

Comportamentos de saúde infanto-juvenis



realidades



perspetivas

Ficha Técnica

TÍTULO: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS

ORGANIZAÇÃO: CARLOS MANUEL DE SOUSA ALBUQUERQUE

CAPA: RUBEN CARVALHO

FOTOCOMPOSIÇÃO GRÁFICA: NUNO COSTA, RUBEN CARVALHO

EDITOR:

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Coordenação Editorial:

Anabela Maria Sousa Pereira
António José Eugénio de Oliveira
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Filipe Jorge Gamboa Martins Nave
Isabel Maria Pereira Leal
João Carvalho Duarte
Jorge Bonito
Manuel Alves Rodrigues
Manuela Maria da Conceição Ferreira
Maria da Graça Ferreira Aparício Costa
Maria Madalena Jesus Cunha Nunes
Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas
Vítor Daniel Ferreira Franco
Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

ISBN: 978-989-96715-5-3

IMPRESSÃO: A. J. SÁ PINTO E FILHOS - ENCADERNADORES

TIRAGEM: 250 EXEMPLARES

MAIO - 2012



Apoios



As opiniões expressas nesta obra não traduzem, necessariamente, o pensamento do Editor e da Equipa Editorial, sendo da inteira responsabilidade dos seus autores. O Editor declina toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos ou imagens, por parte dos autores dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixam de observar os direitos de autor.

Comportamentos & saúde infanto-juvenis



realidades

e

perspetivas

PADRÕES ALIMENTARES E DESPORTIVOS: A INFLUÊNCIA NA AUTOIMAGEM E NA PERCEÇÃO DA SAÚDE

FOOD STANDARDS AND SPORTS: THE INFLUENCE IN SELF-AWARENESS AND HEALTH

Helena Pimentel¹, Carlos Monteiro²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. hpimentel@ipb.pt

²Serviços de Ação Social do Instituto Politécnico de Bragança. carlosm@ipb.pt

RESUMO

O comportamento alimentar e desportivo ocupa atualmente um papel central em saúde. O ingresso no ensino superior, a par das múltiplas mudanças operadas no início da idade adulta, fundamenta a necessidade de intervenções específicas devido a novos e complexos desafios. Importa, portanto, a este nível, identificar determinantes de saúde e perfis de risco em estudantes do ensino superior e verificar em que medida sofreram alterações neste novo contexto. Estudo correlacional numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672. Em termos de resultados, 98% dos inquiridos ingerem diariamente as duas principais refeições do dia: o almoço e o jantar; mais de metade (60%) tomam o pequeno-almoço; 36,8% ingerem, em média, quatro refeições diárias e 8,3% e 0,3% fazem, apenas, duas e uma refeição diária. 53,3% não praticam desporto. Mais de metade dos jovens (52,2%) alteraram os hábitos alimentares após o ingresso no ensino superior. Também, cerca de metade afirmam não praticar desporto e a redução da prática desportiva foi muito significativa (86,6%). A grande maioria (77,5%) afirma que gostaria de melhorar a forma física e 54,8% a aparência física. Os alunos mais satisfeitos em todos os fatores da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) estão mais satisfeitos com a sua imagem corporal. Também, a maior satisfação em todos os fatores do inventário do autoconceito (AC) se correlaciona positivamente com a autoperceção da saúde boa ou muito boa. Conhecer os riscos e implementar condutas saudáveis constituir-se-á, neste contexto e, nesta faixa etária, uma prioridade de ação.

Palavras-chave: hábitos alimentares e desportivos; ensino superior; autoimagem; perceção do estado de saúde.

ABSTRACT

Behavior the feeding and sports now occupies the central office rolls in health. The enrollment in to higher education, along with the many changes wrought in early adulthood, underlying the need will be specific interventions due you new and complex challenges. It is therefore at this level, you identify determinants of health and risk profiles of students in to higher education and see you what extent have changed in this new context. Correlational study in proportionate stratified sample by course and school which includes 272 male students (40,5%) and 400 female students (59,5%),

totaling 672. In terms of results, 98% of respondents eat every day the two main meals of the day: lunch and to dinner, to over half (60%) take breakfast, 36,8% ingest, on average, four meals day and 8 3% and 0,3% ploughs only two and the meal daily. 53,3% of not practice sport. Half lives than of young people (52,2%) changed to their eating habits to after the entry into to higher education. Also, about half say they of not play sports and sporting reduction was highly significant (86,6%). The vast majority (77,5%) say they would like you improve fitness and 54,8% physical appearance. Students lives satisfied in all the scale factors of satisfaction with social support (ESSS) ploughs lives satisfied with to their body image. Also, the greatest satisfaction in all factors of the inventory of self-concept (AC) is positively correlated with self-perceived health good or very good. Know the risks and implement healthy behaviors will be, in this context and at this acts, priority will be action.

Key words: diet and sports; higher education; self-image; perception of health status.

