo a DGS (2007), a atividade física reduz o risco de doenças cardiovasculares, de alguns cânceres e de diabetes tipo II. Estes benefícios são mediados através de muitos mecanismos: em geral, consegue-se através da melhoria do metabolismo da glicose, da redução das gorduras e da diminuição da tensão arterial. A participação em atividades físicas pode melhorar o sistema músculo-esquelético, o controle do peso corporal e reduzir os sintomas de depressão.

Perante tantas evidências, Ramirez e colaboradores (2004), referem-nos que os governantes na sua globalidade e as instituições estatais encarregues da saúde pública, encontram-se muito alarmados com as taxas que indicam a pouca atividade física das suas populações e as suas consequências sociais em termos de bem-estar físico que as mesmas representam.

Uma vez que o sedentarismo aumenta a morbilidade e a mortalidade e, por outro lado, reduz a qualidade e o tempo de vida, torna-se imprescindível que os Estados-membros da União Europeia desenvolvam planos nacionais de promoção da atividade física de forma a intervir e implementar medidas de fundo que, a médio e a longo prazo, combatam de forma eficaz este problema e diminuam a percentagem da população sedentária. Estes planos devem ter como principais objetivos aumentar o conhecimento acerca dos benefícios da atividade física em relação à saúde para ajudar as pessoas a adotarem hábitos de vida saudáveis (PNAF, 2011).

Como suporte a esta sugestão a DGS (2007) revela-nos que a atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Atividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um **estilo de vida saudável**, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias perniciosas para a saúde. Em suma, a atividade física é:

- para o indivíduo: um forte meio de prevenção de doenças;
- para os governos: um dos métodos com melhor custo-efetividade na promoção da saúde de uma população.

Nesse sentido, a política desportiva deverá ter como um dos objetivos principais, o desenvolvimento de um movimento desportivo que contribua para melhorar a saúde pública, através da criação de oportunidades de prática de atividade física e desportiva continuada para todas as pessoas (PNAF, 2011).

O IDP (2011), através do seu Livro Verde da Atividade Física (2011) e de forma a relevar a importância da atividade física como um elemento-chave da saúde das populações, deixa-nos uma mensagem forte e que não deverá deixar ninguém indiferente, na nossa opinião, que passamos a transcrever:

“A atividade física é, portanto, uma componente essencial de qualquer estratégia que procure, de forma séria, encontrar formas de combater o sedentarismo e algumas das patologias mais prevalentes da sociedade contemporânea. Com efeito, a atividade física é um meio fundamental não apenas para a melhoria da saúde física e mental, mas também para a coesão e o bem-estar social dos indivíduos e das populações. Deve ser tido em consideração o facto de as oportunidades para o “ser fisicamente ativo” não se reduzirem ou limitarem à prática desportiva e/ou às atividades organizadas de recreação. É possível a sua existência em múltiplos locais, desde os locais da habitação até ao local de trabalho, aos espaços escolares e mesmo nos centros de saúde” (p.129 e130).

#### **1.4 - Atividade física na adolescência**

De acordo com Neto (1995), as características das sociedades pós-industriais (hábitos sedentários, stresse emocional, maus hábitos de vida do ponto de vista corporal e inatividade física) e o nascimento de uma sociedade de informação que se reveste de uma padronização excessiva de valores, atitudes e comportamentos, implica a tomada de consciência das mudanças ocorridas na vida familiar, escolar e social.

A redução de oportunidades e tempo de jogo na adolescência têm consequências inevitáveis no aumento do sedentarismo e nas patologias associadas como o aumento de obesidade, stresse e doenças cardiovasculares.

A associação entre má qualidade alimentar e a inatividade, normalmente resultam em obesidade, criando uma epidemia generalizada com graves consequências a médio e longo prazo. De uma forma geral, hoje em dia, admite-se que 40% a 45% dos adolescentes sejam sedentários ou insuficientemente ativos nas sociedades mais desenvolvidas.

Existem, hoje, diversas evidências, que uma prática adequada de atividade física resulta em melhorias diretas no estado de saúde dos adolescentes, apesar de estarem bem mais documentados os benefícios em termos de saúde de uma prática de atividade física regular nos adultos do que nos adolescentes (Boreham & Riddoch, 2001).

São muitos os benefícios da prática desportiva juvenil: uns, de ordem física, com a aquisição de habilidades motoras específicas da modalidade, o aumento da capacidade física ou simplesmente a melhoria da saúde; outros, de ordem psicológica, tais como o desenvolvimento do respeito e a cooperação com os outros, do espírito competitivo, do desportivismo e da autoconfiança. Todos estes benefícios têm consequências positivas que integram o caráter de formação dos jovens (Smoll, 1988).

Os estudos longitudinais indicam que existe uma diminuição progressiva da atividade física ao longo da adolescência, sendo esta probabilidade maior no sexo feminino (CDC, 1999).

Para Aaron e colaboradores (2002), a diminuição da atividade física deve-se à diminuição do número de atividades físicas em que o jovem se envolve sendo que as raparigas participam mais em atividades de caráter individual e os rapazes em atividades coletivas, existindo uma probabilidade baixa ou moderada de uma atividade específica ser mantida ao longo da adolescência.

De acordo com Strong e colaboradores (2005), são vários os estudos que demonstram uma relação evidente entre atividade física na adolescência e a saúde. Adolescentes com elevados níveis de atividade física têm com menor frequência uma série de fatores de risco das doenças cardiovasculares (como a obesidade, a síndrome metabólica, dislipidemias, diabetes tipo II, hipertensão arterial), asma, ansiedade e depressão, fraca aptidão física, densidade mineral óssea reduzida, autoestima diminuída e rendimento académico comprometido. Melhorias na aptidão cardiorrespiratória e na velocidade/agilidade parecem ter efeitos positivos na saúde esquelética; incrementos da cardiorrespiratória têm efeitos positivos na depressão, na ansiedade, no humor, na autoestima e no rendimento académico;

Para Vieira e colaboradores (2002), a atividade física auxilia no desenvolvimento do adolescente e na redução dos riscos de futuras doenças, além de exercer importantes efeitos psicossociais. Ainda existem, porém, vários mitos acerca da prática de exercícios físicos na adolescência e inúmeras dúvidas quanto à influência exata da mesma em fenómenos como o crescimento esquelético e a maturação biológica.

A atividade física é um importante auxiliar para o aprimoramento e desenvolvimento do adolescente, nos seus aspetos morfofisiopsicológicos, podendo aperfeiçoar o potencial físico determinado pela herança e adestrar o indivíduo para um aproveitamento melhor de suas possibilidades (Barros, 1993).

Paralelamente à boa nutrição, a adequada atividade física deve ser reconhecida como elemento de grande importância para o crescimento e desenvolvimento normal durante a adolescência, bem como para diminuição dos riscos de futuras doenças (Carol & Dwyer, 1991).

Tucker & Friedam (1989) afirmam que a inatividade física constitui-se no fator mais importante para o desenvolvimento da obesidade. Estudos mais recentes envolvendo indivíduos jovens confirmam que o nível de atividade física está inversamente relacionado à incidência de sobrepeso e obesidade.

Fripp e colaboradores (1985), observaram que, adolescentes com boa aptidão física apresentavam menor Índice de Massa Corporal (IMC), menor pressão sanguínea sistólica e diastólica e maior concentração plasmática de HDL-colesterol do que adolescentes sedentários.

Apesar de todas estas evidências, estudos dedicados a esta problemática, reporta-se à adolescência como um período de decréscimo dos níveis de atividade. As hipóteses explicativas para tal declínio da atividade física e da participação desportiva apontam para exigências sociais, tal como a pressão com os desempenhos académicos, transição para o mercado de trabalho ou simplesmente o aparecimento de novas orientações (Coelho e Silva, 2001).

Segundo Sallis (2000), o declínio da atividade física com a idade é uma observação consistente na epidemiologia da atividade física, existindo evidência de decréscimo acentuado do dispêndio energético entre a adolescência e a vida adulta. Com o aumento da idade, diminui a exigência física, principalmente em termos profissionais. No entanto, a relação inversa que existe entre as atividades profissionais e a idade deveria ser compensada por aumento de atividade física de lazer e exercício físico, o que habitualmente não se observa.

Os estudos apontam para um decréscimo dos níveis de atividade física durante a adolescência bem como o facto de serem os rapazes aqueles que são indicados como mais fisicamente ativos quando comparados com as raparigas (Elias, 2006).

Os adolescentes, quando a atividade física é essencialmente uma questão de escolha, aqueles jovens que se percebem menos aptos em termos físicos, normalmente tendem a desenvolver uma atitude de aversão à atividade física e desporto, optando por efetuar outro tipo de atividades (Fox, 1988).

Atentos a esta realidade, cada vez mais, estão os serviços de saúde dos diversos países mais desenvolvidos, no caso de Portugal, a Direção - Geral de Saúde (George,

2007), divulga no seu site a seguinte informação, com referência a estudos internacionais, relacionada com esta temática:

O exercício físico regular fornece aos jovens inúmeros benefícios (físicos, mentais e sociais) para a saúde. Os estudos mostram que:

- nos adolescentes, quanto mais participarem em atividades físicas, menor será a probabilidade de virem a fumar;
- nas crianças que são mais ativas fisicamente verifica-se uma maior performance académica.
- os jogos de equipa promovem de forma positiva a integração social e facilita o desenvolvimento das capacidades sociais dos adolescentes

No entanto, os jovens, hoje em dia, estão cada vez mais inativos, inadaptados e a aumentar excessivamente de peso.

É necessário, unir esforços na promoção do exercício físico e desporto nos jovens.

As escolas têm a oportunidade única de providenciar exercício físico adequado para todos os jovens, em igualdade de circunstâncias, através de programas oficiais de educação física, como também através de programas desportivos escolares e iniciativas desportivas ou atividades físicas após o horário escolar.

### **1.5 – Determinantes da atividade física**

No decorrer das suas vidas, os indivíduos passam por fases que demonstram diferentes níveis de atividade física, determinados por diversos fatores.

De acordo com Sherwood e Jeffery (2000), como determinantes da atividade física, duas categorias podem influenciar os padrões de atividade física, a saber: as características individuais, incluindo motivações, autoeficácia, habilidades motoras e outros comportamentos de saúde; e as características ambientais, como o acesso ao trabalho ou espaços de lazer, custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sócio-cultural.

Além disso, características sócio-demográficas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil, revestem-se de especial importância, como fatores determinantes de um estilo de vida sedentário (Camões & Lopes, 2008).

Para Sallis e Owen (1998), as determinantes são variáveis que se relacionam com a atividade física e que podem exercer um efeito causal. As determinantes surgem normalmente agrupadas em diferentes categorias de variáveis, nomeadamente variáveis biológicas, variáveis psicológicas, variáveis comportamentais, variáveis sociais e

ambientais, existe, contudo, alguma inconsistência nas associações encontradas nos diversos estudos, ainda segundo os mesmos autores.

Matos e colaboradores (2002) efetuaram um estudo com o objetivo de identificar os fatores que influenciam a prática da atividade física nos adolescentes portugueses. A identificação destes fatores é um passo chave na identificação e afastamento de barreiras à prática da atividade física, na promoção de oportunidades de prática no dia-a-dia dos adolescentes e na manutenção de níveis apropriados de atividade física. Os resultados apresentados, em resumo, revelam como variável explicativa mais forte o sexo. Tanto a idade como o sexo foram associadas à prática da atividade física com os rapazes e os mais novos a praticar mais. A percepção da saúde apareceu também associada à prática da atividade física, uma melhor percepção associando-se a uma maior prática. Foi também encontrada uma associação entre o tempo passado com os amigos fora da escola e as noites passadas com os amigos e a prática da atividade física. A associação encontrada entre a posse de automóvel de família e a prática da atividade física não foi inesperada, outros estudos referiram já a importância da mobilidade e acessibilidade na prática da atividade física em adolescentes.

As pessoas tendem mais a manter uma prática de atividade física se tiverem o apoio social de pessoas relevantes do seu universo relacional, como por exemplo o(a) parceiro(a), um amigo ou familiar, e, no que diz respeito aos pais jovens, Sallis e Nader (1988) sublinharam a importância dos hábitos de atividade física dos pais, como facilitadores da aquisição e manutenção destes, nos filhos. Estes autores referiram ainda a importância de os pais valorizarem a prática da atividade física, influenciarem diretamente a prática da atividade física nos filhos ou mesmo envolverem-se em atividades com eles. Pelo contrário a obesidade dos pais foi inversamente associada à prática de atividade física nos filhos.

Varo e colaboradores (2003), num estudo efetuado com amostras da população portuguesa observaram que o nível de escolaridade é determinante da atividade física, independente de fatores que influenciam diretamente este complexo comportamento. Os indivíduos com o nível do primeiro ciclo de escolaridade têm 50% mais probabilidade de serem sedentários na vida adulta, no decorrer dos tempos de lazer, do que os indivíduos que completaram o terceiro ciclo (12 anos) e os que finalizaram o ensino superior. Além disso, na amostra de 15 estados membros da União Europeia, foi descrita maior probabilidade de comportamento sedentário entre indivíduos viúvos e divorciados em comparação com os indivíduos solteiros, bem como, foi estabelecida

uma associação entre o consumo de tabaco e o comportamento sedentário. Indivíduos fumadores apresentaram cerca de 50% mais risco de serem sedentários nos tempos de lazer, que os não-fumadores, embora tenha sido avaliada a distribuição dos determinantes de sedentarismo, tendo este por base de definição apenas as atividades de lazer.

Outro estudo, tendo como base o Inquérito Nacional de Saúde Canadense e utilizando uma larga amostra de idosos ( $\geq 65$  anos), descreve associação significativa positiva entre a escolaridade e a atividade física de lazer, bem como, refere que os indivíduos casados, mesmo em idade avançada, possuíam menor probabilidade de serem ativos do que os solteiros (Kaplan et al., 2001).

Mais recente o estudo realizado por Camões e Lopes (2008), com o objetivo de avaliar como as características demográficas, sociais e comportamentais se associam a diferentes tipos de atividade física, com uma amostra de 37.962 indivíduos, apresentou os seguintes resultados: em ambos os sexos, verificou-se uma associação inversa estatisticamente significativa entre a idade e os diferentes tipos de atividade física, e ainda entre a obesidade e a atividade de lazer e exercício; Independentemente da idade, os solteiros eram frequentemente mais ativos. A atividade de lazer associou-se negativamente ao consumo de bebidas alcoólicas para ambos os sexos e nos homens, ao consumo de tabaco.

Face a estes resultados os autores concluíram que os jovens, normoponderais, solteiros, não-bebedores e os homens não-fumadores apresentaram maior probabilidade de serem fisicamente ativos. Em ambos os sexos, observou-se um efeito diferencial da escolaridade segundo os tipos de atividade física.

Já o estudo europeu HBSC (Estudo dos comportamentos de saúde em crianças em idade escolar) de 1998, envolvendo 12.327 adolescentes de 28 países, entre os quais Portugal, apresentou como principais resultados, os seguintes aspetos:

- os níveis de atividade física nos adolescentes diminuem com a idade, especialmente nas raparigas;
- os jovens que se sentem mais saudáveis tendem a praticar mais atividade física;
- os jovens que têm um automóvel na família tendem a praticar mais atividade física;
- os jovens que têm um grupo de amigos com quem se dão fora do contexto escolar, tendem a praticar mais atividade física;

- uma associação negativa foi encontrada entre hábitos sedentários como ver televisão e a prática da atividade física.

A um nível bivariado, num estudo prévio incluindo uma amostra nacional (Matos, Carvalhosa & Diniz, 2001) concluiu-se que os jovens que praticam mais frequentemente atividade física estão em geral mais satisfeitos com o corpo, acham que têm boa aparência e não praticam dietas para emagrecer. Referem ainda mais frequentemente acharem-se felizes e terem uma relação mais positiva com os colegas. Por outro lado, consomem álcool mais frequentemente e envolvem-se mais em lutas e outros comportamentos de violência na escola. Os jovens com famílias de estatuto socioeconómico mais alto praticam ainda com mais frequência modalidades desportivas.

Cid (2002) elaborou um estudo envolvendo 110 estudantes do ensino secundário, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e 20 anos, com o objetivo de saber quais as razões mais e menos importantes que conduzem à prática de atividade física e se estas se alteram ao longo do percurso escolar. Concluiu-se que a motivação na prática desportiva é bastante complexa e resulta de múltiplos fatores, quer sejam conscientes ou inconscientes, passando por necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais de cada sujeito, bem como as suas experiências passadas ou recentes. O mesmo estudo refere que, se as lesões podem impedir os jovens da prática desportiva, os fatores mais importantes para continuar a praticar desporto são: “estar em forma”, “fazer amizades” e o “divertimento”.

Biddle (1985) sublinha a importância do modo como as pessoas percebem as normas sociais e quanto estão dispostas a mudar na sua vida por causa da importância que as normas sociais têm para eles. A importância da pressão dos pares é especialmente relevante na adolescência. Se um adolescente tem um grupo de pares que pratica atividade física, terá mais tendência ele próprio a praticar e mais facilidade em encontrar tempos de prática na sua rotina quotidiana. O mesmo autor refere ainda que o facto da atividade física fazer parte do estilo de vida (saudável e ativo) do jovem é uma garantia da prática da atividade física no futuro.

Matos e colaboradores (2002) consideram que a adolescência e, em seguida, a entrada no ensino superior ou no mundo do trabalho são períodos cruciais na manutenção ou no abandono da atividade física como parte do estilo de vida.

Dishman (1993) sublinha que o melhor preditor da prática da atividade física nos adultos, são os hábitos de atividade física na adolescência. Na passagem da infância

para a idade adulta muitos fatores podem influenciar as mudanças na atividade física de cada um.

Já Glenmark e colaboradores (1994), que estudaram longitudinalmente a atividade física numa pequena amostra de sujeitos, dos 16 aos 27 anos de idade, referem que os rapazes se apresentam mais ativos que as raparigas, em ambas as idades, e que o tempo de atividade física decresce do primeiro para o segundo momento. Além disso, constataram, que a atividade física na adolescência era preditora da atividade física na idade adulta, mas apenas nas mulheres.

Reconhecendo a importância da atividade física como um comportamento decisivo na promoção da saúde e, conseqüentemente, na prevenção de doenças, a identificação dos fatores que a determinam são essenciais no sentido do desenvolvimento de programas eficazes no incentivo à prática de atividade física em adolescentes. Nesse sentido, Seabra e colaboradores (2008), elaboraram um estudo que pretendeu rever alguns dos aspetos do estado atual do conhecimento acerca da influência de determinantes demográfico-biológicos (idade, sexo, estatuto socioeconómico) e socioculturais (família, pares e professor de educação física) na atividade física de adolescentes.

Na referida revisão apenas foram incluídos estudos realizados com amostras superiores a 100 adolescentes com idades entre os 10 e os 18 anos, que tenham adotado delineamentos de pesquisa transversal e que tenham utilizado questionários, o que resultou na seleção de 41 investigações epidemiológicas que cumpriram todos os critérios definidos inicialmente.

Em resumo, os principais resultados e conclusões encontrados nos estudos consultados e analisados foram os seguintes:

- a idade parece ser um determinante importante dos níveis de atividade física dos adolescentes, visto que, à medida que aumenta, a atividade física tem tendência a diminuir;
- o sexo (género) é um fator determinante da atividade física de adolescentes, sendo evidente que o sexo masculino está mais envolvido em atividades físicas que os seus pares do sexo oposto;
- o estatuto socioeconómico elevado termina por ser um fator protetor do risco de inatividade física em meninos e meninas;

- o envolvimento e a participação da família e dos pares em atividades físicas parecem estar positivamente associados à atividade física de adolescentes;
- o professor de educação física parece não representar um fator propiciador nos níveis de atividade física.

Da análise crítica da literatura emerge a noção de não haver ainda uma descrição esclarecedora dos múltiplos fatores que determinam a forte variabilidade nos hábitos de atividade física das populações infantojuvenis. O quadro conceptual disponível, de acordo com Sallis e Owen (1999) é um conjunto díspar, nem sempre convergente de autodesignadas “teorias” e modelos que têm orientado a investigação e que originam um lote de variáveis correlatas (i.e., determinantes) que se pensa influenciar aspetos da complexidade comportamental associada à atividade física

**Tabela 1.1** - “Teorias” e modelos utilizados na investigação da influência de fatores determinantes dos hábitos de atividade física (adaptado de Sallis & Owen por Seabra et al., 2008).

“Teoria”/Modelo	Variáveis intrapessoais	Variáveis sociais	Variáveis de envolvimento físico	Aplicações e intervenções
Crença na saúde	Percepção na suscetibilidade, na severidade, nos benefícios e nas barreiras; auto-eficácia; disposição para ação	-	-	Programas baseados no conhecimento; educação para a saúde; avaliação do risco
Comportamento planeado	Intenções comportamentais; atitude perante o comportamento; percepção do controlo do comportamento	Normas subjetivas: percepções das crenças dos outros e motivação para o consentimento	-	Mudança de atitude na comunicação
Trans-teórico	Mudança de estádios e de processos; auto-eficácia	Alguns processos de mudança; algumas variáveis de decisão	Alguns processos de mudança; algumas variáveis de decisão	Modificação cognitiva e comportamental
Sócio-cognitiva	Resultados esperados; capacidade comportamental; auto-eficácia	Aprendizagem por observação; reforço	Reforço	Modificação do comportamento cognitivo
Ecológico	Múltiplos níveis de influência, incluindo o intrapessoal	Fatores interpessoais e institucionais	Fatores comunitários e de política pública; envolvimento promotores de saúde	Abordagem multinível

É reconhecimento unânime dessa multiplicidade de abordagens do problema da interpretação da forte variabilidade populacional, nos níveis de atividade física, que este tipo de atividade é um comportamento extremamente complexo e multifatorial (Bouchard et al., 1997).

Decorre daqui que é impensável atribuir a qualquer um desses determinantes a maior fatia da variância total observada e que a importância relativa dos determinantes permanece invariante ao longo da idade e nos dois sexos (Caspersen et al., 1998).

Por um posicionamento operativo e sistemático, é possível distribuir com algum rigor o conjunto diversificado de fatores e determinantes que parecem influenciar a atividade física de adolescentes (Tabela 1.2).

**Tabela 1.2** - Fatores e determinantes dos hábitos de atividade física (adaptado de Sallis & Owen por Seabra et al., 2008).

Fatores	Determinantes
Demográficos e biológicos	Idade; habilitações académicas; sexo; genética; estatuto sócio-económico; características físicas antropométricas/composição corporal; etnia
Psicológicos, emocionais e cognitivos	Gosto pelos exercícios; alcance de benefícios; desejo de exercitar-se; distúrbios do humor; percepção de saúde e aptidão; senso pessoal de competência; motivação
Comportamentais	História de atividade anterior; qualidade dos hábitos dietéticos; processos de mudança
Sócio-culturais	Influência do médico; apoio social dos amigos/pares; apoio social da família; apoio social dos professores
Ambientais	Acesso a equipamentos (percepção); clima; custos dos programas; interrupção da rotina
Características da atividade física	Intensidade; sensação subjetiva do esforço

É consensual que aspetos demográfico-biológicos (idade, sexo, estatuto sócio-económico), psicológicos (motivação) e sócio-culturais (família e pares) influenciam a heterogeneidade populacional nos hábitos de atividade física em adolescentes. O problema principal reside na hierarquia da sua importância (Seabra et al, 2008).

Coelho e Silva (2001) referem que as associações que as variáveis estabelecem com os níveis de atividade física, podem decorrer de vários tipos de relações: direta, recíproca, indireta e espúria. É possível que uma variável possa ser justificadamente incluída em mais do que uma categoria. Finalmente, não é esperável que num quadro tão complexo, uma única variável explique uma elevada porção da variância da atividade física ou da aptidão física.

De acordo com a categorização das variáveis, anteriormente apresentadas no quadro, seguidamente, abordaremos as mesmas, consubstanciando-as com diferentes estudos.

### 1.5.1 - Variáveis biológicas e demográficas

O género e a idade são duas determinantes biológicas dominantes na atividade física dos jovens. Os rapazes são quase sempre mais ativos que as raparigas, tanto na infância como na adolescência (Sallis et al., 2000). A idade é também uma variável que se

associa de forma negativa à prática de atividade física durante o período da adolescência.

O estatuto sócio-económico também tem um importante papel, pois maiores rendimentos e maior nível de educação relacionam com uma maior participação em atividade física vigorosa em adolescentes contribuindo assim para a manutenção de um estilo de vida saudável (Pratt et al. 1999).

Apesar de Malina (1996) referir que a utilização de variáveis como o grupo socioprofissional do pai, ou rendimento da família, serem vagos para perceber a influência do estatuto socioeconómico sobre os níveis de aptidão física e atividade física, este fator é tido como importante.

Em relação ao grau de ensino à medida que este aumenta diminui a prática de atividade física (Pratt et al., 1999).

As modificações demográficas que se registam nos países industrializados e, nomeadamente, na Europa constituem motivos de preocupações diversas pelas suas implicações nas políticas de segurança social e de emprego, mas afetam igualmente outras áreas da vida das comunidades, revestindo, direta ou indiretamente, consequências económicas preocupantes.

### **1.5.2 - Variáveis psicológicas e comportamentais**

A este nível, a intenção de ser ativo associa-se de forma positiva com a atividade física nas crianças e adolescentes. Já a perceção das barreiras nas crianças e a depressão nos adolescentes se associam de forma negativa com a atividade física (Sallis et al. 2000).

Uma das variáveis que se associa de forma positiva com a atividade física tanto nas crianças como nos adolescentes é a própria atividade física prévia. A dieta saudável também apresenta uma associação bastante positiva, à semelhança da participação em desportos comunitário nos adolescentes, por seu turno os comportamentos sedentários depois da escola e durante o fim de semana associam-se de forma negativa (Sallis et al., 2000).

Embora neste leque de associações não se inclua o tempo passado em frente à televisão, para Pate, Long e Heath (1994, cit. por Palma, 2004), a televisão constitui uma das principais ocupações de tempos livres dos adolescentes e, em simultâneo, uma fonte relevante de inatividade.

### **1.5.3 - Variáveis sociais**

A atividade física dos pais evidencia uma associação positiva com a atividade física das crianças, já que pais mais ativos tendem a ter filhos mais ativos (Sallis et al., 2000). Existem resultados que indicaram que os pais instruídos e mais novos se envolvem mais na prática desportiva dos filhos, levando-os aos treinos, conversando com eles sobre a prática e assistindo aos jogos (Rodrigues, 1998).

De uma forma geral, a influência dos pais no envolvimento desportivo dos filhos, decresce com a idade, enquanto a influência dos amigos se torna progressivamente mais importante (Hendry et al., 1993).

Hendry e colaboradores (1993), identificaram vários fatores que concorrem para a popularidade dos jovens no interior dos seus grupos de amigos: capacidade de relacionamento, vestuário, aparência física, comportamentos extravagantes e nível de sucesso no desporto, bem como constataram que, a influência dos pais no envolvimento desportivo dos filhos, decresce com a idade, enquanto a influência dos amigos se torna progressivamente mais importante.

Para Deflandre e colaboradores (2001), de um modo geral, pais, irmãos, pares e professores influenciam de diferentes formas, em diferentes idades, a socialização para a prática desportiva.

### **1.5.4 - Variáveis ambientais/espaciais**

Os problemas relacionados com os transportes e as deslocações são uma das principais razões invocadas para o abandono de programas de atividade física e desportiva. Os comportamentos de atividade física dependem da existência de oportunidades de prática, tanto na forma de incentivos espaciais, como dos equipamentos e materiais necessários, não esquecendo a importância da existência de agências de participação social, onde se incluem os clubes desportivos (Coelho & Silva, 2001).

Efetivamente existe uma associação entre a proximidade de equipamentos sociais para atividade física e desporto, e a frequência com que os adultos fazem exercício. Mas não é só a existência de infraestruturas para a prática desportiva que promove estilos de vida mais ativos. A própria configuração paisagística revela-se determinante do estilo de vida. (Sallis et al., 2000).

Wang e colaboradores (2000), estimaram que, por cada dólar investido em vias pedonais e para bicicletas, as autoridades poupariam 2.67 dólares em despesas com a saúde.

Em relação às variáveis ambientais, o acesso a programas de atividade física e o tempo passado no exterior, são dois aspetos que evidenciam uma associação positiva com a atividade física nas crianças. Nos adolescentes, as oportunidades de exercício, também se associam positivamente (Sallis et al., 2000).

## **1.6 – Estudos nacionais acerca de hábitos desportivos e atividade física das populações**

Os primeiros estudos acerca dos hábitos desportivos da população portuguesa foram conduzidos por Salomé Mariovet, em 1988 (com faixas etárias dos 15 aos 60 anos) e 1998 (com faixas etárias dos 15 aos 74 anos). A sua grande finalidade era conhecer o comportamento da população portuguesa face ao desporto e atividade física, nomeadamente, os praticantes e as características da prática desportiva, o perfil social dos praticantes, as razões da prática e da não prática, as modalidades praticas e as pretendidas, os potenciais praticantes e a procura não satisfeita.

Dada a importância do referido estudo de Mariovet (2001), na continuação iremos abordar, sinteticamente, os resultados que consideramos mais relevantes para a nossa discussão.

- Entre as principais razões apontadas pelos inquiridos para a prática desportiva, verificam-se preocupações com a condição física (26%), pelo lazer (24%) e pelo gosto pelo desporto (19%).

- Por sua vez, as principais razões apontada para a não prática, relacionam-se com a falta de tempo (43%), devido á idade (16%) e por não gostar (14%).

- Ao nível do índice de prática desportiva por regiões (continente), constata-se um maior índice na região de Lisboa e Vale do Tejo (27%), seguindo-se a região Norte (26%), a par de que, os menores índices situam-se na região do Algarve (15%) e na região Centro (14%).

- Relativamente ao género verifica-se uma predominância do Masculino (34%) sobre o Feminino (14%).

- A participação desportiva revela-se inversamente proporcional à idade, sendo os jovens os que mais praticam desporto e atividade física.

- Quanto mais elevado é o nível de escolaridade, maior é a participação desportiva.

- Das modalidades praticadas verifica-se, de forma geral, um predomínio da modalidade futebol (30%), seguindo-se a natação (11%) e o atletismo (8%). Todavia, ao nível do Algarve, constata-se são o futebol (22%), seguido do ciclismo (13%) a par das danças gímnicas (13%) e a pesca desportiva (9%).

- 79% dos inquiridos não são associados a qualquer coletividade desportiva, sendo que 21% o são, a sua maioria (16%) é do género masculino.

- A participação no âmbito do desporto de competição federado é proporcionalmente bastante superior nos homens. Cerca de 24% dos praticantes masculinos desenvolvem a prática neste âmbito, enquanto as mulheres apenas 7%. O índice de participação no desporto de competição federado é de 8 nos homens e 1 nas mulheres, sendo a média nacional de 4.

- A participação organizada encontra-se proporcionalmente ligeiramente superior nas mulheres face aos homens, respetivamente, 57% e 53%, em cada universo de praticantes face à participação não organizada. O índice de participação organizada nos universos masculino e feminino são respetivamente de 18 e 8%.

Um outro estudo deveras interessante e que contribuiu decisivamente para uma melhor caracterização da atividade física na população Portuguesa, foi o estudo efetuado por Camões & Lopes (2008). Deste estudo, destacam-se da sua discussão de resultados, para a análise da nossa problemática o seguinte:

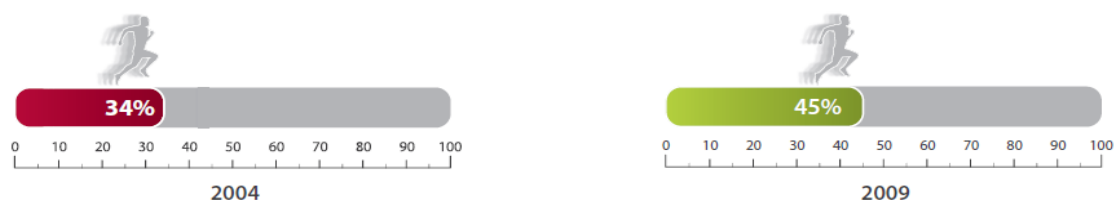
Os resultados do estudo mostraram que a prevalência de atividade física de elevada intensidade e da prática de exercício físico variou de acordo com as características demográficas, sociais, e comportamentais. Idade, escolaridade, estado civil, IMC e hábitos tabágicos e alcoólicos dos indivíduos associam-se de forma independente com a atividade física, com efeito diferencial da escolaridade de acordo com os tipos de atividade física. A proporção de indivíduos com baixos níveis de atividade física é elevada na população portuguesa. De acordo com os tipos de atividade, a proporção de mulheres com atividade física de baixa intensidade variou entre os 80,8% da atividade física de lazer e os 95,5% da não participação na prática de exercício físico. Nos homens, o padrão inatividade é pouco mais favorável, com 68,4% deles apresentarem baixos níveis de intensidade de atividade física de lazer e 90,2% a não realizarem qualquer tipo de exercício físico, sendo no entanto, em percentagem inferior ao descrito em alguns países europeus.

No estudo de Varo e colaboradores (2003), a prevalência de sedentarismo encontrada em Portugal foi de 87,8% na atividade física de lazer. Entre 15 países da União Europeia estudados, aqueles ao norte da Europa como a Suécia (43,3%), a Irlanda (44,1%), a Finlândia (48,6%) e a Áustria (46,8%) na Europa central são os que apresentam menores percentagens de sedentarismo durante o lazer.

Esses resultados vêm dar continuidade às elevadas prevalências de inatividade descritas na mesma amostra europeia onde Portugal se destacava pela elevada proporção de inatividade: 60% dos adultos não realizavam qualquer tipo de atividade de lazer e 80% não estavam envolvidos em prática desportiva (Vaz et al., 2005). Com base na mesma amostra, foi descrito que a participação em qualquer tipo de atividade física decresce significativamente com o aumento do índice de massa corporal (IMC).

A par desta situação encontra-se a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na população portuguesa. (Marques, 2005).

Dados mais recentes e de acordo com os Eurobarómetros referentes a 2004 e 2009 (figura 1.1), em 2004 havia 34%, da população com mais de 15 anos que referia ter feito exercício físico ou praticado desporto e em 2009 este valor aumentou para 45%. A atividade física é um comportamento complexo, pelo que a sua medição através de questionários como os que são adotados nos Eurobarómetros tem muitas limitações. Pese embora estas limitações, os últimos dados comparativos entre 2004 e 2009 indicam que Portugal tem vindo a aumentar a prática da atividade física e desportiva (PNAF, 2011).



**Figura 1.1** - Portugueses com mais de 15 anos que já alguma vez fizeram atividade física ou praticaram desporto (PNAF, 2011).

O mais recente estudo efetuado em Portugal relacionado com a prática de atividade física decorreu das Orientações da União Europeia para a Atividade Física, mais especificamente, da iniciativa prevista no plano de ação Pierre Coubertin no âmbito do Livro Branco do Desporto, aprovado pelos 27 países da UE em novembro de 2008, na qual é definido como uma das principais prioridades a eficaz monitorização e avaliação das diferentes políticas nesta matéria. Daqui resultou a criação e implementação do

Observatório Nacional da Atividade Física cujo primeiro resultado visível foi a publicação do Livro Verde da Atividade Física, em janeiro de 2011, que incluiu o estudo descrito abaixo, com as suas principais conclusões, no que respeita à prática de atividade física da população portuguesa, por zonas do País, segundo as recomendações de várias entidades.

Tendo em vista a conceção e a implantação de estratégias de promoção da atividade física e conseqüentemente da saúde e da capacidade funcional, o Observatório Nacional da Atividade Física e do Desporto procedeu à avaliação de 6299 portugueses de 10 ou mais anos de idade com funcionamento físico independente, de ambos os sexos, em 18 distritos de 5 zonas de Portugal Continental (NUTS II), entre 2006 e 2009.

A atividade física foi avaliada através de acelerometria e expressa através de diferentes variáveis, donde se destaca o tempo médio total e por períodos iguais ou superiores a 10 minutos de atividade física diária de intensidade moderada e vigorosa, por constituir a principal medida de comparação com as recomendações da atividade física para a saúde (*health-enhancing physical activity-HEPA*).

Os acelerómetros foram utilizados durante 4 dias consecutivos e foram considerados válidos os registos de atividade física efetuados em pelo menos 3 dias, dos quais 2 dias de semana e 1 dia de fim de semana, com pelo menos 10 horas de registo por dia.

Considerando estas condições, foram incluídos os registos de 5231 participantes.

De acordo com as recomendações para a prática de atividade física publicadas por diversas entidades, nacionais e internacionais, nomeadamente a acumulação de 60 minutos por dia para os jovens e de 30 minutos por dia para pessoas adultas e idosas de atividade física de intensidade pelo menos moderada, os resultados evidenciam que:

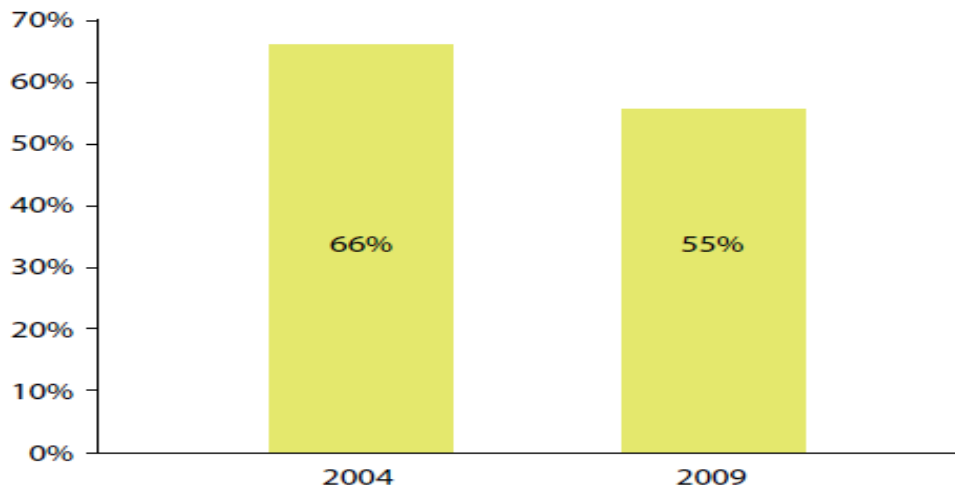
- nos jovens, os rapazes de 10-11 anos de todas as regiões de Portugal Continental apresentam valores médios indicativos de serem suficientemente ativos (prática de pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada e vigorosa). Após esta idade, somente os rapazes de 12-13 anos da região Norte revelam uma prática suficiente de atividade física;
- as raparigas ficam aquém da prática de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e vigorosa;
- grande parte das pessoas adultas é suficientemente ativa. Nos homens verifica-se uma prevalência de 76,7 % e nas mulheres uma prevalência de 63,7 %;

- na população idosa observa-se uma menor prevalência de pessoas suficientemente ativas. Nos homens verifica-se uma prevalência de 44,6 % e nas mulheres uma prevalência de 27,8 %;
- os habitantes do Alentejo e Algarve apresentam valores de atividade física inferiores aos do Norte, Centro e de Lisboa.
- de acordo com a idade e o sexo, os resultados revelam:
- uma diminuição da atividade física do sexo masculino entre os 10 e os 29 anos, seguida de uma manutenção da prática até por volta dos 50 anos com nova redução após esta idade;
- uma diminuição da atividade física do sexo feminino entre os 10 e os 17 anos com um aumento da prática até aos 50 anos, onde, tal como nos homens, se volta a evidenciar uma diminuição, todavia com maior acentuação. Este fato conduz a um aumento das diferenças da atividade física entre os sexos com o envelhecimento;
- valores mais reduzidos de atividade física nas mulheres comparativamente aos homens, particularmente entre os 10 e os 30 anos, e depois dos 60 anos.