1. INTRODUÇÃO

Os hábitos alimentares e a sua relação com a saúde e a doença são, atualmente, inquestionáveis. Nos últimos anos, no ocidente e no contexto da globalização, a produção industrial, a conservação, o comércio e os transportes influenciaram diretamente a alimentação e a culinária que, num curto período de tempo, passaram a aprovisionar-se em alimentos estandardizados, parcial ou completamente preparados para o consumo. A industrialização aumentou a produção alimentar e provocou um incremento dos espaços e momentos para comer, transformando as sociedades ocidentais em sociedades de abundância. Comer passou a ser um ato relativamente constante, sem relação com a necessidade biológica de alimento e cada vez menos sujeito ao ritmo das refeições. Estes aspetos, associados à publicidade, conquistam os atores sociais para o consumo de produtos nutricionalmente desadequados e a sobrenutrição constitui, nestas sociedades, um importante risco do ponto de vista do desenvolvimento saudável (Goody, 1998)). Assim, escolher uma alimentação saudável não depende apenas das possibilidades de acesso aos alimentos. A seleção destes tem a ver com as preferências relacionadas com o prazer associado ao seu sabor, as atitudes aprendidas desde muito cedo em família e as preferências sociais. É necessário compreender o processo de ingestão sob o ponto de vista biológico, psicológico e sociocultural bem como conhecer as atitudes, crenças e outros fatores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objetivo de atuar e melhorar hábitos e comportamentos. A manutenção das funções vitais, a resistência às doenças, o rendimento físico e intelectual estão condicionados por uma adequada nutrição. No nosso país, nas últimas décadas, com a melhoria das condições de vida os problemas alimentares por defeito deram lugar a uma alimentação desequilibrada por excesso. A dieta tradicional, correspondente a um padrão típico dos países mediterrânicos, tende a alterar-se e a desviar-se do padrão dietético recomendável, sobretudo na população infantil e juvenil. Na promoção de uma alimentação saudável há dois aspetos a considerar: a mudança do comportamento alimentar a longo prazo requer vontade e persistência, não estando isenta de uma considerável taxa de insucesso (Brownell & Wadden, 1992)); os hábitos alimentares da idade adulta estão claramente relacionados com os hábitos alimentares aprendidos na infância (Kelder *et al.*, 1994). Daí a necessidade de implementar comportamentos alimentares saudáveis, desde os primeiros anos de vida, de modo a criar precocemente hábitos que tenderão a persistir, particularmente, quando o

jovem sai de casa para continuar os estudos iniciando, a este nível, alguma autonomia relativamente à família.

Também as evidências científicas sobre a relação entre a prática desportiva e a saúde são cada vez maiores. Até aos anos 60, do século XX, o exercício era praticado por indivíduos jovens e talentosos. Após esta data, a consciencialização dos benefícios do exercício tem contribuído para ser considerado como um elemento crucial de promoção da saúde. Nos países desenvolvidos, a mudança de perspetiva leva a classificar a inatividade como um fator de risco (Padez, 2002; Araújo, Calmeiro, & Palmeira, 2005; Castillo, 2008). A iniciativa “Desporto para Todos” do Conselho Europeu impulsionou esta mudança (Ogden, 2004).

Hoje, o homem olha a função, o uso e as necessidades do corpo através de diferentes papéis. Ribeiro (2003) indica quatro representações distintas do corpo: o corpo que se relaciona imediatamente com o Eu, “o corpo que tenho ou o meu corpo”; o corpo que se manifesta aos outros, “fachada pública” de cada um; o corpo anatomofisiológico do saber médico; e ainda uma quarta representação que integra as três anteriores, o corpo da corporeidade “de cujo conhecimento depende a resolução de problemas vitais” e “de cuja representação social depende e simultaneamente condiciona os processos cognitivos”. Esta representação capaz de resolver problemas vitais é, portanto, também, responsável pela criação artística, mediante o sentido que cada sujeito dá ao seu corpo e, que por sua vez, depende dos imaginários e dos paradigmas que partilha com o social que o envolve. O corpo assume assim o estatuto de ator social “investindo na prática princípios organizadores socialmente construídos e adquiridos no decorrer de uma experiência social situada e datada” (Bourdieu, 1998).

A visibilidade do corpo tem acontecido, em boa medida, a pretexto quer da transversalidade da representação social de um corpo jovem e respetivas formas de assim o conservar, quer das diversas modalidades de representação social a partir dos próprios grupos e referenciais identitários. É certo que o crescente interesse pelo corpo, nestas sociedades, tem sucedido muito à custa da visibilidade social dos próprios jovens, designadamente através de certas manifestações juvenis mais excessivas nos usos e investimentos corporais ostensivos, quer em termos de imagem quer de movimento (Moura Ferreira, 2003).

As primeiras mensagens sobre o corpo acontecem ainda na infância, através da representação das imagens dos mass média, dos heróis da tela e do ecrã, dos brinquedos como a magrinha e esbelta boneca Barbie. Com o tempo, os modelos femininos tornaram-se cada vez mais magros, excessivamente magros, enquanto os modelos masculinos se tornaram mais musculados passando a mensagem de que o corpo masculino ideal é elegante, magro (mas não em excesso) e musculado, símbolo da força e do poder. Por conseguinte, pensar no corpo remete-nos para a visão antropológica e cultural do mesmo, pois a imagem é construída em grande parte pelos estereótipos sociais exteriorizados por cada pessoa e grupo, tendo em conta a sua autoimagem. A forma como lidamos com o corpo pode ser um indicador de saúde e de prazer mas pode também constituir desprazer e levar à rejeição e ao mal-estar. A imagem do corpo é a configuração global das representações, das perceções, sentimentos e atitudes que o indivíduo elabora em relação a si, à sua existência e às diferentes experiências vivenciadas. Segundo Schilder (1968), a imagem do corpo é uma parte do mundo mas não é somente o mundo exterior. É dotada de uma estrutura diferente da imagem física. Tem personalidade. Poder-se-á dizer que o desenvolvimento da imagem corporal consiste em perceber o corpo como seu, diferente dos outros, o que corresponde à apreensão de si como objeto e como sujeito.

Neste contexto, delineaámos como objetivo do estudo: identificar determinantes do comportamento alimentar e da corporalidade em estudantes do ensino superior associados a este importante período de socialização.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo correlacional, incidindo sobre um leque de 38 licenciaturas, numa população alvo de 3137 alunos. Aplicou-se um inquérito a uma amostra estratificada proporcional por curso e por escola (5 escolas do Instituto Politécnico de Bragança), que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 do sexo feminino (59,5%), com idades entre os 19-29 anos. Definimos como critério de exclusão os estudantes com mais de 29 anos, tendo em conta o referencial teórico que caracteriza os limites cronológicos da juventude europeia ⁽¹²⁾. Em termos de caracterização da amostra 78% têm entre 19 e 23 anos com uma média de 21,85 anos; 60% são do sexo feminino; os pais têm como escolaridade máxima a instrução primária com 41,4% para a mãe e 44,1% para o pai, seguida do 2.º ciclo (24,7%, para ambos). A formação de nível superior é mais elevada mãe (10%, versus, 7%). Predomina a situação de doméstica (32,7%) na mãe, seguida de trabalhadora não qualificada (18,9%); no pai o grupo dos operários, (30,1%), seguido do pessoal dos serviços e vendedores (25,4%); 86,2% saíram de casa, vivendo maioritariamente em apartamentos com outros estudantes (75,3%) e em residências estudantis (13,3%); 40,9% revelam envolvimento em atividades extracurriculares. Os motivos mais apontados para estudar no IPB foram: proximidade da zona de residência (32%), facilidade de entrada (28%) e prestígio da instituição/curso (18%).

Como ponto de partida da nossa investigação apresentamos três questões:

- Será que os jovens que frequentam o Ensino superior do ponto de vista da alimentação e dos cuidados com o corpo adotam comportamentos conducentes à saúde?
- Terão esses comportamentos mudado substancialmente após o ingresso neste nível de ensino?
- Qual a influência do autoconceito e da satisfação com o suporte social na autoimagem corporal e perceção do estado de saúde?

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da figura 1 permitem verificar que 98% dos alunos inquiridos ingerem diariamente as duas principais refeições do dia: o almoço e o jantar. O pequeno-almoço é tomado por mais de metade dos estudantes (60%), porém são muitos os jovens que iniciam o dia escolar sem ingerirem esta refeição. O pequeno-almoço é considerado pelos especialistas em nutrição humana, como uma das principais refeições, com implicações diretas na saúde e na aprendizagem. Comer várias vezes ao dia, doseando o número de refeições e de alimentos constitui outra das principais regras de uma alimentação diária saudável. Constatamos, também, que o valor mais assinalado em função do número de refeições diárias situa-se em quatro (36,8%). Este valor percentual diminui na proporção direta do aumento do número de refeições (cinco 20,4% e seis 12,4%). De salientar, contudo, que 8,3% e 0,3% fazem, apenas, duas e uma refeição diária, valor muito baixo e, segundo a nossa perspetiva, de extrema gravidade quer em termos do suporte nutricional, quer em termos do gasto energético para cumprir as exigências de um dia a dia de escolarização. Efetivamente, a OMS (Ministério da Saúde, 2005) aponta para um número ideal de seis refeições diárias, nesta faixa

etária, podendo decrescer um pouco mas não baixando das quatro. Neste ponto, de acordo com os resultados disponíveis claramente se percebe que as necessidades metabólicas de um número considerável de jovens que integram o nosso estudo poderão estar comprometidas.