Já as conclusões do recente Eurobarómetro Especial (2010), relativo ao desporto e à atividade física (cujá recolha de informação corresponde a outubro de 2009) no que ao nosso País concerne, revela-nos que uma aproximação à média, sendo de assinalar uma notória e positiva evolução em diversos parâmetros face ao inquérito de 2004. Se em 2004, 66% de portugueses referiram «Nunca» fazer exercício físico ou praticar desporto, em 2009, essa percentagem reduziu para 55%, isto é, um decréscimo de 11 pontos percentuais (figura 1.2).

Os dados de 2009 revelam ainda que a percentagem de portugueses que afirmam praticar desporto ou fazer exercício físico «Regularmente» (pelo menos 5 vezes por semana) – 9% - corresponde exatamente à média europeia e que 33% dos portugueses praticam desporto pelo menos uma vez por semana («Regularmente» e «Com alguma regularidade»).

Porém, os homens praticam mais desporto e fazem mais exercício físico do que as mulheres, sendo esta disparidade particularmente nítida na faixa etária dos 15 aos 24 anos. Enquanto 24% dos homens afirmam praticar desporto ou fazer exercício físico «Regularmente», apenas 7% das mulheres o faz.



**Figura 1.2** - Portugueses com mais de 15 anos que «Nunca» fizeram exercício ou praticaram desporto (%) (IDP – LVAf, 2011).

Os portugueses que afirmaram fazer algum tipo de exercício - marcha, corrida, andar de bicicleta, por exemplo – são, contudo, mais numerosos do que os que afirmaram praticar um desporto ou fazer exercício físico de um modo organizado («Com alguma regularidade» - 31% dos portugueses, valor que se aproxima da média europeia - 38%). Todavia, 36% dos portugueses afirmaram «Nunca» realizar qualquer tipo de atividade física e 15% indicaram que o fazem «Raramente».

Convém ainda relevar, talvez neste momento, que como um comportamento, a atividade física pode ser caracterizada e quantificada de diversos modos: alguns adaptáveis a diferentes tipos de população (questionários, sensores do movimento, cardiofrequencímetros, calorimetria indireta, água duplamente marcada, e calorimetria direta); outros, desenvolvidos especificamente para crianças (observação direta). Cada uma destas metodologias apresenta vantagens e desvantagens (IDP – LVAf, 2011).

Segundo Toscano e colaboradores (2008), em determinadas sociedades o conceito de atividade física está associado à mera participação desportiva, pelo que pode existir alguma tendência para subestimar a atividade física realizada a uma intensidade ligeira a moderada, e que representa a maioria do dispêndio energético realizado. O erro associado à interpretação de medidas auto-reportadas, como é o caso da aplicação de questionários sobre a prática de atividade física, reforça a necessidade de serem utilizados métodos objetivos para a sua avaliação.

## **1.7 – Estudos internacionais acerca de hábitos desportivos e atividade física das populações**

De acordo com Dunn (1999) e a OMS (2004) apesar de uma prática suficiente de atividade física se traduzir em inúmeros benefícios para a saúde, não tem constituído um comportamento habitual das sociedades desenvolvidas, uma vez que somente um terço da população cumpre as recomendações.

O estudo de Sjöström e colaboradores (2006) apresentou resultados do Eurobarómetro (*Special Eurobarometer Wave 58.2*), além de um estudo suplementar sobre a saúde (estado de saúde e comportamentos relacionados com a saúde), com dados de aproximadamente 1000 pessoas com mais de 15 anos em cada um dos 15 Estados-membros da União Europeia, recolhidos em 2002 através de questionário (Tabela 1.3), demonstraram que:

- a prevalência de uma prática suficiente de atividade física entre os países-membros foi de 31,3%, variando de 44,2% na Holanda a 22,9% na Suécia (considerando a média conjunta de homens e mulheres).
- cerca de dois terços da população adulta era insuficientemente ativa numa perspetiva de saúde.
- dos sete países mais ativos – nomeadamente, Holanda (44,2%), Alemanha (40,2%), Grécia (37,0%), Luxemburgo (36,3%), Dinamarca (34,1%), Portugal (33,1%) e Finlândia (32,5%) –, cinco também demonstraram uma prevalência elevada do tempo passado na posição sentada, à exceção da Grécia (36,5%) e de Portugal (23,5%), considerando a média conjunta de homens e mulheres. Portugal foi, aliás, o país da União Europeia com menor prevalência do tempo naquela posição.
- os homens eram mais ativos do que as mulheres.
- a prevalência de sedentarismo foi, de modo geral, um reflexo da prática insuficiente de atividade física, com os sete países mais ativos, à exceção da Grécia, a revelar os níveis de sedentarismo mais baixos (< 30%).

Estes resultados foram obtidos através do questionário internacional de atividade física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*), concebido em 1997 para efeitos não só de vigilância e monitorização, mas também de comparação da atividade física entre populações de diversos países.

	Sujeitos suficientemente activos (%)		Sedentarismo (%)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Portugal	36,9	29,8	28,1	31,0
Áustria	31,5	21,2	32,1	38,9
Bélgica	29,6	20,5	34,7	44,6
Dinamarca	35,0	33,1	23,2	21,3
Finlândia	36,3	29,0	22,0	25,7
França	29,1	19,5	39,7	46,3
Alemanha	46,1	34,7	24,3	23,8
Reino Unido	35,6	22,4	34,0	40,7
Grécia	42,9	31,4	27,5	36,6
Irlanda	36,1	22,4	29,1	39,8
Itália	31,0	20,8	31,9	38,7
Luxemburgo	45,5	27,8	19,2	32,2
Holanda	48,2	40,2	19,8	18,8
Espanha	33,7	17,2	27,3	34,9
Suécia	28,0	17,9	31,4	34,9

**Tabela 1.3** – Sedentarismo e atividade física na Europa – Eurobarómetro, segundo o género (IDP – LVAf, 2011).

De acordo com as recomendações para a saúde, os resultados do Eurobarómetro refletem a prática de atividade física de intensidade moderada e vigorosa em diferentes contextos, designadamente: profissional, doméstico (incluindo jardinagem), transporte e lazer (recreativo e desportivo). Estudos anteriores baseados na avaliação da atividade física num único domínio, geralmente a atividade desportiva no tempo de lazer, subestimam em maior ou menor grau, consoante os países, a prática de atividade física. Encontra-se nesta categoria o estudo publicado por Martínez-González e colaboradores em 2001, que apresentou os países do Norte da Europa como sendo os mais ativos comparativamente aos do Sul, com Portugal a demonstrar a prevalência de atividade física mais baixa (40,7%), e a Finlândia com a prevalência mais elevada (91,9%) (IDP – LVAf, 2011).

Já as conclusões do recente Eurobarómetro Especial (2010), relativo ao desporto e à atividade física (cuja recolha de informação corresponde a outubro de 2009) vêm confirmar algumas tendências já manifestas no inquérito semelhante de 2004, bem como um perfil social que se reproduz relativamente ao desporto e atividade física nos estados membros da União Europeia: a prática desportiva assume maior predomínio nos países nórdicos e no sexo masculino, diferença esta particularmente nítida na faixa etária dos 15 aos 24 anos, e tem uma relação direta com o estatuto socioeconómico e os níveis de escolaridade, sendo evidenciado que a falta de tempo é o motivo mais comum para a não participação em atividades físicas e desportivas.

Nos Estados Unidos, mais de metade dos adultos não são regularmente ativos, no entanto, a proporção de adultos inativos nos tempos de lazer decresceu entre 1994 (29,8%) e 2004 (23,7%) (CDC, 2005).

Os resultados do *Youth Risk Behavior Survey* (United States Department of Health and Human Services, 1996) indicaram que 10% dos adolescentes são inativos, 64% participam em atividades físicas vigorosas, pelo menos 3 vezes por semana, e 50% integram atividades competitivas promovidas nas comunidades escolares. Estes dados indicam que os adolescentes norte americanos alcançaram o critério de atividade, estando muito próximos do critério de participação vigorosa.

Um outro estudo levado a cabo por Troiano e colaboradores (2008), de cariz nacional, nos Estados Unidos da América entre 2003 e 2004 foi conduzido através de acelerometria, no âmbito do *National Health and Nutritional Examination Survey* (NHANES). A amostra do mesmo foi constituída por 4.867 americanos e os resultados do mesmo indicam que:

- Os homens são fisicamente mais ativos do que as mulheres.
- A atividade física diminui significativamente com idade.
- Somente 8% dos adolescentes dos 12 aos 19 anos alcançam a recomendação de 60 minutos por dia de prática de atividade física de intensidade pelo menos moderada (11% dos rapazes e 4,4% das raparigas).
- Somente 5% dos adultos cumprem a recomendação de 30 minutos por dia de prática de atividade física de intensidade pelo menos moderada.

No contexto Latino-Americano também se falam em dados deveras preocupantes, os quais estimam que um quarto da população com idades superiores a 14 anos não pratica qualquer atividade física ou desporto (Ramirez et al., 2004).

Segundo o estudo *Argentina em Movimento* (2000), aproximadamente 60% dos homens e 75% das mulheres entre os 25 e os 70 anos, não realizam atividade física regular. Este estudo refere ainda, que mesmo aqueles que praticam atividades físicas, fazem-no com uma frequência e dosificação inadequadas.

Esta situação é muito similar com a situação do Chile, de acordo com o estudo difundido pela Clínica Alemã, Santiago do Chile (2002), 88,8% dos homens e 93,3% das mulheres podem ser catalogados como sedentários. Quanto ao estrato sócio-económico é nos estratos mais baixos onde o problema assume maior gravidade com uma taxa de 93,6%, o que indicia que as condições económicas das populações têm algum impacto no aparecimento do sedentarismo.

A situação é igualmente interessante quando se apresentam os dados relacionados com a idade: entre os 15 e 19 anos a proporção é de 78,6%; entre os 20 e os 44 anos é de 90,4%; entre 45 e 74 anos é de 95,5% e acima dos 75 anos alcança os 98,8%.

Este panorama, de acordo com diversos autores, permite sinalizar, que não estão incorporados devidamente hábitos de vida ativa nas populações. A consequência é que um elevado número de sujeitos, no campo da saúde, podem ir a ser categorizados de população de risco, ou seja, potencialmente vulnerável no que respeita à possibilidade de contração de uma doença.

Considerando os resultados dos estudos anteriormente revelados, poder-se-á afirmar, inequivocamente, que a avaliação subjetiva (por questionário) e a objetiva (por acelerometria) sugere que os homens são mais ativos que as mulheres e a atividade física diminui com a idade.

### **1.8 – Recomendações para a prática de atividade física com melhorias na saúde**

Para Barata e colaboradores (1997), o exercício físico adequado é uma das estratégias mais relevantes para a promoção da saúde. É um paradoxo como a atividade física adequada, que tem tamanhas potencialidades clínicas e preventivas ao nível da relação saúde / doença e tão poucos efeitos adversos, seja alvo de tanta indiferença, quer dos médicos e respetivos sistemas de saúde, quer da própria sociedade. Este esquecimento das sociedades modernas de que a atividade física é algo de natural e próprio da condição animal do ser humano, juntamente com outras medidas não farmacológicas, os sistemas de saúde pouco utilizam uma medida profilática e /ou terapêutica de grande relevância, para muitas das situações clínicas com que se deparam no dia a dia.

Daqui decorrem efeitos nefastos, pois além da sociedade poli medicada em que vivemos, com todos os custos daí decorrentes, quer económicos para o indivíduo e para o sistema de saúde, quer os que se devem aos potenciais efeitos adversos dos fármacos.

Devemos urgentemente procurar alterar esta situação, não medida em que as medidas não farmacológicas, que consistem em incentivar hábitos de saúde, são mais naturais, por basearem-se nos comportamentos ligados à nossa natureza animal.

Há cerca de 6 décadas atrás, realizadas através de questionários, iniciaram-se as primeiras investigações epidemiológicas sistemáticas por Morris e colaboradores (1953) sobre a atividade física e a saúde dos trabalhadores dos transportes de Londres e mais tarde dos funcionários públicos ingleses.

Estes e outros estudos que se seguiram com a mesma metodologia vieram confirmar a importância da atividade física regular na melhoria da saúde e da longevidade e evidenciar a necessidade de um dispêndio energético semanal de pelo menos 1000 kcal (Paffenbarger et al., 1986).

Os resultados destes estudos deram origem em 1995 à primeira recomendação para a atividade física no âmbito de saúde pública, publicada nos Estados Unidos pelo *Centers for Disease Control* e pelo *American College of Sports Medicine* (CDC/ACSM): acumular pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada por dia, na maioria dos dias da semana.

De acordo com Matsudo (1999) existe uma concordância generalizada das principais entidades ligadas à Educação Física e às Ciências do desporto como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Ciências do Desporto e Educação Física (ICSSPE), o Centro de Controle e Prevenção de Doença - USA (CDC), o Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM), a Federação Internacional de Medicina Desportiva (FIMS), a Associação Americana de Cardiologia, no sentido de preconizarem que sessões de trinta minutos de atividades físicas por dia, na maior parte dos dias da semana, desenvolvidas continuamente ou mesmo em períodos cumulativos de 10 a 15 minutos, em intensidade moderada, já são suficientes para a promoção da saúde.

De acordo com Barata (1997), quanto a considerações gerais acerca de programas de atividade física com enfoque na promoção da saúde, sugere-se o seguinte:

- Tipos de exercícios e sua relação com a intensidade: Qualquer atividade dinâmica cíclica de características gerais, de baixa ou média intensidade (corrida lenta ou moderada, marcha “em ritmo vivo”, ciclismo, natação, remo)
- Frequência: 3 a 5 vezes por semana.
- Duração de cada sessão: 30 a 60 minutos.

A Direção Geral de Saúde Portuguesa (2007), no que concerne a esta problemática, menciona que os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de pelo menos de 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias. Este nível de atividade pode ser atingido diariamente através de atividades físicas agradáveis e de movimentos do corpo no dia a dia, tais como caminhar para o local de trabalho, subir escadas, jardinagem, dançar e muitos outros desportos recreativos. Benefícios adicionais podem ser obtidos através de atividade física diária moderada de longa duração:

- Crianças e adolescentes necessitam 20 minutos adicionais de atividade física

vigorosa, 3 vezes por semana.

- Controle do peso requer pelo menos 60 minutos diários de atividade física vigorosa/moderada.

O departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (1996), apresentou num trabalho extenso e exaustivo, as principais recomendações a ter em linha de conta para a prática de atividade física, baseadas em relatórios publicados desde 1995 por diversas entidades, internacionais e nacionais.

As mesmas também estão retratadas em IDP (2009) e LVAF (2011), tratam-se de documentos baseados numa revisão extensa de dados científicos que operacionalizam a mensagem de que a atividade física constitui uma componente essencial de qualquer estratégia de prevenção da doença e prevenção da saúde da população, as quais passaremos a apresentar de seguida.

A principal ideia das recomendações é que a atividade física regular ao longo de meses e anos pode produzir benefícios de saúde a longo prazo. Para a obtenção destes benefícios é necessário praticar atividade física semanalmente.

As propostas ou programas devem, incluir jogos, atividades ou exercícios que solicitem o sistema cardiovascular (movimentos de locomoção como, por exemplo, nadar, pedalar, fugir, apanhar, procurar), que melhorem a força e a flexibilidade (como, por exemplo, subir, trepar, elevar, puxar, fletir, alongar ou esticar) e que tenham impacto no esqueleto (como, por exemplo, saltar e correr).

Todos os adultos (18-64 anos) devem evitar a inatividade, uma vez que alguma atividade física é melhor do que nenhuma. No entanto, ser suficientemente ativo na idade adulta significa acumular pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana), ou 60-75 minutos por semana de atividade aeróbia de intensidade vigorosa (20 a 25 minutos por dia, 3 dias por semana), ou alguma combinação equivalente de atividade aeróbia moderada e vigorosa. A atividade não tem de ser realizada de forma contínua, mas pode ser fracionada em períodos de pelo menos 10 minutos e realizada preferencialmente ao longo da semana.

Podem ser obtidos benefícios adicionais com aumentos da atividade física aeróbia moderada para 300 minutos por semana (60 minutos por dia, 5 dias por semana), ou vigorosa para 120-150 minutos por semana (40 a 50 minutos por dia, 3 dias por semana), ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e

vigorosa. As práticas com uma quantidade superior proporcionam benefícios de saúde ainda maiores.

Os adultos devem ainda praticar exercícios de força de intensidade moderada a elevada que envolvam grandes grupos musculares, 2 a 3 vezes por semana.

As recomendações para as pessoas adultas também se aplicam aos adultos mais idosos ( $\geq 65$  anos), ou seja, a acumulação de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana). Na impossibilidade de concretização deste objetivo, sugere-se que os adultos idosos sejam o mais possível fisicamente ativos, dentro das suas limitações.

Esta recomendação é igualmente aplicável a adultos mais jovens que apresentem problemas clínicos crónicos.

Os adultos idosos deverão determinar a intensidade de esforço em função da sua aptidão física.

Numa escala de 10 pontos, em que o esforço mínimo é 0 e o máximo é 10, consideram-se de intensidade moderada os esforços percebidos entre 5 e 6; abaixo de 5 são considerados leves, e acima de 6, vigorosos.

Nas pessoas idosas, independentemente do estado de saúde, a atividade física de intensidade vigorosa representa, todavia, um risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares adversos, para além de risco de quedas. Por isso, sem aconselhamento médico estas pessoas não devem ultrapassar o nível de intensidade moderada.

Em virtude do aumento do risco de queda neste grupo da população (1 em cada 3 adultos idosos cai pelo menos uma vez por ano), são igualmente contempladas recomendações para a prevenção de quedas que se aplicam só aos adultos idosos, ou a pessoas mais jovens com problemas de equilíbrio.

### **1.8.1 - Caracterização da situação atual em Portugal**

Segundo o Livro Verde da Atividade Física, publicação do Instituto do Desporto de Portugal, I.P., resultante do estudo levado a efeito pelo Observatório Nacional da Atividade Física, a situação da Atividade Física em Portugal não é preocupante no que respeita a idade adulta mas denota insuficiência nos idosos e torna-se preocupante no que respeita as idades mais jovens (PNAF, 2011).

As recomendações para a prática de atividade física publicadas por diversas entidades, como a OMS e a UE, já analisadas em pormenor anteriormente, referem em síntese, que deverá haver a acumulação de 60 minutos por dia para os jovens e de 30

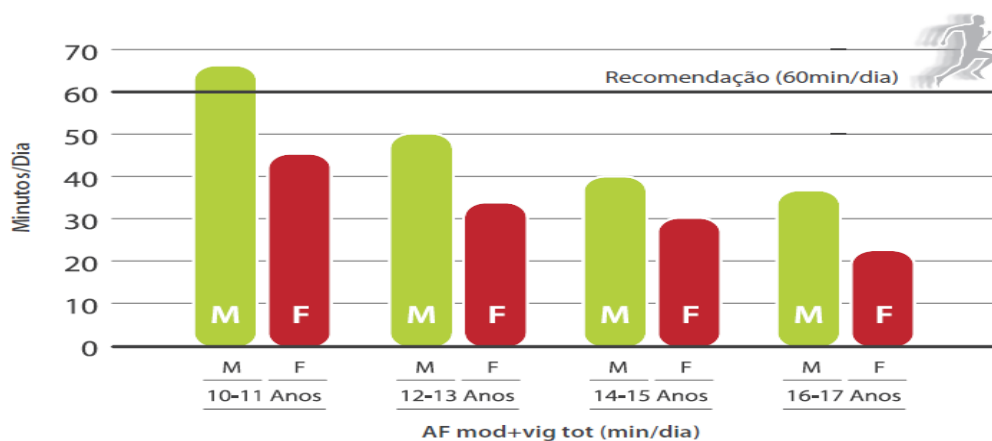
minutos por dia para pessoas adultas e idosas, de atividade física de intensidade pelo menos moderada.

De acordo com o PNAF (2011), o estudo mencionado, revela-nos que em Portugal nas mulheres e nos homens adultos o tempo médio despendido é igual ou superior ao recomendado (30 minutos por dia). Na população idosa observa-se uma menor prevalência de pessoas suficientemente ativas que fica aquém do desejável. Nos homens verifica-se uma prevalência de 45% e nas mulheres uma prevalência de 28% (Figura 1.3).



**Figura 1.3** - Percentagem de Adultos e Idosos que atingem as recomendações (PNAF, 2011).

Nos jovens, só os rapazes com 10-11 anos são suficientemente ativos (prática de pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada e vigorosa). As raparigas ficam aquém da prática de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e vigorosa (Figura 1.4).



**Figura 1.4** - Atividade física moderada a vigorosa total, nos jovens por intervalo de idades (PNAF, 2011).

### 1.9 – Impacto da atividade Física na saúde mental e na cognição

A prática da atividade física não está única e exclusivamente relacionada com problemas de saúde, do ponto de vista fisiológico, como até aqui temos analisado.

Existem importantes evidências que sugerem que a prática de atividade física pode melhorar as funções cognitivas e proporcionar um melhor bem-estar em pessoas que padecem de alguma doença mental, como os transtornos de ansiedade, depressão ou stress (Ramirez et al., 2004).

Além disso, Hanneford (1995), também constatou benefícios no rendimento académico em crianças e jovens em idade escolar.

Apesar dos efeitos positivos da atividade física sobre a saúde mental, já serem estudados há bastante tempo, a qualidade das investigações e os métodos utilizados, resultaram em estudos confusos. Em parte, isso deveu-se a um pobre desenho dos estudos: tamanhos de amostras pequenos e a utilizações recorrentes de diversas definições e medidas de avaliação da saúde mental (Ramirez et al., 2004).

Na continuação, iremos procurar percorrer alguns dos estudos que versaram acerca destas temáticas.

Dunn e colaboradores (2001) associaram a participação em atividades físicas a uma diminuição de ansiedade e depressão, referindo que a atividade física ocupacional e do tempo livre está intimamente relacionada com a redução dos sintomas de depressão e possivelmente de ansiedade e tensão.

No contexto psicológico, existe uma grande diversidade de situações terapêuticas que estão associadas à prática desportiva, considerando a atividade física como um

aliado nos processos de intervenção de patologias frequentes com o stresse, a ansiedade ou a depressão.

Também, pode-se observar a atividade física como um elemento protetor para o aparecimento de transtornos de personalidade, stresse laboral e académico, ansiedade social, falta de habilidades sociais, diminuição do impacto profissional, social e familiar do stresse pós-traumático (Ramirez et al., 2004).

Recentemente, alguns investigadores fixaram-se na aparição de um transtorno alimentar, conhecido como anorexia nervosa, o qual costuma provocar consideráveis estragos nos organismos das pessoas que padecem da referida doença. Segundo definição da APA (2000), a anorexia consiste na recusa a manter um peso mínimo corporal normal, devido a um medo intenso de ganhar peso e a uma alteração significativa da perceção da forma e tamanho do corpo. Esta doença converteu-se numa das poucas que tem origem psicológica e pode conduzir à morte.

Um estudo efetuado por Davis e colaboradores (1994) demonstrou que a prática de um desporto por parte das jovens mulheres que sofriam de anorexia nervosa, diminuía a incidência de algumas condutas autolesivas das mesmas.

### **1.9.1 - Atividade física, ansiedade e autoconceito**

Sonstroem (1997) revela-nos que os programas de exercício físico se associam a aumentos significativos de autoestima, particularmente em sujeitos com autoconceito baixos. Todavia, esses aumentos não se associam a melhoras da atitude (estados de ânimo).

Por sua vez, Gruber (1986) verificou que os altos níveis de autoestima estavam associados à participação em programas de educação física, concluindo que a atividade física era um fator protetor importante para as pessoas que tinham um autoconceito muito baixo.

A evidência empírica aponta para que a redução dos níveis de ansiedade ocorram quer com atividades físicas de características anaeróbias, quer aeróbias. Contudo, efeitos superiores foram encontrados com a realização de atividades físicas aeróbias, com duração mínima de 30 minutos (Long & Stavel, 1995).

Daqui facilmente se conclui, que muito possivelmente, a prática de atividade física regular de características aeróbias, em sessões superiores a trinta minutos, poderiam resultar em repercussões importantes na qualidade de vida nos indivíduos que patenteiam problemas de ansiedade.

Os estudos de Doyne e colaboradores (1985), revelaram que nas mulheres que se encontravam em tratamento psicológico e apresentavam sintomas depressivos, um programa de seis semanas de terapia com exercícios físicos, diminuía os mesmos sintomas. No entanto, a redução dos sintomas depressivos não foi relacionada com níveis de aptidão em situações do dia a dia.

Não será por acaso, que o Instituto Nacional Americano da Saúde Mental indica que a prática de exercício físico reduz a ansiedade, diminui a depressão moderada, melhora o bem-estar emocional e aumenta a energia.

### **1.9.2 - Atividade física e processos cognitivos**

Desde há bastante tempo que se presumia que a atividade física poderia estar relacionada com a melhoria dos processos cognitivos com origem no cérebro. No entanto, só muito recentemente e devido a uma série de estudos desenvolvidos pela Universidade de Illinois, dos Estados Unidos da América, essa suposição terminou sendo comprovada empiricamente, associando uma maior atividade aeróbica a uma menor degeneração neuronal. Além disso, os mesmos investigadores em 1999, também observaram num grupo de voluntários, que durante 60 anos levaram um vida muito sedentária, ao efetuarem caminhadas rápidas com a duração de 45 minutos, três vezes por semana, conseguiram melhorar as suas habilidades mentais, as quais declinam com a idade (Ramirez et al., 2004).

De acordo com Stone (1965), existe evidência que os processos cognitivos nas crianças que praticam uma atividade física sistemática são melhores que os processos das crianças que são sedentárias, pelo que, os benefícios da atividade física nos processos cognitivos não se limitam apenas nas pessoas com mais idade.

Um outro estudo de Sibley e Etnier (2002), acerca da mesma problemática levou os autores a concluírem argumentando que os benefícios da atividade física são muito altos, em termos de desenvolvimento cognitivo infantil, que é necessário e urgente que se adotem políticas para estimular cada vez mais a atividade física entre os mais novos de forma regular.

Autores Japoneses realizaram um trabalho de investigação (BrainWork, 2002), baseado num estudo com jovens adultos sedentários, aos quais foi aplicado um protocolo de avaliação cognitiva, antes de submetê-los a um programa de treino físico. O programa consistia em correr moderadamente durante trinta minutos, três vezes por semana ao longo de três meses. Finalizados os três meses voltaram a efetuar uma

avaliação cognitiva. Os resultados indicaram melhor rendimento nas provas aplicadas após o programa de treino físico, sendo que as melhorias mais visíveis foram ao nível da atenção, do controlo inibitório e na memória de trabalho.

Thayer e colaboradores (1994), dizem-nos que depois de demonstrada a capacidade do cérebro para modificar as suas conexões interneuronais em casos de envelhecimento ou dano cerebral, pela sua denominada plasticidade, seria importante conhecer o papel exato do exercício físico na melhoria das funções cerebrais. Deste modo, através de estudos com ratos, demonstraram que a atividade física aumenta a segregação do fator neutrófico cerebral (BDNF), que mais não é do que uma neurotrofina relacionada com o fator de crescimento dos nervos, localizada principalmente no hipocampo e no córtex cerebral. O BDNF, melhora a sobrevivência dos neurónios tanto *in vivo* como *in vitro*, além de poder proteger o cérebro da isquemia, bem como favorecer as transmissões sinápticas. Todavia, e segundo os mesmos autores, continuava-se sem conhecer a relação entre o fator neutrófico cerebral e o exercício, pois tinha que existir algo na atividade física que estimulasse a produção de BDNF no sistema nervoso. A resposta foi obtida quando se descobriu que a atividade física provoca que o músculo segregue IGF-1, um fator de crescimento similar à insulina, que entra na corrente sanguínea, chegando ao cérebro e estimulando a produção do fator neutrófico cerebral (Ramirez et al., 2004).

Perante estes dados, estamos obrigados a não nos esquecermos que o exercício físico pode ajudar, favorecer e conservar em melhores condições as funções cognitivas e sensoriais do cérebro, bem como, atribuir à atividade física um papel também decisivo no campo da neuro-prevenção que até agora era desconhecido, em doenças neurodegenerativas como o Alzheimer, Parkinson, Huntington, etc.

No Congresso Anual da Sociedade Americana de Neurociências (2002), foi apresentado um trabalho realizado pelo Doutor Kubota da Universidade de Handa do Japão, deveras interessante e elucidativo. A investigação contou com a participação de sete jovens saudáveis que se submeteram a um programa de treinos, o qual consistiu numa corrida de 30 minutos, 3 vezes por semana, durante 3 meses. Cada um completou série de testes desenhados por computador, nos quais o objetivo era comparar a capacidade para memorizar objetos e estabelecer a capacidade intelectual antes e depois do programa de treinos. Um vez decorrido o período de aplicação do programa de treinos, as pontuações nas provas aumentaram de forma estatisticamente significativa em todos os participantes, assim como a velocidade de processamento de informação.

Para comprovar a fiabilidade da investigação, em nenhum momento se permitiu que os participantes praticassem com os testes durante o tempo de duração do trabalho.

Os resultados das provas de inteligência mostraram uma clara melhoria na função do lóbulo frontal do cérebro. Além disso, os autores observaram que as pontuações dos testes começaram a descer à medida que os participantes abandonavam a prática da atividade física. Também descobriram que o consumo de oxigénio aumentava paralelamente as pontuações nos testes, confirmando assim, que a manutenção de um fluxo constante de sangue e oxigénio preserva as funções cognitivas.

O responsável por esta investigação, salienta que o fato das melhorias nos testes se perderem com a interrupção da atividade física, indica a continuidade do exercício físico é condição indispensável para o efetivo desenvolvimento intelectual.

De acordo com Shephard (1997), as qualidades do cérebro que melhoraram se associamos atividade física regular, consistem no alto fluxo sanguíneo constante que o mesmo recebe, nas alterações dos níveis hormonais inerentes, na assimilação dos nutrientes e numa maior ativação do mesmo.

### **1.9.3 - Atividade física e rendimento escolar**

Em dois estudos realizados a médio e longo prazo, reportados por Shephard (1984), no primeiro o objeto de estudo foram alunos de uma escola de 1º Ciclo em que as estatísticas da mesma demonstravam um rendimento académico 25% abaixo as restantes escolas do distrito. A escola decidiu introduzir um plano de estudos forte em artes (dança diária, música, drama e artes visuais) e as estatísticas passaram de 25% abaixo para 5% acima em seis anos. No segundo foram comparados estudantes de uma escola que oferecia educação física diária (1 a 2 horas), com outra que não oferecia qualquer programa parecido, pelo contrário apostava apenas em temas académicos. Depois nove anos, os alunos da escola que oferecia a prática de atividade física apresentavam melhor estado de saúde, atitude, disciplina, entusiasmo e resultados académicos que a outra escola.

Mitchell (1994) realizou um estudo para investigar a relação entre a capacidade rítmica e o rendimento académico em alunos dos primeiros anos de escolaridade. Os resultados apontaram para uma relação positiva entre o desenvolvimento das habilidades motoras e os sucessos académicos.

Já Geron (1996) divulgou nas suas discussões que a sincronização nas crianças se encontra relacionada positivamente com sucessos na escola, principalmente ao nível da matemática e da leitura.

Os jovens que praticam atividade física adicional à que está consagrada nos programas de formação das escolas, tendem a demonstrar melhores qualidades com um melhor funcionamento do cérebro; em termos cognitivos, níveis mais elevados de concentração de energia, alterações no corpo que melhoram a sua autoestima e um melhor comportamento que incide sobre os processos de aprendizagem (Cocke, 2002; Shephard, 1997).

### **1.10 – Atividade física nas universidades**

Segundo Blanco e colaboradores (1996), é a partir da idade dos 17/18 anos, que a baixa de adesão à participação em atividades físicas se torna mais evidente, convertendo a experiência desportiva nas Universidades num bom preditor ao nível da dedicação às mesmas na idade adulta.

Em Espanha, entre um 46% e um 69% dos jovens em idade universitária manifestam ser ativos (Garcia Ferrando, 1990).

No estudo de Lores e Murcia (2006), com uma amostra de 1512 alunos universitários (38,4% homens e 61,6% mulheres), 52,7% afirmaram praticar alguma atividade físico-desportiva, sendo que a maioria elege desportos individuais e prefere praticar por sua conta e com os amigos, utilizando lugares públicos e os clubes ou ginásios privados para a sua prática. As atividades mais praticadas assinaladas pelos praticantes foram: fitness, futebol e natação. Em resposta à pergunta porquê praticam atividades físico-desportivas, as mais valorizadas foram: prazer de praticar em si mesmo, por motivos de saúde, pelo sentimento de equipa e estar com os seus amigos. No que diz respeito ao tipo de instalações utilizadas para a prática desportiva, os números foram muito similares entre os que utilizavam instalações cobertas e os que utilizavam instalações ao ar livre.

Para Salguero e colaboradores (2003), o início da vida universitária, com o conseguinte aumento da exigência e dedicação a esse nível educativo, bem como a possível deslocação de localidade que a mesma situação pode acarretar, unidas à falta de coordenação no que poderíamos denominar estrutura desportiva e estrutura académica, favorece sobremaneira a retirada dos alunos da prática físico-desportiva, justifica e explica a involução verificada na proporção de praticantes de atividades físicas com o

aumento da idade até chegarmos ao momento em que a diminuição é deveras muito acentuada, coincidindo com o escalão etário entre os 18 e os 25 anos de idade.

De acordo Garcia Ferrando (2005), ao se investigar a prática de atividade físico-desportiva no seio académico, comprovamos que um em cada dois declara participar em alguma atividade físico-desportiva. Entre os praticantes, destaca-se que 7 em cada 10 afirmam serem praticantes com historial. Também se constata que relativamente ao género, os homens na sua maioria praticam alguma atividade físico-desportiva, já as mulheres são as que menos praticam na atualidade.

Paris (2006), diz-nos que a incorporação massiva de mulheres no Ensino Superior, não teve reflexo idêntico na prática desportiva universitária no género feminino, que é três vezes superior nos homens, comparativamente às mulheres. Vasquez (1993), explica esse comportamento como estando relacionado com a posição da mulher na sociedade e o papel que a mesma desempenha, bem como a própria natureza das atividades físico-desportivas.

Gutiérrez (1995), assinala a etapa da vida dos indivíduos dedicada aos estudos universitários como uma etapa de diminuição dos níveis de atividade física, que se repercutem com maior acutilância nos sujeitos que já manifestavam uma tendência definida de dedicar menos horas semanais a atividades físicas e nas mulheres, por sua menor preferência nos aspetos relacionados com o desporto e a competição.

Em Espanha, a percentagem de alunos universitários que alega praticar alguma atividade física é de 64% contra os 36% que refere não praticar qualquer atividade física (Sánchez et al., 1998).

Estes dados são bastante diferentes dos encontrados por Segura e colaboradores (1999), que menciona que, 57,9% dos estudantes universitários não realiza qualquer atividade física, contra 42,1% que refere realizá-la, destes apenas 15,5% executa atividades físicas regulares e programadas.

Um estudo efetuado por Reyes e Garcés de los Fayos (1999), com uma população de alunos universitários da Universidade de Múrcia, referente aos motivos para a sua iniciação na prática de atividades físicas, apresenta-nos os seguintes resultados: melhorar a saúde e o aspeto físico (45,10%), estar com os amigos (27,45%), melhorar as habilidades físicas e técnicas (17,65%).

Thuot (1995), afirma apreciar a aparição de um movimento significativo na participação da prática desportiva os anos da universidade e pós-universidade, com uma evolução desde o desporto competitivo ao desporto recreativo, onde 79% dos estudantes

planeiam continuar a sua prática desportiva depois da Universidade, principalmente pela satisfação que obtêm na sua prática.

Da pesquisa que efetuámos não observámos estudos desenvolvidos no nosso País, envolvendo como público-alvo os estudantes universitários e tendo objetivo a relação da prática de atividade física, com os estilos de vida e o bem-estar psicológico.

Para finalizar este ponto, referir que de acordo com Gomar e colaboradores, (2010), são mais de 266.000 desportistas entre alunos, pessoal docente e investigador, de administração e serviços, mais os potenciais utentes externos, o conjunto que beneficia da ampla oferta especialmente desportivo-educativa, além do ócio e saúde o universo de praticantes das Universidades Andaluzas. Convém ainda salientar, que o orçamento conjunto das Unidades de Desporto das nove Universidades Públicas da Andaluzia (região nossa vizinha), soma qualquer coisa como quase 16 milhões de euros, segundo os mesmos autores.

## Capítulo II – Estilos de Vida

O estilo de vida é visto como um padrão de comportamentos, hábitos, atitudes e valores relativamente estáveis que são típicos de determinados grupos (Matos et al., 2000).

Para a Organização Mundial de Saúde (1993), os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligados a aspetos culturais, sociais e económicos.

Matos (2005) diz-nos que não existe apenas um, mas sim vários tipos de vida saudáveis, e a variedade estabelece-se em função do grupo onde o indivíduo está inserido e das suas próprias características individuais.

Na atualidade, os estilos de vida por envolverem todos os aspetos da ação e do pensamento humano (educação, recreio/lazer, nutrição, paz, justiça, trabalho, família, habitação, higiene, segurança, alimentação, recursos económicos, recursos ambientais, hábitos tabágicos, alcoólicos, comportamentos de risco em relação às drogas ilícitas e às infeções sexualmente transmissíveis...) são tidos como elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem-estar, físico, mental e social (Gonçalves & Carvalho, 2007).

A experiência dos indivíduos e fatores relacionados com o seu envolvimento físico e social favorecem que estes desenvolvam comportamentos de risco ou, por outro lado, atuam como fatores de proteção. Assim, reforçar nos indivíduos escolhas saudáveis em termos de estilo de vida tem de passar por uma reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico (Elias, 2006).

Nos países em via de desenvolvimento, ao mesmo tempo que se assiste a uma diminuição da importância de certos riscos para a saúde (doenças infecciosas, e ligadas ao saneamento P.e.), assiste-se a um aumento dos riscos de saúde ligados a esse mesmo “desenvolvimento”, doenças ligadas ao stresse, consumo de tabaco, álcool e drogas, acidentes de viação, doenças cardíacas (Matos et al., 2000).

Elias (2006) refere-nos que um dos fatores que determina os estilos de vida é a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. Os indivíduos e países social e economicamente privilegiados têm uma maior amplitude de escolhas na procura de um estilo de vida saudável, enquanto outros têm que se debater com questões fundamentais da existência, sobrevivência e direitos humanos. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligado à saúde.

Já Matos e colaboradores (2000) dizem-nos que aspetos como a nutrição, a atividade física, o tabagismo, o alcoolismo, a exclusão social, o isolamento social, o stress laboral, estão na base de um estilo de vida mais ou menos saudável, que não havendo preocupações na sua prevenção poderão tornar-se fatores ligados ao risco.

Em suma, a forma de viver que uma pessoa ou grupo de pessoas adota, o modo de ocupar o seu tempo livre, os consumos, os hábitos alimentares e higiénicos, podem ser considerados elementos configuradores do que se entende como estilo de vida.

## **2.1 – Estilos de vida e saúde**

O estilo de vida tem sido consensualmente percecionado como relevante para a saúde e tem-se salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis para prevenir doenças e promover a saúde (Pais & Cabral, 2003).

De acordo com Bennett e Murphy (1999), podemos dizer que a saúde é um estado, uma qualidade de vida e que é influenciada por múltiplos fatores (físicos, mentais, sociais, ambientais, etc.). O estudo da saúde é um desafio, uma vez que a saúde é um conceito dinâmico, difícil de definir e medir; e diversas profissões e disciplinas académicas participam neste campo de investigação e pretendem conseguir a promoção da saúde dos indivíduos e populações.

Para Neto (1997), a formação de hábitos saudáveis de vida na promoção da saúde física e psicológica começa nas primeiras idades. O conceito de estilo de vida relacionado com a saúde deverá ser compreendido numa dimensão ampla que englobe os diversos padrões de vida dos cidadãos, o contexto cultural onde vivem as dinâmicas sociais, psicológicas e antropológicas que o caracterizam.

Os fatores de estilo de vida (como dieta alimentar, exercício físico, fumar, consumir álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, etc.) são um todo integrado e afetam a probabilidade de se sofrer duma doença e também de sobreviver uma vez doente (Matos et al., 2000).

Todavia, todos nós, enquanto pessoas individuais, mesmo bombardeados por múltiplas fontes de informação, relacionada com o tema, não deixamos de ter a perceção do quanto é difícil iniciar e manter bons hábitos de saúde.

Segundo Bennett e Murphy (1999), numa perspetiva psicológica, existem diversos modelos de mudança do comportamento, como os modelos comportamentalistas (salientando a importância de estímulos, respostas, reforços, condicionamento, contratos

comportamentais, etc.), cognitivistas (com o seu enfoque nas atitudes, valores e crenças, etc.) e da aprendizagem social (realçando o determinismo recíproco, a autoeficácia, a aprendizagem por observação, modelamento, a autorregulação, os processos motivacionais, o autorreforço, etc.) que se têm revelado bastante prometedores, dando origem a intervenções ecléticas, flexíveis e versáteis, que combinam diversos componentes destas abordagens teóricas.

Existem também diversos modelos de comportamentos de saúde que consideram as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais e que se baseiam, essencialmente, nos significados que o indivíduo dá à saúde (salientando a importância de aspetos como conhecimentos, atitudes, valores, aptidões, crenças, etc.) (Belar & Park, 2001).

Nesta linha de pensamento, Matos e colaboradores (2000), identificaram fatores de ordem social, cultural, socioeconómica e outros como estando implicados nos resultados das mais diversas variáveis de saúde, como sejam o estilo de vida ou o próprio estado de saúde. Ainda para Matos (2005), os estilos de vida e a saúde estão intimamente ligados, sendo os fatores ambientais, os hábitos alimentares, o tabagismo, o uso e abuso de álcool e drogas, a atividade sexual insegura, fatores que condicionam um desenvolvimento saudável.

Incontestável parece ser a nova realidade decorrente de um forte incremento da morbilidade associada a doenças não infecciosas e crónico-degenerativas, que se pensa estar na dependência estreita da drástica alteração no estilo de vida das populações. Desde os tempos em que era caçador-recoletor até o presente, o homem modificou substancialmente a sua forma de estar e viver, sobretudo nos últimos 100-150 anos com a revolução industrial e mais recentemente com a robótica. Passou a ser mais inativo, a consumir mais tabaco e a aderir a hábitos nutricionais cada vez menos saudáveis (Seabra et al., 2008).

Não é pois de estranhar que a Organização Mundial da Saúde tenha referido que cerca de 60%-85% da população dos países desenvolvidos e dos países em transição tenham estilos de vida sedentários (OMS, 2002).

Para Mota (1997), ao conjunto de alterações evolutivas, surgem alguns aspetos que apresentam implicações significativas para as pessoas e para a sua integridade bio-psico-social. Factos traduzíveis no aumento das doenças ditas de civilização e no crescimento inflacionário das despesas assim geradas, seja nos aspetos de natureza preventiva, seja nos de natureza curativa e reabilitativa, com a conseqüente diminuição da produtividade. Se é certo que os avanços na medicina permitiram aumentar a

esperança média de vida, erradicar, ou pelo menos controlar com sucesso, um grande número de doenças e, em certos casos, a própria dor, a verdade é que os problemas da saúde se modificaram substancialmente em termos da relação causa-efeito. Os grandes desafios da saúde pública atual, dizem respeito aos comportamentos individuais e coletivos como o alcoolismo, o tabagismo, o sedentarismo, etc.

Ramirez e colaboradores (2004) argumentam que o estilo de vida sedentário, não só atenta contra a qualidade de vida das populações, provocando o aparecimento de doenças, como também tem um alto custo económico para os países. De acordo com os mesmos autores cerca de 20% do orçamento destinado aos organismos e entidades relacionadas com a saúde, poderia ser poupado se o presente cenário da situação fosse alterado com a implementação de programas e projetos que combatessem eficazmente o sedentarismo. Desse modo, os recursos disponíveis poderiam ser orientados de forma mais eficiente para planos de prevenção e melhoramento da saúde pública e não apenas a cobrir as urgentes procuras conjunturais que ocasionam as doenças evitáveis.

Assumpção e colaboradores (2002) apresentam-nos um lado diferente da questão, referindo que os programas de promoção da saúde, em larga medida, veiculam interesses eminentemente económicos, tendo em vista que pessoas com estilos de vida saudáveis aumentam a eficiência e a produtividade do trabalho, reduzindo o absentismo, o que garante às organizações o corte de gastos e a otimização de lucros.

Concluindo, sendo a escola (do ensino básico, secundário ou superior) o local onde as nossas crianças, adolescentes e jovens adultos, passam a grande parte do seu tempo, seria de esperar que a mesma desempenha-se um papel bem mais interventivo e participativo no desenvolvimento de programas destinados a facilitar e promover nos jovens escolhas pessoais relacionadas com comportamentos de saúde que, por um lado, facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis e, por outro, promovam estes comportamentos e estilos de vida saudáveis como um fator de prestígio na relação dos intervenientes com o seu mundo social.

## **2.2 – Estilos de vida e atividade física**

As características das sociedades pós-industriais (hábitos sedentários, stresse emocional, maus hábitos de vida do ponto de vista corporal e inatividade física) e o nascimento de uma sociedade de informação que se reveste de uma padronização excessiva de valores, atitudes e comportamentos, implica a tomada de consciência das mudanças ocorridas na vida familiar, escolar e social.

A par das evidências de que o homem contemporâneo utiliza cada vez menos as suas potencialidades corporais e de que o baixo nível de atividade física é fator decisivo no desenvolvimento de doenças degenerativas, sustenta-se a hipótese da necessidade de se promoverem mudanças no seu estilo de vida, levando-o a incorporar a prática de atividades físicas regulares ao seu dia a dia (Assumpção et al., 2002).

A maior causa de mortalidade, atualmente, está intimamente relacionada com o estilo de vida. Neste aspeto, são muitas as informações que revelam e associam que estilos de vida ativos, em conjunto com outros comportamentos positivos têm efeitos benéficos muito positivos para a saúde, além de começarem a aparecer evidências definitivas acerca das causa-efeitos da relação entre um aumento da atividade física habitual e os benefícios esperados para a saúde.

De acordo com Karsten (1998), o desenvolvimento urbano e social teve importantes consequências no quotidiano das crianças, na medida em que, as mesmas passam mais tempo em casa a ver televisão, a brincar ou a jogar computador. Houve uma mudança no sentido da criação de atividades especialmente organizadas para as crianças, por parte dos adultos e organizações. Estas atividades estão consignadas a horários e locais específicos e mediante acessos pagos. O comportamento espacial e temporal das crianças tornou-se mais organizado, enquanto muitos dos domínios destes resultaram num processo de privatização

Segundo Neto (1997), um estilo de vida saudável acontece quando é possível manter um padrão consistente de comportamento adequado às restrições biológicas individuais e em particular de acordo com os obstáculos do envolvimento físico e social de vida. A importância de um envolvimento de jogo e atividade física associado a hábitos saudáveis de vida tem vindo a ser demonstrado em trabalhos de investigação relacionados com a saúde. O significado destas atividades na criação de estilos de vida ativa nas crianças e famílias demonstram uma elevada correlação com a saúde física, psicológica e emocional. Os resultados revelam efeitos positivos do jogo e atividade física no melhoramento da perceção de si próprio, eficácia pessoal, autoestima, interação social e bem-estar psicológico.

Mota (1995), menciona que muitas das tendências atuais no sentido de salientar e reforçar os aspetos relevantes do exercício físico na saúde advêm da pressão social que associa a uma boa saúde as alterações que são esperadas pela adoção de um estilo de vida ativo.

A preocupação com a inclusão da atividade física no estilo de vida baseia-se fundamentalmente nos pressupostos benéficos que esta tem para a saúde e, principalmente, no facto de ser hoje reconhecido que a inatividade física é um fator de risco para um vasto leque de doenças (Matos & Sardinha, 1999; Matos, Carvalhosa & Diniz, 2001).

Para além destes fatores relacionados com a associação de um estilo de vida ativo com a saúde e bem-estar, há a considerar que a prática da atividade física é um fenómeno de natureza multifacetada com forte impacto a nível de fatores de natureza afetiva, social e moral (Diniz, 1998).

A importância de um estabelecimento precoce de um estilo de vida ativo na manutenção desse estilo de vida na idade adulta foi ainda referida por Sallis e Hovell (1990), que defendem que as maiores associações com a prática da atividade física vêm da perceção de uma eficácia pessoal, dos conhecimentos relacionados com os benefícios da atividade física, das atitudes pessoais face à prática da atividade física e da prática da atividade física no passado.

A escolha de um estilo de vida ativo tenderá a manter-se ao longo do ciclo da vida, quanto mais precocemente for consolidada.

Gutiérrez (2000) reforça esta ideia afirmando que entre as variáveis que formam parte de estilos de vida saudáveis, destaca-se a prática da atividade física, que sendo estruturada e praticada regularmente está intimamente associada com benefícios psicológicos, bem-estar pessoal e uma boa qualidade de vida. Todavia, não se deve esquecer que os anos escolares representam um período crítico no desenvolvimento destes hábitos de prática de atividade física e a sua deslocação a vida na idade adulta.

Em 2007, o ACSM e a American Heart Association (AHA) publicaram recomendações para a atividade física e a saúde pública na sua globalidade. A melhoria da aptidão física passa, indiscutivelmente, por alterações no estilo de vida, incluindo a atividade física e a nutrição, uma vez que as evidências demonstram que a atividade física regular e uma dieta saudável reduzem o risco de perda de aptidão física e de desenvolvimento de doenças crónicas.

Quanto à adoção de melhor estilo de vida, um estudo de Valois e colaboradores (1995), envolvendo 4800 adolescentes americanos, mostrou que níveis mais elevados de atividade física relacionavam-se com o menor uso de cigarro e maconha, falando a favor dos efeitos psicossociais positivos da atividade física nesta faixa etária.

Segundo Audrain e colaboradores (2003), maiores níveis de atividade física reduzem o risco de fumar durante a adolescência.

De acordo com Torre (1998), a atividade física deve ser considerada como uma componente decisiva de um estilo de vida saudável, na medida em que a realização de atividade física sistemática e com certa intensidade, constitui um fator de proteção da saúde e da prevenção de diferentes transtornos da mesma, pelos importantes benefícios fisiológicos e psicológicos associados ao exercício físico.

Como se desprende do exposto acima, a atividade física é um elemento importante de um estilo de vida saudável. Nesta linha de orientação, julgamos deveras decisivo e importante aumentar a consciência e a participação quer das crianças e adolescentes, quer dos adultos em programas regulares de atividade física, pelo que, nos surge como um desafio a destacar, o encontrarmos vias e formas que possibilitem ou facilitem uma influência positiva, em todos os escalões etários, com o intuito de estabelecer a prática regular de atividade física como um hábito de vida, na nossa sociedade.

### **2.2.1 - O paradigma do Estilo de Vida Ativo**

O interesse em conceitos como “atividade física”, “estilo de vida” e “qualidade de vida” vêm adquirindo uma nova relevância, espelhada na produção de trabalhos científicos diversos e constituindo um movimento no sentido de valorizar ações voltadas para a determinação e operacionalização de variáveis que possam contribuir para a melhoria do bem-estar do indivíduo por meio do incremento do nível de atividade física habitual da população (Assumpção et al., 2002).

A análise às justificativas presentes nas propostas de implementação de programas de promoção da saúde e qualidade de vida por meio do incremento da atividade física, depreende-se que o principal argumento teórico utilizado está fundamentado no paradigma contemporâneo do estilo de Vida Ativa.

De acordo com Assumpção e colaboradores (2002), tal estilo tem sido apontado por vários setores da comunidade científica, como um dos fatores mais importantes na elaboração das propostas de promoção de saúde e da qualidade de vida da população. Este entendimento fundamenta-se em pressupostos elaborados dentro de um referencial teórico que associa o estilo de vida saudável ao hábito da prática de atividades físicas e, conseqüentemente, a melhores padrões de saúde e qualidade de vida. Este referencial toma a forma de um paradigma, na medida em que constitui o modelo contemporâneo, no qual se fundamentam a maioria dos estudos envolvendo a relação positiva entre

atividade física, saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Identifica-se, neste paradigma, a interação das dimensões da promoção da saúde, da qualidade de vida e da atividade física dentro de um movimento, denominado aqui de Movimento Vida Ativa, o qual vem sendo desencadeado no âmbito da Educação Física e Ciências do Desporto, cujo eixo epistemológico centra-se no incremento do nível de atividade física habitual da população em geral.

Segundo Mota (1997), a atividade física como veículo da saúde, só pode ter importância, se ela se constituir um referencial no modo de vida dos indivíduos. Com efeito, a atividade física enquanto atividade de lazer tem, em muitos casos, subjacente a vivência ou pelo menos a percepção de um conjunto alargado de emoções, as quais, por seu lado, vão convergir na ideia do bem-estar e da qualidade de vida, tão em voga nos dias que correm, noções essas que podem ser fundidas na ideia subjacente à saúde.

Sem dúvida que o vetor qualidade de vida associado à saúde é, como esta, dependente de múltiplas percepções, sendo, por isso, um aspeto de largo entendimento, relacionado intimamente com a importância relativa que as pessoas atribuem a diferentes aspetos das suas vidas (Mota, 1997).

De acordo com o PNAF (2011), a atividade física deverá ser uma forma de promover, não só o desporto como os estilos de vida ativos, mas também de desenvolvimento pessoal e social, reduzindo a violência e sustentando a integração social.

Para Elizondo (2005), características sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil parecem assumir-se como fatores determinantes de um estilo de vida sedentário. O consumo de tabaco e de álcool são alguns dos fatores comportamentais, que se encontram também associados à atividade física.

Matos (1994) refere que algumas «tarefas de vida», específicas de algumas idades (p.e. deixar a escola, arranjar emprego, casar, ter filhos...), são fatores de risco para a adoção de um estilo de vida menos saudável e ativo, uma vez que produzem um desequilíbrio que muitas vezes se reorganiza com outras prioridades, por restrições reais ou percebidas, a nível da ocupação do tempo, da mudança de residência, de caráter económico, etc.

A manutenção de um estilo de vida ativo deve ser entendida como uma das chaves para um envelhecimento saudável. Deste modo, ser (fisicamente) ativo exerce incondicionalmente uma influência tanto direta como indireta na aptidão física da população (IDP-LVAP, 2011).

Marivoet (2001), revela-nos que são os pais, em primeiro lugar, que oferecem os modelos de estilo de vida ativa e saudável, pelo que, a atuação das famílias é fundamental, na medida em que, são eles, os agentes da socialização primária.

Posto isto, parece-nos de toda a relevância a necessidade de se proporcionar às diferentes populações, um maior conhecimento, acerca dos benefícios da atividade física e de se aumentar o seu envolvimento com atividades que resultem em gasto energético acima do repouso, tornando os indivíduos mais ativos e, conseqüentemente, mais saudáveis e com melhor qualidade de vida.

Neste cenário, entende-se que o incremento do nível de atividade física constitui um fator fundamental de melhoria da saúde pública (Assumpção et al., 2002).

Sintetizando, a este propósito o IDP (2011), refere-nos que coletivamente e, tendo em consideração as evidências científicas para a melhoria da aptidão física através da alteração do estilo de vida, as estratégias deverão focar o aumento da atividade física, a diminuição da inatividade física e a otimização de hábitos de alimentação saudáveis.

Por conseguinte, emerge o importante contributo dos setores desportivos, da saúde e da educação, através da criação/aumento das oportunidades de participação em programas de exercício adequados e pela divulgação dos benefícios aliados ao aumento da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis (IDP-LVAP, 2011).

Katch e McArdle (1996) preconizam a prática de exercícios físicos regulares como fator determinante no aumento da expectativa de vida das pessoas.

A Sociedade Brasileira de Medicina do Desporto (1999), em posicionamento oficial, sustenta que a saúde e qualidade de vida do homem podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de atividade física.

Matsudo e Matsudo (2000) reiteram a prescrição de atividade física enquanto fator de prevenção de doença e melhoria da qualidade de vida.

Lima (1999) afirma que a Atividade Física tem, cada vez mais, representado um fator de Qualidade de Vida dos seres humanos, possibilitando-lhes uma maior produtividade e melhor bem-estar.

Guedes e Guedes (1995) reconhecem as vantagens da prática de atividade física regular na melhoria da qualidade de vida.

Silva (1999), ao distinguir a qualidade de vida em sentido geral (aplicada ao indivíduo saudável) da qualidade de vida relacionada à saúde (aplicada ao indivíduo reconhecidamente doente) vincula à prática de atividade física à obtenção e preservação da qualidade de vida.

Dantas (1999) procurando responder em que medida a atividade física proporcionaria uma desejável qualidade de vida, sugere que programas de atividade física bem organizados podem suprir as diversas necessidades individuais, multiplicando as oportunidades de se obter prazer e, conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida.

A qualidade de vida, entendida enquanto fenômeno que se interrelaciona com as diversas dimensões do ser humano, tem sido objeto de inúmeros estudos na comunidade científica (Minayo, 2000).

No entanto, em boa parte da literatura especializada da Educação Física e das Ciências do Desporto, onde se relacionam as variáveis atividade física e qualidade de vida, não são especificadas de forma clara as definições conceituais e operacionais relativas ao construto “qualidade de vida” (Assumpção et al., 2002).

Para Minayo (2000), a falta de um consenso em torno de sua definição levou num passado não muito distante, diversos estudiosos a empregar o termo “qualidade de vida” de forma reduzida e indiscriminada, desconsiderando sua riqueza e complexidade.

De acordo com Fleck e colaboradores (1999), a preocupação com o conceito “qualidade de vida” concorre para que, no âmbito das Ciências Humanas e Biológicas se estabeleçam parâmetros mais amplos que a mera ausência de doenças, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida na determinação de níveis de qualidade de vida. Geralmente, associam-no ao conceito restrito de saúde, no sentido de ausência de doenças e de bem-estar físico. Mais recentemente na busca de uma concepção mais abrangente, tem-se destacado o caráter objetivo e/ou subjetivo e multidimensional nestas definições. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Conforme Minayo e colaboradores (2000) afirmam, a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental.

Parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, inserção social, liberdade, solidariedade, espiritualidade, realização pessoal) e objetivos (satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social de determinada sociedade: alimentação, acesso à água potável,

habitação, trabalho, educação, saúde e lazer) se interagem dentro da cultura para constituir a noção contemporânea de qualidade de vida (Assumpção et al., 2002).

### **2.3 – Estilos de vida e jovens adultos**

Segundo a Organização Mundial de Saúde a adolescência é considerada, hoje, como o período desde o início da puberdade até o final do crescimento físico, ou seja, até se alcançar a altura final e as características adultas que ocorrem durante a 2ª década de vida.

Ao nível da população adolescente é possível verificar que grande parte, tem consciência do risco e do perigo em que estão envolvidos em praticarem determinados comportamentos (como beber bebidas alcoólicas, fumar, pouco cuidado com a alimentação e inatividade), mas preferem ignorá-los, devido ao facto de darem mais valor a outras consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos (Schwarzer & Fucchs, 1995).

Para Buisman e Lucassen (1996), nos contextos sociais dos dias de hoje, os clubes desportivos experimentam dificuldades suplementares na captação e manutenção de jovens nas suas atividades. Isto explica-se em grande medida por uma nova faceta tecnológica das sociedades contemporâneas, que se repercute numa profunda alteração da vida dos jovens, os quais se dedicam cada vez mais à música, como ouvintes, ou ao desporto como espetadores ou jogadores virtuais bem como à moda seguindo a par e passo cada mudança apresentado um estilo distinto na forma e nos comportamentos.

De acordo com Malina (1994), as atividades físicas ocorrem num contexto social pelo que têm implicações relevantes para o desenvolvimento de competências sociais, nomeadamente de capacidades para interagir eficazmente com os outros.

No que a hábitos de sono diz respeito, Carskadon (1990) refere que a qualidade do sono é fundamental para um bom estado de saúde mental e física. Analogamente, uma pior qualidade de sono associa-se a complicações comportamentais e emocionais.

Na adolescência, os hábitos de sono tornam-se mais irregulares e deficitários em número de horas, sobretudo entre os rapazes. A sensação subjetiva de cansaço, conjuntamente com o uso de substâncias psicoativas e os hábitos de sono, determina o bem-estar e a qualidade de vida dos adolescentes (Tynjala et al., 1999).

No que a atividades praticadas no tempo livre concerne Coelho e Silva (2001), dizem-nos que nas sociedades contemporâneas, depois de completar um dia de trabalho ou de escola, as pessoas dispõem de 3-4 horas de liberdade, habitualmente classificadas

como tempos livres. Pereira (1993), associa os tempos livres a um espaço onde é possível atuar de forma intencional ao nível do desenvolvimento global do indivíduo, ou mesmo a nível cognitivo, em áreas não contempladas pela escola. As atividades de lazer poderão ser as únicas oportunidades para promover outros tipos de desenvolvimento, além do cognitivo. A formação contemporânea dos jovens adultos está associada a um estilo de vida. Esta formação é principalmente realizada na esfera do tempo livre.

Hoje, podemos afirmar que vivemos na época da eletrónica, ou seja, queremos dizer que as atividades realizadas nos tempos livres estão essencialmente ligadas a jogos de computador, ver televisão, e muito mais atividades sem sair de casa (Karsten, 1998).

A taxa metabólica durante o tempo gasto a ver televisão é significativamente inferior à taxa de metabolismo basal, pelo que esta tarefa é encarada como promotora da obesidade. Os jovens que veem menos horas de televisão têm melhores desempenhos nas provas de *pull-ups*, *push-ups*, *step-test* e *sit-ups*, comparativamente aos seus pares que passam mais tempo em frente à televisão (Klesges et al., 1993). Segundo estes autores o tempo diário de televisão não deveria exceder uma hora.

Os tempos livres são, sem dúvida, uma dimensão essencial de toda a educação moderna e da vida. Abarcam um conjunto de situações amplas, tais como: jogo, arte, cultura, desenvolvimento físico, saúde, materiais lúdicos, espaços de prática desportiva formal e informal (Pereira, 1993).

Segundo Braconnier e Marcelli (1998), fora a família, o tempo dos adolescentes reparte-se pelas atividades de grupo (colegas, grupos e práticas desportivas ou culturais e coletivas), pelas atividades mais individuais (televisão, leitura, jogos de vídeo, etc.) e pelas relações afetivas (relação amorosa, etc.).

As saídas permitem ao adolescente e jovem adulto, satisfazer as suas necessidades de descoberta, de conhecer e de autonomia, escolhendo os centros de interesse para os quais deseja orientar-se. As suas saídas são para encontrar o seu lugar em relação aos outros e ter relações sociais que lhe são próprias (Braconnier, 1999).

Segundo Hendry e colaboradores (1993), os jovens masculinos tendem a envolver-se mais na prática desportiva organizada, enquanto os elementos femininos são mais dados a visitar amigos, ir ao cinema e a discotecas. Estes dados são concordantes com o modelo de focagem social, correspondendo a adolescência a uma transição da família e escola, para os amigos e sociedade de consumo.

## **2.4 – Estilos de vida e comportamentos de risco**

Neste ponto procuraremos abordar os comportamentos de risco, referentes aos consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, normalmente associados a estilos de vida não saudáveis adotados por jovens adultos no geral e no contexto universitário no particular e sua relação com a prática de atividade física.

Segundo Matos (2005), as relações sociais que se estabelecem no seio do grupo de pares são de máxima importância para o desenvolvimento da identidade do adolescente, uma vez que o grupo possibilita uma série de experiências impossíveis de realizar em outros contextos, e também porque o grupo fornece apoio instrumental e emocional, que permitem ao adolescente ultrapassar as tarefas de desenvolvimento com que é confrontado. O grupo de pares é geralmente constituído por jovens de idades próximas, com interesses e necessidades semelhantes, cujos membros preferem passar mais tempo uns com os outros do que com as respetivas famílias. A influência do grupo de pares desempenha um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de risco.

De acordo com Camacho e Matos (2006), a qualidade da vida familiar parece ter também uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes e jovens adultos (consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência, entre outros).

Os efeitos negativos do consumo de substâncias na adolescência são largamente conhecidos, sendo especialmente prejudiciais quanto mais precoce for o início do consumo (Matos & Sampaio, 2009).

A transição da adolescência para a idade adulta está muitas vezes associada ao desenvolvimento de comportamentos que colocam em risco a saúde e o bem-estar dos jovens. O consumo de tabaco, drogas e bebidas alcoólicas, bem como os comportamentos sexuais de risco têm muitas vezes o seu início na adolescência. Diversos fatores (pessoais e sociais) interagem de forma a afetar um comportamento específico do indivíduo.

Malina e Bouchard (1991) referem que os indivíduos não fumadores são geralmente mais ativos e consomem menos álcool e drogas, comparativamente aos fumadores.

O estudo colaborativo para os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. (HBSC, 1998-2002) efetuado pela HBSC (health behaviour in Scholl aged children), obteve as seguintes conclusões para o nosso país: existe maior incidência de comportamentos de risco associado ao género

feminino; o consumo de álcool e drogas (haxixe e estimulantes) aumenta com a idade; existe deterioração da qualidade alimentar; subsiste uma busca obsessiva pelo corpo ideal (raparigas); o desejo de alterar qualquer coisa no corpo aumenta com a idade; a prática desportiva diminui com o avançar da idade; existe uma diminuição da prática desportiva.

O estudo prospetivo de Dearwater e colaboradores (1995), com uma amostra de 1245 adolescentes entre 12 e 16 anos, analisou durante três anos, a associação entre atividade física e adesão a comportamentos de risco à saúde. Foram encontradas associações significantes em relação ao uso de álcool e cigarro, com importante diferença entre os sexos. Os adolescentes do sexo masculino mais ativos e aqueles que participavam de competições desportivas aderiram mais ao uso de álcool do que os inativos. Por outro lado, as adolescentes mais ativas tiveram menor adesão ao tabagismo do que as inativas. Esses resultados indicam que, pelo menos em relação ao uso de álcool por adolescentes do sexo masculino, nem sempre a prática de desportos estará atuando como um "fator protetor".

#### **2.4.1 - Consumo tabágico**

O sedentarismo e o tabagismo apresentam altas prevalências mundialmente. Ambos são fatores de risco para o aumento da morbi-mortalidade, além de aumentarem os gastos com a saúde (OMS, 1998 & CDC, 1999).

O tabagismo é responsável por altos índices de morbi-mortalidade mundial, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte.

Nos últimos anos, a prevenção do consumo de tabaco junto dos jovens tem sido uma das áreas mais proeminentes da Promoção da Saúde, uma vez que se provou que é na adolescência que a probabilidade de se experimentar o primeiro cigarro é maior, logo maior o risco de se iniciarem num hábito que se poderá prolongar por toda a vida (White, 1988).

Várias doenças têm sido relacionadas com o tabagismo. A maioria só se revela em idade adulta, uma vez que estão associadas ao efeito cumulativo do tabaco mas, existem também muitos riscos de saúde imediatos que se fazem sentir no adolescente, como é o caso das infeções respiratórias, reações alergias, tosses, asma e dispneia (*Health Education Authority-HEA*, 1991).

Segundo Holmen e colaboradores (2002), o exercício físico é considerado fator protetor contra o início do hábito tabagístico e a redução do tabagismo diminui a incidência de doenças.

De acordo com Higgins e colaboradores (2003), adolescentes que fumam apresentam menores níveis de atividade física, e a atividade física na adolescência interfere no início do tabagismo neste período e em sua manutenção na idade adulta.

Para Costa e colaboradores (2002), além das possíveis associações entre a gênese do tabagismo e do sedentarismo, a prática regular de exercícios físicos pode colaborar para o abandono do hábito tabagístico.

Há redução da morbi-mortalidade quando pessoas que fumam passam a ser ativos fisicamente (Colbert et al., 2002).

Segundo a HEA (1991), o facto de um jovem viver numa família com atitudes permissivas face ao tabagismo parece também determinar atitudes favoráveis em relação ao comportamento de fumar.

As consequências associadas ao consumo de aditivos, que são muitas vezes percebidas como positivas pelos adolescentes (tais como a crença de que o consumo de tabaco tem como consequência a prevenção do aumento de peso) podem constituir uma motivação para o aumento do consumo de tabaco, especialmente no sexo feminino (Smith et al., 1994).

Até à década de setenta, existia uma tendência para as raparigas fumarem menos que os rapazes (Mitchell, 1990). Contudo, estudos mais recentes apontam para a inversão desta situação nos países mais desenvolvidos.

Os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em Portugal confirmam a diminuição da prevalência tabágica masculina e o aumento da prevalência tabágica feminina (Ministério da Saúde, 1988, 1997, 2000). Segundo o mesmo estudo, no final da década de 80, a diferença entre a prevalência de fumadores e fumadoras em Portugal era notória: 33% de fumadores contra 5% de fumadoras. Porém, na década de 90, a percentagem de fumadores diminuiu e a de fumadoras aumentou: em 1999 fumavam 29% dos homens e 8% das mulheres. O mesmo estudo refere, ainda, que a prevalência tabágica por faixas etárias, verificamos quase inexistência de fumadoras a partir os 55 anos, havendo, assim, nas faixas etárias dos 15 aos 44 anos, uma prevalência de fumadoras muito superior à da população em geral. Este dado permite prever que a prevalência de mulheres fumadoras em Portugal continuará a aumentar.

Em síntese, o simples ato de fumar, no que respeita às raparigas estará mais relacionado com dar “um ar crescido”, “acalmar e relaxar”, “dar confiança”, promover “um estilo irreverente” e que “ajuda a controlar o peso”. No que concerne aos rapazes, o ato de fumar, normalmente, associa-se a alguma imagem de machismo, valentia, irreverência e precocidade.

Audrain e colaboradores (2005), afirmam que maiores níveis de atividade física reduzem o risco de fumar durante a adolescência,

#### **2.4.2 - Consumo de álcool**

Segundo a OMS (1993), nos últimos 40 anos, o consumo de álcool tem aumentado quer em quantidade quer em frequência, diminuindo a idade de iniciação ao consumo.

Carvalho e colaboradores (1999) referem que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes e jovens adultos no que respeita aos consumos.

Quanto mais precocemente se der o consumo de álcool mais cedo os problemas que advém deste consumo se tornarão evidentes (Aarons et al., 1999).

Todavia, o padrão de consumo de álcool na adolescência difere do padrão adulto. De um modo geral, os jovens bebem preferencialmente em grupo e o consumo não é diário. Sendo que, o facto de os adolescentes começarem a consumir álcool pode ser um sinal de emancipação, o desejo de reconhecimento de uma mudança de estatuto, a necessidade de ser aceite pelo grupo ou, então, uma tentativa de quebrar regras. Alguns resultados de inquéritos já realizados, sugeriram que os jovens que já experimentaram, assim como os consumidores regulares e abusivos, apresentam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas na escola. Apresentam também mais frequentemente envolvimento em experimentação e consumo de tabaco e drogas ilícitas, em lutas e situações de violência na escola. Referem ainda ver televisão quatro ou mais horas por dia e praticam em geral menos atividade física (Fonseca, 2003).

Matos e Sampaio (2009) afirmam que muitos jovens bebem em excesso, sobretudo ao fim de semana e que a idade de início dos consumos tem baixado. Alguns bebem em excesso para desinibir sexualmente. Outros abusam do álcool para facilitar a intimidade e partilha no grupo de pares e desafiar a família. Outros ainda bebem para viver uma experiência limite.

Para Sieving, Perry e Williams (2000), os jovens adolescentes cujo os amigos consomem álcool apresentam maior probabilidade de se envolver nesse comportamento,

sendo que também que os jovens adolescentes procuram amigos cujo comportamento de beber seja similar ao seu, referindo ainda níveis mais elevados de consumo de droga pelos amigos leva ao aumento do consumo de álcool pelos jovens.

De acordo com Matos (2003), os rapazes experimentam e consomem mais bebidas alcoólicas do que as raparigas, e os mais velhos consomem mais.

Num estudo norte-americano, tendo por base o *Behavioral Risk Fator Surveillance System*, observou-se que o consumo moderado de álcool se associa fortemente com maiores índices de atividade física, comparativamente com indivíduos abstémios. Abstémios reportaram ser 10% mais sedentários que os bebedores moderados. (Mukamal, et al, 2006).

Noutro estudo realizado por Feldman e colaboradores (1999), sobre crenças e comportamentos específicos do consumo de álcool entre estudantes adolescentes da Escola Secundária, verificou-se que os padrões de beber dos estudantes estão significativamente relacionados com o género, etnicidade, o ano de escolaridade e os hábitos de beber dos pais e amigos. Constataram que os rapazes mais velhos estão em maior risco para o forte consumo de bebidas do que os estudantes mais novos ou as raparigas.

### **2.4.3 - Consumo de substâncias psicotrópicas / ilícitas**

Vários fatores são identificados como podendo contribuir para a iniciação e aumento do consumo de substâncias no início da adolescência, tais como idade, estatuto socioeconómico dos pais, atitudes tabágicas dos pais, dos pares, e fraco envolvimento escolar (Wiesner & Ittel, 2002).

Fonseca (2003) diz-nos que à medida que a idade avança (dos 11 para os 16), aumenta a percentagem de adolescentes portugueses que já experimentaram drogas ilícitas, bem como os que as consomem.

Parece existir um grande número de vantagens e expectativas do consumo de substâncias percecionadas pelos jovens, tais como: menor limitação cognitiva e comportamental, mais relaxamento, redução da tensão e do stresse, facilitação/desinibição social e sexual e efeito antidepressivo, assim como alguns fatores de risco, tais como o stresse da vida e a depressão propiciam o seu consumo (Wills et al., 2001).

Matos e Sampaio (2009), afirmam que a substância ilícita mais consumida é o haxixe. O consumo regular de haxixe aumenta quarenta vezes a possibilidade de vir a

sofrer de uma doença mental, para além do provável afastamento de muitos amigos, conflitos familiares e quebra de rendimento escolar. Ao contrário da heroína, drogas como o ecstasy e a cocaína revelam tendências para a subida, pelo efeito estimulante que provocam. O foco permanente no consumo impossibilita a atenção às atividades habituais do grupo juvenil.

Um estudo realizado entre 1998 e 2002, com o objetivo de analisar a evolução da frequência do consumo de substâncias ilícitas refere que em Portugal houve um aumento para o dobro. (Matos, 2003). Verifica-se ainda que são os rapazes que mais referem consumir e é neles que se verifica um aumento mais substancial quando comparados os dados de 1998. Relativamente aos grupos etários, o consumo vai aumentando à medida que aumenta a idade – enquanto aos 11 anos a grande maioria dos jovens não consome, jovens com 15 e 16 anos ou mais são os que mais consomem, sendo que em 2002 cerca de um quarto dos mais velhos refere consumir com frequência. Este aumento diz respeito ao consumo de haxixe, relativamente ao consumo de estimulantes também se denota um aumento embora não tão acentuado, no caso da heroína/cocaína o aumento não é significativo. Os rapazes apresentam-se como os maiores consumidores em qualquer tipo de drogas.