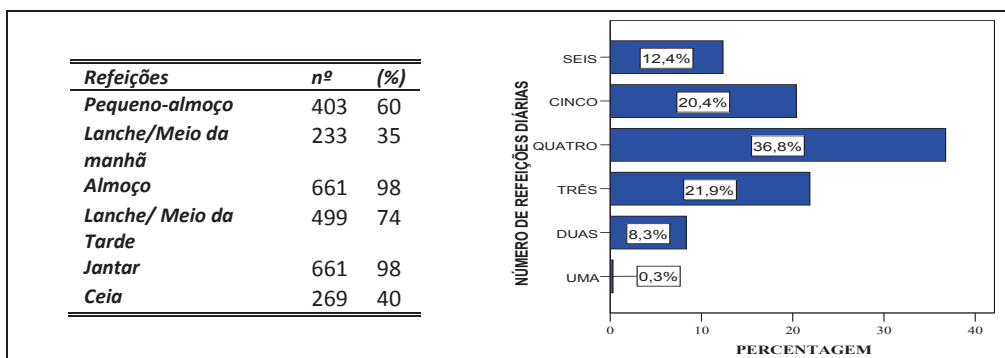


Figura 1 - Refeições diárias

Com o propósito de conhecer a relação entre a ingestão dos diversos tipos de alimentos recorremos ao teste de Friedman. Este teste permite estabelecer diferenças com significado estatístico ($p < 0,001$) quando comparamos os 10 alimentos do quadro 1, sendo a ingestão significativamente superior em valores médios para a carne, peixe e ovos (8,25) e para o leite e derivados (7,42). É bastante baixa para o "fast-food" (2,61) e aumenta ligeiramente para o consumo de folhados (3,68). A observação, na presente investigação, do menor consumo de alimentos processados, corrobora a importância atribuída à comida do tipo familiar, com poder de contrariar a tendência para as mudanças alimentares verificadas nas dietas dos vários países do ocidente, dietas com um teor considerável de gorduras e de açúcares de múltiplos efeitos nefastos para a saúde. Viana¹⁴ fala-nos da atual globalização e da reprodução dos modelos e dos hábitos alimentares, aos quais os estudantes do Instituto Politécnico de Bragança parecem não querer aderir.

Quadro 1 – Caracterização e comparação dos diferentes tipos de alimentos de acordo com a sua ingestão diária

	Diária	2/3 x/sem.	1x/ sem.	Rara/nunca	MO	F
Leite/derivados	407 (60,6%)	172 (25,6%)	38 (5,7%)	55 (8,2%)	7,42	
Fruta	295 (43,9%)	229 (34,1%)	87 (12,9%)	61 (9,1%)	6,66	
Vegetais	211 (31,4%)	315 (46,9%)	91 (13,5%)	55 (8,2%)	6,3	
Cereais	261 (38,8%)	194 (28,9%)	132 (19,6%)	85 (12,6%)	6,17	
Carne/peixe/ovos	496 (73,8%)	154 (22,9%)	14 (2,1%)	8 (1,2%)	8,25	<0,001**
Batatas Fritas	18 (2,7%)	186 (27,7%)	254 (37,8%)	214 (31,8%)	3,87	
Bolachas/bolos	101 (15%)	291 (43,3%)	189 (28,1%)	91 (13,5%)	5,4	
Refrigerantes	94 (14,0%)	200 (29,8%)	161 (24,0%)	217 (32,3%)	4,65	
Fast Food	3 (0,4%)	43 (6,4%)	244 (36,3%)	382 (56,8%)	2,61	
Folhados	38 (5,7%)	143 (21,3%)	212 (31,5%)	279 (41,5%)	3,68	

**Significância a 1%

Após a caracterização dos hábitos alimentares passaremos a analisar as atitudes perante o corpo. Ao pensar no corpo podemos refletir sobre a visão antropológica e cultural do mesmo pois a imagem

corporal depende, como referimos, dos imaginários e dos paradigmas de partilha com o social envolvente. Neste sentido, a informação que se procurou recolher incide sobre a imagem do corpo e o controlo que sobre ele é exercido. Com a figura 2 referente ao Índice de Massa Corporal verificamos uma distribuição assimétrica positiva, isto é, a maioria dos alunos tem IMC normais ou abaixo do normal. Efetivamente, os resultados observados não nos indicando valores de IMC modais preocupantes (19,53) permitem-nos constatar que existem desvios que poderão configurar quadros de alguma relevância no que se reporta ao peso abaixo do normal (18%), ao excesso de peso (17%) e à obesidade 2%.

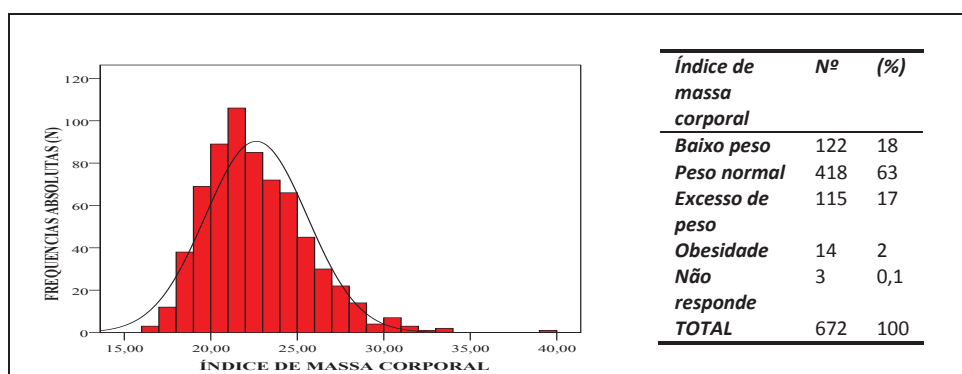


Figura 2 – Índice de Massa Corporal

O valor numérico de 18% para o peso abaixo do normal remete-nos para um quadro que poderá estar relacionado com alterações ao nível do comportamento alimentar, tão comuns e de enorme atualidade no meio estudantil. Também no estudo de Colares et al. ⁽¹⁵⁾, as estudantes universitárias revelam elevada preocupação em perder ou manter o peso, facto mais à frente observado, nas jovens por nós inquiridas. Esta preocupação poderá levar muitos jovens, sobretudo raparigas, à ingestão de dietas desequilibradas. São igualmente os jovens mais insatisfeitos com o seu corpo que recorrem à dieta como estratégia de beneficiação corporal. A dieta neste sentido constitui, um regime de restrição alimentar bastante mais recorrente e admitido entre as mulheres do que entre os homens, que tendem maioritariamente a recusá-lo (quadro 2). Com efeito, no universo juvenil feminino da amostra em estudo, 45,5 % fazem dieta, já no universo juvenil masculino apenas 26,1% admite essa prática, com diferenças estatísticas significativas ($p < 0,001$). Observam-se, ainda, diferenças com significado estatístico nas proporções ($p = 0,002$) entre esta variável e o Índice de Massa Corporal. Os jovens com baixo peso (73,8%) afirmam não fazer dieta nem praticar qualquer restrição alimentar, dados consentâneos com o descrito contexto de recusa alimentar associado ao receio de engordar. Referimos, ainda, que 252 (60,3%) jovens com peso normal não fazem dieta, ao contrário de 166 (39,7%) que tendo peso normal afirmam fazê-la. Assim, o grau de satisfação corporal interferindo na autoestima pode levar a diferentes reações e atitudes cuidativas. Relativamente à obesidade, observa-se que dez dos catorze jovens obesos afirmam fazer dieta. No entanto, o número dos estudantes com excesso de peso que afirma não praticar qualquer restrição alimentar é elevado (62,6%, versus, 37,4%), o que os coloca numa situação de enorme risco para a obesidade.

Quadro 2 – Relação entre as variáveis dieta, idade, sexo e o IMC

	<i>Dieta</i>		<i>Qui-Quadrado</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
Idade			
19-22	270 (60,25%)	176 (39,5%)	0,173
23-29	149 (65,9%)	77 (34,1%)	
Sexo			
Masculino	201 (73,9%)	71 (26,1%)	< 0,001**
Feminino	218 (54,5%)	182 (45,5%)	
Índice de Massa Corporal			
Baixo Peso	90 (73,8%)	32 (26,2%)	0,002**
Normal	252 (60,3%)	166 (39,7%)	
Excesso	72 (62,6%)	43 (37,4%)	
Obesidade	4 (28,6%)	10 (71,4%)	

**Significância a 1%

O bem-estar e a saúde dos jovens devem ser integrados num contexto de aprendizagem para a vida adulta. Frequentar uma instituição de ensino superior, não raras vezes longe do núcleo familiar, como acontece com grande parte dos jovens deste estudo, poderá conduzir a que muitos comportamentos se desenvolvam, nesta fase tão peculiar, em função do processo de socialização. Com efeito, os dados da figura 3 mostram que mais de metade dos jovens (52,2%) alterou os hábitos alimentares com a entrada no ensino superior. A alteração mais significativa (60,4%) está relacionada com a ingestão de alimentos diferentes, que poderão traduzir refeições menos equilibradas. O número de refeições diárias também sofreu alterações: 33,6% assinalaram ter reduzido o número de refeições, enquanto 6% aumentaram esse número. A análise identifica a expressão bastante generalizada de que a mudança dos hábitos alimentares, associada à entrada no ensino superior, se faz à custa de algum incumprimento do equilíbrio nutricional e da redução, em alguns casos significativa, do número de refeições diárias. Redução que poderá configurar um padrão de vivência noturna de convivalidade e de diversão que se prolonga pela noite fora, contribuindo para modificar o padrão e o horário das refeições, a sua composição e diversidade alimentar.