### Capítulo III – Conceito de Bem-Estar

De acordo com Bowling (2001), as definições teóricas de felicidade, satisfação com a vida, bem-estar, “boa-vida” e a qualidade de vida têm vindo a atrair muita confusão conceptual. Embora os autores recorram a diferentes terminologias e delimitações teóricas e conceptuais (bem-estar, felicidade, afetos, emoções, satisfação com a vida, etc.), podemos facilmente remeter a génese de investigação para o período da Grécia Antiga, onde filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles procuravam definir os elementos essenciais à experiência humana positiva enquadrados na promoção do prazer e da felicidade (Fernandes, 2007).

O conceito de bem-estar tem sido explorado por diversas disciplinas, tais como a geografia, filosofia, economia para a saúde, publicidade, promoção de saúde, medicina, sociologia e psicologia.

Segundo Novo (2003), o bem-estar é uma área de estudo extremamente ampla e a investigação efetuada reflete importantes diferenças teóricas, metodológicas e empíricas na conceção e operacionalização do construto bem-estar.

Desde há algumas décadas que a conceção de saúde inclui como conceito chave e determinante o bem-estar. Por consequência, encontram-se na literatura diferentes proposições teóricas para bem-estar, de acordo com os diferentes entendimentos de diversos autores.

As primeiras tentativas de medir o bem-estar (BE) tiveram início nos anos 50 e 60 com a perspetiva de que a felicidade não poderia ser medida apenas pelos bens materiais. O resultado disto foi o movimento dos indicadores sociais (objetivos). Este movimento, surgiu como um meio de monitorizar alterações em aspetos não económicos da vida Americana, e incluíram um vasto leque de atividades, eventos de vida e características de indivíduos.

As primeiras teorias debruçaram-se sobre os fatores externos (*bottom-up*) que consistentemente afetam a felicidade, mas com a mudança de ênfase para os fatores internos (*top-down*) inerentes ao indivíduo descobriram que os fatores objetivos (externos) são apenas responsáveis por uma pequena parte do Bem-Estar (Diener et al., 1999).

Como já tivemos oportunidade de referir a atenção dispensada ao tema não é recente. Desde a Grécia antiga, filósofos como Aristóteles já tentavam decifrar o enigma da existência feliz. Enquanto filósofos ainda debatem a essência do estado de felicidade, pesquisadores empenharam-se, nas últimas três décadas, para construir conhecimento e trazer evidências científicas sobre bem-estar. Todavia, nunca como na última década, o estudo do bem-estar esteve tão em foco, predominantemente integrado no âmbito da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Diversos estudiosos, nos últimos anos, através dos seus trabalhos de investigação, conseguiram instalar o conceito de bem-estar no campo científico da psicologia e transformá-lo em um dos temas mais enfaticamente discutidos e aplicados para compreender os fatores psicológicos que integram uma vida saudável. Atualmente, pesquisadores espalhados por diversos países estão empenhados em descobrir o quanto as pessoas se consideram felizes ou em que medida são capazes de realizar plenamente as suas potencialidades. Esses estudiosos, embora utilizem duas perspectivas distintas, investigam um tema complexo denominado bem-estar (Siqueira & Padovan, 2008).

Deste intenso trabalho, resultaram as concepções científicas mais proeminentes da atualidade sobre bem-estar no campo psicológico podendo, segundo Ryan e Deci (2001), ser organizadas em duas perspectivas: uma que aborda o estado subjetivo de felicidade (bem-estar hedónico), denomina-se “bem-estar subjetivo” (subjective well-being: SWB) e tem em Ed Diener o seu principal investigador e sistematizador de conhecimentos (Novo, 2003); e, outra que investiga o potencial humano (bem-estar eudemónico) e trata de “bem-estar psicológico” (psychological well-being: PWB) que tem na investigadora Carol Ryff a sua principal referência.

Para Siqueira & Padovan (2008), na visão desses autores, essas duas tradições de estudo refletem visões filosóficas distintas sobre felicidade: enquanto a primeira (hedonismo) adota uma visão de bem-estar como prazer ou felicidade, a segunda (eudemonismo) apoia-se na noção de que bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, ou seja, em sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso.

Curioso notar que a própria discussão filosófica e científica entre hedonismo e eudaimonia como derradeiros objetivos de vida, assim como, as diversas traduções e significados propostos, indiciaram uma multiplicidade de conceitos, dimensões psicológicas e operacionalizações que influenciaram a área de estudo do bem-estar. Daí, o conceito surgir com diversos significados para diferentes investigadores (qualidade de

vida, satisfação com a vida, felicidade, otimismo, autoestima, entre outros) (Novo, 2003).

Em síntese e, de acordo, com Fernandes (2007), o domínio de investigação da dinâmica psicológica do bem-estar, constitui-se, nos dias de hoje, por duas perspectivas que se organizam em torno de dois modelos, que apesar de partilharem do mesmo objeto de estudo, possuem diferentes origens, percursos e orientações teórico-empíricas. O Bem-Estar Subjetivo (BES) que visa a compreensão da dimensão afetiva (felicidade) e cognitiva (satisfação com a vida) da avaliação subjetiva de cada indivíduo faz das suas experiências de vida, enquanto o modelo intitulado de Bem-Estar Psicológico (BEP), baseia-se em diversas concepções da autorrealização e crescimento pessoal, propõe um modelo multidimensional de funcionamento psicológico positivo constituído por seis dimensões: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos na vida e aceitação de si.

### **3.1 – Bem-estar psicológico**

De acordo com Novo (2003), a concepção de BEP foi desenvolvida a partir de duas assunções prévias: a) a primeira mais geral e comum ao modelo do BES, postula que o estudo do sofrimento psicológico e das desordens psicopatológicas não permite salientar as causas e consequências do funcionamento psicológico positivo; e, b) que a concepção do BES é muito restritiva, pelo que um novo conhecimento do bem-estar não se deve apoiar unicamente na ideia inquestionável de que a felicidade pessoal constitui o maior bem de todos os seres humanos, mas sim, nas diversas dimensões subjacentes ao funcionamento psicológico positivo.

Por conseguinte, as proposições acerca do conceito de bem-estar psicológico (BEP) apareceram como críticas à fragilidade das formulações que sustentavam BES e aos estudos psicológicos que enfatizaram a infelicidade e o sofrimento e negligenciaram as causas e consequências do funcionamento positivo (Siqueira & Padovan, 2008).

Os trabalhos de Ryff (1989) e, mais tarde, Ryff e Keyes (1995) são dois marcos na literatura sobre o tema. Segundo esses autores, as formulações teóricas em que se apoiam o campo de estudos de BES são frágeis por diversas razões.

Carol Ryff lançou os “alicerces” deste novo modelo formulado e definido a partir da exploração teórica e empírica, orientada em função de três preocupações fundamentais: a) abranger as características mais relevantes e comuns aos principais modelos teóricos de personalidade, da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica; b)

contemplar dimensões operacionalizáveis e relevantes no plano empírico e teórico com um sentido atual e significativo, face aos valores, crenças e ideias dos adultos a quem se aplicam e; c) integrar o bem-estar no âmbito da saúde mental, sendo esta entendida nas suas relações com a saúde em geral (Novo, 2003).

Como primeiro argumento, apontam o facto de que o clássico estudo de Bradburn (1969) que sugeriu a existência de duas dimensões na estruturação dos afetos (positivos e negativos) são resultantes do efeito de serendipidade, visto que Bradburn, na época, procurava identificar como certas mudanças sociais de nível macro (mudanças em níveis educacionais, padrões de emprego, urbanização ou tensões políticas) afetavam o padrão de vida dos cidadãos e este o seu senso de bem-estar, dando-se atenção mínima para compreensão de bem-estar. De modo similar, satisfação com a vida, postulada como componente cognitivo de BES, surge como tal após deslocamentos do conceito que emergiu no campo sociológico, sem que o mesmo tenha assento teórico consistente em psicologia (Siqueira & Padovan, 2008).

Como segundo argumento para sustentar as proposições de BEP, os autores (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) afirmam que dentro do campo de teorização psicológica existem diversas teorias que permitem construir conceções sólidas sobre o funcionamento psíquico, enfatizando-se os seus aspetos positivos.

Deste corpo teórico, basicamente desenvolvido nos anos 1950 e 1960, seria possível retirar suportes conceptuais para conceber o processo aplicado na resolução de desafios que se apresentam durante a vida (Keyes et al., 2002) e que constituem o entendimento central de BEP.

Segundo Siqueira e Padovan (2008), enquanto BES tradicionalmente se sustenta em avaliações de satisfações com a vida e num balanço entre afetos positivos e negativos que revelam felicidade, as conceções teóricas de BEP são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida.

De acordo com uma síntese apresentada por Ryff (1989), após análise e revisão da literatura, a estrutura de uma abordagem acerca do funcionamento psicológico positivo apoia-se em diversas teorias clássicas existentes em psicologia que se assentam em uma abordagem clínica, ressaltando-se, entre outras, as que tratam particularmente dos fenómenos da individuação (Jung, 1933), autorrealização (Maslow, 1968), maturidade (Allport, 1961) e completo funcionamento (Rodgers, 1961). Também foram utilizadas, nesse mesmo intento, visões teóricas sobre desenvolvimento humano (Erickson, 1959;

Neugarten, 1973), incluindo-se nesse domínio o uso das formulações sobre estágios de desenvolvimento, bem como as descrições de mudanças na personalidade nas fases adulta e de velhice. Ao lado de todas essas vertentes, também foram utilizadas as proposições relativas à saúde mental (Jahoda, 1958), aplicadas para justificar o conceito de bem-estar como ausência de doença e fortalecer o significado de saúde psicológica.

Para Fernandes (2007) o construto de bem-estar psicológico estabelecido por Ryff, assenta nas dimensões obtidas a partir da análise da convergência de teorias existentes acerca do funcionamento psicológico positivo e desde a sua formulação que se afirmou distinto, alternativo e no entanto, concomitante às formulações de bem-estar previamente formuladas (e.g. Diener, 1984; Warr, 1978, 1990). O seu âmbito de desenvolvimento sustentou-se na análise das variáveis psicológicas que constituem uma avaliação positiva da pessoa e seu florescimento psicossocial, tendo este ocorrido em indivíduos em idade adulta e avançada. Ainda de segundo o mesmo autor, a matriz teórica de base do desenvolvimento do BEP surgiu a partir da exploração de diversas teorias fenomenológicas da personalidade, das teorias clínicas e das teorias psicológicas de desenvolvimento, além do critério de saúde mental positiva, que desenvolvido no sentido de permutar as definições de mal-estar pelas de bem-estar, pretendeu oferecer uma descrição extensiva da interpretação nocional do funcionamento positivo.

Tomando como referenciais todas essas concepções teóricas e, especialmente, as que permitiam delas abstrair visões distintas do funcionamento psicológico positivo, Ryff (1989) elaborou uma proposta integradora ao formular um modelo de seis componentes de BEP, reorganizado e reformulado posteriormente por Ryff e Keyes (1995), cujas definições são apresentadas a seguir.

**Autoaceitação:** Definida como o aspeto central da saúde mental, trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade. Atitudes positivas sobre si mesmo emergem como uma das principais características do funcionamento psicológico positivo.

**Relacionamento positivo com outras pessoas:** Descrito como fortes sentimentos de empatia e afeição por todos os seres humanos, capacidade de amar fortemente, manter amizade e identificação com o outro.

**Autonomia:** São seus indicadores o *locus* interno de avaliação e o uso de padrões internos de autoavaliação, resistência à aculturação e independência acerca de aprovações externas.

**Domínio do ambiente:** Capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas, de participação acentuada em seu meio e manipulação e controle de ambientes complexos.

**Propósito de vida:** Manutenção de objetivos, intenções e de senso de direção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado.

**Crescimento pessoal:** Necessidade de constante crescimento e aprimoramento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam em diferentes fases da vida.

A sintetização das seis dimensões do modelo proposto por Carol Ryff define a delimitação conceptual do bem-estar, sendo este subjugado aos valores, ideais e expectativas das pessoas a quem elas se aplicam; este processo é predominantemente efetuado de acordo com um referencial de desenvolvimento positivo através da promoção das dimensões fundamentais da saúde mental positiva. (Fernandes, 2007).

Para Novo (2003), o mérito de Carol Ryff foi o de identificar os pontos de convergência das diversas formulações teóricas e transportá-las do plano teórico para o plano empírico, operacionalizando as qualidades fundamentais que delas emergem. O modelo síntese de bem-estar que esta investigadora propôs permitiu centrar as dimensões nucleares do funcionamento psicológico positivo, colmatando o caráter restritivo e atóxico do modelo BES e integrando o bem-estar no âmbito da saúde mental positiva.

Deste modo, a autora referenciada, salientou que apesar das inúmeras perspectivas teóricas existentes acerca da promoção do bem-estar para além da diminuição ou ausência da doença, estas nunca tiveram um devido impacto na investigação sobre o BEP.

Os seis fatores psicológicos, enquanto dimensões derivadas das formulações teórico-empíricas, assumem-se de igual importância e magnitude, pelo que a sua análise permite um fator de ordem superior, o bem-estar psicológico global (Ryff & Keyes, 1995).

Assim, cada dimensão deste modelo teórico contempla os diversos desafios existenciais que os indivíduos enfrentam na sua “conquista” do bem-estar (Fernandes, 2007).

### **3.1.1 – Bem-estar psicológico e atividade física**

Cid e colaboradores (2007) consideram que hoje em dia existem amplas evidências científicas de que a atividade física regular tem benefícios inquestionáveis para a saúde

física e psicológica, que por sua vez são causadores de um impacto significativo no bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Barros (1993) “A qualidade de vida é um conceito amplo que integra a noção de bem-estar ou felicidade (...) e o exercício físico habitual influencia essa qualidade de vida de diferentes formas” , pp.50.

Brownell (1995) afirma que, além dos benefícios fisiológicos, o exercício físico gera efeitos psicológicos positivos, tais como melhora do humor, redução do stresse, aumento da autoestima devido à melhora da autoeficiência e esquemas cognitivos que favorecem o raciocínio otimista.

Atualmente, existe uma ampla evidência de que o exercício regular e moderado tem benefícios inquestionáveis para a saúde física, psicológica e social, podendo contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Neste sentido, um número cada vez maior de pessoas tem vindo a recorrer à prática do exercício e da atividade física, como forma de procurar o seu bem-estar psicológico, face às novas exigências e pressões colocadas pela sociedade moderna, caracterizada por novas tecnologias e por novas formas de pressão e stresse (Cruz et al., 1996).

Como se sabe, o interesse humano em relacionar a mente e o corpo não é recente, a mítica expressão “*mens sana in corpore sano*” é um fiel reflexo da saúde mental proporcionada pela atividade física e o desporto (Dasil, 2004).

A procura do bem-estar psicológico e/ou equilíbrio emocional, muitas das vezes perdido devido às enormes exigências e pressões colocadas pela sociedade moderna, faz com que cada vez mais as pessoas adiram à prática de exercício físico como forma de escape da rotina quotidiana (Cruz et al., 1996).

Talvez por isso, seja comum ouvirmos frases do tipo: “porque me faz sentir bem”; “porque me ajuda a combater o stresse”; “ porque me ajuda a libertar a tensão”, quando procuramos justificações para o facto de as pessoas terem aderido a programas de atividade física.

Segundo Berger e McInman (1993), os benefícios psicológicos e fisiológicos do exercício e da atividade física têm-se tornado bastante evidentes, porém a investigação acerca da relação precisa entre exercício e benefícios psicológicos é ainda algo confusa e pouco clara, na medida em que a complexa relação entre exercício e bem-estar psicológico deriva, não só das diversas formas e tipo de exercício, mas também em função da idade, característica do treino, instrutor ou treinador, ambiente ou contexto em que se realiza, etc.

O fórum mundial realizado em 1995, dedicado à problemática da atividade física saúde e bem-estar postulou que as evidências empíricas, vivenciadas pelos sujeitos que praticam exercício, são amplamente comprovadas pelo conhecimento científico que tem sido produzido nos últimos anos, tornando claro que a atividade física influencia positivamente não só a saúde física, como a psicológica, sendo a sua prática um fator fundamental em todas as fases do ciclo da vida humana, desde a infância até à idade mais avançada.

O crescente interesse pela investigação nesta área, levou a ISSP – International Society of Sport Psychology, a publicar um documento relacionando a atividade física e os benefícios psicológicos, na qual vem expresso que o exercício a longo prazo está geralmente associado a uma redução dos níveis de ansiedade e stresse, à diminuição de depressões, ao aumento da autoestima e como fator gerador de efeitos emocionais positivos.

A maioria das posições que defendem a importância da atividade física na saúde mental, centra-se na defesa das relações entre corpo-mente, tais como: situações de controlo e mestria, derivadas da prática de exercício físico e da melhoria da condição física, que levam a sentimentos de bem-estar psicológico (Cruz et al., 1996).

Nesta linha de pensamento, Ferreira (2004), considera que é geralmente aceite que a prática regular de exercício ou atividade física, além de outros benefícios para a saúde, ajuda a libertar tensão e melhora o bem-estar psicológico.

Em nosso entender, a atividade física não pode continuar a ser vista como uma simples forma de gastar calorias, por razões puramente estéticas, mas sim, como um meio para a promoção da saúde a todos os níveis.

De acordo com Cid e colaboradores (2007), ao que tudo indica, o exercício físico pode desencadear a sensação de vigor que conduz ao bem-estar psicológico. Este sentimento, parece que se reflete igualmente no aumento dos estados positivos de humor e numa diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e stresse.

Esta situação vai de encontro ao “perfil iceberg” de Morgan que descreve as alterações dos estados de humor induzidas pela atividade física. Este perfil é caracterizado por diversos autores, por um aumento dos estados de humor positivos (ex. vigor) e uma diminuição dos negativos (ex. tensão, depressão, hostilidade, fadiga e confusão).

O trabalho de Romero e Alves (2004), ao implementarem um programa de atividade física para idosos (programa com a duração de três meses), para analisarem a influência

do exercício físico nos estados de humor, concluíram que o “perfil iceberg” não só se mantém no final do programa, como se acentuam as diferenças entre os estados positivos e negativos de humor, reforça o mencionado anteriormente.

Se a prática de atividade física influencia positivamente o bem-estar psicológico dos indivíduos, como parecem evidenciar alguns estudos, será interessante perceber melhor como se poderá operacionalizar um programa de atividade física de modo a potenciar ao máximo os benefícios do foro mental, induzidos pelo exercício.

Segundo a ISSP – International Society of Sport Psychology, para se beneficiar dos efeitos psicológicos da atividade física há que alternar o exercício do tipo anaeróbico com o aeróbio. No entanto, deve-se dar prioridade à atividade aeróbia (ex. jogging, footing, natação, ciclismo) de uma forma não competitiva e menos intensa, privilegiando, sempre que possível, as atividades em grupo e de contacto com a natureza. Sessões de 20 a 60 minutos, de 3 a 5 vezes por semana, com uma intensidade entre os 60%-90% da FCMax (frequência cardíaca máxima) são os fatores chave para que o exercício físico possa originar benefícios psicológicos mais consistentes.

De acordo com algumas fontes, citadas por Dosil (2004), durante a elaboração de um programa de exercício, é fundamental ter em linha de conta uma série de indicações para que se possa garantir o seu êxito. As mesmas devem ser dirigidas à conduta dos sujeitos face à atividade física: no incentivo (ex: educação para o exercício através da criação de um clima motivacional positivo e atividades atrativas – avaliação das expectativas e custos-benefícios), na facilitação (ex: criação de infraestruturas pessoais e de uma rede de suporte social para o exercício através da organização e gestão do tempo e das atividades), no controlo (ex: afirmação de um contrato comportamental através de uma programação das atividades e de estabelecimento de metas) e no reforço (ex.: regulação e/ou autorregulação da atividade através do ajustamento dos programas, reformulação dos objetivos e técnicas cognitivas, que permitam aumentar e/ou reforçar a sensação de bem-estar geral).

Existem, comprovadamente, aspetos psicológicos e sociológicos que influenciam a adesão à prática de atividades físicas e que, igualmente, determinam a continuidade dessas práticas (Dishman, 1981).

Segundo Brito (1997) a atividade física moderada reduz a ansiedade, tem efeitos benéficos sobre as perturbações do humor (depressões), reduz os níveis de stress e provoca melhorias emocionais.

Na obstante, da apresentação de diferentes mecanismos e teorias explicativas, dos efeitos e benefícios do exercício físico nas variáveis psicológicas têm sido, ainda parece não existir, grandes acordos a esse respeito. O único e claro consenso, existente na investigação desta relação é que a prática de exercício provoca melhorias nas variáveis psicológicas.

Em suma, tal como nos demonstram as evidências científicas, é fundamental ter presente que o exercício físico é imprescindível para a saúde do ser humano, contribuindo de forma decisiva para o seu bem-estar físico, social e psicológico (Samulski, 2002).

### **3.1.2 – Benefícios psicológicos da atividade física**

Nos últimos anos temos assistido a importantes desenvolvimentos em áreas como a medicina psicossomática, medicina comportamental, psicologia da saúde, psicoimunologia, todas elas chamando atenção para os efeitos dos processos psicológicos nos processos biológicos e bem-estar físico.

As relações exatas entre atividade física e benefícios psicológicos são ainda algo confusas, devido à elevada complexidade de tal relação.

Berger e McInman (1993) assinalam que esta complexidade da relação entre atividade física e bem-estar psicológico, é devida às várias formas e tipos de “exercício” que existem:

- Atividades de grupo ou individuais.
- Desporto de competição e desporto ou atividade física de lazer.
- Atividades aeróbias e anaeróbias.
- Exercício físico crónico e agudo.
- Atividades realizadas por pessoas com grandes diferenças ao nível das suas aptidões físicas e das suas competências.

Paralelamente, outros fatores podem intervir em tal relação. Por exemplo, tal como acontece com os benefícios físicos, é possível que os benefícios psicológicos também variem não só conforme os diferentes modos ou modalidades de exercício, mas também em função de fatores como: a idade dos praticantes (ex: crianças, jovens, adultos ou idosos), as características da prática e do treino, o ambiente ou contexto em que se realiza, os instrutores e treinadores, a “população” em causa (ex: população “normal”, população “psiquiátrica”, idosos, etc.).

Todavia, e tendo em linha de conta a complexa relação entre a relação entre atividade física e benefícios psicológicos, Berger e McInman (1993) referiram que com base nos resultados das investigações e estudos já efetuados, conclui-se que a prática de atividade física regular pode estar associado à promoção do bem-estar psicológico, surgindo cinco generalizações associadas a esse facto:

1 - decréscimos agudos e acentuados em sintomas relacionados com o stresse (ansiedade, depressão e irritação) têm estado essencialmente associados a sessões únicas de exercício em participantes da chamada população “normal”;

2 - os decréscimos a longo-prazo nos níveis de ansiedade e depressão que estão associados a programas de exercício crónico parecem ocorrer mais frequentemente em membros das chamadas populações “psiquiátricas” (pessoas hospitalizadas ou pacientes de clínicas, com problemas do foro psiquiátrico ou psicológico);

3 - o exercício parece ser tão eficaz como outras técnicas e estratégias mais tradicionais de redução do stresse, não só na redução da ansiedade, mas também da tensão, depressão e irritação;

4 - o envolvimento no exercício aeróbio e/ou elevados níveis de aptidão física parecem estar associados a respostas psicológicas mais adaptativas, após exposição a agentes psicossociais de stresse e;

5 - a participação em atividades de natureza aeróbia e em exercício menos intenso (ex: “jogging”, natação de manutenção, caminhar ou “passear”) parece funcionar como “moderador” ou “tampão” da relação entre acontecimentos negativos da vida e a doença física.

Para Matos & Sardinha (1999), um estilo de vida ativo, incluindo uma prática regular de atividade física, como tem sido insistentemente sublinhado, permite melhorar a qualidade de vida dos indivíduos de várias formas, sendo frequentemente salientados os seguintes benefícios físicos e psicológicos associados à prática da atividade física:

- aumento da reserva de esteroides com o seu efeito protetor na adaptação ao stresse;
- alívio da tensão muscular;
- a redução da dor e estados alterados de consciência sentidos como “estar bem fisicamente”, ou “estar em forma”, relacionados com uma maior produção de neurotransmissores e uma maior libertação de endorfinas (estes fatores estão também relacionados com o efeito benéfico que o exercício tem sobre as perturbações do humor/depressão);

- uma percepção de “sentir-se bem” (bem-estar);
- uma maior percepção de eficácia pessoal e controlo pessoal;
- um período de atividade que possibilita um tempo de afastamento e de distração face aos problemas do quotidiano;
- reforço social (reconhecimento ou incentivo dos outros, companhia para as atividades, ocupação do tempo livre em grupo).

Adicionalmente, Plante (1993), sugere também que muitos dos resultados positivos da atividade física talvez derivem dos “ganhos” psicológicos experienciados pelo facto de se tentar ser apto do ponto de vista físico (ou “estar em forma”), muito mais do que (ou pelo menos para além) dos “ganhos” de aptidão física por si só.

Por outras palavras, a percepção de aptidão física (mais do que a aptidão física real e atual) pode estar associada a melhorias no funcionamento psicológico, nomeadamente pelo seu impacto nas expectativas de autoeficácia e no aumento de comportamentos que promovam a saúde física e mental (ex. menor consumo de álcool e tabaco). Apesar disso, Plante (1993), conclui que até ao momento “nenhuma teoria ou grupo de teorias foi confirmada com suficiente evidência científica”.

Na mesma linha de ideias, Landers (1994) afirma que, embora seja tentador acreditar que a atividade física possa estar na base de reduções dos níveis de ansiedade, depressão e reatividade ao stresse, permanece ainda por esclarecer se é o exercício, por si só, ou outras variáveis associadas e mediadoras que afetam e moderam os efeitos psicológicos da atividade física.

De facto, tal como Landers (1994), outros autores acreditam que nenhum mecanismo ou hipótese explica, por si só, os resultados da investigação. Pelo contrário, eles afirmam que a solução parece estar em modelos suficientemente compreensivos e integradores do comportamento e da adaptação humana, que conciliem o sistema dinâmico de inter-relações e interdependências entre variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

Se bem que a atividade física regular permite a obtenção de benefícios para a saúde, existem características pessoais e contextuais que influenciam a sua adoção, entre elas assinalamos a percepção de autoeficácia (Fletcher & Banasik, 2001), a resistência de oportunidades para a prática (Rutten, et al., 2001), a motivação e a história da prática na infância, como fatores importantes na adoção e manutenção de uma prática de atividade física regular.

Em suma, o papel da atividade física na promoção do bem-estar psicológico parece estar a assumir-se com uma importância crescente, em face do também número crescente de pessoas que se confrontam com problemas do foro psicológico. Os benefícios psicológicos da prática da atividade parecem ser mais ou menos evidentes, nomeadamente pelo seu impacto positivo e melhorias em aspetos como a autoestima e imagem-corporal, o funcionamento cognitivo, o aumento das perceções de controlo e autoeficácia pessoal e a melhoria da autoconfiança.

### **3.1.3 – Estudos relacionadas com o bem-estar psicológico**

Keyes e colaboradores (2002) procuraram apresentar evidências empíricas sobre as relações entre BES e BEP, num estudo com uma amostra de 3.032 americanos com idade entre 25 e 74 anos. Análises fatoriais confirmaram que os dois conceitos, embora mantivessem correlações entre si, poderiam ser considerados distintos e serem mantidas suas identidades conforme consta na literatura. Os resultados do estudo também revelaram que um estado ótimo de bem-estar, definido pelas autoras como alto BES e alto BEP, aumentava com a idade, com o nível educacional, com fortes traços disposicionais, tais como extroversão e conscienciosidade, mas com o neuroticismo, considerado este último um componente negativo da personalidade. Ao observar entre os participantes adultos de sua amostra quais eram as características de pessoas que apresentavam BES superior a BEP ou o inverso, verificou-se que entre eles estavam os mais jovens, que galgaram níveis educacionais mais elevados e que mostravam, como traço de personalidade, maior abertura a experiências.

Já Biddle (1995), ao rever vinte e sete estudos relacionados com a problemática da atividade física e do BEP, encontrou fortes relações positivas (69%), associando a atividade física ao bem-estar psicológico.

Segundo Fernandes (2007), o estudo de Ryff (1989) analisou o contributo dos recursos económicos (autorreferenciados) na explicação da variância do bem-estar. Conjuntamente com os níveis de saúde, a dimensão financeira, constitui-se como uma variável algo proeminente na determinação das componentes do bem-estar, contribuindo para 18% da variância da aceitação de si, 7% das relações positivas com os outros, 3% da autonomia, 17% do domínio do meio, 14% dos objetivos na vida e 13% do crescimento pessoal; mais ainda, foi a variável que permitiu predizer (significativamente) todas as dimensões do modelo de BEP.

Ruini e colaboradores (2003) analisaram a relação do bem-estar com os traços de personalidade (dependência de recompensa, evitamento de dano e procura de novidades) e o distresse psicológico. A amostra utilizada para levarem a cabo este estudo foi composta por 450 sujeitos italianos com idades entre os 18 e os 85 anos. Os autores verificaram através da análise fatorial exploratória que as dimensões do modelo de BEP agregaram-se num fator distinto do distresse e personalidade, à exceção da autonomia, crescimento pessoal e relações positivas que igualmente saturaram significativamente no fator das dimensões da personalidade procura de novidades e dependência de recompensa. Outro resultado a realçar foi a baixa e negativa correlação entre as escalas de distresse e o bem-estar, o que reforça a posição de que não é metodologicamente correto, assumir o BEP enquanto ausência de distresse.

Isto porque, de acordo com Fernandes (2007), as dimensões do modelo de BEP carregaram num fator diferente dos traços de personalidade, sendo que os autores sugeriram que as variáveis do BEP representam uma predisposição alusiva ao ótimo funcionamento positivo, enquanto as componentes do bem-estar refletem avaliações subjetivas do indivíduo e da sua vida e não unicamente uma referência e características peculiares e pessoais da personalidade.

Já Paridise e Kernis (2002) realizaram um estudo, no qual procuraram compreender a relação complexa entre autoestima e o modelo de BEP. Nesta investigação a autoestima não foi avaliada apenas a nível global, mas também a respeito da sua estabilidade (magnitude de alteração dos níveis de autoestima momentâneos/situacionais). Este estudo permitiu identificar interações entre o nível de estabilidade da autoestima para as dimensões aceitação de si, relações positivas com os outros e crescimento pessoal. Todavia, no que concerne à estabilidade, pessoas com níveis mais estáveis de autoestima demonstraram mais autonomia, domínio do meio e objetivos na vida, enquanto níveis mais instáveis de autoestima evidenciaram menores valores de aceitação de si e relações positivas com os outros. Esta investigação, além de comparar níveis de autoestima distintos, destacou a existência de diferentes relações entre os aspetos do BEP e a estabilidade da autoestima.

Relativamente a estudos transculturais envolvendo o BEP, o estudo levado a cabo por Ryff, Lee e Na (1993) é uma referência obrigatória. Neste estudo, os autores comparam as Escalas de BEP numa amostra adulta norte-americana e noutra sul-coreana. Segundo as hipóteses do mesmo, os aspetos mais orientados para o indivíduo (aceitação de si e crescimento pessoal demonstraram maior significância na amostra

norte-americana, pelo contrário, as relações positivas com os outros forma mais enaltecidas pelos sujeitos sul-coreanos. A comparação entre sexo e culturas diferentes revelou semelhanças em ambas as amostras, tendo as mulheres reportado níveis mais elevados de relações positivas com os outros e de crescimento pessoal. Ao nível de uma análise qualitativa, efetuada pelos responsáveis por esta investigação, verificou-se que os sul-coreanos, quando comparados com os norte-americanos, enfatizaram mais o bem-estar de outras pessoas, aquando da sua própria definição de BEP, o que em parte faz todo o sentido, dada a conceção das culturas coletivistas, nas quais o sujeito é percebido como inerentemente relacionado com outros e inseparável do seu contexto sociocultural (Fernandes, 2007).

Em termos nacionais, o mais recente estudo que versa acerca desta problemática, que tenhamos conhecimento é o de Fernandes e colaboradores (2011), intitulado de satisfação escolar e BEP em adolescentes portugueses. Através da análise do efeito de variáveis sociodemográficas (género, idade, local de residência, estatuto socioeconómico e relação com os pais) nos níveis de satisfação escolar e o contributo desta dimensão para a explicação do bem-estar psicológico dos alunos, de acordo com o modelo de Ryff (1989), os autores procuraram demonstrar a importância da satisfação com o contexto escolar nos níveis de saúde e BEP dos adolescentes. A amostra foi constituída por 698 adolescentes (381 raparigas e 317 rapazes) com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ( $M=15.02$ ,  $DP=1.83$ ). Os principais resultados demonstraram não existirem diferenças significativas de satisfação com a escola entre género, local de residência (rural vs urbano) e níveis de estatuto socioeconómico. Por outro lado, observou-se que a satisfação escolar diminui ao longo da idade e associa-se positivamente com melhores relações entre pais e filhos. Verificou-se, ainda, que a satisfação com a escola se correlaciona positivamente com todas as dimensões do bem-estar psicológico e exerce um efeito positivo moderado nos níveis de bem-estar global, mesmo após o controlo da influência das variáveis sociodemográficas.

### **3.1.3.1 – Estudos relacionadas com o bem-estar psicológico com amostras de alunos universitários**

Kitamura e colaboradores (2004) realizaram um estudo onde pretenderam determinar a estrutura fatorial das Escalas de BEP e constatar a influência de algumas experiências de vida jovens universitários japoneses. Os resultados demonstraram que as diferentes dimensões do BEP (à exceção do domínio do meio) se correlacionaram

negativamente com estados de ansiedade e depressão. Os investigadores verificaram ainda o seguinte:

a) A vivência de anteriores relações amorosas permitiu predizer maiores níveis de autonomia.

b) Experiências de vida promotoras de autoestima associaram-se casualmente com níveis mais elevados de crescimento pessoal.

c) Os estudantes do género masculino reportaram maiores níveis de domínio do meio, enquanto essa superioridade, enquanto as estudantes do género feminino demonstraram superioridade na dimensão relações positivas com os outros.

Das principais conclusões deste estudo, destaca-se o facto da relação com outras pessoas significativas favorecer o desenvolvimento da autonomia individual, assim como, a multiplicidade de experiências de vida anteriores (ocorridas durante a adolescência) influenciarem de forma complexa e diversa as diferentes componentes dos BEP durante a juventude.

No ocidente, os estudos de Georgios Vleioras (2005) procuraram identificar a relação a entre a formação da identidade e o BEP, visto verificar-se algum consenso na literatura em como a formação bem sucedida da identidade é de alguma forma determinante para a adaptação do sujeito adulto às exigências da sociedade moderna e consequentemente manifestação de emoções positivas. Nas investigações mencionadas foram utilizadas uma amostra de 230 alunos universitários gregos com idades compreendidas entre os 18 e 23 anos. Os principais resultados destes estudos foram os seguintes: ao nível sociodemográfico constatou-se uma correlação positiva entre a idade e a autonomia e diferenças significativas para as dimensões relações positivas com os outros, crescimento pessoal e objetivos na vida, tendo o género feminino reportado níveis superiores. No que disse respeito ao objetivo principal do estudo, os dados recolhidos verificaram distintas relações para os estilos de identidade: orientação informativa (perspetiva proativa de tomada de decisão), orientação normativa (concordância com normas decretadas por outros), orientação difusa (estado de descomprometimento com a vida) e compromisso na formação de identidade. Deste modo, a análise correlacional indicou que os estilos de identidade centrados no processo de formação da identidade (orientação informativa e compromisso) associaram-se positivamente com as dimensões do BEP, pelo contrário, a orientação difusa correlacionou-se negativamente e, por fim, a orientação normativa apenas se verificou uma associação linear negativa significativa com o domínio do meio. No que concerne

aos resultados da análise de regressão linear múltipla verificou-se que o estilo de identidade com maior valor preditivo no BEP (à exceção da dimensão autonomia) foi o compromisso na formação de identidade, tendo a orientação informativa unicamente predito o crescimento pessoal. Por outro lado, a orientação difusa, caracterizada por um descomprometimento na formação da identidade, permitiu predizer negativamente o domínio do meio, relações positivas com os outros, objetivos na vida e crescimento pessoal.

Em termos nacionais, Moreira (2001) realizou um estudo focalizado na análise da relação entre a atividade física e o bem-estar, numa amostra composta por 602 estudantes universitários (300 do género masculino e 302 do género feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos, do concelho de Viseu. Os resultados deste estudo, a um nível médio, demonstraram valores superiores para as escalas crescimento pessoal, relações positivas com os outros e objetivos na vida, tendo o género feminino evidenciado um nível médio superior para a dimensão crescimento pessoal. Contudo, quando analisados os valores das escalas de BEP, no que concerne, às perceções de condição financeira, atração física, saúde e satisfação académica, verificou-se que valores mais favoráveis para as variáveis apresentadas traduziram-se em valores mais elevados dos níveis de BEP, sendo essas diferenças significativas para a maioria das correspondências (exceção para os valores de autonomia e crescimento pessoal, relativos às perceções de condição financeira). Por fim, constatou-se que as dimensões de BEP se correlacionavam positivamente com a satisfação com a vida, oscilando entre o valor máximo para a aceitação de si (0,71) e o valor mínimo para a autonomia (0,37).