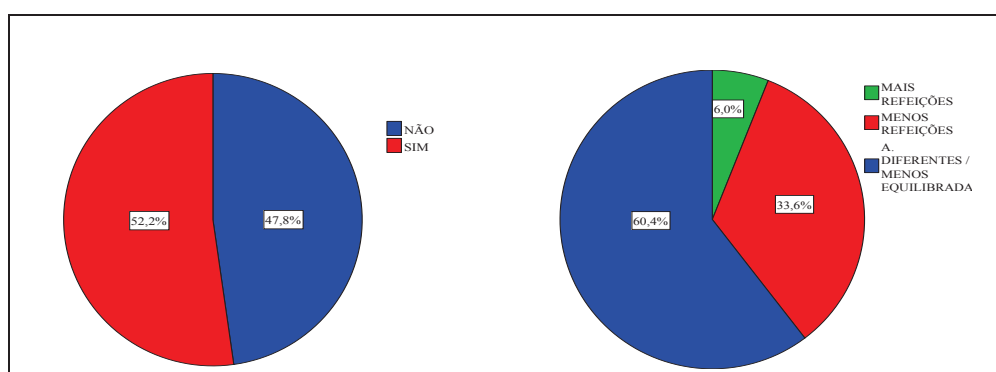


Figura 3 - Alteração dos hábitos alimentares associada ao ingresso e permanência no ensino superior e sentido dessa alteração

Na figura 4 podemos verificar que mais de metade dos alunos da amostra (53,3%) não pratica desporto. Dos 46,7% que praticam desporto, 34,2% praticam-no “1 a 2 vezes por semana”, 7,6% “3 a 5 vezes por semana” e apenas 4,9% pratica desporto “diariamente”. Estes resultados vão de encontro ao referencial teórico (OMS16; Observatório Português dos Sistemas de Saúde17; Pinheiro e Ferreira 18) que descrevem a população portuguesa, sobretudo a feminina como sedentária. Um estudo recente realizado na Universidade do Porto 19, chama a atenção para o elevado sedentarismo observado nesta população estudantil e evidencia a importância de adequar a oferta desportiva às preferências dos estudantes em número de modalidades e de espaços desportivos. A prática desportiva semanal e diária, na amostra de estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, é significativamente maior nos rapazes do que nas raparigas (70,2%, versus, 30,8%). As diferenças estatísticas, entre os sexos, são altamente significativas ($p < 0,001$). Também, Tercedor et al, 20 verificaram diferenças com o mesmo valor estatístico ($p < 0,001$), em adolescentes espanhóis escolarizados (n=2859).

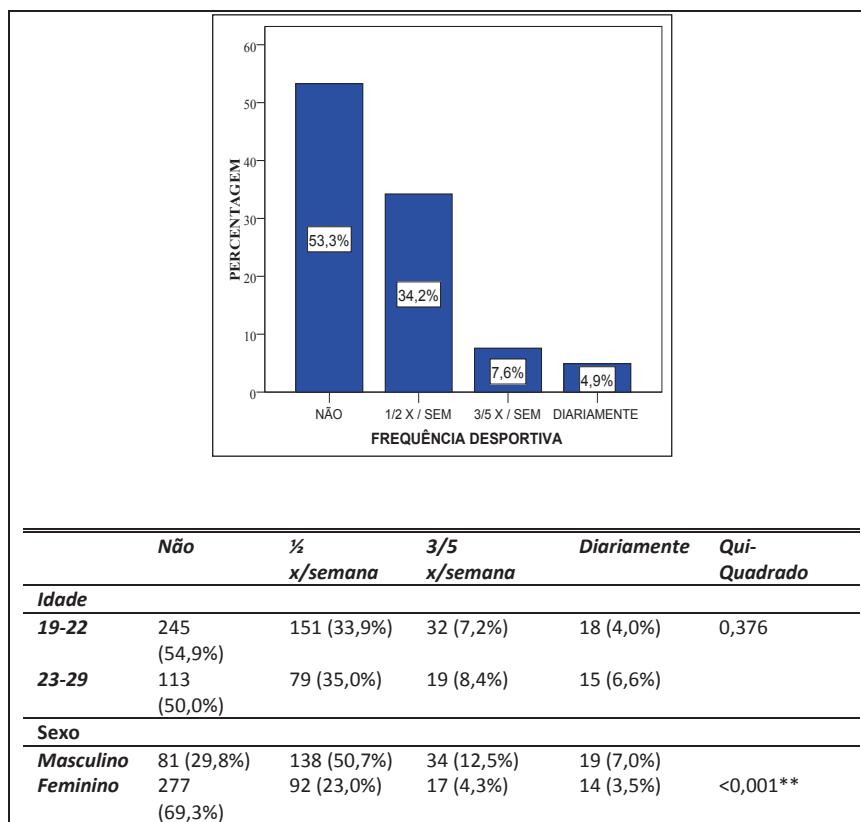


Figura 4 – Frequência desportiva dos jovens inquiridos

Questionados sobre a possibilidade de terem ocorrido mudanças relativamente aos hábitos desportivos em função da entrada no ensino superior, uma observação da figura 5 permite

constatar que muitos estudantes (63,1%) alteraram esses hábitos. A redução da prática desportiva é significativa (86,6%). Uma percentagem bastante menor (11,1%) pratica mais desporto, acrescida de 2,4% que começaram a praticá-lo. Estes resultados constituem por si, uma dupla preocupação. Por um lado, a diminuição da prática desportiva tem consequências negativas numa série de indicadores relacionados com a saúde a curto e, sobretudo, a longo prazo, por outro, a oportunidade de desenvolver e consolidar uma cultura desportiva poderá ficar seriamente comprometida. A influência da escola em todo o processo de escolarização dos jovens para a prática desportiva, analisada na perspetiva da promoção da saúde, poderá ser observada segundo dois prismas distintos: o nível de atividade física que a escola promove através de disciplinas do currículo escolar e as mensagens em termos valorativos desta prática.

Continuar a praticar desporto ao longo da frequência do Ensino Superior e pela vida adulta, poderá ancorar-se nestes dois aspetos. Na verdade, em muitas instituições de Ensino Superior existe uma cultura desportiva predominantemente associada ao conjunto de atividades de diversão, tempo livre e lazer, configurando um domínio que proporciona grande satisfação aos jovens. O prazer do convívio aliado ao bem-estar que o desporto produz é patente no perfil valorativo desta prática. Contudo, naquilo que nos é dado observar e, tendo em conta os resultados da nossa investigação, no conjunto das escolas que integram o Instituto não se observa uma cultura desportiva suficientemente mobilizadora.

Ficam em aberto as questões: o que leva estes jovens a diminuir a sua prática desportiva após a entrada no ensino superior politécnico? Terão estes comportamentos mais que ver com a falta de infraestruturas desportivas no sei do Instituto Politécnico de Bragança e locais, com a maior ocupação com os estudos ou motivos de outra ordem?

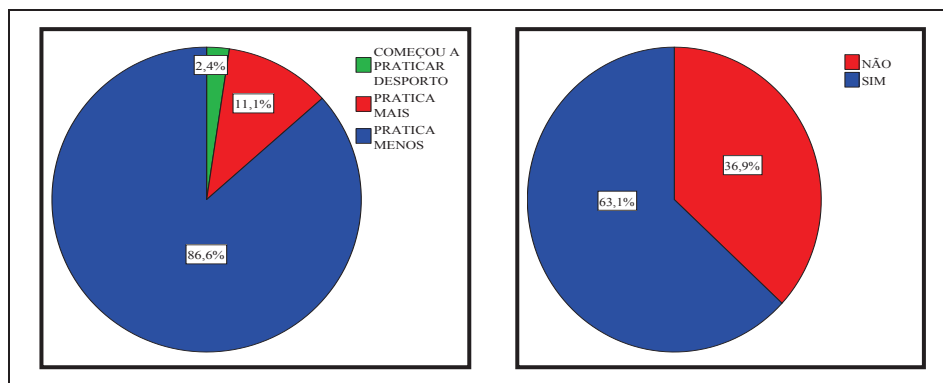


Figura 5 – Alteração da prática desportiva associada ao ingresso e permanência no ensino superior e sentido dessa alteração

Relativamente à percepção da imagem corporal (quadro 3) verifica-se que as diferenças observadas são a um nível de significância de 1% estatisticamente significativas para o fator intimidade e globalidade da escala de satisfação com o suporte social (ESSS²¹) e a 5% para o fator atividades sociais e para o fator autoeficiência do inventário do autoconceito (AC²²). Para as duas escalas estudadas verifica-se que os alunos mais satisfeitos e com níveis mais elevados de autoestima, em todos os fatores e globalidade são os que também estão satisfeitos com a sua imagem corporal.

Quadro 3 – Percepção do estado de saúde relacionada com a satisfação com o suporte social e autoconceito

Escala	Itens/ totais	Percepção da imagem corporal				Teste t	
		Melhorar		Satisfeito		ET	p
		M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	19,916	3,676	20,321	3,728	-1,374	0,170
	IN	15,003	3,499	15,883	3,056	-3,326	0,001**
	SF	11,068	2,493	11,642	2,234	-3,017	0,003
	AS	8,826	2,974	9,445	3,036	-2,586	0,010*
	Total	55,302	8,906	57,672	8,567	-3,389	0,001**
AC	ARS	18,258	3,125	18,493	2,825	-0,980	0,328
	AE	21,921	3,468	22,781	2,972	-3,300	0,001**
	MP	15,174	2,294	15,318	2,027	-0,824	0,410
	IA	12,011	1,819	11,971	1,673	0,286	0,775
	Total	75,207	8,855	76,518	8,074	-1,927	0,054

*Significância a 5%; **Significância a 1%

SA-Satisfação com amizades; IN-Intimidade; SF-Satisfação com a família; AS-Atividades sociais.

ARS-aceitação/rejeição social; AE-Auto-eficácia; MP-maturidade psicológica; IA-impulsividade/atividade.

Atendendo à percepção do estado de saúde (quadro 4) verifica-se que as diferenças observadas são a um nível de significância de 1% estatisticamente significativas para o fator intimidade e globalidade da escala de satisfação com o suporte social e para o aceitação/rejeição e globalidade da escala do autoconceito. A 5% foram encontradas significâncias para o fator família da escala de satisfação com o suporte social e fatores autoeficácia e impulsividade/atividade da escala do autoconceito. Para as duas escalas, verifica-se que os alunos mais satisfeitos e com níveis mais elevados de autoestima, em todos os fatores e globalidade consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom.