Procurando sintetizar esta parte do trabalho que consistiu numa extensa revisão de literatura em torno dos três conceitos chave em estudo, Atividade Física, Estilos de Vida e Bem-Estar Psicológico, diremos o seguinte:

- as civilizações modernas, adotam de uma forma generalizada, comportamentos sedentários, embora reconheçam os benefícios da atividade física na saúde;
- o mundo ocidental assistiu a um aumento exponencial das doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas, associado a alterações dos estilos de vida, nomeadamente, o tabagismo, inatividade física (sedentarismo) e a uma alimentação não saudável;

- a maior causa de mortalidade, atualmente, está intimamente relacionada com o estilo de vida. Neste aspeto, são muitas as informações que revelam e associam que estilos de vida ativos, em conjunto com outros comportamentos positivos têm efeitos benéficos muito positivos para a saúde, além de começarem a aparecer evidências definitivas acerca das causa-efeito da relação entre um aumento da atividade física habitual e os benefícios esperados para a saúde;
- é cada vez mais consensual que as variáveis que formam parte de estilos de vida saudáveis, destaca-se a prática da atividade física, que sendo estruturada e praticada regularmente está intimamente associada com benefícios psicológicos, bem-estar pessoal e uma boa qualidade de vida;
- o conjunto de evidências que sugerem que a prática de atividade física pode melhorar as funções cognitivas e proporcionar um melhor bem-estar em pessoas que padecem de alguma doença mental, como os transtornos de ansiedade, depressão ou stresse, tem crescido substancialmente nas últimas duas décadas;
- parece indubitável que a adolescência e, em seguida, a entrada no ensino superior ou no mundo do trabalho são períodos cruciais na manutenção ou no abandono da atividade física como parte do estilo de vida;
- começa a existir alguma unanimidade em torno da evidência de que a prática de atividade física regular e moderada carrega consigo benefícios inquestionáveis para a saúde física, psicológica e social, podendo contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

## **Parte II – Estudo Empírico**

## Capítulo IV – Metodologia

No decorrer de um estudo como este, importa definir e sistematizar com grande clareza e objetividade todos os procedimentos a realizar. Por conseguinte, após termos efetuado o enquadramento teórico dos diversos conceitos implícitos neste estudo, bem como uma revisão geral dos diversos autores que produziram trabalhos nesta área de investigação, daremos seguimento ao nosso estudo com a apresentação dos procedimentos metodológicos nele adotados.

Neste capítulo dedicado à metodologia, iremos apresentar a delimitação do estudo, o seu objetivo, o desenho e as questões de investigação subjacentes, bem como, procederemos à caracterização da amostra, à caracterização e descrição dos instrumentos de medida utilizados e à descrição dos procedimentos efetuados no tratamento estatístico dos dados recolhidos.

### 4.1 – Delimitação do tema

Cid e colaboradores (2007) referem que hoje em dia existem amplas evidências científicas de que a atividade física regular tem benefícios inquestionáveis para a saúde física e psicológica, que por sua vez são causadores de um impacto significativo no bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Nesta perspetiva e, fixando a fase final da adolescência como uma etapa sensível de aprendizagem e consolidação para a vivência de experiências que visem a promoção da saúde, através da promoção de estilos de vida saudáveis, remete-nos para o papel crucial que as Universidades deveriam desempenhar no fomento das práticas de atividades físicas.

Sobre este assunto a visão do Reitor da Universidade de Cádiz, elucida-nos claramente acerca da sua importância na seguinte citação “ As Universidades de Andaluzia consideram a prática desportiva como um aspeto fundamental na formação integral dos seus alunos. O desporto universitario é um excepcional e indispensável complemento que contribui para a educação de valores e adquirir determinadas competências que, dificilmente, podem desenvolver-se em nenhuma outra atividade humana” (Diego Máquez, Reitor da Universidade de Cádiz, cit. In: O desporto universitário em Andaluzia, 2010, p.11).

Nos dias de hoje é comumente aceite que, a ausência de atividade física sistemática, conduz a problemas de insuficiência motora, trazendo malefícios para a saúde, pelo que, torna-se extremamente necessário fomentar e valorizar as práticas de atividade física, de forma a encaminhar os diferentes tipos de populações para modos de vida saudáveis.

Concretizando, Lima (1991), diz-nos que numa primeira e urgente tarefa deveremos desenvolver o desejo de sermos fisicamente ativos e, mantê-lo pela adolescência e idade adulta.

Um apelo, claramente inequívoco da importância que atividade física tem na saúde das populações, chega-nos na mensagem que a Secretária de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, deixou no relatório de Atividade Física e Saúde (1996), que passaremos a transcrever numa versão traduzida “Nós Americanos sempre encontramos a vontade para mudar, quando a mudança era necessária. Eu acredito que nós em equipa podemos criar um novo movimento de atividade física neste País. Ao fazê-lo, nós iremos salvar preciosos recursos, preciosos futuros e preciosas vidas. O tempo para a ação e atividade é agora” p.2.

Como defendemos que a prática de atividade física regular, conjugada com as demais componentes de um estilo de vida saudável desempenham um importante papel no bem-estar psicológico, propusemo-nos efetuar este estudo.

#### **4.2 - Objetivo e principal questão do estudo**

Este estudo pretende caracterizar os hábitos de prática de atividade física dos alunos da Universidade do Algarve, bem como, diferenciar e relacionar a prática de atividade física com os conceitos Estilos de vida e o Bem-Estar Psicológico.

Atualmente, existe uma ampla evidência de que o exercício regular e moderado tem benefícios indubitáveis para a saúde física, psicológica e social, podendo contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

O crescente interesse pela investigação nesta área, levou a ISSP – *International Society of Sport Psychology*, a publicar um documento relacionando a atividade física e os benefícios psicológicos, na qual vem escrito que o exercício a longo prazo está geralmente associado a uma diminuição dos níveis de ansiedade e stresse, à diminuição de depressões, ao incremento da autoestima e como fator produtor de efeitos emocionais positivos.

Não obstante do conhecimento propagado sobre os efeitos positivos na saúde que a prática regular de exercício pode potencializar, uma esmagadora percentagem da população nas sociedades industrializadas é sedentária (i.e. cerca de 70%) ou abandona a prática nos primeiros seis meses (i.e. cerca de 50%), dando a entender que esses benefícios não são razões suficientes para que realizem atividade física (Cid et al., 2007).

Deste modo, pretende-se usar como suporte alguns estudos, quer ao nível de dissertações de mestrado e doutoramento, assim como estudos referenciados em bibliografia específica, que tenham associado os seguintes conceitos em questão (bem-estar psicológico, estilos de vida e atividade física), bem como as determinantes demográficas-biológicas e sócio-culturais da prática de atividade física em adolescentes \ pré-adultos, para confrontar com os nossos resultados.

A questão de fundo a investigar neste estudo é a seguinte:

A prática de atividade física regular exerce um efeito positivo decisivo no bem-estar psicológico e na adoção de estilos de vida saudáveis?

### **4.3 – Objetivos específicos do estudo**

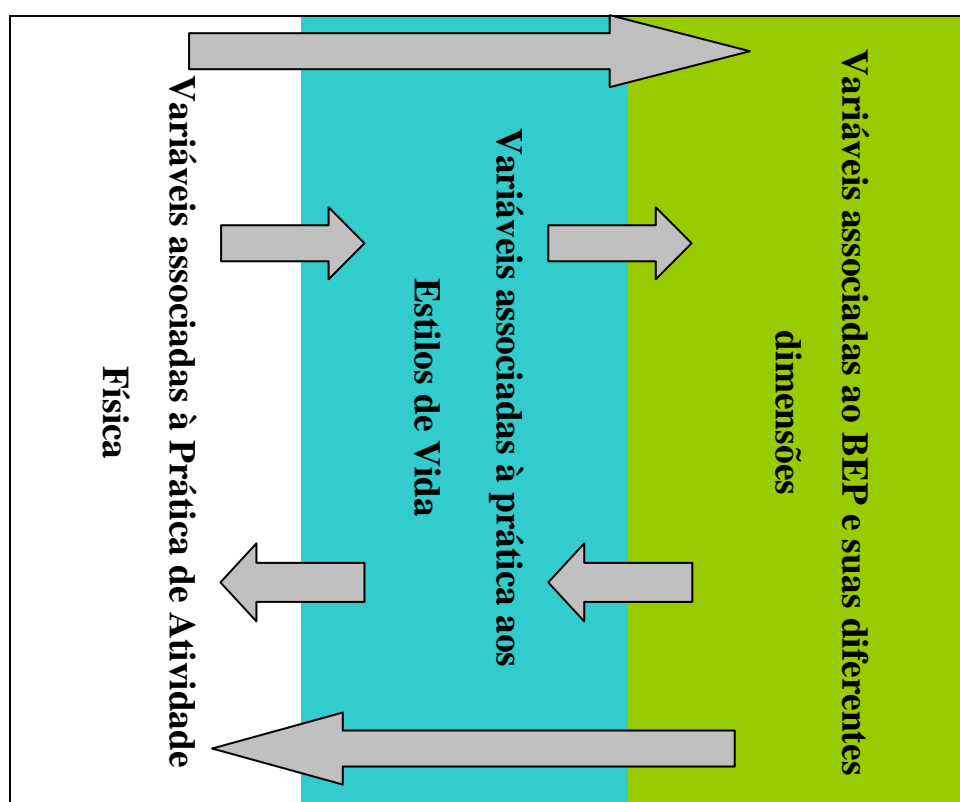
Seguidamente procederemos a uma explicitação dos objetivos da presente investigação. Por conseguinte, de um modo mais específico propomo-nos a perseguir e perceber os seguintes objetivos:

- 1 – Apurar o efeito da prática de atividade física regular nos valores dos estilos de vida e bem-estar psicológico.
- 2 - Verificar a influência da prática de atividade física regular na adoção de estilos de vida mais saudáveis nos sujeitos da nossa amostra.
- 3 – Identificar a existência de uma relação positiva ou não, entre a prática de atividade física e todas as dimensões do bem-estar psicológico.
- 4 – Determinar a relação entre os estilos de vida e o bem-estar psicológico nos indivíduos da nossa amostra.
- 5 – Estudar a relação dos consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, com a prática de atividade física, estilos e vida e bem-estar psicológico.

### **4.4 – Desenho da Investigação**

A figura 4.1 representa o desenho do estudo e das possíveis relações entre as variáveis que nos propomos estudar. O desenho da investigação está associado à estrutura lógica que se encontra subjacente a todo o processo de investigação (Barker,

Pistrang & Elliot, 2002). Neste sentido, trata-se de uma investigação não-experimental, descritiva e correlacional. Passando a fundamentar: não experimental, visto que nos centramos na medição das variáveis sem qualquer manipulação do ambiente externo; descritiva, na medida em que pretendemos conhecer a dimensão do fenómeno na nossa amostra, recorrendo para tal a estatísticas descritivas; correlacional, pois, procurámos verificar as relações entre as variáveis, por nós estudadas, através de medidas de associação (coeficientes de correlação).



**Figura 4.1** – Desenho orientador da investigação

#### **4.5 – Caracterização sócio-demográfica da amostra**

A amostra da presente dissertação é regional, constituída por alunos inscritos na Universidade do Algarve no ano letivo 2011 /2012, num total de 183 estudantes dos quais 95 (52%) são indivíduos do género feminino e 88 (48%) do género masculino.

Nesta amostra as idades estão compreendidas entre os 18 e os 52 anos, sendo a média e desvio padrão de  $22,52 \pm 4,11$  anos, respetivamente. No que concerne ao tempo em que os participantes frequentam o ensino superior na UALG, varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 11anos, sendo a média e o desvio padrão de  $3 \pm 1$  anos, respetivamente.

A amostra é composta por representantes de 35 cursos diferentes da UALG, sendo que os cursos de Psicologia e Desporto são os com maior representatividade com um contributo de 21 sujeitos cada (11,5%). Quanto ao ano de frequência do curso a amostra varia entre o primeiro e o quarto, sendo a média e o desvio padrão de  $2,25 \pm 0,8$ , respetivamente.

Relativamente ao grau académico a amostra é constituída por 162 (88,5%) alunos que frequentam um curso de Licenciatura e 21 (11,5) que frequentam um curso de Mestrado.

Importa ainda referir, que a presente amostra foi obtida pelo método de amostragem de conveniência, por isso, não aleatória, existindo a preocupação que a mesma fosse homogénea entre o género e a prática de atividade física regular, ou seja, fosse constituída por número semelhante de homens e mulheres, bem como, entre sujeitos do género masculino e feminino praticantes de atividade física regular e não praticantes de atividade física regular - composta por um conjunto de estudantes da Universidade do Algarve que demonstraram disponibilidade e interesse em participar no estudo.

#### **4.6 - Instrumentos**

Para aceder à informação pretendida para efetivarmos o nosso estudo, realizou-se um levantamento de medidas e escalas adequadas aos temas em discussão – prática de atividade física, estilos de vida e bem-estar psicológico. Para tal, elaborámos um questionário agregado (anexo A), com 4 instrumentos de recolha de dados diferenciados, que passaremos a apresentar seguidamente.

##### **4.6.1 – Ficha de caracterização individual**

A aplicação desta ficha de caracterização individual permite-nos ter um melhor conhecimento da amostra selecionada no que diz respeito a alguns dados de natureza sociodemográfica. Ela proporciona-nos dados importantes e pertinentes para a caracterização da amostra, relativamente aos:

- Dados biográficos – idade, género, tempo de frequência da Instituição, curso, grau de ensino.

- Dados relativos à mobilidade do indivíduo entre a residência e a universidade – meio de transporte utilizado; frequência semanal na universidade e distância da sua morada à Universidade.

#### 4.6.2 – Questionário prática de atividade física

As questões relacionadas com a prática de atividade física derivam de um questionário elaborado por Neto (1994) e adaptado pelo autor com o objetivo de aceder aos dados relacionados com a problemática da atividade física.

Os aspetos relacionados com os hábitos de atividade física, constituem parte do quadro de **variáveis dependentes**, incluindo itens como:

- Prática de atividade física e sua regularidade.
- Tipo de exercício físico realizado (forte e leve) e participação em atividades físicas federadas ou no âmbito do desporto universitário.
- Participação em competições desportivas.
- Padrão de prática de atividade física (refere-se ao padrão moderado de prática de atividade física, equacionado com base nas diretrizes internacionais para a prática de atividade física regular, as quais sugerem que esta seja realizada, pelo menos durante 30 minutos, com intensidade moderada, com a frequência de 5 ou mais vezes por semana).

#### 4.6.3 – Questionário dos estilos de vida

O Questionário dos estilos de vida (QEV) de Carvalho e Cruz (2006) foi o questionário utilizado para avaliar os estilos de vida dos indivíduos da amostra.

Trata-se de um questionário constituído por 31 itens, sendo que os sujeitos respondem a cada item do questionário através de uma escala tipo *Likert*, constituída por cinco graus, indo do (Nunca) ao (Sempre), sendo atribuído (1 nunca; 2= raramente; 3= algumas vezes; 4= frequentemente e 5= sempre). Estes itens procuram avaliar a qualidade do estilo de vida dos indivíduos em várias dimensões da sua vida, tais como: hábitos alimentares, hábitos de sono, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, prática de atividade física, comportamentos sexuais, comportamentos de segurança, integração social e suporte social, e consumos de cultura. Os itens que se referem a estilos de vida não saudáveis (2, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 22 e 27) são cotados de forma inversa. A cotação faz-se através do somatório da pontuação em cada item, sendo que as pontuações podem variar entre 31 e 155 pontos.

Em termos de fiabilidade, esta escala apresenta um coeficiente alfa Cronbach ( $\alpha = 0.81$ ) o que confirma a sua boa consistência interna e as correlações teste-reteste foram de 0.76 ( $p < 0.000$ ). Ao nível das correlações entre itens e o valor total variam entre

0.20 e 0.56 não se verificando melhoria na consistência interna com a retirada dos itens. A análise fatorial efetuada apurou 12 fatores, que explicam 61% da variância total, pelo que Carvalho e Cruz (2006) consideram tratar-se de um instrumento unidimensional,

Na nossa amostra, o cálculo da consistência interna da escala indicou índices de alpha de Cronbach ( $\alpha = 0.82$ ), o que reforça e atesta a boa consistência interna do instrumento para medir a variável estilos de vida.

#### **4.6.4 – Escala de bem-estar psicológico – versão de 30 itens para adolescentes**

O outro instrumento de recolha de dados a ser utilizado, será a escala de bem-estar psicológico – versão de 30 itens para adolescentes, adaptada por Fernandes (2007). Esta versão portuguesa adaptada para adolescentes das escalas de bem-estar psicológico de Carol Ryff, integra as seis escalas autónomas constituídas por indicadores de uma das dimensões do modelo de bem-estar psicológico de Carol Ryff, a saber: autonomia (itens 1, 7, 13, 19 e 25), domínio do meio (itens 2, 8, 14, 20 e 26), crescimento pessoal (itens 3, 9, 15, 21 e 27), relações positivas com os outros (4, 10, 16, 22 e 28), objetivos de vida (itens 5, 11, 17, 23 e 29) e aceitação de si (6, 12, 18, 24 e 30). O conjunto de 30 itens será respondido numa escala tipo Likert de 5 pontos (1: discordo plenamente a 5: concordo plenamente), que quando são somados por total de escala permitem analisar a variabilidade por dimensão das EBEP, enquanto quando adicionados na sua globalidade dão origem a um resultado designado de bem-estar global que se constitui como indicador do conceito base de bem-estar psicológico. Referir ainda que os itens 2, 5 e 19 estão definidos como itens invertidos, pelo que deverão ser sujeitos a uma permutação dos seus valores de resposta (e.g. 1=5, 2=4, 4=2 e 5=1, para uma escala de tipo Likert de 5 pontos), aquando da introdução de dados numa qualquer matriz.

Em termos de fiabilidade, esta escala apresentou, no estudo de Fernandes (2007), um resultados de consistência interna ( $\alpha = 0.90$ ) e uns coeficientes de correlação interfatores (entre 0,51 e 0,74). No que concerne aos *alpha de Cronbach* das diferentes dimensões, verificou-se o seguinte: autonomia ( $\alpha = 0.59$ ); domínio do meio ( $\alpha = 0.59$ ); crescimento pessoal ( $\alpha = 0.69$ ); relações positivas ( $\alpha = 0.63$ ), objetivos na vida ( $\alpha = 0.68$ ) e aceitação de si ( $\alpha = 0.70$ ),

No nosso estudo, o cálculo da consistência interna da escala indicou índices, ligeiramente inferiores dos *alpha de Cronbach*, para a escala no total ( $\alpha = 0.85$ ) e para as dimensões: autonomia ( $\alpha = 0.57$ ), domínio do meio ( $\alpha = 0.48$ ); crescimento pessoal

( $\alpha = 0.67$ ); relações positivas ( $\alpha = 0.62$ ) e superiores nas dimensões objetivos na vida ( $\alpha = 0.70$ ) e aceitação de si ( $\alpha = 0.76$ ).

#### **4.7 - Procedimentos**

A primeira etapa, por nós, realizada foi definir e localizar a população constituinte da nossa amostra, através do critério de conveniência, ou seja, estudantes do Ensino Superior da Universidade do Algarve. A amostra foi recolhida durante os meses de fevereiro a maio de 2012, por duas vias distintas, o grupo de alunos que não pratica atividade física regular foi recrutado através de uma abordagem direta aos inquiridos nas diversas Faculdades e espaços de socialização da Universidade de do Algarve, tais como, salas de estudo, biblioteca, refeitório, bar da Associação entre outros. O grupo de alunos que pratica atividade física regular foi recrutado, junto dos alunos inscritos nas aulas de grupo promovidas pelo Gabinete de Desporto da Universidade do Algarve e junto dos alunos / atletas inscritos nas equipas de modalidades coletivas da Universidade do Algarve.

O método de recolha da amostra baseou-se na aplicação do questionário agregado, constituído pelos instrumentos anteriormente mencionados. Ao abordarmos os inquiridos, era-lhes explicado o âmbito e objetivos do questionário e solicitada a sua participação, bem como da sua confidencialidade. Durante o seu preenchimento, estivemos sempre presentes e prontos a retirar alguma dúvida que pudesse surgir.

De salientar a enorme disponibilidade e colaboração de todos os intervenientes neste processo.

##### **4.7.1 – Procedimento de tratamento e análise de dados**

A informação recolhida através dos dados do questionário agregado, nomeadamente, as relacionadas com o Questionário dos estilos de vida e a Escala de Bem-Estar Psicológico (versão 30 itens) foram cotadas de acordo com os procedimentos sugeridos pelos respetivos autores, já mencionados anteriormente. Todos os dados recolhidos foram tratados e organizados estatisticamente através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS – versão 18) para Windows. Os dados recolhidos foram sujeitos a análises exploratórias, descritivas e correlacionais, para atingir os objetivos da presente investigação, assumindo um nível de significância de 0,50.

No que concerne ao tratamento estatístico, utilizámos a estatística descritiva, para apresentar o cálculo dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de forma a

conseguir organizar e analisar os dados relativos à amostra, recorrendo à média e ao desvio padrão como medidas de tendência central, e às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais para as variáveis em escala nominal.

De forma a analisarmos e compararmos as diferenças, entre grupos, das diversas variáveis independentes recorreremos à estatística inferencial, nomeadamente, a análise de variância – One Way Anova, Teste T de Student e Testes Post-hoc. Para comprovar as nossas hipóteses, utilizámos um nível de significância de  $p \geq 0,05$ , visto ser o valor utilizado para investigações nesta área.

## Capítulo V –Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos após o tratamento estatístico do questionário agregado aplicado no estudo, o qual nesta apresentação foi segmentado em partes diferenciadas para uma melhor organização da sua análise. Os resultados serão apresentados sobre a forma de tabelas e gráficos, procurando seguir a sequência e ordem da numeração das perguntas do questionário mencionado.

### 5.1 - Caracterização da amostra ao nível dos dados relativos à mobilidade dos indivíduos

Ao nível das características relacionadas com as variáveis sócio-demográficas, relacionadas com a vida diária dos sujeitos que compõem a nossa amostra, no que concerne ao meio de transporte utilizado com maior frequência para se deslocarem para a Universidade (tabela 3), 43,7% declara ser o carro, 30,1% afirmam vir a pé e 23,5% utilizam os transportes públicos. Cruzando os dados entre quem pratica e não pratica atividade física regular, verifica-se que a percentagem de alunos que vem a pé para a escola é praticamente a mesma, entre uns e outros, já os que praticam atividade física regular, no que concerne à utilização do carro são em número cerca de 40% superior e na utilização dos transportes públicos 50% inferior, quando comparados com os que não praticam atividade física regular.

**Tabela 5.1** - Meio de transporte utilizado com maior frequência para deslocação para a Universidade

	f	%
A pé	55	30,1
Bicicleta	1	0,5
Carro	80	43,7
Transporte Público	43	23,5
Outro	4	2,2
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

No que diz respeito à distância entre a residência e a Universidade (tabela 5.2), uma parte significativa dos alunos (31,1%) que integram a nossa amostra vive até 2 Km da

Universidade, 12,6% vive entre 2 a 5 Km, 27,9% mora entre 5 e 10 Km e 28,4% tem o seu local de residência a mais de 10 Km da Universidade.

**Tabela 5.2** – Distância entre a Residência e a Universidade.

	f	%
Até 2 Km	57	31,1
Entre 2 e 5 Km	23	12,6
Entre 5 e 10 Km	51	27,9
Mais de 10 Km	52	28,4
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

No que se relaciona com a frequência semanal de deslocções à Universidade, a grande maioria dos estudantes (66,6%) que integram a nossa amostra, deslocam-se à Universidade mais de 4 vezes por semana, sendo que 22,4% desloca-se entre 2 e 4 vezes e 11% apenas vai à Universidade entre nenhuma e duas vezes por semana (tabela 5.3).

**Tabela 5.3** – Número de vezes que se desloca à Universidade por semana.

	f	%
Entre 0 e 2	20	11
Entre 2 e 4	41	22,4
Mais de 4	122	66,6
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

## **5.2 - Caracterização da amostra ao nível das características relacionadas com a prática de atividade física.**

Apresentamos seguidamente a caracterização da amostra ao nível da prática de atividade física e outras variáveis associadas, na medida em que, a mesma constitui um dos três eixos centrais, nos quais assenta o nosso estudo

Na totalidade da amostra, verifica-se que a maioria dos estudantes (51,4%) afirma praticar atividade física regular, enquanto 48,6% declara não praticar atividade física regular. A distribuição entre estes dois grupos são reduzidas, exatamente porque no processo de seleção amostra esse foi um critério a levar em linha de conta

**Tabela 5.4** – Prática de atividade física regular. Totalidade da amostra e por género.

	Amostra		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	f	%	f	%	f	%
Sim	94	51,4	51	57,9	43	45,3
Não	89	48,6	37	42,1	52	54,7
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Na tabela 5.4 apresentamos, ainda, a distribuição da prática de atividade física por género, na qual podemos constatar que 57,9% afirma praticar atividade física regular, enquanto 42,1% afirma o contrário. Relativamente ao género feminino, a amostra revela que a maioria 54,7% declara não praticar atividade física regular e 45,3% afirma o contrário.

Na análise dos dados da amostra, podemos verificar, ainda, que o tipo de atividade praticada, pelos alunos que praticam atividade física regular, é bastante diversificada (composta por cerca de duas dezenas de atividades). Todavia, as modalidades de Futebol e de Futsal foram as que obtiveram maior percentagem de respostas com 7,7% e 6% respetivamente.

**Tabela 5.5** – Prática de atividade física na UALG. Totalidade da amostra.

	f	%
Sim	45	24,6
Não	138	75,4
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

Dos inquiridos 24,6 % afirmam praticar atividade física regular, aproveitando a oferta desportiva que a própria Universidade fomenta, enquanto 75,4% afirma não praticar qualquer atividade física na Universidade do Algarve (tabela 5.5). Todavia, se levarmos em linha de conta apenas os inquiridos que afirmaram praticar atividade física regular (51,4% da totalidade da amostra), verificamos 47,8 % dos mesmos pratica a sua atividade física regular usufruindo da oferta desportiva da própria Universidade do Algarve.

Quanto às modalidades praticadas, as mesmas são diversificadas, sendo que, as mais mencionadas por ordem de importância foram: o futebol (14), o futsal (11) e o basquetebol (9). Relativamente à questão há quanto tempo praticam, 60% afirmam há 1

ano ou ter iniciado no presente ano, enquanto 40% afirmam praticarem há mais de 2 anos.

No que se refere à frequência semanal com que praticam atividade física a referência a 3 a 4 vezes foi a situação mais reportada (Tabela 5.6).

**Tabela 5.6** – Frequência semanal da prática regular de atividade física.

	f	%
Entre 1 e 2	21	22,3
Entre 3 e 4	51	54,3
Mais de 4	22	23,4
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Quanto ao número de horas semanais referidas pelos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular, as mesmas variam entre um mínimo de duas e uma máximo de catorze, sendo a média de e desvio padrão  $5,3 \pm 2,3$  horas.

**Tabela 5.7** – Prática de exercício forte e fraco nas últimas 2 semanas dos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular.

	Prática de exercício forte		Prática de exercício leve	
	f	%	f	%
Nenhum dia	6	6,4	12	12,8
Entre 1 a 2 dias	22	23,4	28	29,8
Entre 3 a 5 dias	32	34	30	31,9
Entre 6 a 8 dias	22	23,4	11	11,7
Mais de 9 dias	12	12,8	13	13,8
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Analisando a tabela 5.7, verificamos que embora os inquiridos afirmassem praticar atividade física regular, a mesma parece traduzir uma regularidade com uma frequência muito reduzida, para quem declarou que nas últimas duas semanas praticou exercício físico forte entre nenhum a dois dias (29,8%) e exercício leve entre nenhum e dois dias (43,6%).

O padrão de prática de atividade física refere-se ao padrão moderado de prática de atividade física, equacionado com base nas diretrizes internacionais para a prática de atividade física regular, as quais sugerem que esta seja realizada, pelo menos durante 30 minutos, com intensidade moderada, com a frequência de 5 ou mais vezes por semana.

**Tabela 5.8** – Padrão da prática de atividade física. Totalidade da amostra.

	f	%
Não realiza e não tenciona começar a fazê-lo	34	18,6
Pondera seriamente iniciar	64	35
Realiza, mas ocasionalmente	33	18
Realiza com regularidade recentemente	16	8,7
Realiza com regularidade à mais de 6 meses	36	19,7
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

De acordo com as respostas dos nossos inquiridos, verifica-se que 18,6 % da totalidade da amostra não realiza e nem tenciona vir a realizar, pelo menos, 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco dias por semana, enquanto 35% apesar de não realizar ainda pondera seriamente começar a fazê-lo.

Por outro lado, dos que afirmam realizar, pelo menos, 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco dias por semana, 18,6% afirma apenas o fazer ocasionalmente, 8,7% refere que o faz mas só muito recentemente e 19,7% realiza e tem vindo a fazê-lo por um período superior a 6 meses.

Da tabela 5.8 ressaltam dois dados interessantes que devem ser destacados, embora a percentagem dos alunos que responderam a este inquérito e afirmam não praticar qualquer atividade física nem pretender no futuro próximo alterar esse comportamento ser significativa a percentagem daqueles que não pratica qualquer atividade física, mas pondera seriamente iniciar essa prática é praticamente o dobro.

**Tabela 5.9** – Participação em atividades físico-desportivas de nível competitivo no último ano, dos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular.

	f	%
Nenhuma vez	45	47,9
Entre 1 e 2 vezes	5	5,3
Entre 3 e 8 vezes	17	18,1
Mais de 9 vezes	27	28,7
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Aproximadamente metade (47,9%) dos indivíduos que afirmaram praticar atividade física regular não participou no último ano em qualquer atividade físico desportiva de nível competitivo no último ano. De registar também que 28,7% participou em mais de

9 ocasiões em atividades físico-desportivas de nível competitivo no último ano (tabela 5.9).

A grande maioria dos estudantes desta amostra que afirmam praticar atividade física regular, refere não participar em atividades físico-desportivas de caráter federado (72,3%), sendo que 27,7% afirmam fazê-lo (tabela 5.10).

**Tabela 5.10** – Prática de atividades físico-desportivas federada, dos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular por género.

	Amostra		Género Masculino		Género Feminino	
	f	%	f	%	f	%
Sim	26	27,7	15	29,4	11	25,6
Não	68	72,3	36	70,6	32	74,4
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Especificando por género, o masculino tem uma ligeira vantagem percentual face ao feminino, 29,4% contra 25,6% no concerne à prática de atividade física de caráter federado.

No que concerne às atividades físicas reportadas pelos sujeitos que afirmam praticar modalidades federadas, as mesmas são muito diversas. Contudo, as mais mencionadas por ordem de importância foram: o futsal (7), o basquetebol (5) e o futebol (4). Já no que se relaciona com a antiguidade em que os mesmos praticam as suas atividades físico-desportivas de caráter federado, quase a totalidade afirma que a realizar à mais de 2 anos, o que indicia continuidade na prática da mesma.

**Tabela 5.11** – Participação em atividades físico-desportivas de nível competitivo federado e universitário no último ano, dos indivíduos que afirmam praticar atividade física regular

	Nível competitivo federado		Nível competitivo universitário	
	f	%	f	%
Nenhuma vez	69	73,4	59	62,8
Entre 1 e 3 vezes	5	5,3	23	24,4
4 ou mais vezes	20	21,3	12	12,8
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Analisando a tabela 5.11 podemos verificar que uma parte substancial dos inquiridos que afirmaram praticar atividade física regular não participou nenhuma vez em qualquer atividade física ou desportiva de caráter competitivo no último ano, quer de âmbito

federado (confirmando os resultados da tabela 5.10), quer universitário. A diferença verificada quer na diminuição do número de sujeitos que afirmam não terem participado nenhuma vez, bem como no aumento significativo do parâmetro da participação entre 1 e 3 vezes entre as participações dos níveis competitivos federado e universitário, consubstanciam-se na participação dos eventos universitários competitivos, os quais não têm caráter regular mas sim ocasional.

### 5.3 – Análise descritiva dos estilos de vida e bem-estar psicológico

Pela análise descritiva estatística do somatório das classificações obtidas em todos os itens que compõem o QEV, apresentadas na tabela 5.12, as pontuações variaram entre um mínimo de 75 e um máximo de 144, sendo a média de e desvio padrão  $115.6 \pm 12.6$  pontos.

**Tabela 5.12** – Análise descritiva dos resultados da amostra nas escalas QEV e EBEP

Variáveis	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo
<b>Estilos de vida</b>	115.6	12.6	75	144
<b>BEP Global</b>	116.9	11.1	62	142
<b>Autonomia</b>	18.9	2.9	10	25
<b>Domínio do meio</b>	18	2.4	10	25
<b>Crescimento pessoal</b>	21.5	2.6	12	25
<b>Relações positivas</b>	19.9	2.6	7	25
<b>Objetivos de vida</b>	19	3.1	11	25
<b>Aceitação de si</b>	19.6	2.9	8	25

Curioso notar que os resultados obtidos pela nossa amostra nesta escala são muito semelhantes aos resultados do estudo da população original (N=514) utilizada para validação do instrumento (M=116.1, DP=12) no estudo de Cruz e Carvalho (2006).

Os resultados da análise global da escala aplicada apontam para níveis satisfatórios de Estilos de vida mais positivos.

No que diz respeito á EBEP, tal como podemos constatar na tabela 17, no computo geral, pela análise descritiva estatística do somatório das classificações obtidas em todos os itens que compõem a escala, as pontuações variaram entre um mínimo de 62 e um máximo de 142, sendo a média de e desvio padrão  $116.9 \pm 11.1$  pontos.

Comparando os resultados da nossa amostra com os resultados da amostra tida na validação da escala para a população portuguesa, tomando como referência o escalão

etário da fase final da adolescência (Fernandes, 2007), verificamos que no bem-estar psicológico global em média a nossa amostra apresenta valores um pouco superiores (M=116.9 contra M=115.3). Já no que se relaciona com as diferentes dimensões, a nossa amostra apresenta valores médios ligeiramente superiores no crescimento pessoal e objetivos de vida, ligeiramente inferiores na autonomia e domínio do meio e praticamente iguais nas relações pessoais.

Estes resultados sugerem que a generalidade da amostra revela um BEP global satisfatório.

**Tabela 5.13** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função do género.

Variáveis / Dimensões	Género Masculino (n=88)		Género Feminino (n=95)		Variância	
	Média (M)	Desvio Padrão	Média (M)	Desvio Padrão	t-test	p
Estilos de vida	111.9	13.9	119.1	10.2	- 3.99	0.000
Bem-estar psicológico global	116	11.8	117.7	10.4	- 1.06	0.290
Autonomia	18.7	2.9	19.1	2.8	- 0.84	0.401
Domínio do meio	18.1	2.7	18	2.1	0.24	0.808
Crescimento pessoal	21.3	2.5	21.5	2.1	-0.72	0.472
Relações positivas	19.5	2.9	20.2	2.2	-1.78	0.076
Objetivos de vida	18.7	3.2	19.2	2.9	-1.13	0.261
Aceitação de si	19.5	3.1	19.6	2.6	-0.05	0.962

Da leitura da tabela 5.13 verificamos que o género feminino apresenta pontuações médias mais elevadas quer nos estilos de vidas (M=119.1 DP=10.2 para o feminino e M=111.9, DP=13.9 para o masculino), quer no bem-estar psicológico global (M=117.7 DP=10.4 para o feminino e M=116, DP=11.8 para o masculino). Quanto às diferentes dimensões do BEP, sucede o mesmo, exceto na dimensão domínio do meio onde o género masculino (M=18.1, DP=2.9) pontua em média um décimo a mais do que o género feminino (M=18, DP=2.1).

Aplicando o teste de significância estatística Independent-Samples T Test comparando os resultados da amostra no QEV com a variável género obtivemos diferenças significativas ( $t = -3.99, p \leq 0.000$ ), o que nos revela que em média quer as raparigas, adotam estilos de vida mais positivos, por contraponto com os rapazes.

Ao procedermos quer à análise do valor global do bem-estar psicológico, quer das suas diferentes dimensões suscetíveis de diferenciar os dois géneros, os resultados do

teste t para amostras independentes não sustenta a assunção de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Neste ponto, as variações entre géneros não são expressivas, apesar de uma ténue superioridade média das raparigas em todas as dimensões, exceto na dimensão domínio do meio.

**Tabela 5.14** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função da prática de atividade física regular.

Variáveis / Dimensões	Pratica AF regular (n=94)		Não pratica AF regular (n=89)		Variância	
	Média (M)	Desvio Padrão	Média (M)	Desvio Padrão	t-test	p
Estilos de vida	119.7	10.8	111.3	13	<b>4.77</b>	<b>0.000</b>
Bem-estar psicológico global	118.1	11.8	117.7	10.1	1.47	0.142
Autonomia	19	3	19	2.8	- 0.07	0.944
Domínio do meio	18.5	2.4	17.4	2.3	<b>2.93</b>	<b>0.004</b>
Crescimento pessoal	21.7	2.3	21.2	2.3	1.33	0.186
Relações positivas	19.9	2.8	19.9	2.3	- 0.16	0.876
Objetivos de vida	19.2	3	18.7	3.1	1.22	0.223
Aceitação de si	19.8	3	19.3	2.7	1.10	0.273

Da análise da tabela 5.14 constatamos que os sujeitos que afirmam praticar atividade física regular obtêm pontuações médias mais elevadas quer nos estilos de vidas (M=119.7 DP=10.8 para quem pratica e M=111.3, DP=13 para quem não pratica), quer no bem-estar psicológico global (M=118.1, DP=11.8 para quem pratica e M=117.1, DP=10.1 para quem não pratica). No que concerne às diferentes dimensões do BEP, sucede o mesmo, ou seja quem pratica atividade física regular apresenta valores mais elevados do que quem não pratica exceto na autonomia e relações positivas que apresentam valores idênticos.

Aplicando o teste de significância estatística Independent-Samples T Test comparando os resultados da amostra nos estilos de vida com a variável prática regular de atividade física obtivemos diferenças significativas ( $t=4.77$ ,  $p\leq 0.000$ ), o que nos revela que os sujeitos que praticam atividade física regular adotam estilos de vida mais positivos em oposição com os que não praticam atividade física regular.

Analisando os resultados da amostra na relação do bem-estar psicológico global com a variável prática regular de atividade física, os resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas no BEP global e suas diferentes dimensões, exceto na dimensão Domínio do Meio ( $t= 2.93$ ,  $p=0.004$ ), o que nos sugere que os sujeitos que

praticam atividade física regular revelam melhores capacidades para lidar com as situações relacionadas com o domínio do meio onde se inserem.

Podemos ainda constatar pela análise da tabela 5.14, apesar das variações entre quem pratica regularmente atividade física e quem não pratica, não serem expressivas, e por isso, estatisticamente não significativas (excetuando o domínio do meio, já referido), não devemos desvalorizar a tendência para uma superioridade média de quem pratica atividade física regularmente, quer no BEP global, quer na maioria das suas dimensões.

**Tabela 5.15** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função da prática de atividade física federada.

Variáveis / Dimensões	Pratica AF federada (n = 28)		Não pratica AF federada (n=155)		Variância		
	Média (M)	Desvio		Média (M)	Desvio Padrão	t-test	p
		Padrão					
Estilos de vida	121	11	114.7	12.7	<b>2.46</b>	<b>0.015</b>	
Bem-estar psicológico global	119.9	8	116.4	11.6	1.52	0.131	
Autonomia	18.9	2.6	19	3	- 0.07	0.948	
Domínio do meio	18.6	1.9	17.9	2.5	1.27	0.204	
Crescimento pessoal	21.9	1.9	21.4	2.4	1.13	0.258	
Relações positivas	20.7	2.1	19.7	2.7	1.78	0.078	
Objetivos de vida	19.5	3	18.9	3.1	1.01	0.315	
Aceitação de si	20.3	2.2	19.5	3	1.23	0.217	

Pela observação da tabela 5.15 verificamos que os sujeitos que afirmam praticar atividade física federada pontuam em média mais, quer nos estilos de vidas (M=121, DP=11 para quem pratica AF federada e M=114.7, DP=12.7 para quem não pratica AF federada), quer no bem-estar psicológico global (M=119.9, DP=8 para quem pratica AF federada e M=116.4, DP=11.6 para quem não pratica AF federada). No que diz respeito às diferentes dimensões do BEP, a tendência mantêm-se, ou seja, os indivíduos que afirmam praticar atividade física federada pontuam em média mais do que os que não praticam atividade física federada, exceto na dimensão Autonomia, onde os que não praticam atividade física federada (M=19, DP=3) pontuam em média um décimo a mais do que os que praticam a atividade física federada (M=18.9, DP=2,6).

Aplicando o teste de significância estatística Independent-Samples T Test comparando os resultados da amostra nos estilos de vida e no bem-estar psicológico,

conjuntamente com as suas diferentes dimensões com a variável prática de atividade física federada, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas nos estilos de vida entre quem pratica AF federada e não pratica AF federada ( $t=2.46$ ,  $p=0.015$ ) e não no bem-estar psicológico global nem nas suas diferentes dimensões.

Contudo, apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos, a média dos resultados de quem pratica AF federada ( $M=119.9$ ,  $DP=8$ ) é consideravelmente superior à de quem não pratica AF federada ( $M=116.4$ ,  $DP=11.6$ ) razão pela qual, não devemos minimizá-la ou desvalorizá-la, na nossa opinião.

#### **5.4 – Análise descritiva relacionada com os consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, a partir dos itens 2, 7 e 11 do QEV**

Iremos agora debruçarmo-nos um pouco acerca dos dados que conseguimos obter da análise dos itens 2, 7 e 11 do QEV, relacionados com os consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, a partir dos itens 2, 7 e 11 do QEV, na medida em que, constatámos na revisão da literatura efetuada, que os mesmos estão amplamente estudados e difundidos em populações alvo semelhantes à nossa.

**Tabela 5.16** – Média, desvio padrão, máximo e mínimo nos itens 2, 7 e 11 QEV.

Itens QEV	Pontuações (n=183)			
	Mínimo	Máximo	Média (M)	Desvio-padrão (DP)
Consumo de álcool	1(Nunca)	5 (Sempre)	2.43	1.06
Consumo de tabaco	1(Nunca)	5 (Sempre)	2.04	1.59
Consumo drogas ilícitas	1(Nunca)	5 (Sempre)	1.40	0.90

Segundo os dados das tabelas 5.16 e 5.17, o consumo de álcool parece o mais generalizado pela maioria da nossa amostra. Relativamente aos consumos de tabaco e drogas ilícitas a esmagadora maioria dos sujeitos afirma nunca ou raramente consumirem as substâncias em causa

Por conseguinte, poder-se-á afirmar que o consumo destas substâncias no universo desta amostra estudantil da Universidade do Algarve, não revela (pelo menos, na nossa amostra) os sinais preocupantes muitas vezes associados aos mesmos, o que muito nos apraz registar.

**Tabela 5.17** – Análise descritiva dos resultados dos itens 2, 7 e 11 QEV (frequências).

Opções de resposta	Consumo de álcool		Consumo de tabaco		Consumo drogas ilícitas	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	35	19,1	120	65,5	143	78,1
Raramente	71	38,8	10	5,5	21	11,5
Algumas vezes	48	26,2	9	4,9	11	6
Frequentemente	21	11,5	13	7,1	2	1,1
Sempre	8	4,4	31	16,9	6	3,3
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

**Tabela 5.18** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nas variáveis do QEV (itens 2, 7 e 11) em função do gênero.

Variáveis / Itens	Gênero Masculino (n=88)		Gênero Feminino (n=95)		Variância	
	Média (M)	Desvio	Média (M)	Desvio	t-test	p
		Padrão		Padrão		
Consumo de álcool	2.69	1.04	2.19	1.02	<b>3.29</b>	<b>0.001</b>
Consumo de tabaco	1.99	1.60	2.09	1.60	-0.45	0.653
Consumo drogas ilícitas	1.59	1.13	1.22	0.58	<b>2.81</b>	<b>0,006</b>

Analisando os dados da tabela 5.18, quando comparamos os diferentes tipos de consumos pelo gênero, observamos nos consumos de álcool (M=2,69, DP=1.04 rapazes e M=2.19, DP=1.02 raparigas) e drogas ilícitas (M=1,59, DP=1.13 rapazes e M=1.22, DP=0,58 raparigas) que o gênero masculino apresenta pontuações médias superiores ao gênero feminino. Já no que concerne ao consumo de tabaco invertem-se os papéis com o gênero feminino a apresentar consumos médios superiores aos do gênero masculino (M=2.09, DP=1.60 mulheres e M=1.99, DP=1.60 homens).

Recorrendo ao teste de significância estatística Independent-Samples T Test e comparando os três itens relacionados com os consumos observados acima, por gênero obtivemos diferenças significativas no consumo de álcool ( $t=3.29$ ,  $p=0,001$ ) e no consumo de drogas ilícitas ( $t=2.81$ ,  $p=0,006$ ) relativamente ao gênero, que se traduzem num consumo médio de álcool e drogas ilícitas significativamente superiores no gênero masculino, quando comparado com o feminino.

**Tabela 5.19** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nas variáveis do QEV (itens 2, 7 e 11) em função da prática de atividade física regular.

Variáveis / Itens	Pratica AF regular (n=94)		Não pratica AF regular (n=89)		Variância	
	Média (M)	Desvio Padrão	Média (M)	Desvio Padrão	t-test	p
Consumo de álcool	2.35	0.97	2.52	1.15	- 1.06	0.292
Consumo de tabaco	1.68	1.37	2.43	1.72	<b>-3.26</b>	<b>0.001</b>
Consumo drogas ilícitas	1.37	0.80	1.43	1.01	0.41	0.685

Pela observação da tabela 5.19, podemos verificar quando comparamos os diferentes tipos de consumos pela variável prática de atividade física regular, os diferentes tipos de consumos em análise, apresentam valores médios superiores nos indivíduos que afirmam na praticar atividade física regular comparativamente com os que afirmam pratica atividade física regular.

Aplicando o teste de significância estatística Independent-Samples T Test e comparando os três itens relacionados com os consumos com prática de atividade física regular verificamos uma diferença estatisticamente significativas relacionada com o consumo de tabaco ( $t=-3.26$ ,  $p=0.001$ ), o que nos indica que os sujeitos da amostra que não praticam atividade física regular consomem em média maiores quantidades de tabaco do que os que afirmam praticar atividade física regular. Além disso, também verificamos em termos de médias de consumo destas substâncias (todas elas), existe uma tendência razoavelmente definida de hábitos de maior consumo das mesmas para os indivíduos que afirmaram não praticar atividade física regular em comparação com os que praticam atividade física com regularidade.

### 5.5 - Análise correccional

Como já anteriormente mencionado, o nosso estudo assenta na relação entre três variáveis: a prática de atividade física, os estilos de vida e o bem-estar psicológico, conjuntamente com as suas diferentes dimensões. Como tal, o estudo das correlações destas variáveis torna-se imprescindível na tentativa de compreender a natureza e magnitude das associações entre estas medidas na nossa amostra.

Assim, como ponto de partida para a análise dos nossos resultados, julgamos indispensável avaliar as associações entre variáveis em estudo, mesmo ao nível das suas dimensões. Nesse sentido, utilizámos os coeficientes de correlação produto-momento ( $r$

de *Pearson*), os quais refletem diferentes graus de associação e permitem-nos clarificar as características das relações verificadas.

Procederemos a uma análise avaliativa das correlações em causa, tomando como referência nesta avaliação para valores de significância  $p < 0.05$ , a existência de uma correlação baixa,  $p < 0.01$  moderada e  $p < 0.001$  elevada.

**Tabela 5.20** – Matriz das intercorrelação entre as variáveis BEP global e suas diferentes dimensões, estilos de vida e prática de atividade física regular.

Prática de atividade física regular (n=94)								
Não prática de atividade física regular (n=89)								
	EV	AU	DM	CP	RP	OV	AS	BEPG
EV		0.18	0.20*	0.11	0.23*	0.49***	0.24*	0.35**
AU	-0.00		0.50***	0.41***	0.12	0.28**	0.56***	0.68***
DM	0.11	0.18		0.56***	0.18	0.50***	0.64***	0.78***
CP	0.12	0.29*	0.22*		0.40***	0.32**	0.52***	0.73***
RP	0.04	0.03	0.29**	0.28**		0.27**	0.26**	0.52***
OV	0.27*	0.15	0.40***	0.34**	0.26*		0.57***	0.70***
AS	0.19	0.36***	0.48***	0.50***	0.38***	0.48***		0.84***
BEPG	0.20	0.53***	0.64***	0.66***	0.54***	0.70***	0.82***	

\* $P < 0.05$ ; \*\* $P < 0.01$ ; \*\*\* $P < 0.001$

Abreviaturas: EV = total escala estilos de vida; AU = dimensão autonomia; DM = dimensão domínio do meio; CP = crescimento pessoal; RP = relações positivas; OV = objetivos de vida; AS = aceitação de si; BEPG = total escala de bem-estar psicológico.

Pela leitura da tabela 5.20, verificamos que relativamente ao grupo dos sujeitos da amostra que afirma praticar atividade física regularmente, a variável estilos de vida correlaciona-se fortemente com a dimensão objetivos de vida ( $r=0.49$ ;  $p \leq 0.000$ ), moderadamente com o BEP global ( $r=0.35$ ;  $p=0.001$ ), e levemente com as dimensões domínio do meio ( $r=0.20$ ;  $p=0.049$ ), relações positivas ( $r=0.23$ ;  $p=0.024$ ) e aceitação de si ( $r=0.24$ ;  $p=0.020$ ). Já a dimensão autonomia correlaciona-se fortemente com as dimensões aceitação de si ( $r=0.56$ ;  $p \leq 0.000$ ), domínio do meio ( $r=0.50$ ;  $p \leq 0.000$ ), crescimento pessoal ( $r=0.41$ ;  $p \leq 0.000$ ) e com o BEP global ( $r=0.68$ ;  $p \leq 0.000$ ),

moderadamente com a dimensão objetivos de vida ( $r=0.28$ ;  $p=0.006$ ). Por sua vez, a dimensão domínio do meio correlaciona-se fortemente com dimensões aceitação de si ( $r=0.64$ ;  $p\leq 0.000$ ), crescimento pessoal ( $r=0.56$ ;  $p\leq 0.000$ ), autonomia ( $r=0.50$ ;  $p\leq 0.000$ ), objetivos de vida ( $r=0.50$ ;  $p\leq 0.000$ ) e ligeiramente com os estilos de vida ( $r=0.20$ ;  $p=0.049$ ). No que diz respeito à dimensão crescimento pessoal, esta correlaciona-se fortemente com todas as dimensões do BEP à exceção da dimensão objetivos na vida ( $r=0.32$ ;  $p=0.002$ ), com a qual se correlaciona moderadamente. Quanto à dimensão relações positivas, esta correlaciona-se fortemente com o crescimento pessoal ( $r=0.40$ ;  $p\leq 0.000$ ), moderadamente com objetivo de vida ( $r=0.27$ ;  $p=0.009$ ) e aceitação de si ( $r=0.26$ ;  $p=0.012$ ) e levemente com os estilos de vida ( $r=0.23$ ;  $p=0.024$ ). No que concerne à dimensão objetivos de vida, correlaciona-se fortemente com as dimensões aceitação de si ( $r=0.57$ ;  $p\leq 0.000$ ), domínio do meio ( $r=0.50$ ;  $p\leq 0.000$ ) e os estilos de vida ( $r=0.49$ ;  $p\leq 0.000$ ) e, moderadamente com as restantes dimensões do BEP. A dimensão aceitação de si correlaciona-se moderadamente com a dimensão relações positivas ( $r=0.26$ ;  $p=0.012$ ) e fortemente com todas as outras dimensões do BEP, além de também se correlacionar levemente com os estilos de vida ( $r=0.24$ ;  $p=0.020$ ). Por fim, como não poderia deixar de ser o BEP global correlaciona-se fortemente com todas as suas dimensões e moderadamente com os estilos de vida.

Na análise da mesma tabela, mas agora respeitante ao conjunto de indivíduos que não praticam atividade física regular como seria exetável, o BEP global também se correlaciona fortemente com todas as suas dimensões, mas desta feita não existe qualquer correlação significativa com os estilos de vida. A dimensão aceitação de si tem um comportamento similar ao do BEP global e relativamente a todas as outras dimensões do BEP as grandes diferenças na comparação com os sujeitos que praticam atividade física são a baixa de valores generalizada das correlações entre as diferentes dimensões do BEP, na obstante de algumas continuarem fortes e a não correlação entre as mesmas ao estilos de vida, exceto na dimensão objetivos de vida onde se verifica uma correlação leve com os estilos de vida.

Em síntese, enquanto no grupo dos que praticam atividade física regular o estilo de vida está associado ao bem-estar psicológico, quer em termos globais, quer nas suas diferentes dimensões, no caso dos que não praticam atividade física regular, apenas se observa uma associação estatisticamente significativa com a dimensão dos objetivos de vida e de intensidade mais fraca.

## 5.6 - Análise de comparações múltiplas

Com objetivo de analisar as interações entre outras variáveis presentes no estudo e a sua influência nos valores dos estilos de vida, bem-estar psicológico e suas diferentes dimensões com a variável prática atividade física regular, optamos por uma perspectiva exploratória dessas variáveis, apresentando apenas aquelas cujos dados se mostraram estatisticamente significativos. Todavia, tal como já o fizemos atrás, não deixaremos de ressaltar alguns resultados que nos pareçam interessantes de acordo com os objetivos do nosso estudo, mesmo que a nossa investigação não ateste o grau de estatisticamente significativo.

Para efeitos de exploração das variáveis e respetiva comparação de valores médios em termos de diferenças entre grupos, recorremos ao teste paramétrico *One way Anova* (para comparar mais de dois valores médios), para garantir a análise de contraste utilizámos os testes de *Tukey HSD* e o teste *Bonferroni*, em função do número de praticantes por grupo.

**Tabela 5.21** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função do ano do curso.

Variáveis / Dimensões	1º ano do curso (n=43)		2º ano do curso (n=56)		3º ano do curso (n=79)		4º ano do curso (n=5)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Estilos de vida	116.3	12.4	116.5	13.8	115	12.3	112	5.4	0,31	0,819
Bem-estar psicológico	117.5	9.7	117.7	11.1	116.1	12	116.2	9.6	0.25	0,861
Autonomia	19.3	2.9	18.9	2.8	18.9	3	17.8	2.9	0.55	0.651
Domínio do meio	17.8	2,2	18.3	2.4	17.8	2.6	18.4	2.6	0.62	0.607
Crescimento pessoal	21.6	2.1	21.6	2.3	21.3	2.5	21.8	1.9	0.28	0.829
Relações positivas	19.9	2.6	20.1	2.7	19.8	2.7	19.6	1.9	0.30	0.829
Objetivos de vida	19.2	2.8	19	3	18.8	3.4	19.8	1.8	0.32	0,811
Aceitação de si	19.5	2.6	19.7	3.2	19.6	2.8	18.8	3.3	0,14	0,935

Tal como podemos constatar pela análise da tabela 5.21, os valores médios das pontuações obtidas pelos sujeitos da nossa amostra, nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em estudo, sofrem apenas ligeiras flutuações em função do ano do curso em que os mesmos se encontram. Tal como seria de esperar ao efetuarmos respetiva análise da variância dos resultados das variáveis em causa com o ano do curso não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas. O mesmo sucedeu quando optámos por cruzar os dados presentes na tabela 5.21 com a prática de atividade

física regular, o que nos indica que a variável ano de curso parece não interferir com as variáveis estilos de vida, bem-estar psicológico e suas diferentes dimensões, bem como para os sujeitos que praticam atividade física regular, a antiguidade na Instituição de Ensino, parece não influenciar o seu estilo de vida nem o seu bem-estar psicológico ou qualquer das suas dimensões.

**Tabela 5.22** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas diferentes dimensões do bem-estar psicológico em função da prática de exercício forte.

Variáveis / Dimensões	Nenhum dia (n=49)		1 a 2 dias (n=52)		3 a 5 dias (n=46)		6 a 8 dias (n=23)		9 ou mais dias (n=13)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
EV	111	13.8	117.1	11.3	115	12.5	120.1	11.3	123.3	10.6	<b>4.09</b>	<b>0.003</b>
AU	19.9	2.8	19.2	2.8	18.7	3.1	19.2	2.9	19	2.5	0.39	0.871
DM	17.8	2,5	17.8	2.5	18.2	2.3	18.1	2.4	18.7	2.4	0.48	0.754
CP	21.6	2	21.3	2.8	21.5	2.1	21.2	2.3	22	2.2	0.32	0.862
RP	21	6.4	19.7	2.8	20.2	3	19.2	2.3	20.5	2.1	1.02	0.400
OV	19.1	3.5	18.9	3.2	18.9	2.6	18.4	3	20.2	3.1	0.74	0.564
AS	19.3	2.7	19.7	3	19.8	2.8	19.2	3.4	21	2.5	1.13	0.344

Abreviaturas: EV = total escala estilos de vida; AU = dimensão autonomia; DM = dimensão domínio do meio; CP = crescimento pessoal; RP = relações positivas; OV = objetivos de vida; AS = aceitação de si.

Pela análise da tabela 5.22 verificamos a existência de uma diferença estatisticamente significativa ( $F=4.09$ ;  $p=0.003$ ), referente à comparação entre os grupos na variável dos estilos de vida. As pontuações médias alcançadas pelos sujeitos da amostra nas diferentes dimensões do bem-estar psicológico em função do número de dias em que os mesmos praticaram exercícios físicos fortes, nas últimas duas semanas, sofrem pequenas oscilações sem uma tendência definida.

Aplicando o teste de contraste de comparações múltiplas *Bonferroni*, constatou-se que a diferença estatisticamente significativa apontada acima, traduzia uma diferenciação forte nos estilos de vida mais positivos entre quem nunca pratica qualquer exercício físico forte e quem o pratica 6 a 8 dias (em 15 dias) ( $p=0.004$ ) e mais forte para quem o pratica 9 ou mais dias (em 15 dias) ( $p=0.015$ ). Dada a dimensão reduzida da amostra que constitui cada um destes grupos, os resultados observados poderão estar mais dependentes deste facto do que do fator frequência.

Quanto à variável prática de exercício leve a situação verificada relativamente ao comportamento das diferentes variáveis foi muito semelhante à reportada anteriormente

para o exercício forte, pelo que, prescindimos da apresentação da respetiva tabela, ou seja, apenas se regista uma diferença estatisticamente significativa na variável do estilos de vida ( $F=4.07$ ;  $p=0.003$ ). Aplicado o teste de contraste de comparações múltiplas *Bonferroni*, constatou-se que a diferença estatisticamente significativa verificada nos estilos de vida traduzia uma diferenciação forte nos estilos de vida mais positivos entre quem nunca praticava qualquer exercício físico leve e quem o praticava 3 a 5 dias (em 15 dias), ( $p=0.039$ ) e mais forte ainda quem o praticava 9 ou mais dias (em 15 dias) ( $p=0.007$ ).

**Tabela 5.23** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas diferentes dimensões do bem-estar psicológico em função da participação em atividades de nível competitivo.

Variáveis / Dimensões	Nenhum dia (n=115)		1 a 2 dias (n=16)		3 a 5 dias (n=14)		6 a 8 dias (n=5)		9 ou mais dias (n=33)		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
EV	115	12.4	112	18.7	117.1	11.8	108.8	6	118.6	10.9	1.28	0.280
AU	19.1	3	17.9	3.2	19.5	2.3	29	24.8	18.7	2.3	<b>5.87</b>	<b>0.000</b>
DM	18	2,4	17.7	3	17.9	2.6	18.2	0.8	18.4	2.2	0.28	0.889
CP	21.6	2.2	20.4	3.5	21.3	2.2	23	1.4	21.3	2.3	1.65	0.165
RP	19.7	2.6	19.4	3.7	20	2.4	29.8	18.1	20.6	2.1	<b>9.01</b>	<b>0.000</b>
OV	19.2	3	18.7	3.5	18.2	3	18.2	2.2	19	3.2	0.40	0.810
AS	19.6	2.8	19	3.8	19.4	3.1	20.8	1.3	19.8	3	0.41	0.804

Abreviaturas: EV = total escala estilos de vida; AU = dimensão autonomia; DM = dimensão domínio do meio; CP = crescimento pessoal; RP = relações positivas; OV = objetivos de vida; AS = aceitação de si.

Pela leitura da tabela 5.23, além de verificarmos nas dimensões autonomia e relações positivas pontuações muito elevadas no grupo de resposta 6 a 8 dias de prática de atividade de nível competitivo, verificamos que este mesmo grupo é constituído por apenas 5 sujeitos da nossa amostra, pelo que as diferenças estatísticas observadas – na autonomia ( $F=5.87$ ;  $p\leq 0,000$ ) e nas relações positivas ( $F=9.01$ ;  $p\leq 0,000$ ) – poderá estar a ser influenciada por esta situação. Aplicado o teste de comparações múltiplas *Bonferroni*, constatou-se que a diferenciação forte em ambas as dimensões resultavam dos valores médios da resposta participação em atividades de nível competitivo 6 a 8 dias face a todas as demais respostas, mas como a mesma apenas foi elegida por 5 sujeitos, decidimos relevar este dado estatístico. Deste modo, poderemos afirmar que a quantidade de vezes que os sujeitos participaram em atividades de nível competitivo não

interferiu nos seus estilos de vida, nem com as diferentes dimensões do bem-estar psicológico dos participantes da nossa amostra.

**Tabela 5.24** – Média, Desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função do padrão prática de atividade física.

Variáveis / Dimensões	Não realiza, nem tenciona fazê-lo (n=34)		Não realiza, mas pondera vir a efetuar (n=64)		Realiza ocasionalmente (n=33)		Realiza com regularidade recentemente (n=16)		Realiza com regularidade à + 6 meses (n=36)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
EV	108.5	14.7	113.4	11.3	116.8	11.1	120.7	10.2	122.8	10.4	<b>7.86</b>	<b>0.000</b>
BEPG	113.9	14	117	10.1	115.6	10.8	121.5	10.3	118.4	10.4	1.62	0.172
AU	19.1	3.5	18.9	2.7	18.2	2.7	21.2	2.5	18.8	2,9	<b>3.20</b>	<b>0.014</b>
DM	17.9	3	17.8	2.2	17.4	2.1	19.2	2.2	18.5	2,4	2.12	0.081
CP	20.5	2.8	21.7	2.1	21.6	2.5	22.5	2	21.4	1,9	2.4	0.054
RP	19.2	3	20.2	2.2	20.3	2.4	19.3	3.9	20.1	2,3	1.41	0.234
OV	18.2	3.4	19.1	2.9	18.9	3.1	19.3	3.4	19.5	2,9	0.93	0.449
AS	19.1	3.1	19.6	2.8	19.2	2.9	20,1	2.7	20.2	2,9	0.89	0.474

Abreviaturas: EV = total escala estilos de vida; AU = dimensão autonomia; DM = dimensão domínio do meio; CP = crescimento pessoal; RP = relações positivas; OV = objetivos de vida; AS = aceitação de si; BEPG = total escala de bem-estar psicológico.

Analisando a tabela 5.24, podemos constatar no que concerne à relação entre o padrão de atividade física referido e a média do valor alcançado nos estilos de vida, a mesma cresce consoante o padrão de atividade física pressupõe maior quantidade de atividade física. Observa-se que o valor mais baixo é registado pelos alunos que afirmaram não realizarem qualquer atividade física nem tencionam vir a realizá-la (M=108.5; DP=14.7) e o mais elevado pelo grupo de alunos que afirmou realizar atividade física com regularidade à mais de 6 meses (M=122.8; DP=10.4). A aplicação do teste paramétrico One way Anova, confirma a diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis (F=7.86;  $p \leq 0,000$ ). Recorrendo ao teste de contraste para comparações múltiplas Tukey HSD, no sentido de verificarmos as relações das diferentes possibilidades, constatámos que quem não pratica e não tenciona vir a praticar qualquer atividade física tem diferenças estatisticamente significativas nos resultados dos estilos de vida, para quem realiza ocasionalmente ( $p=0.034$ ), para quem realiza regularmente à menos de 6 meses ( $p=0.007$ ) e para quem realiza regularmente à mais de 6 meses ( $p \leq 0.000$ ).

No que concerne à relação entre o padrão de atividade física e a média do valor alcançado no bem-estar psicológico global, verifica-se uma tendência os padrões de prática de atividade física que requerem maior quantidade de prática de atividade física influenciar positivamente os resultados do bem-estar psicológico global, uma vez que observa-se que o valor mais baixo é registado pelos alunos que afirmaram não realizarem qualquer atividade física nem tencionam vir a realizá-la ( $M=113.9$ ;  $DP=14$ ) e o mais elevado pelo grupo de alunos que afirmou realizar atividade física com regularidade à menos de 6 meses ( $M=121.5$ ;  $DP=10.3$ ), com subidas graduais nos dois padrões de atividade física precedentes. Contudo, de acordo com os testes estatísticos aplicados as diferenças não são estatisticamente significativas nos resultados do bem-estar psicológico global.

Quanto às diferentes dimensões que compõem o mesmo observamos o grupo de alunos que afirmou realizar atividade física com regularidade à menos de 6 meses foi o que mais pontou nas dimensões Autonomia ( $M=21.2$ ;  $DP=2.5$ ), domínio do meio ( $M=19.2$ ;  $DP=2.2$ ) e crescimento pessoal ( $M=22.5$ ;  $DP=2$ ). O grupo de alunos que afirmou realizar atividade física com regularidade à mais de 6 meses foi o que mais pontou nas dimensões objetivos de vida ( $M=19.5$ ;  $DP=2.9$ ) e aceitação de si ( $M=20.2$ ;  $DP=2.9$ ) enquanto na dimensão relações positivas que mais pontou foi o grupo de alunos que realiza atividade física ocasionalmente ( $M=20.3$ ;  $DP=2.4$ ). Em sentido inverso o grupo de alunos da amostra quem afirmou não praticar qualquer atividade física, nem pondera vir a realizá-la foi o grupo que menos pontou nas dimensões crescimento pessoal ( $M=20.5$ ;  $DP=2.8$ ), relações positivas ( $M=19.2$ ;  $DP=3$ ), objetivos de vida ( $M=18.2$ ;  $DP=3.4$ ) e aceitação de si ( $M=19.1$ ;  $DP=3.1$ ), enquanto nas dimensões autonomia ( $M=18.2$ ;  $DP=2.7$ ) e domínio do meio ( $M=17.4$ ;  $DP=2.1$ ), o grupo que menos pontou foi quem afirmou praticar atividade física ocasionalmente. A aplicação do teste paramétrico One way Anova, confirma diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de resultados obtidos nos padrões de atividade física para a dimensão autonomia ( $F=3.20$ ;  $p=0.014$ ). Recorrendo ao teste de contraste para comparações múltiplas Tukey HSD, no sentido de verificarmos as relações das diferentes possibilidades, constatámos que as diferenças estatisticamente significantes verificadas na dimensão Autonomia situavam-se entre quem realiza regularmente atividade física recentemente com quem pondera seriamente iniciar a prática regular de ( $p=0,032$ ); quem realiza ocasionalmente atividade física  $p=0,005$ ) e ainda quem realiza regularmente à mais de 6 meses ( $p=0,039$ ). Dado o tamanho da amostra deste grupo de

participantes (realizam prática de atividade física regular recentemente), este resultado deve ser relativizado. Na dimensão Crescimento Pessoal verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que não realizam atividade física e não tencionam vir a realizar e o dos que realizam atividade física regularmente recentemente ( $p=0.040$ ).

### 5.7 - Relação entre diferentes estilos de vida e medidas psicológicas

Com o objetivo de verificarmos em que medida os diferentes níveis de níveis de estilos de vida influenciam e interagem com o bem-estar psicológico global e suas diferentes dimensões, dividimos os resultados totais no QEV em três grupos diferentes e considerámos que o grupo com resultados abaixo de 100 pontos, correspondente a um nível baixo, o grupo com pontuações entre os 110 e 125 pontos, nível médio e o grupo com mais de 125 pontos com níveis elevados no que aos estilos de vida adotados diz respeito. Esta metodologia de divisão da pontuação global do questionário de estilos de vida não foi testada nem apontada por qualquer autor e surgiu da nossa necessidade de categorizar os estilos de vida em função de três grupos diferenciados á semelhança do que outros autores realizaram para a divisão da medida global de bem-estar psicológico em três grupos (Fernandes, 2007).

**Tabela 5.25** – Média, desvio padrão e análise de variância de resultados nos estilos de vida e nas medidas psicológicas em função de três níveis de pontuações nos estilos de vida.

BEP e suas dimensões	Pontuações totais no QEV						F	p
	Abaixo dos 110 (n=36)		Entre os 110 e 125 (n=98)		Mais de 125 (n=39)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
BEP Global	113.4	13.9	116.2	8.8	123	10.4	<b>9.14</b>	<b>0,000</b>
Autonomia	18.8	3.5	18.8	2.6	19.5	2.8	0.81	0,448
Domínio do Meio	17.2	2.7	17.9	2.2	19.1	2.9	<b>6.61</b>	<b>0,002</b>
Crescimento Pessoal	21.2	3.1	21.4	1.9	2	2.2	1.60	0,205
Relações Positivas	19.6	3.5	19.8	2.1	20.6	2.6	1.61	0,204
Objetivos de Vida	17.8	3.1	18.7	2.9	21.2	2.3	<b>15.6</b>	<b>0,000</b>
Aceitação de Si	18.9	3.7	19.5	2.4	20.7	2.8	<b>4.90</b>	<b>0,009</b>

Tal como podemos constatar na tabela 5.25, os diferentes níveis de pontuações médias obtidas no QEV influenciam e interagem positivamente com o BEP global e suas diferentes dimensões, na medida em que, a pontuações médias mais elevadas no

QEV, as pontuações médias do BEP global e suas diferentes dimensões também apresentam valores médios mais elevados. Em detalhe podemos observar que o grupo pontua mais nos estilos de vida (mais de 125 pontos) obtêm, por sua vez também as pontuações mais elevadas no bem-estar psicológico global (M=123; DP=10.4) como em todas as suas dimensões.

A aplicação do teste paramétrico One way Anova, confirma a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de resultados obtidos no QEV e a variável bem-estar global ( $F=9.14$ ;  $p \leq 0,000$ ), a dimensão domínio do meio ( $F=6.61$ ;  $p \leq 0,000$ ), a dimensão objetivos de vida ( $F=15.6$ ;  $p \leq 0,000$ ) e a dimensão aceitação de si ( $F=4.90$ ;  $p=0.009$ ).

Com o intuito de verificarmos as relações das diferentes possibilidades das diferenças estatisticamente significativas referidas acima, utilizámos o teste de contraste para comparações múltiplas *Bonferroni* e constatámos o seguinte.

Para a variável BEP global, o nível elevado estilos de vida (mais de 125 pontos), com níveis de significância para o baixo de  $p \leq 0.000$  e de  $p=0.002$  para o médio.

Para a variável dimensão domínio do meio, o nível elevado de estilos de vida (mais de 125 pontos) apresenta diferenças estatisticamente significativas, com valores de significância para o baixo de  $p=0.001$  e de  $p=0.045$  para o médio.

Para a variável dimensão objetivos de vida, o nível elevado de estilos de vida (mais de 125 pontos) apresenta diferenças estatisticamente significativas para os outros dois níveis (baixo, médio) com níveis de significância semelhantes ( $p \leq 0.000$ ).

Para a variável dimensão aceitação de si, o nível elevado de estilos de vida (mais de 125 pontos), apresenta diferenças estatisticamente significativas apenas para o nível baixo ( $p=0.007$ ).

## Capítulo VI – Discussão dos resultados

Procederemos neste capítulo à discussão dos resultados da presente dissertação.

Para melhor compreensão dos nossos resultados e dos argumentos que iremos procurar apontar na sua explicação, orientaremos a discussão numa primeira fase pelos dados recolhidos face à caracterização da amostra em termos sócio-demográficos e de prática de atividade física e numa segunda fase, focalizaremos a mesma, baseando-nos quer na questão principal do estudo quer nos diferentes objetivos propostos e já apresentadas no capítulo III, destinado à metodologia.

Todavia, não deixaremos de discutir alguns resultados que consideramos relevantes, ou mesmo somente só interessantes e que poderão não ter sido, por nós, equacionados na fase de preparação desta investigação.

Ao nos debruçarmos na caracterização da amostra ao nível dos dados relativos à vida diária dos indivíduos, constatamos o seguinte:

- O carro é o meio de transporte mais utilizado para a deslocação dos alunos da amostra, da sua residência para a Universidade. Cruzando os dados entre quem pratica e não pratica atividade física regular, verifica-se que a percentagem de alunos que se desloca a pé para a universidade é praticamente a mesma, entre uns e outros. Já os que praticam atividade física regular, no que concerne à utilização do carro são em número superior (cerca de 40% mais). Por outro lado, no que diz respeito à utilização dos transportes públicos, verificou-se que os sujeitos que não praticam atividade física regular utilizam esta forma de deslocação no valor do dobro quando comparados com os que praticam atividade física regular.

- A amostra no que se relaciona com a distância da residência à Universidade divide-se sensivelmente a meio entre os que vivem a mais e a menos de 5 km da Universidade;

- A grande maioria dos estudantes que integram a nossa amostra, deslocam-se à Universidade mais de 4 vezes por semana.

Em nossa opinião a utilização do carro como meio de transporte prioritário para realizar qualquer deslocação na região do Algarve é uma realidade incontornável e a mesma deve-se em larga medida a uma deficitária, de acordo com o momento do ano, rede de transportes públicos que assegure a mobilidade das pessoas com as diferentes necessidades de mobilidade, bem como a ausência de vias pedonais e para bicicletas na área circundante e periférica da Universidade. Neste particular, Coelho e Silva (2001)

dizem-nos que os problemas relacionados com os transportes e as deslocações são uma das principais razões invocadas para o abandono de programas de atividade física e desportiva. Já Wang e colaboradores. (2000) estimaram que, por cada dólar investido em vias pedonais e para bicicletas, as autoridades poupariam 2.67 dólares em despesas com a saúde. Relativamente à maior frequência de uso de viatura própria para deslocação para a universidade por parte dos sujeitos que afirmam praticar atividade física regular poderá estar relacionada com uma maior disponibilidade financeira, bem como, da prática de atividade física mais facilmente executável quando praticante não está dependente de recurso terceiros. Pratt e colaboradores (1996) referem-nos que o estatuto sócio-económico também tem um importante papel, pois maiores rendimentos e maior nível de educação relacionam com uma maior participação em atividade física vigorosa.

A análise dos resultados em função do género revela que os indivíduos do género masculino apresentam maior taxa de adesão à prática de atividade física regular que os do género feminino. Estes resultados vêm de encontro ao observado noutros estudos, nomeadamente, estudos longitudinais que indicam que existe uma diminuição progressiva da atividade física ao longo da adolescência, sendo esta probabilidade maior no sexo feminino (CDC, 1999). Eventualmente os nossos resultados estejam relacionados com o mesmo facto, uma vez que tivemos a preocupação de dispormos de amostras homogéneas em termos de número de praticantes por género.

De acordo com Elias (2006), os estudos apontam para um decréscimo dos níveis de atividade física durante a adolescência bem como o facto de serem os rapazes aqueles que são indicados como mais fisicamente ativos quando comparados com as raparigas.

Já Glenmark e colaboradores (1994), que estudaram longitudinalmente a atividade física numa pequena amostra, aos 16 e aos 27 anos de idade, referem que os rapazes se apresentam mais ativos que as raparigas, em ambas as idades, e que o tempo de atividade física decresce do primeiro para o segundo momento. Além disso, constataram, que a atividade física na adolescência era preditora da atividade física na idade adulta, mas apenas nas mulheres.

Nas conclusões do recente Eurobarómetro Especial (2010), relativo ao desporto e à atividade física (cuja recolha de informação corresponde a outubro de 2009) no que ao nosso País concerne, revela-nos que uma aproximação à média, sendo de assinalar uma notória e positiva evolução em diversos parâmetros face ao inquérito de 2004. Se em 2004, 66% de portugueses referiram «Nunca» fazer exercício físico ou praticar

desporto, em 2009, essa percentagem reduziu para 55%, isto é, um decréscimo de 11 pontos percentuais.

Os dados de 2009 revelam ainda que a percentagem de portugueses que afirmam praticar desporto ou fazer exercício físico «Regularmente» (pelo menos 5 vezes por semana) – 9% - corresponde exatamente à média europeia e que 33% dos portugueses praticam desporto pelo menos uma vez por semana («Regularmente» e «Com alguma regularidade»).

Porém, os homens praticam mais desporto e fazem mais exercício físico do que as mulheres, sendo esta disparidade particularmente nítida na faixa etária dos 15 aos 24 anos. Enquanto 24% dos homens afirmam praticar desporto ou fazer exercício físico «Regularmente», apenas 7% das mulheres o faz.

De acordo Garcia Ferrando (2005), ao se investigar a prática de atividade física-desportiva no seio académico, comprovamos que um em cada dois declara participar em alguma atividade físico-desportiva. Entre os praticantes, destaca-se que 7 em cada 10 afirmam serem praticantes com historial. Também se constata que relativamente ao género, os homens na sua maioria praticam alguma atividade físico-desportiva, já as mulheres são as que menos praticam na atualidade.

Segundo Salguero e colaboradores (2003), a proporção de praticantes de atividades físicas involuciona com o aumentar da idade até chegarmos a um momento em que a diminuição é deveras muito acentuada, coincidindo com o escalão etário entre os 18 e os 25 anos de idade. O início da vida universitária, com o conseguinte aumento da exigência e dedicação a esse nível educativo, bem como a possível deslocação de localidade que a mesma situação pode acarretar, unidas à falta de coordenação no que poderíamos denominar estrutura desportiva e estrutura académica, favorece sobremaneira a retirada dos alunos da prática físico-desportiva.

Na nossa amostra a atividade física regular que os indivíduos afirmam praticar, apenas cerca de 30% é de carácter federado, com uma expressão no género masculino, bem superior ao do género feminino. Esta constatação está de acordo com os resultados do estudo de Mariovet (2001) no qual a mesma refere que a participação no âmbito do desporto de competição federado é proporcionalmente bastante superior nos homens. Cerca de 24% dos praticantes masculinos desenvolvem a prática neste âmbito, enquanto as mulheres apenas 7%.

Já no que se relaciona com a antiguidade em que os mesmos praticam as suas atividades físico-desportivas de carácter federado, quase a totalidade afirma que a realiza

à mais de 2 anos, o que indicia continuidade na prática da mesma. A este respeito Dishman (1993) sublinha que o melhor preditor da prática da atividade física nos adultos, são os hábitos de atividade física na adolescência. Na passagem da adolescência para a idade adulta muitos fatores podem influenciar as mudanças na atividade física de cada um. Sallis e colaboradores (2000), diz-nos que um das variáveis que se associa de forma positiva com a atividade física nos adolescentes é a própria atividade física prévia.

Dos inquiridos que afirmaram praticar atividade física regular (51,4% da totalidade da amostra), verificamos 47,8 % dos mesmos pratica a sua atividade física regular usufruindo da oferta desportiva da própria Universidade do Algarve. Esta situação remete-nos para a importância das variáveis ambientais e espaciais no acesso e continuidade da prática desportiva. A este propósito, Coelho e Silva (2001), afirmam que os problemas relacionados com os transportes e as deslocações são uma das principais razões invocadas para o abandono de programas de atividade física e desportiva, bem como, os comportamentos de atividade física dependem da existência de oportunidades de prática, tanto na forma de incentivos espaciais, como dos equipamentos e materiais necessários, não esquecendo a importância da existência de agências de participação social, onde se incluem os clubes desportivos.

Para Sallis e colaboradores (2000), existe uma associação entre a proximidade de equipamentos sociais para atividade física e desporto, e a frequência com que os adultos fazem exercício. Mas não é só a existência de infraestruturas para a prática desportiva que promove estilos de vida mais ativos. A própria configuração paisagística revela-se determinante do estilo de vida.

Quanto à questão do padrão de prática de atividade física o dado mais significativo, para nós, diz respeito à vontade expressa pela grande maioria dos sujeitos que refere não praticar qualquer atividade física regularmente, em ponderar seriamente iniciar essa prática. Em nosso entender, esta situação parece sugerir que cada vez mais os jovens universitários estão conscientes da importância da prática de atividade física regular na sua saúde e seu próprio bem-estar.

De acordo com Strong e colaboradores (2005), são vários os estudos que demonstram uma relação evidente entre atividade física na adolescência e a saúde. Adolescentes com elevados níveis de atividade física têm com menor frequência uma série de fatores de risco das doenças cardiovasculares (como a obesidade, a síndrome metabólica, dislipidemias, diabetes tipo II, hipertensão arterial), asma, ansiedade e

depressão, fraca aptidão física, densidade mineral óssea reduzida, autoestima diminuída e rendimento acadêmico comprometido.

Apesar de todas estas evidências, estudos dedicados a esta problemática, reporta-se à adolescência como um período de decréscimo dos níveis de atividade. As hipóteses explicativas para tal declínio da atividade física e da participação desportiva apontam para exigências sociais, tal como a pressão com os desempenhos académicos, transição para o mercado de trabalho ou simplesmente o aparecimento de novas orientações (Coelho e Silva, 2001).

Considerando que diversos estudos também sugerem que as mulheres tendem a apresentar melhores resultados escolares é possível que os participantes do género feminino do nosso estudo tendam a dar maior importância ao tempo a dedicar a atividades escolares em detrimento do tempo a dedicar à prática de atividade física.

Segundo Sallis (2000), o declínio da atividade física com a idade é uma observação consistente na epidemiologia da atividade física, existindo evidência de decréscimo acentuado do dispêndio energético entre a adolescência e a vida adulta. Com o aumento da idade, diminui a exigência física, principalmente em termos profissionais. No entanto, a relação inversa que existe entre as atividades profissionais e a idade deveria ser compensada por aumento de atividade física de lazer e exercício físico, o que habitualmente não se observa. Nos resultados do nosso estudo e, provavelmente, derivado à especificidade das características da nossa amostra indicam que a idade não é um fator decisivo para a prática ou não de atividade física regular.

Para Blanco e colaboradores (1996), é a partir da idade dos 17 / 18 anos, que a baixa de adesão à participação em atividades físicas se torna mais evidente, convertendo a experiência desportiva nas Universidades num bom preditor ao nível da dedicação às mesmas na idade adulta.

Gutiérrez (1995), assinala a etapa da vida dos indivíduos dedicada aos estudos universitários como uma etapa de diminuição dos níveis de atividade física, que se repercutem com maior acutilância nos sujeitos que já manifestavam uma tendência definida de dedicar menos horas semanais a atividades físicas e nas mulheres, por sua menor preferência nos aspetos relacionados com o desporto e a competição.

Procurando agora focalizar a nossa discussão, na questão de fundo que esteve na origem desta dissertação, estará ou não a prática de atividade física regular associada positivamente a um melhor bem-estar psicológico e adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Iremos começar por caracterizar e analisar os resultados obtidos na amostra quanto ao bem-estar psicológico, assim como aos estilos de vida, efetuando uma comparação com os resultados das populações alvo, nos quais as respetivas escalas foram validadas, com o intuito de enquadrarmos melhor a nossa discussão acerca destas problemáticas. Pela análise descritiva estatística do somatório das classificações obtidas em todos os itens que compõem o questionário dos estilos de vidas, os indivíduos da nossa amostra obtiveram  $M=115.6$  e  $DP=12,6$  pontos. Curioso notar que os resultados obtidos pela nossa amostra nesta escala são muito semelhantes aos resultados do estudo da população ( $N=514$ ) utilizada para validação do instrumento ( $M=116.1$ ,  $DP=12$ ) no estudo de Cruz e Carvalho (2006). Deste modo, poderemos considerar a nossa amostra como sob o ponto de vista dos estilos de vida como positiva, na medida em que, os resultados da análise global da escala aplicada apontam para níveis satisfatórios de estilos de vida mais positivos.

No que diz respeito à escala do bem-estar psicológico, no cômputo geral, pela análise descritiva estatística do somatório das classificações obtidas em todos os itens que compõem a escala, os indivíduos da nossa amostra obtiveram  $M=116.9$  e  $DP=11,1$  pontos. Comparando os resultados da nossa amostra com os resultados da amostra tida na validação da escala para a população portuguesa, tomando como referência o escalão etário da fase final da adolescência (Fernandes, 2007), verificamos que no bem-estar psicológico global em média a nossa amostra apresenta valores um pouco superiores ( $M=116.9$  contra  $M=115.3$ ). Já no que se relaciona com as diferentes dimensões, a nossa amostra apresenta valores médios ligeiramente superiores no crescimento pessoal e objetivos de vida, ligeiramente inferiores na autonomia e domínio do meio e praticamente iguais nas relações pessoais. Estes resultados sugerem que a generalidade da amostra revela um BEP global satisfatório.

Em suma, estes dados parecem sugerir que a população do ensino superior não difere de modo estatisticamente significativo, no que diz respeito ao bem-estar psicológico e estilos de vida de outras populações adultas.

Debruçando-nos agora mais especificamente sobre os estilos de vida, Gonçalves e Carvalho (2007), dizem-nos, que os mesmos na atualidade por envolverem todos os aspetos da ação e do pensamento humano (educação, recreio/lazer, nutrição, paz, justiça, trabalho, família, habitação, higiene, segurança, alimentação, recursos económicos, recursos ambientais, hábitos tabágicos, alcoólicos, comportamentos de risco em relação às drogas ilícitas e às infeções sexualmente transmissíveis...) são tidos

como elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem-estar, físico, mental e social.

Na nossa amostra, ao efetuarmos a análise de variância dos resultados no QEV em função do género, aplicando o teste de significância estatística Independent-Samples T Test, observámos diferenças estatisticamente significativas ( $t = -3.99$ ,  $p \leq 0.000$ ), o que nos revela que em média quer as raparigas, adotam estilos de vida mais positivos, por contraponto com os rapazes. Estes nossos resultados conferem com os de Cruz e Carvalho (2006), em que os mesmos afirmam que as mulheres geralmente apresentam estilos de vida mais saudáveis que os homens.

Ao procedermos da mesma forma quer quanto à análise do valor global do bem-estar psicológico, quer das suas diferentes dimensões suscetíveis de diferenciar os dois géneros, os resultados do teste t para amostras independentes não sustenta a assumpção de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Neste ponto, as variações entre géneros não são expressivas, apesar de uma ténue superioridade média das raparigas em todas as dimensões, exceto na dimensão domínio do meio. Resultados praticamente idênticos foram obtidos por Fernandes (2007), no estudo de validação desta escala, quando procedeu à análise comparativa do valor global de bem-estar psicológico, suscetível de diferenciar os dois géneros. Então, os resultados parecem sugerir que, homens e mulheres, da nossa amostra apresentam um funcionamento psicológico positivo idêntico.

Ao testarmos a diferenciação das variáveis do QEV pela prática de atividade física regular, procurámos verificar a influência da prática de atividade física regular na adoção de estilos de vida mais saudáveis nos sujeitos da nossa amostra, um dos nossos objetivos do estudo. De acordo com os resultados da nossa amostra esta confirma-se em absoluto, pois, aplicando o teste de significância estatística Independent-Samples T Test, comparando os resultados da amostra no QEV com a variável prática regular de atividade física obtivemos diferenças estatisticamente significativas ( $t = 4.77$ ,  $p \leq 0.000$ ), o que nos revela que em média os sujeitos que praticam atividade física regular adotam estilos de vida mais positivos em oposição com os que não praticam atividade física regular.

De acordo com Torre (1998), a atividade física deve ser considerada como uma componente decisiva de um estilo de vida saudável, na medida em que a realização de atividade física sistemática e com certa intensidade, constitui um fator de proteção da

saúde e da prevenção de diferentes transtornos da mesma, pelos importantes benefícios fisiológicos e psicológicos associados ao exercício físico.

Segundo Neto (1997), um estilo de vida saudável acontece quando é possível manter um padrão consistente de comportamento adequado às restrições biológicas individuais e em particular de acordo com os obstáculos do envolvimento físico e social de vida. A importância de um envolvimento de jogo e atividade física associado a hábitos saudáveis de vida tem vindo a ser demonstrado em trabalhos de investigação relacionados com a saúde.

A preocupação com a inclusão da atividade física no estilo de vida baseia-se fundamentalmente nos pressupostos benefícios que esta tem para a saúde e, principalmente, no facto de ser hoje reconhecido que a inatividade física é um fator de risco para um vasto leque de doenças (Matos & Sardinha, 1999; Matos, Carvalhosa & Diniz, 2001).

Para além destes fatores relacionados com a associação de um estilo de vida ativo com a saúde e bem-estar, há a considerar que a prática da atividade física é um fenómeno de natureza multifacetada com forte impacto a nível de fatores de natureza afetiva, social e moral (Diniz, 1998).

A importância de um estabelecimento precoce de um estilo de vida ativo na manutenção desse estilo de vida na idade adulta foi ainda referida por Sallis e Hovell (1990), que defendem que as maiores associações com a prática da atividade física vêm da perceção de uma eficácia pessoal, dos conhecimentos relacionados com os benefícios da atividade física, das atitudes pessoais face à prática da atividade física e da prática da atividade física no passado.

Na procura de testarmos outro dos nossos objetivos (identificar a existência de uma relação positiva ou não, entre a prática de atividade física e todas as dimensões do bem-estar psicológico), realizámos uma comparação dos resultados da amostra na EBEP com a variável prática regular de atividade física e os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico global e suas diferentes dimensões, exceto na dimensão domínio do meio ( $t= 2.93$ ,  $p=0.004$ ), entre quem afirma praticar regularmente atividade física e quem não o faz, o que nos sugere que não existe a relação positiva entre a prática de atividade física e melhores índices de bem-estar psicológico, exceto na dimensão domínio do meio onde essa situação efetivamente se verifica. Contudo, apesar de não confirmarmos por inteiro esta situação, não deveremos, do nosso ponto de vista, desvalorizar a tendência para uma superioridade média de

quem pratica atividade física regularmente face a quem não o faz, quer no bem-estar psicológico global, quer na maioria das suas dimensões, mesmo as variações não sendo expressivas, e por isso, estatisticamente não significativas.

Neto (1997), sobre as situações acima reportadas diz-nos que o significado destas atividades na criação de estilos de vida ativa nas crianças e famílias demonstram uma elevada correlação com a saúde física, psicológica e emocional. Os resultados revelam efeitos positivos do jogo e atividade física no melhoramento da perceção de si próprio, eficácia pessoal, autoestima, interação social e bem-estar psicológico.

Já Cid e colaboradores (2007) referem que hoje em dia existem amplas evidências científicas de que a atividade física regular tem benefícios inquestionáveis para a saúde física e psicológica, que por sua vez são causadores de um impacto significativo no bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Por outro lado, Brownell (1995), afirma que, além dos benefícios fisiológicos, o exercício físico gera efeitos psicológicos positivos, tais como melhora do humor, redução do stresse, aumento da autoestima devido à melhora da autoeficiência e esquemas cognitivos que favorecem o raciocínio otimista.

Sob uma perspetiva diferente, Cruz e colaboradores (1996), diz-nos que um número cada vez maior de pessoas tem vindo a recorrer à prática do exercício e da atividade física, como forma de procurar o seu bem-estar psicológico, face às novas exigências e pressões colocadas pela sociedade moderna, caracterizada por novas tecnologias e por novas formas de pressão e stresse.

O fórum mundial realizado em 1995, dedicado à problemática da atividade física saúde e bem-estar postulou que as evidências empíricas, vivenciadas pelos sujeitos que praticam exercício, são amplamente comprovadas pelo conhecimento científico que tem sido produzido nos últimos anos, tornando claro que a atividade física influencia positivamente não só a saúde física, como a psicológica, sendo a sua prática um fator fundamental em todas as fases do ciclo da vida humana, desde a infância até à idade mais avançada.

O crescente interesse pela investigação nesta área, levou a ISSP – International Society of Sport Psychology, a publicar um documento relacionando a atividade física e os benefícios psicológicos, na qual vem expresso que o exercício a longo prazo está geralmente associado a uma redução dos níveis de ansiedade e stresse, à diminuição de depressões, ao aumento da autoestima e como fator gerador de efeitos emocionais positivos.

Nesta linha de pensamento, Ferreira (2004), considera que é geralmente aceite que a prática regular de exercício ou atividade física, além de outros benefícios para a saúde, ajuda a libertar tensão e melhora o bem-estar psicológico.

De acordo com Cid e colaboradores (2007), ao que tudo indica, o exercício físico pode desencadear a sensação de vigor que conduz ao bem-estar psicológico. Este sentimento, parece que se reflete, igualmente, no aumento dos estados positivos de humor e numa diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e stresse.

Segundo Brito (1997), a atividade física moderada reduz a ansiedade, tem efeitos benéficos sobre as perturbações do humor (depressões), reduz os níveis de stresse e provoca melhorias emocionais.

Quando procurámos especificar mais a prática de atividade física e a categorizámos entre federada e não federada, verificámos diferenças estatisticamente significativas entre quem pratica atividade física federada e não pratica atividade física federada, na variável estilos de vida ( $t= 2.46, p=0.015$ ) e não no bem-estar psicológico nem nas suas diferentes dimensões. Contudo, apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos, a média dos resultados de quem pratica atividade física federada ( $M=119.9$ ) no bem-estar psicológico global é consideravelmente superior à de quem não pratica atividade física federada ( $M=116.4$ ), razão pela qual, não devemos minimizá-la ou desvalorizá-la, na nossa opinião.

Em suma, neste ponto poderemos afirmar que a consistência de resultados, na nossa amostra, com diferenças estatisticamente significativas no QEV entre quem pratica atividade física regular e não a pratica e no sub grupo de quem pratica entre quem a pratica em termos federados (com maiores exigências na regularidade e volume) e quem não a pratica em termos federados sugere-nos inequivocamente a prática de atividade física regular influência positivamente a adoção de estilos de vida mais saudáveis, logo, mais positivos.

Para Matos e Sardinha (1999), um estilo de vida ativo, incluindo uma prática regular de atividade física, como tem sido insistentemente sublinhado, permite melhorar a qualidade de vida dos indivíduos de várias formas, sendo frequentemente salientados os seguintes benefícios físicos e psicológicos associados à prática da atividade física:

- aumento da reserva de esteroides com o seu efeito protetor na adaptação ao stress;
- alívio da tensão muscular;

- a redução da dor e estados alterados de consciência sentidos como “estar bem fisicamente”, ou “estar em forma”, relacionados com uma maior produção de neurotransmissores e uma maior libertação de endorfinas (estes fatores estão também relacionados com o efeito benéfico que o exercício tem sobre as perturbações do humor/depressão);
- uma perceção de “sentir-se bem” (bem-estar);
- uma maior perceção de eficácia pessoal e controlo pessoal;
- um período de atividade que possibilita um tempo de afastamento e de distração face aos problemas do quotidiano;
- reforço social (reconhecimento ou incentivo dos outros, companhia para as atividades, ocupação do tempo livre em grupo).

Biddle (1995), ao rever vinte e sete estudos relacionados com a problemática da atividade física e do BEP, encontrou fortes relações positivas (69%), associando a atividade física ao bem-estar psicológico

Numa linha um pouco dissonante com a anterior e que parece ir ao encontro dos resultados do nosso estudo, no que à relação da atividade física e BEP concerne, Landers (1994) afirma que, embora seja tentador acreditar que a atividade física possa estar na base de reduções dos níveis de ansiedade, depressão e reatividade ao stress, permanece ainda por esclarecer se é o exercício, por si só, ou outras variáveis associadas e mediadoras que afetam e moderam os efeitos psicológicos da atividade física.

De facto, tal como Landers (1994), outros autores acreditam que nenhum mecanismo ou hipótese explica, por si só, os resultados da investigação. Pelo contrário, eles afirmam que a solução parece estar em modelos suficientemente compreensivos e integradores do comportamento e da adaptação humana, que conciliem o sistema dinâmico de inter-relações e interdependências entre variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

Talvez por isso ao efetuarmos análises de variância dos resultados nos estilos de vida e diferentes dimensões do bem-estar psicológico em função de: ano do curso, prática de exercício forte / leve e participação em atividades de nível competitivo, os resultados da nossa amostra não apresentaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Focalizando-nos agora num outro objetivo específico do estudo (determinar a relação entre os estilos de vida e o bem-estar psicológico nos indivíduos da nossa

amostra. Quando comparámos diferentes níveis de pontuações médias obtidas no QEV, constatámos que os mesmos influenciam e interagem positivamente com o BEP global e suas diferentes dimensões, na medida em que, a pontuações médias mais elevadas no QEV, as pontuações médias do BEP global e suas diferentes dimensões também apresentam valores médios mais elevados.

Concretizando esta situação através dos dados estatísticos alcançados, temos o seguinte:

- para a variável BEP global, o nível elevado EV (mais de 125 pontos), apresenta diferenças estatisticamente significativas para os outros dois níveis (baixo, médio); sendo a mesma mais forte em relação ao baixo ( $p \leq 0.000$ ) do que ao médio ( $p = 0.002$ ).
- para a variável dimensão domínio do meio, o nível elevado EV (mais de 125 pontos), apresenta diferenças estatisticamente significativas para os outros dois níveis (baixo, médio); sendo a mesma mais forte em relação ao baixo ( $p = 0.001$ ) do que ao médio ( $p = 0.045$ ).
- para a variável dimensão objetivos de vida, o nível elevado EV (mais de 125 pontos), apresenta diferenças estatisticamente significativas para os outros dois níveis (baixo, médio) com níveis de significância semelhantes ( $p \leq 0.000$ ).
- para a variável dimensão aceitação de si, o nível elevado EV (mais de 125 pontos), apresenta diferenças estatisticamente significativas apenas para o nível baixo ( $p = 0.007$ ).

Blasco e colaboradores (1996), acerca desta problemática dizem-nos que a partir dos numerosos estudos onde se demonstra a correlação positiva entre a manutenção de estilos de vida ativos e a existência de melhores estados de saúde e bem-estar, fomentou-se um crescente interesse no desenvolvimento dos aspetos relativos ao conhecimento e compreensão dos fatores que determinam que os indivíduos mantenham estilos de vida ativos.

Marivoet (2001) revela-nos que são os pais, em primeiro lugar, que oferecem os modelos de estilo de vida ativa e saudável, pelo que, a atuação das famílias é fundamental, na medida em que, são eles, os agentes da socialização primária.

Na tentativa de apurarmos o efeito da prática de atividade física regular nos valores dos estilos de vida, bem-estar psicológico e suas diferentes dimensões (outro objetivo do estudo) efetuámos uma análise correlacional.

Ao nível das correlações entre a prática de atividade física, os estilos de vida e o BEP e suas diferentes dimensões verificámos que relativamente ao grupo dos sujeitos da amostra que afirma praticar atividade física regularmente, a variável estilos de vida correlaciona-se fortemente com a dimensão objetivos de vida, o que poderá indiciar que índices que representem um estilo de vida saudável e um funcionamento psicológico positivo estão associados à adoção de comportamentos de prática de atividade física regular. Por sua vez, a dimensão domínio do meio correlaciona-se fortemente com dimensões aceitação de si, crescimento pessoal, autonomia, objetivos de vida, o que parece traduzir a importância na capacidade de gerir o meio que nos envolve, interfere decisivamente no nosso bem-estar psicológico. No que diz respeito à dimensão crescimento pessoal, esta correlaciona-se fortemente com todas as dimensões do BEP à exceção da dimensão objetivos na vida, com a qual se correlaciona moderadamente, o que nos sugere essa dimensão está muito dependente do bom funcionamento psicológico como um todo. No que concerne ao BEP global, este correlaciona-se fortemente com todas as suas dimensões, como seria de esperar e, moderadamente com os estilos de vida, o que confirma a inter-relação entre os mesmos já verificada.

Os dados a relevar na análise respeitante ao conjunto de indivíduos que não praticam atividade física regular são: o BEP global também se correlaciona fortemente com todas as suas dimensões, mas desta feita não existe qualquer correlação significativa com os estilos de vida e a baixa de valores generalizada das correlações entre as diferentes dimensões do BEP, na obstante de algumas continuarem fortes e a não correlação entre as mesmas ao estilos de vida, o que parece significar que a não prática de atividade física regular não interfere positivamente com a adoção de estilos de vida mais positivos, nem com níveis de funcionamento psicológico mais positivos.

Efetuámos, também, algumas análises de comparações múltiplas, com objetivo de analisar as interações entre outras variáveis presentes no estudo e a sua influência nos valores dos estilos de vida, bem-estar psicológico e suas diferentes dimensões com a variável prática atividade física regular, das quais destacamos a realizada no âmbito das variáveis referidas anteriormente com o ano do curso, na qual não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas, o que nos indica que para os sujeitos que praticam atividade física regular, a antiguidade na Instituição de Ensino,

não influencia o seu estilo de vida nem o seu bem-estar psicológico ou qualquer das suas dimensões.

Aproveitando os dados relativos aos consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, presentes em itens específicos no QEV e após a constatação que a problemática associada a estes consumos está amplamente estudada e difundida em populações alvo semelhantes à nossa, resolvemos aprofundar mais a análise destes dados, por forma a ir ao encontro do nosso objetivo de estudar a relação dos consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, com a prática de atividade física, estilos de vida e bem-estar psicológico. Verificámos que relativamente aos consumos destas substâncias, o consumo de álcool parece o mais generalizado pela maioria da nossa amostra, o que confirma a tese de Carvalho (1990), quando este refere que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes no que respeita aos consumos.

Para Elizondo (2005), características sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil parecem assumir-se como fatores determinantes de um estilo de vida sedentário. O consumo de tabaco e de álcool são alguns dos fatores comportamentais, que se encontram também associados à atividade física.

Segundo a OMS (1993), nos últimos 40 anos, o consumo de álcool tem aumentado quer em quantidade quer em frequência, diminuindo a idade de iniciação ao consumo.

Fonseca (2003) remete-nos para que o padrão de consumo de álcool na adolescência difere do padrão adulto. De um modo geral, os jovens bebem preferencialmente em grupo e o consumo não é diário. Sendo que, o facto de os adolescentes começarem a consumir álcool pode ser um sinal de emancipação, o desejo de reconhecimento de uma mudança de estatuto, a necessidade de ser aceite pelo grupo ou, então, uma tentativa de quebrar regras.

Relativamente aos consumos de tabaco e drogas ilícitas a esmagadora maioria dos sujeitos da nossa amostra afirma nunca ou raramente consumirem as substâncias em causa. Por conseguinte, poder-se-á afirmar que o consumo destas substâncias no universo desta amostra estudantil da Universidade do Algarve, não revela os sinais preocupantes muitas vezes associados aos mesmos, o que muito nos apraz registar.

Recorrendo ao teste de significância estatística Independent-Samples T Test e comparando os três itens relacionados com os consumos observados acima, por género e por prática de atividade física regular obtivemos diferenças significativas no consumo de álcool ( $t=3.29$ ,  $p=0.001$ ), relativamente ao género, que se traduz num consumo médio de álcool superior no género masculino, quando comparado com o feminino e

também, o mesmo sucede no consumo de drogas ilícitas, apesar do resultado do t test não apresentar resultados estatisticamente. Esta situação é corroborada pelo estudo realizado entre 1998 e 2002, com o objetivo de analisar a evolução da frequência do consumo de substâncias ilícitas, o qual refere que em Portugal houve um aumento para o dobro e que são os rapazes que mais referem consumir e é neles que se verifica um aumento mais substancial quando comparados os dados de 1998 (Matos 2003).

Quando comparámos os diferentes consumos com a variável prática de atividade física, verificamos uma diferença estatisticamente significativas relacionada com o consumo de tabaco ( $t=-3.26$ ,  $p=0.001$ ), que nos indicou que os sujeitos da amostra que não praticam atividade física regular consomem em média maiores quantidades de tabaco do que os que afirmam praticar atividade física regular. Além disso, também verificamos em termos de médias de consumo destas substâncias (todas elas), existe uma tendência razoavelmente definida de hábitos de maior consumo das mesmas para os indivíduos que afirmaram não praticar atividade física regular em comparação com os que praticam atividade física com regularidade.

Diversas são as referências na literatura que enfatizam esta associação atrás descrita, verificada na nossa amostra entre a prática de atividade física regular e o menor consumo das substâncias em causa. Malina e Bouchard (1991) referem que os indivíduos não fumadores são geralmente mais ativos e consomem menos álcool e drogas, comparativamente aos fumadores. Segundo Holmen e colaboradores (2002), o exercício físico é considerado fator protetor contra o início do hábito tabagístico e a redução do tabagismo diminui a incidência de doenças. De acordo com Higgins e colaboradores (2003), adolescentes que fumam apresentam menores níveis de atividade física, e a atividade física na adolescência interfere no início do tabagismo neste período e em sua manutenção na idade adulta. Para Costa e colaboradores (2002), além das possíveis associações entre a gênese do tabagismo e do sedentarismo, a prática regular de exercícios físicos pode colaborar para o abandono do hábito tabagístico. O sedentarismo e o tabagismo apresentam altas prevalências mundialmente. Ambos são fatores de risco para o aumento da morbi-mortalidade, além de aumentarem os gastos com a saúde (OMS, 1998 & CDC, 1999). Para Audrain e colaboradores (2005), maiores níveis de atividade física reduzem o risco de fumar durante a adolescência, enquanto, segundo Mukamal e colaboradores (2006) o consumo moderado de álcool está associado a estilos de vida saudáveis. Um relatório do *President's Council on Physical*

*Fitness and Sports* refere que a participação desportiva se associa a um menor consumo de drogas e álcool (Vidmar, 1992).

Já o estudo de Dearwater e colaboradores (1995), por outro lado, mostrou resultados contraditórios em relação ao aspeto do consumo do álcool. Foram encontradas associações significantes em relação ao uso de álcool e cigarro, com importante diferença entre os sexos. Os adolescentes do sexo masculino mais ativos e aqueles que participavam de competições desportivas aderiram mais ao uso de álcool do que os inativos. Por outro lado, as adolescentes mais ativas tiveram menor adesão ao tabagismo do que as inativas. Esses resultados indicam que, pelo menos em relação ao uso de álcool por adolescentes do sexo masculino, nem sempre a prática de desportos estará atuando como um "fator protetor".

Ainda no âmbito da questão de fundo deste trabalho, exercerá ou não a prática de atividade física regular um efeito positivo decisivo no bem-estar psicológico e na adoção de estilos de vida saudáveis., resolvemos aprofundar a análise da relação dos padrões de atividade física mencionados pelos sujeitos da amostra com os estilos de vida, bem-estar psicológico global e suas diferentes dimensões e constatámos que respeitante à relação entre o padrão de atividade física referido e a média do valor alcançado nos estilos de vida, a mesma cresce consoante o padrão de atividade física, pressupõe maior quantidade de atividade física. A aplicação do teste paramétrico One way Anova, confirma a diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $F=7.86; p \leq 0,000$ ). Recorrendo ao teste de contraste para comparações múltiplas Tukey HSD, no sentido de verificarmos as relações das diferentes possibilidades, constatámos que quem não pratica e não tenciona vir a praticar qualquer atividade física tem diferenças estatisticamente significativas nos resultados dos estilos de vida, para quem realiza ocasionalmente ( $p=0.034$ ), para quem realiza regularmente à menos de 6 meses ( $p=0.007$ ) e para quem realiza regularmente à mais de 6 meses ( $p \leq 0.000$ ).

No que concerne à relação entre a o padrão de atividade física e a média do valor alcançado no BEP, verifica-se uma tendência de os padrões de prática de atividade física que requerem maior quantidade de prática de atividade física influenciam positivamente os resultados do BEP, contudo, de acordo com os testes estatísticos aplicados as diferenças não são estatisticamente significativas nos resultados do BEP global.

## Conclusão

A evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática de atividade física regular e o desporto beneficiam, quer fisicamente, quer socialmente, quer mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades (DGS, 2007).

Apesar de o movimento constituir um aspeto essencial da vida da maioria das espécies animais, tornou-se, ao longo da civilização, uma componente menos crítica da vida diária dos seres humanos devido aos avanços tecnológicos. Embora este desenvolvimento tenha contribuído, por um lado, para uma existência mais facilitada e para uma melhoria da qualidade de vida, por outro, evidenciou um número considerável de doenças hipo cinéticas, ou seja, condições parcialmente atribuíveis à falta de movimento (LVAF, 2011).

A considerável redução da atividade física, característica das sociedades modernas, resultou numa diminuição dos níveis de aptidão física das populações com impacto direto na sua saúde e no bem-estar (PNAF, 2011).

A entrada no ensino superior, muitas vezes resulta num processo de transição de assimilação difícil para o jovem adulto, pois carrega consigo diversas alterações relacionadas com deslocações dos locais de residência, afastamento da família, gestão do tempo, liberdades e responsabilidades diferentes, pelo que, está muitas vezes associada ao desenvolvimento de comportamentos que colocam em risco a saúde e o bem-estar dos jovens adultos. Os consumos de tabaco, drogas e bebidas alcoólicas, bem como os comportamentos sexuais de risco têm muitas vezes o seu início e/ou agravamento nestas alturas. Diversos fatores (pessoais e sociais) interagem de forma a afetar um comportamento específico do indivíduo.

A partir dos numerosos estudos onde se demonstra a correlação positiva entre a manutenção de estilos de vida ativos e a existência de melhores estados de saúde e bem-estar, fomentou-se um crescente interesse no desenvolvimento dos aspetos relativos ao conhecimento e compreensão dos fatores que determinam que os indivíduos mantenham estilos de vida ativos (Blasco et al., 1996).

Os nossos resultados parecem confirmar, em grande medida, a realidade acima exposta e que esteve na origem da formulação da questão fundamental do nosso estudo:

A prática de atividade física regular exerce um efeito positivo no bem-estar psicológico e na adoção de estilos de vida saudáveis?

Uma vez que, os resultados obtidos evidenciaram os seguintes aspetos: os sujeitos que praticam atividade física regular adotam estilos de vida mais positivos em oposição com os que não praticam atividade física regular; as raparigas, adotam estilos de vida mais positivos, por contraponto com os rapazes; não se confirmou uma relação positiva entre a prática de atividade física regular e melhores índices de bem-estar psicológico, exceto na dimensão domínio do meio, onde essa situação se verificou, apesar da tendência para uma superioridade média de quem pratica atividade física regularmente face a quem não o faz, quer no bem-estar global, quer na maioria das suas dimensões; os alunos universitários com estilos de vida mais saudáveis revelaram maior bem-estar psicológico; dos hábitos de consumo, o álcool é a substância nociva mais consumida pelos alunos da Universidade do Algarve e com maior incidência no género masculino; os sujeitos da amostra que não praticam atividade física regular consomem mais tabaco do que os que afirmam praticar atividade física regular.

Outro aspeto revelado pelos nossos resultados prende-se com os consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, na medida em que os mesmos demonstraram uma tendência razoavelmente definida de hábitos de maior consumo das mesmas (álcool, tabaco e drogas ilícitas) para os indivíduos que afirmaram não praticar atividade física regular em comparação com os que praticam atividade física com regularidade.

Ao nível da possível influência da antiguidade na Instituição de Ensino, para os sujeitos que praticam atividade física regular, nos estilos de vida e bem-estar psicológico ou qualquer das suas dimensões, a mesma não se verificou, o que nos remete para a provável falta de empenhamento e orientação da Universidade nesses domínios.

Foi observado também no que concerne à relação entre o padrão de atividade física referido e a média do valor alcançado nos estilos de vida, que a mesma cresceu consoante o padrão de atividade física pressuponha maior quantidade de atividade física.

De acordo com Barata (2007) diversos estudos experimentais sugerem que a prática de atividades de intensidade moderada atua na redução de taxas de mortalidade e de risco de desenvolvimento de doenças degenerativas como as doenças cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes, doenças respiratórias, entre outras. São relatados, ainda, efeitos positivos da atividade física no processo de envelhecimento, no aumento

da longevidade, no controle da obesidade e em alguns tipos de cancro. Destas constatações infere-se que a realização sistemática de atividades corporais é fator determinante na promoção da saúde e da qualidade de vida.

Já a OMS (2002), identificou os 8 fatores de risco que mais contribuem mundialmente para a mortalidade e morbidade: consumo de tabaco; ingestão de álcool; inatividade física; o consumo insuficiente de frutas e vegetais; obesidade; diabetes; hipertensão arterial e hipercolesterolemia, todos eles ligados, de uma forma ou de outra, às mudanças no estilo de vida, nomeadamente às alterações da dieta e à diminuição da atividade física (aumento do sedentarismo).

No que diz respeito às limitações do nosso estudo, podemos considerar como primeira o seu desenho transversal e não horizontal. Todavia, o facto da maioria dos nossos resultados serem comprovados por outras investigações poderá atenuar essa limitação. Um estudo longitudinal poderia oferecer informações relevantes sobre a forma e o impacto de como a atividade física regular interfere com a adoção de estilos e vida positivos e com melhores níveis de bem-estar psicológico, permitindo demonstrar a consistência das relações entre estas variáveis, no sentido de convencer os responsáveis de diferentes organizações e organismos públicos e privados a implementar medidas para a promoção da saúde, aproveitando as potencialidades da prática da atividade física regular.

Uma segunda limitação está relacionada com a utilização apenas medidas de autorresposta, o que poderá aumentar os problemas da variância. Esta limitação poderá ser atenuada com a introdução de medidas de recolha mais objetivas, como por exemplo, indicadores de condição física, de saúde e de hábitos de estilo de vida. Além disso, o facto de não termos encontrado estudos envolvendo a população estudantil universitária, e as variáveis em estudo limitou consideravelmente em termos da revisão de literatura e possíveis comparações com outros estudos.

Como sugestão, seria interessante que futuros trabalhos, nesta ou noutras populações, comprovem a solidez dos nossos resultados, nomeadamente perceber se com outras populações, a forma como estas variáveis se relacionam e se os resultados são idênticos. Por outro lado, efetuar um trabalho, nesta área, englobando uma amostra superior e mais diversificada, recorrendo a outras universidades do país, de modo a efetuar possíveis comparações com estudantes de diferentes universidades, também poderia ser interessante.

A proporção de praticantes de atividades físicas involuciona com o aumento da idade até chegarmos a um momento em que a diminuição é deveras muito acentuada, coincidindo com o escalão etário entre os 18 e os 25 anos de idade. O início da vida universitária, com o conseguinte aumento da exigência e dedicação a esse nível educativo, bem como a possível deslocação de localidade que a mesma situação pode acarretar, unidas à falta de coordenação no que poderíamos denominar estrutura desportiva e estrutura académica, favorece sobremaneira a retirada dos alunos da prática físico-desportiva (Salguero et al., 2003).

Fazendo prova que a prática de atividade física regular é um elemento fundamental para a adoção de um estilo de vida saudável, julgamos deveras decisivo e importante aumentar a consciência e a participação quer dos adolescentes, quer dos adultos em programas regulares de atividade física, pelo que, nos surge como um desafio a destacar, o encontrarmos vias e formas que possibilitem ou facilitem uma influência positiva, em todos os escalões etários, com o intuito de estabelecer a prática regular de atividade física como um hábito de vida, na nossa sociedade.

Por conseguinte, desmistificar o dilema com que nos confrontamos, atualmente, no qual muitas pessoas (quer jovens, quer adultos) têm uma visão negativa da atividade física, considerando-a pouco atrativa, deverá constituir-se como um primeiro passo fundamental, atacando as principais causas para esse facto (entre outras destacamos: fraca perceção de competência, a falta de suporte dos amigos e familiares, bem como experiências negativas decorrentes da prática de atividade física, especialmente no domínio escolar).

Em suma, por todas as razões apontadas acima e, de acordo com Matos e Sousa-Albuquerque (2006), nos dias de hoje, torna-se imperioso, que a escola (seja a que nível, ensino básico obrigatório ou superior), onde os nossos jovens passam grande parte do seu tempo, desempenhe um papel bem mais interventivo e decidido no desenvolvimento de programas destinados a facilitar e promover nos jovens escolhas pessoais relacionadas com comportamentos de saúde que, por um lado, facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis e, por outro, promovam estes comportamentos e estilos de vida saudáveis como um fator de prestígio na relação destes jovens com o seu mundo social.

Para finalizar, consideramos que os nossos objetivos foram na sua generalidade alcançados, apesar de todas as limitações inerentes a esta dissertação. Porquanto, os nossos resultados acabaram por responder ao propósito da questão base, tal como a

pertinência do estudo levado a cabo, esperamos ter dado um contributo significativo, no propósito de alertar para a importância da prática da atividade física na promoção da saúde, na adoção de estilos de vida positivos e na obtenção de melhores níveis de bem-estar psicológico.

## Bibliografia

- Aaron, D., Storti, K., Roberston, R., Kriska, A., & LaPorte, R. (2002). Longitudinal study of the number and choice of leisure time physical activities from mid to late adolescence: implications for school curricula and community recreation programs. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156 (11), 1075-1080.
- Aarons, G., et al. (1999). Adolescent alcohol and drugs abuse and health. *Journal of Adolescent Health*, 24 (6), 412-421.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Alves, J. (2005). Exercício e saúde: adesão e efeitos psicológicos. *Psychologica*, 39,57-73.
- American Psychological Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychological Association.
- Anderssen, S., Cooper, A., Riddoch, C., Sardinha, L., Harro, M., Brage, & S., Andersen, L. (2007). Low cardiorespiratory fitness is a strong predictor for clustering of cardiovascular disease risk factors in children independent of country, age and sex. *European Journal of Preventive Cardiology*, 14(4), 526-557.
- Argentina en Movimiento. (2000). Hábitos deportivos de la población argentina. Investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación, con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Assumpção, et al. (2002). Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 8, n.53, Set. Acedido a novembro 30, 2011 in <http://www.efdeportes.com>.
- Audrain-McGovern J., Rodriguez, D., & Moss, H. (2003). Smoking progression and physical activity. *Cancer Epidemiol Biomarkers & Prevention*, 12(11), 1121-1130.
- Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Barata, J. (2003). *Mexa-se...pela sua saúde: Guia prático de atividade física e emagrecimento para todos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Barata, T., et al. (1997). *Atividade Física e Medicina Moderna*. Odivelas: Europress.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in a clinic psychology*. England: John & Wiley.
- Barnes, D., Yaffe, K., Satiriano, W., & Tager, I. (2003). A longitudinal study of cardiorespiratory fitness and cognitive function in healthy older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 459-65.

- Barros, R. (1993). Os adolescentes e o tempo livre: lazer e atividade física. In: V. Coates, L. Françoso, G. Beznos. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier.
- Belar, C.D. e Park, T.L. (2001). Psychological assessment in the medical setting. En A.Vingerhoets (Ed.), *Assessment in Behavioral Medicine* (pp. 1-24). Nova York: Brunner-Routledge.
- Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, B. & McInman, A. (1993). Exercise and the quality of life. In R. Singer, Murphey, M. & Tennant, L. (Eds.), *Handobook of research on sport psychology* (pp.78-87). New York: Macmillan.
- Biddle, S. (1985). Exercise and psychosocial health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66 (4), 292-297.
- Blasco, T., et al. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 9(10), 51-63.
- Boreham, C., & Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Science*, 1(9), 915-929.
- Bouchard, C., Malina, R., & Pérusse, L. (1997). *Genetics of fitness and physical performance*. Champaign: Human Kinetics; 1997.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review disease specific quality of lfe measures scales 2<sup>a</sup> ed*. Buckingham: Open University Press.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1998). *L'adolescence aux mille visages*. Paris: Editions Odile Jacobs.
- Braconnier, A (1999). *Guide de l' adolescent*. Editions Odile Jacobs.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well being*. Chicago: Aldine Publishing.
- BrainWork. (2002). Dana Foudation - *The Neuroscience Newsletter*. 12 (1).
- Brito, A. (1997). Efeitos psicológicos do exercício, (documento de trabalho, não publicado).
- Brownell, K. (1995). Exercise and obesity treatment: psychological aspects. International Journal of Obesity. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 208-16.
- Brownson, R., Boehmer, T., & Luke, D. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annual Review of Public Health.*, 26,421-464.

- Buisman, A., & Lucassen, J. (1996). Youth sport in Europe – Netherlands. In P. Knop, L. Engstrom; B. Skirstad, M. Weiss (Editors). *Worldwide Trends in Youth Sport. Champaign* (pp. 152-169). Illinois. Human Kinetics.
- Camacho, I., & Matos, M. (2006). Práticas parentais, escola e consumo de substâncias em jovens. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Camões, M., & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 208-224.
- Carol, N., & Dwyer, J. (1991). Nutrition and exercise: effects on adolescent health. *Annual Review Public Health*, 12, 309-341
- Carskadon, M. (1990). Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician Journal*, 17, 5-12.
- Carvalho, S., & Cruz, J. (2006). *Coping e estilos de vida na transição para o ensino superior. Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto. Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Carvalho, T., et al. (1999). Sociedade brasileira de medicina do desporto - Posição oficial : Atividade física e saúde. *Jornal de Medicina do Exercício*, 3(4), 10-20.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-31.
- Caspersen, C., Nixon, P., & DuRant, R. (1998). Physical activity epidemiology applied to children and adolescents. *Exercise and Sports Science Reviews*, 26, 341-403.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Promoting physical activity. A guide for community action. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). Trends in leisure-time physical inactivity by age, sex, and race/ethnicity-United States, 1994-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(39), 991-4.
- Cid, L., Silva, C., & Alves, J. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior. *Motricidade*, 3(2), 47-55.
- Clínica Alemana (2002). Sedentarismo chileno: Preocupante o una exageración? Acedido a outubro 14, 2011, in <http://www.alemana.cl>
- Cocke, A. (2002). Brain may also pump up from workout. Acedido a outubro 8, 2011, in <http://www.neurosurgery.medsch.ucla.edu/whatsnew/societyforneuroscience.htm>
- Colbert, L., et al. (2002). Physical activity and lung cancer risk in male smokers. *International Journal Cancer*, 98(5), 770-773.

- Coelho e Silva. (2001). *Morfologia e Estilos de Vida na Adolescência. Um estudo em adolescentes escolares do distrito de Coimbra*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra.
- Colcombe, S., Erickson, K., Raz, N., Webb, A., Cohen, N., McAuley, E., & Kramer, A. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 58(2), 176-234.
- Costa, A. et al. (2002). Tabagismo. *Ars Cvrandi*, 35(8), 40-47.
- Cruz, J., Machado, P. & Mota, M. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da atividade física. In: Cruz, J. (Ed). *Manual de Psicologia do Desporto*.
- Dantas, E. (1999). Atividade física, prazer e qualidade de vida. *Revista Mineira de Educação Física*, 7(1), 5-13.
- Davis, C., Kennedy, S., Ravelski, E., & Dionea, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.
- Dearwater, S. (1995). Physical activity and the initiation of high-risk health behaviors in adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27, 1639-1680.
- Deflandre, A., Lorant, J., Gavarry, O., & Falgairette, G. (2001). Determinants of physical activity and physical sports activities in french school children. *Perceptual and Motor Skills*, 92, 399-414.
- Delgado, J. (2006). Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. PubliCE Standard. Acedido a abril 9, 2011, in <http://www.actividadfisica.net/actividadfisica-definicion-clasificacion-actividad-fisica.html>
- 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.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dishman, R. (1981). Biologic influences on exercise adherence. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 52, 143-159
- Dishman, R. (1993). Exercise adherence. In R. Singer, M. Murphey & L. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sports psychology*. New York: Macmillan.
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw Hill.
- Dunn, A., Marcus, B., Kampert, J., Garcia, M., Kohl, H., & Blair, S. (1999). Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(4), 327-34.

- Dunn, A., Trivedi, M., & O'Neal, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 587-670.
- European Union. (2004). Special Eurobarometer 213/ Wave 62.0 – *The Citizens of the European Union and Sport*. EC/Directorate General Education and Culture.
- European Union. (2010). Special Eurobarometer 334/Wave 72.3 – *Sport and Physical Activity*. EC/Directorate General Education and Culture.
- Elias, J. (2006). *Hábitos Desportivos e Estilos de Vida na Adolescência: Uma Análise Sócio-Demográfica. Um Estudo em Adolescentes Escolares da Região do Algarve*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa
- Elizondo-Armendariz, J., et al. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5),559-636.
- Erlichman, J., Kerbey, A., & James, W. (2002). Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 1: The impact of physical activity on cardiovascular disease and all-cause mortality: an historical perspective. *International Journal of Obesity*, 3(4),257-71.
- Erickson, E. (1959). Identify and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18-164.
- Feldman, L., Harvey, B., Holowaty, P., & Shortt, L. (1999). Alcohol use beliefs and behaviours among high school Students. *Journal of Adolescent Health*, 24 (1), 48-58.
- Fernandes, H. (2007). *O Bem-Estar Psicológico em Adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Dissertação de Doutoramento. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Fernandes, H., et al. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, 18, 155-172.
- Ferreira, J. & Fox, K. (2004). Self-perceptions and exercise in groups with special needs. Preliminary Analysis. In J. Ferreira, P. Gaspar, C. Ribeiro, A. Teixeira, C. Senra (Eds.), *Physical Activity and Promotion of Mental Health*. Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física: Universidade de Coimbra.
- Fleck, M., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1).
- Fletcher, J. & Banasik, J. (2001). Exercise self-efficacy. *Clinical excellence for nurse practitioners*, 5 (3), 134-143.

- Fonseca, H. (2003). *Comprender os adolescentes – Um desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Forum Mondial (1995). Physical activity, health and well-being. In: Forum mondial sur l'activité physique et le sport. Québec: Forum mondial sur l'activité physique et le sport.
- Fox, K. (1988). The Self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40(3), 230-246.
- Fripp, R., Hodgson, J., Kwiterovich, P., Werner, J., Schuler, H., & Whitman, V. (1985). Aerobic capacity, obesity, and atherosclerotic risk factors in male adolescents. *Pediatrics*, 75, 813-8.
- García Ferrando, M. (1984). *Las prácticas deportivas de los estudiantes universitarios*. Madrid: F.E.D.U.
- García Ferrando, M. (1990). *Aspetos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Editorial.
- García Ferrando, M. (1991). *Los españoles y el deporte (1980-1990): un análisis sociológico*. Madrid: C. S. D. y Ministerio de Educación y Ciencia.
- García Ferrando, M. (2005). *Los españoles y el deporte: Prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX: Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles*. Madrid: C. S. D. y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- George, F. (2007). Direção Geral de Saúde Ministério da Saúde. Acedido a novembro 12, 2011, in <http://www.dgs.pt/>
- Geron, E. (1996). Intelligence of child and adolescent participants in sports. In *the Child and adolescent athlete*, (6). Oxford: Blackwell Science Limited.
- Glenmark, B., Hedberg, G., Jansson, E. (1994). Prediction of physical activity level in adulthood by physical characteristics, physical performance and physical activity in adolescence: an 11-year follow-up study. *European Journal of Applied Physiology*, 69, 530-538.
- Gomar, D., et al. (2010). *El deporte universitario en Andalucía*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Gonçalves, A. e Carvalho, G. (2007). Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga). Acedido a setembro 8, 2011, in <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6693>
- Gruber, J. (1986). Physical activity and self-esteem development in children: A meta-analysis. *American Academy of Physical Education Papers*, 19, 30-48.
- Guedes, D., & Guedes, J. (1995). Atividade Física, Aptidão Física e Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 1(1), 18-35.

- Gulati, M., Pandey, D., Arnsdorf, M., Lauderdale, D., Thisted, R., Wicklund, R., Al-Hani, A., & Black, H. (2003). Exercise capacity and the risk of death in women: the St James Women Take Heart Project. *Circulation*, 108(13), 1554-1563
- Gutiérrez, S. (1995). *Valores sociales y deporte*. Madrid: Editorial Gymnos.
- Gutiérrez, M., & Gonzalez-Herrero, E. (1995). Motivos por los que los jóvenes practican actividad física y deportiva: análisis de una muestra de estudiantes universitarios. In *Aplicacions i fonaments de les activitats físico-esportives* (pp. 363-374). Lleida: INEFC.
- Gutiérrez, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física*, 77, 5-14.
- Hanneford, C. (1995). *Smart moves: Why learning is not all in your head*. Arlington: Great Oceans Publishing.
- Health Behaviour in School-aged Children (2002). *Estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas - Portugal 1998/2002*. Organização Mundial de Saúde.
- Health Education Authority (1991). *Towards a smoke-free generation. Campaign Manual*. London: Health Education Authority.
- Hendry, L., Shucksmith, J., Love, J., & Glendinning, A. (1993). *Young people's leisure and lifestyles*. London: Routledge.
- Higgins, J., Gaul, C., Gibbons, S., & Van, G. (2003). Factors influencing physical activity levels among Canadian youth. *Canadian Journal Public Health*; 94(1), 45-51.
- Holmen, T., et al. (2002). Physical exercise, sports, and lung function in smoking versus nonsmoking adolescents. *European Respiratory Journal*, 19(1), 8-15.
- Instituto do Desporto de Portugal (2011). *Plano Nacional de atividade física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Instituto do Desporto de Portugal (2011). *Livro Verde da Atividade Física*. Observatório Nacional da atividade física e do desporto. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Instituto do Desporto de Portugal (2011). *Livro Verde da Aptidão Física*. Observatório Nacional da atividade física e do desporto. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Instituto do Desporto de Portugal (2009). *Orientações Europeias para a Atividade Física - Políticas para a Promoção da Saúde e Bem-Estar*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.

- Internacional Society of Sport Psychology (1992). Physical activity and psychological benefits. A position statement. *The Sport Psychologist*, 6, 199-203.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Kaplan, M., Newsom, J., McFarland, B., & Lu, L. (2001). Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4), 306-318.
- Karsten, L. (1998). Growing up in Amsterdam: Differentiation and segregation in children's daily lives, urban studies, 35(3), 565-581.
- Katch, F., & McArdle, W. (1996). *Nutrição, Exercício e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kitamura, T., et al. (2004). Ryff's psychological well-being inventory: Factorial structure and life history correlates among Japanese university students. *Psychological Reports*, 94, 83-103.
- Klesges, R.; Shelton, M., & Klesges, L. (1993). Effects of television on metabolic rate: Potential implications for childhood obesity. *Pediatrics*, 91 (2), 281-286.
- Landers, D. (1994). Physical activity, fitness, and anxiety. In C. Bouchard, R. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lima, P. (1991). A Saúde pelo Exercício na criança. In Lima, P. (Ed.): *II Congresso de Educação Física dos Países de Língua Portuguesa* (pp.43-46). Lisboa: FCDEF-UP.
- Long, B., & Stavel, R. (1995). Effects of exercise training on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 167-189.
- Lores, A., & Múrcia, J. (2006). Características de la Práctica Físico-Desportiva en Estudiantes Universitarios. Universidad de Murcia. *Conexões*, 4(1), 125-140.
- Malina, R. (1996). Familial factors in physical activity and performance of children and youth. *Journal of Human Ecology*, 4, 131-143.
- Malina, R. (1994). Benefits of physical activity from a lifetime perspective. In H. Quinney, L. Gauvin, A. Wall (Eds), *Toward Active Living-Proceedings of the International Conference on Physical Activity, Fitness and Health* (pp. 47-53). Champaign Illinois. Human Kinetics.
- Malina, R., & Bouchard, C. (1991). *Growth, Maturation and Physical Activity*. Champaign Illinois: Human Kinetics.

- Marivoet, Salomé (2001). *Hábitos Desportivos da População Portuguesa*. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva.
- Marques, A., & Gaya, A. (1999). Atividade física, aptidão física e educação para a saúde: Estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil. *Revista Paulista de Educação Física*, 13(1), 83-102.
- Martinez-Gonzalez, M., Varo, J., Santos, J., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., & Martinez, J. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, 33(7), 1142-1148.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2ª ed.). New York: Van Nostrand.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2002) Fatores associados à prática da atividade física nos adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, 1(20), 57-66.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2001). *Atividade física e prática desportiva nos jovens portugueses*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M., & Sardinha, S. (1999). Estilos de vida ativos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo* (217-240). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M. (1994). *Corpo, movimento e socialização*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde. Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores Lda.
- Matos, M., et al. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, A., & Sousa-Albuquerque. (2006). *Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação*. Coimbra: Universidade de Coimbra e Instituto Politécnico de Viseu.
- Matsudo, V. (1999). Vida ativa para o novo milênio. *Revista Oxidologia*, 9, 18-24.
- Matsudo, S., & Matsudo, V. (2000). Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. *Revista Diagnóstico e tratamento*, 5(2), 10-17.

- Meyer, H., Sogaard, A., Tverdal, A., & Selmer, R. (2002). Body mass index and mortality: the influence of physical activity and smoking. *Medicine and Sciences in Sports and exercise*, 34(7), 1065-1070.
- Minayo, M., et al. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Ministério da Saúde (1988). Inquérito nacional de saúde 1997. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Ministério da Saúde (1997). Inquérito nacional de saúde 1995/1996. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Ministério da Saúde (2000). Inquérito nacional de saúde 1998/1999. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Mitchell, D. (1994). *The relationship between rhythmic competency and academic performance in first grade children*. Doctoral Dissertation. Orlando: University of Central Florida Department of Exceptional and Physical Education.
- Mitchell, L. (1990). *Growing up in Smoke*. London: Pluto Press.
- Mora, S., Redberg, R., Cui, Y., Whiteman, M., Flaws, J., Sharrett, A., & Blumenthal, R. (2003). Ability of exercise testing to predict cardiovascular and all-cause death in asymptomatic women: a 20-year follow-up of the lipid research clinics prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1600-1607.
- Moreira, J. (2001). *Estudo da relação entre prática de atividade física, bem-estar psicológico e satisfação com a vida em estudantes do ensino superior do Concelho de Viseu*. Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto.
- Murcia, J., Lores, A., Sanmartín, M. & Camacho, A. (2005). Motivaciones de los universitarios hacia la práctica físico-deportiva. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5 (19), 154-165.
- Mota, J. (1995). *Educação da Saúde – Aulas suplementares de Educação Física*. Lisboa: Livros Horizonte: Imprensa Universitária.
- Mota, J. (1997). *A atividade física no lazer - Reflexões sobre a sua prática*. Coleção Cultura Física. Lisboa: Livros Horizonte.
- Mukamal, K., Ding, E., & Djoussé, L. (2006). Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: a population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 6, 118-128.
- Nelson, M., Gordon-Larsen, P., North, K., & Adair, L. (2006). Body mass index gain, fast food, and physical activity: effects of shared environments over time. *Obesity (Silver Spring)*, 14(4), 701-710.
- Neto, C. (1995). *Motricidade e Jogo na Infância*. Rio de Janeiro: Editora Sprint Ltda.

- Neto, C. (1997). *Tempo e espaço de jogo para as crianças: Rotinas e mudanças sociais*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Neto, T. (1999). *Atividade Física e Qualidade de vida*. In: Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física. Brasília: Esporte e Lazer.
- Neugarten, B. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. Lawton (Orgs.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311-335). Washington: American Psychological Association.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres de idade avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Ortega, F., Ruiz, J., Castillo, M., & Sjostrom, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of obesity*, 32(1), 1-11.
- Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A., & Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314(10), 605-618.
- Pais, M & Cabral, V. (2003). *Estudo sobre comportamentos de risco*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Palma, S. (2004). *Atividade física, aptidão física e saúde em alunos do ensino básico e secundário*. Dissertação de Mestrado na especialidade de Exercício e Saúde. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Paradise, A. & Kernis, M. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21 (4), 345-361.
- París, F. (1996). *El deporte en las universidades españolas. Análisis de la encuesta sobre su organización, práctica y equipamientos*. Serie I.C.D. Madrid: Consejo Superior de Deportes y Ministerio de Educación y Cultura.
- Pereira (1993). *A infância e o lazer. Estudo da ocupação dos tempos livres da criança dos 3 aos 10 anos em diferentes contextos sociais*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Plante, T. (1993). Aerobic exercise in prevention and treatment of psychopathology. In P. Seragianian (Ed.), *Exercise Psychology: The influence of physical exercise on psychological processes*. New York: John Wiley.
- Pratt, M., Macera, C., & Blanton, C. (1999). Levels of Physical Activity and Inactivity in Children and Adults in the United States: current evidence and research issue. *Medicine Sciences Sports Exercices Suppl*, 31 (11), 526-533.

- Ramirez, W., Vinaccia, S., & Suárez, G. (2004). El Impacto de la Actividad Física y el Deporte sobre la Salud, la Cognición, la Socialización e el Rendimiento Académico: Una Revisión Teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 67-75.
- Reyes, S., & Garcês, E. (1999). Por qué las personas hacen deporte?. Un análisis descriptivo en una población de estudiantes universitarios. In G. Nieto & E. Garcês (Eds.), *Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 121-126). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.
- Rodgers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rodrigues, A. (1998). *Socialização primária e prática desportiva*. Dissertação de Licenciatura. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra.
- Romero, F. & Alves, J. (2004). Efectos psicológicos de un programa combinado de ejercicio físico y de educación nutricional en una población de diabéticos. In J. Dosil & D. Prieto (Eds.), *Atas do 1º Congresso Galego-Português de Psicologia da Atividade Física e do Desporto* (pp. 38-53). Pontevedra: Universidad Vigo.
- Ruini, C., et al. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72, 268-275.
- Rutten, A., Abel, T., Kannas, L., Von Lengerke, T., Luschen, G., Rodriguez, D., et al. (2001). Health promotion by sports and physical activity: politics, behavior and infrastructures in a european comparison. *Sozial und Praventivmedizin*, 46 (1), 29-40.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C., Lee, Y. & Na, K. (1993). Through the lens of culture: Psychological well-being at midlife. Comunicação apresentada no Meeting of Gerontological Society of America, New Orleans, LA.
- Sallis, J., et al. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32 (5), 963-975.
- Sallis, J. & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioural medicine*. London: Sage Publications.

- Sallis, J., & Nader, P. (1988). Family determinants of health behaviors. In D. Gachman (Ed.), *Health behavior*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Sallis, J. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), 1598-16150.
- Sallis, J. & Hovell, M. (1990). Determinants of exercise behaviour. *Exercise and sports sciences Reviews*, 18, 304-330.
- Salguero, A., et al. (2003). Factores que inducen al abandono de la natación de competición: validación del cuestionario de causas de abandono de la práctica deportiva para jóvenes nadadores. In *Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte "Perspetiva Latina"* (pp. 323-332). León: Asociación de Psicología del Deporte.
- Samulski, D. (2002). *Psicologia do Esporte*. São Paulo: Editora Manole;
- Sánchez, A., García ,F., Landabaso, V., & Nicolás, L. (1998). Participación en actividad física de una muestra universitaria a partir del modelo de las etapas de cambio en el ejercicio físico: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte*, 7(2), 233-245.
- Sarigiani, P., Ryan L., & Peterson, A. (1999). Prevention of high-risk behaviours in adolescent women. *Journal of Adolescent Heaht*, 25(2), 109-119.
- Schwarzer, R., & Fucchs, R.(1995). Changing risk behaviours and adopting health behaviours: The role of self efficacy beliefs. In Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 213-239). Cambridge: Cambridge University Press.
- Seabra, A., et al. (2008). Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cadernos Saúde Pública*, 24 (4), 721-736.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychologist: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seibaek, M., Vestergaard, H., Burchardt, H., Sloth, C., Torp-Pedersen, C., Nielsen, S., Hildebrandt, P., & Pedersen, O. (2003). Insulin resistance and maximal oxygen uptake. *Clinical Cardiology*, 26(11), 515-535.
- Shephard, R. (1997). Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238.
- Shepard, R. (1989). Nutritional benefits of exercise. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 29, 83-90.
- Shepard, R. (2003). Limits to measurement of habitual physical activity by questionnaires. *British Journal Sports Medicine*, 37, 0-9.
- Sherwood, N., & Jeffery, R. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 20, 21-44.

- Sieving, R., Perry, C., & Williams, C. (2000). Do friendships change behaviours, or do behaviours change friendships? Examining paths of influence in young adolescents alcohol use. *Journal of adolescent health*, 26(1), 27-35.
- Silva, M. (1999). Exercício e Qualidade de Vida. In N. Chorayeb & T. Barros, *O Exercício*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Siqueira, M. & Padovan, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Sjöström, M., Oja, P., Hagströmer, M., Smith, B., & Bauman, A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14, 291-300.
- Smith, C., et al. (1994). Current changes in smoking attitudes and behaviours among adolescents in Wales, 1986-1992. *Journal of Public Health Medicine*, 16(2), 165-171.
- Smoll, F, Magill, R., & Ash, M. (1988). *Children in Sport (3ªEd.)*. Champaign: Human Kinetics.
- Sonstroem, R. (1997). Physical activity and self-esteem. In W. Morgan (Ed.), *Physical activity and mental health*. Washington, DC: Hemisphere.
- Strong, W., Malina, R., Blimkie, C., Daniels, S., Dishman, R., Gutin, B., Hergenroeder A., Must, A., Nixon, P., Pivarnik, J., Rowland, T., Trost, S., & Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-739.
- Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le Bihan, E., Oppert, J., Hercberg, S., Guillemin, F., & Briancon, S. (2007). Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Preventive Medicine*, 44(3), 202-210.
- Thuot, S. (1995). College students' attitudes toward anticipated sport participation. *Perceptual and Motor Skills*, 80 (1), 155-160.
- Torre, E. (1998). *La actividad físico-deportiva extraescolar y su interrelación con el área de Educación Física en el alumnado de enseñanzas medias*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Toscano, W. & Vega, L. (2008). Atividade física e qualidade de vida. Acedido a dezembro 17, 2011, in <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=904>
- Tucker, L. & Friedman, G. (1989). Television viewing and obesity in adult males. *American Journal of Public Health*, 79, 516-524.
- Tynjala, J., et al. (1999). Perceived sleep quality and its precursors in adolescents. *Health Promotion International*. 14 (2),1-12.

- United.States. Department of Health and Human Services (1996). *Physical and health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Valois, R., et al. (1995). Relationship between physical activity high-school adolescents. *Journal School Health*, 65, 438-449.
- Varo, J., Martinez-Gonzalez, M., De Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M., & Martínez, J. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32(1), 138-174.
- Vidmar, P. (1992). The Role of the Federal Government in promoting health through the schools: Report from the President's Council on physical activity fitness and sports. *Journal of School Health*, 62(4), 129-130.
- Vieira, V., Priore, S., & Fisberg, M. (2002). A atividade física na adolescência. *Adolescencia Latinoamericana*, 3(1), 0-0.
- Vilhena,R. (2007). *Comportamentos, atitudes e valores sobre a atividade física e desportiva: Indicadores de hábitos desportivos e estilos de vida da população escolar da área urbana de Santarém*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Vleioras, G. (2005). *Identity and emotions: An overlooked link*. Groningen: Sticing Pulications.
- Wang, G., Macera, C., Sardder-Coucic, B., Schmid, T., Pratt, M., & Buchmer, D. (2000). A Cost-benefit analysis of using bike/pedestrian trails to promote physical activity. *Medicine and Science on Sports and Exercise*, 32(5), 148-156.
- World Health Organization. (2007). Steps to health - A european framework to promote physical activity for health. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1993). The health of young people: A challenge and a promise. Geneva: World Health Organization.

- Wolin, K., Glynn, R., Colditz, G., Lee, I., & Kawachi, I. (2007). Long-term physical activity patterns and health-related quality of life in U.S. women. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6), 490-499.
- Wiesner, M., & Ittel, A. (2002). Relations of pubertal timing and depressive symptoms to substance use. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 5-23.
- Wills, T., Sandy, J., Yeager, A., Cleary, S. & Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress and adolescents substance use. *Journal Abnormal Psychology*, 110(2), 309-323.

**Anexo A**  
Questionário Agregado

**Universidade do Algarve**  
**Faculdade de Ciências humanas e Sociais**  
**Questionário Agregado**  
**Prática de atividade física / Estilos de Vida / Escala de Bem-Estar Psicológico**

Este questionário faz parte de um trabalho com o título “Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve”, inserido no âmbito de uma investigação para dissertação para Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade do Algarve (2011/2012).

**Os dados recolhidos são totalmente confidenciais.**

1. Idade:	Sexo: M F
Há quanto tempo frequentas o Ensino Superior na UALG ?	
Qual o Curso?	Ano ?                      Grau ?

2. Qual o meio de Transporte utilizado com maior frequência, para te deslocares para a Universidade? Assinala com um (X).

A pé \_\_\_ Bicicleta \_\_\_ Carro \_\_\_ Transporte público \_\_\_ Outro, qual? \_\_\_\_\_

3. Qual a distância aproximada entre a tua Residência e a Universidade? Assinala com um (X).

Até 2 Km \_\_\_ Entre 2 a 5 Km \_\_\_ Entre 5 a 10 Km \_\_\_ Mais de 10 km \_\_\_

4. Quantas vezes por semana vais à Universidade? Assinala com um (X).

0-1 \_\_\_ 1-2 \_\_\_ 2-3 \_\_\_ 3-4 \_\_\_ 4-5 \_\_\_ 5+ \_\_\_

**Atividade Física** – As atuais diretrizes internacionais para a prática de atividade física regular sugerem que esta seja realizada, pelo menos durante 30 minutos, com intensidade moderada, com a frequência de 5 ou mais vezes por semana.

**Exercício:** É uma atividade que é planeada, estruturada e repetitiva, e que é realizada com o objetivo de manter ou de melhorar o nível de condição física.

**Atividades de intensidade moderada:** São atividades que provocam um aumento considerável da frequência cardíaca, exemplo: jogging, natação, aeróbica, dança, ciclismo de lazer, etc.

5. Praticas algum desporto, exercício ou atividade física regularmente?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Frequência semanal? \_\_\_\_\_ Número de horas semanais? \_\_\_\_\_

6. Quantas vezes, nos últimos 14 dias, realizaste exercício suficientemente forte ao ponto de sentires a tua respiração mais forte e o teu batimento cardíaco mais rápido?

Nenhum	1 a 2 dias	3 a 5 dias	6 a 8 dias	9 ou mais dias
--------	------------	------------	------------	----------------

7. Quantas vezes, nos últimos 14 dias, realizaste exercício leve ao ponto de não sentires a tua respiração mais forte e o teu batimento cardíaco mais rápido? (O exercício leve inclui jogar basquetebol, andar, andar calmamente de bicicleta e inclui as aulas de manutenção física).

Nenhum	1 a 2 dias	3 a 5 dias	6 a 8 dias	9 ou mais dias
--------	------------	------------	------------	----------------

8. Nos últimos 12 meses (ano), quantas vezes participaste em atividades de nível competitivo?

Nenhum	1 a 2 dias	3 a 5 dias	6 a 8 dias	9 ou mais dias
--------	------------	------------	------------	----------------

9. Praticas alguma Atividade Física Federada? Sim Não

Que Modalidade? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo?

Comecei este ano	Há 1 Ano	Há mais de 2 anos
------------------	----------	-------------------

10. Praticas Desporto na Universidade do Algarve? Sim Não

Que Modalidade praticas? (Assinala com um X)

1	Futebol	8	Defesa Pessoal
2	Futsal	9	Yoga
3	Basquetebol	10	Tai Chi
4	Voleibol	11	Salsa
5	Râguebi	12	GAP
6	Andebol	13	Zumba
7	Ténis de Mesa	14	Outra?

Há quanto tempo?

Comecei este ano	Há 1 Ano	Há mais de 2 anos
------------------	----------	-------------------

11. Nos últimos 12 meses, quantas vezes, praticaste atividades desportivas a nível competitivo?

11.1 – Federado Nenhum 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 ou mais vezes

11.2 – Universitário Nenhum 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 ou mais vezes

12 - Qual das afirmações seguintes melhor descreve o seu padrão de prática de atividade física? (Assinale com apenas UMA X)

Eu não realizo, por dia, pelo menos 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco ou mais dias por semana e não tenciono começar a fazê-lo.	<input type="checkbox"/>
Estou seriamente a pensar em realizar, por dia, 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco ou mais dias por semana.	<input type="checkbox"/>
Eu realizo, por dia, 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco ou mais dias por semana, mas apenas ocasionalmente.	<input type="checkbox"/>
Eu realizo, por dia e com regularidade, 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco ou mais dias por semana, mas comecei a fazê-lo muito recentemente.	<input type="checkbox"/>
Eu realizo, por dia e com regularidade, 30 minutos de atividade física com intensidade moderada, cinco ou mais dias por semana e tenho vindo a fazê-lo por um período superior a 6 meses.	<input type="checkbox"/>

### 13. Estilos de Vida - Questionário de Estilos de Vida (QEV)

(Sónia F. de Carvalho & J. Pestana Cruz, 2006)

Em baixo, estão trinta e uma questões apresentadas, destinadas à avaliação dos Estilos de Vida. Atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta, preenchendo com um cruz, tendo em linha de conta a seguinte escala:

<b>1: Nunca</b>	<b>2: Raramente</b>	<b>3: Algumas vezes</b>	<b>4: Frequentemente</b>	<b>5: Sempre</b>
-----------------	---------------------	-------------------------	--------------------------	------------------

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1.	Como fruta pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
2.	Consumo álcool em excesso (1 ou mais vezes por semana).	1	2	3	4	5
3.	Quando conduzo respeito os limites de velocidade.	1	2	3	4	5
4.	Esforço-me por manter e desenvolver a minha rede de amigos.	1	2	3	4	5
5.	Controlo a minha tensão arterial.	1	2	3	4	5
6.	Como peixe pelos menos 4 vezes por semana.	1	2	3	4	5
7.	Fumo mais de 3 cigarros por dia.	1	2	3	4	5
8.	Procuo manter uma vida sexual satisfatória.	1	2	3	4	5
9.	Gosto de correr riscos mesmo que possam por em causa a minha segurança.	1	2	3	4	5
10.	Vou ao dentista pelos menos 1 vez por ano.	1	2	3	4	5
11.	Acontece-me consumir drogas ilícitas.	1	2	3	4	5
12.	Deito-me tarde (depois da um da manhã).	1	2	3	4	5
13.	Procuo manter-me física e psicologicamente saudável.	1	2	3	4	5
14.	Faço exercício físico diariamente (p. ex. andar a pé ou de bicicleta).	1	2	3	4	5
15.	Acontece-me conduzir quando bebo álcool ou viajar com um condutor que bebeu álcool.	1	2	3	4	5
16.	Costumo mudar de parceiro sexual.	1	2	3	4	5
17.	Acontece-me passar muitas horas sem comer.	1	2	3	4	5
18.	Coloco sempre o cinto de segurança quando viajo de carro.	1	2	3	4	5
19.	Bebo mais de 2 cafés por dia.	1	2	3	4	5
20.	Mantenho as minhas vacinas em dia.	1	2	3	4	5
21.	Tomo, diariamente, o número de refeições recomendadas (p. almoço, almoço, lanche e jantar).	1	2	3	4	5
22.	Ocupo mais de 3 horas por dia com a Internet.	1	2	3	4	5
23.	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado(a).	1	2	3	4	5
24.	Levanto-me cedo (entre as 7 e as 9 horas da manhã).	1	2	3	4	5
25.	Como legumes pelos menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
26.	Como cereais pelos menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
27.	Acontece-me manter mais do que um relacionamento sexual ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5
28.	Procuo integrar-me na comunidade em que vivo	1	2	3	4	5
29.	Como laticínios (leite, iogurte, queijo) pelo menos uma vez por dia.	1	2	3	4	5
30.	Vou ao médico, pelo menos uma vez por ano, para controlar o meu estado de saúde.	1	2	3	4	5
31.	Bebo 4 ou mais copos de água por dia.	1	2	3	4	5

#### 14. Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão de 30 itens para adolescentes

(Escala adaptada por Hélder Fernandes da proposta original de Carol Ryff)

Em baixo, estão trinta afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Indique a sua concordância com cada item colocando um **X** no respetivo quadrado.

<b>DT:</b> Discordo Totalmente	<b>D:</b> Discordo	<b>N:</b> Nem Concordo nem Discordo	<b>C:</b> Concordo	<b>CT:</b> Concordo Totalmente
-----------------------------------	--------------------	--	--------------------	-----------------------------------

	DT	D	N	C	CT
1. É mais importante estar comigo próprio (a), do que ter a aprovação dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acho desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com o passar dos tempos, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ainda não sei o rumo que dar à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De um modo geral, sinto-me confiante comigo próprio (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu avalio-me pelo que penso ser mais importante para mim e não por aquilo que os outros pensam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Para mim é importante ouvir os meus amigos falar dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Algumas pessoas não sabem o que querem fazer na vida, mas eu sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 – Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O meu dia a dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DT:</b> Discordo Totalmente	<b>D:</b> Discordo	<b>N:</b> Nem Concordo nem Discordo	<b>C:</b> Concordo	<b>CT:</b> Concordo Totalmente
-----------------------------------	--------------------	--	--------------------	-----------------------------------

16. Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.
17. Os meus objetivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de frustração.
- 18 – Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.
19. Sou o tipo de pessoa que pensa e age de modo a agradar os outros.
20. Se não estivesse satisfeito com a minha vida, tentaria mudá-la.
21. Sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.
22. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.
23. Sou uma pessoa que não desiste dos seus objetivos.
24. Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.
25. Tenho confiança nas minhas opiniões, mesmo quando são diferentes das outras pessoas.
26. Sou bastante competente a gerir as minhas responsabilidades do dia a dia.
27. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.
28. Tenho muitas pessoas a quem recorrer quando preciso desabafar.
29. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e torná-los realizados.
- 30 – Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.

**OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO.**