Quadro 4 – Percepção do estado de saúde relacionada com a satisfação com o suporte social e autoconceito

Escala	Itens/ totais	Percepção do estado de saúde				Teste t	
		Razoável		Bom/Muito bom		ET	P
		M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	19,828	3,540	20,270	3,763	-1,479	0,140
	IN	14,950	3,466	15,684	3,184	-2,753	0,006**
	SF	11,059	2,516	11,495	2,296	-2,264	0,024*
	AS	8,895	2,934	9,234	3,070	-1,384	0,167
	Total	55,138	8,685	57,122	8,804	-2,792	0,005**
AC	ARS	17,787	3,079	18,718	2,886	-3,882	0,000**
	AE	21,883	3,063	22,565	3,361	-2,582	0,010*
	MP	15,046	2,310	15,361	2,100	-1,784	0,075
	IA	11,749	1,839	12,117	1,700	-2,592	0,010*
	Total	74,381	8,902	76,663	8,128	-3,343	0,001**

*Significância a 5%; **Significância a 1%

SA-Satisfação com amizades; IN-Intimidade; SF-Satisfação com a família; AS-Atividades sociais.

ARS-aceitação/rejeição social; AE-Auto-eficácia; MP-maturidade psicológica; IA-impulsividade/atividade.

4. CONCLUSÃO

Este estudo teve como preocupação central conhecer a aspetos da corporalidade em estudantes do ensino superior. Nesta fase em que se afastam da família parece-nos importante uma abordagem diferenciada, no sentido de implementar estratégias de promoção e de educação para a saúde,

individualizadas e adequadas a cada grupo. No que respeita à alimentação a quase totalidade dos inquiridos ingere diariamente as duas principais refeições do dia: o almoço e o jantar. O pequeno-almoço é tomado por mais de metade dos estudantes. Os alimentos “menos saudáveis” foram os menos consumidos contrariamente aos “alimentos saudáveis”. Verificámos valores modais de Índice de Massa Corporal normais, contudo, mais de metade dos inquiridos do estudo dizem ter alterado os hábitos alimentares com a entrada no Ensino Superior. Também, cerca de metade destes alunos afirmam não praticar desporto. Esta prática, é significativamente maior nos rapazes do que nas raparigas. Após o ingresso neste nível de ensino 63,1% alteraram a prática desportiva. A redução é significativa (86,6%).

Para as duas escalas verifica-se que os alunos mais satisfeitos com níveis mais elevados de autoestima, em todos os fatores e globalidade, são os que estão mais satisfeitos com a imagem corporal e consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom. O ensino superior ministrando formação académica não poderá descuidar as vivências dos seus discentes contribuindo simultaneamente para desenvolver e solidificar o processo de construção plena da cidadania. Monitorizar a saúde dos estudantes ao nível das instituições de ensino superior e analisar os comportamentos de risco ou promotores da mesma deverá constituir-se uma prioridade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Goody, J. (1998). *Cozinha culinária e classe*. Lisboa: Celta.
- (2) Brownell, K. D.; Wadden, T. A. (1992). Etiologic and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 139, 1531-1538.
- (3) Kelder, S. H. et al (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *American Journal of Public Health*, 84, 1121-1126.
- (4) Padez, C. (2002). Atividade física, obesidade e saúde: uma perspetiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (1), janeiro/junho, 11-20.
- (5) Araújo, D.; Calmeiro, M.; Palmeira, A. (2005). Instrucciones para a prática de actividad física. *Psicología del Deporte*, Vol. 5, (1 e 2), 257-269.
- (6) Castillo, I. (2008). Motivación y bienestar en deportistas de competición. *Psicología del Deporte*, Vol. 16, (2), 201-210.
- (7) Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- (8) Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos: aparência, sensualidade e comunicação*. Porto. Editorial Notícias.
- (9) Bourdieu, P. (1998). *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes.
- (10) Moura Ferreira, P. (2003). Comportamentos de risco dos jovens. In J. Machado Pais; M. Villaverde Cabral (Cord.). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo* (pp. 41-137). Oeiras: Celta Editora.
- (11) Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard.
- (12) Machado, L. F.; Matias, A. R (2006). Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica. *CIES e-Working Paper*, (13), 1-23.
- (13) Ministério da Saúde (2005). *Educação para a Saúde. Áreas de Intervenção – Alimentação*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Consultado em junho, 2009, em www.dgs.pt
- (14) Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, (4), 611-624.

- (15) Colares, V.; Franca, C.; Gonzalez, E. (2009). Condutas de saúde entre universitários: Diferença entre géneros. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 25, (3), 521-528.
- (16) OMS (2002). Demographic tables/Table, Population of adult/working age group by country, 2005-2010. Consultado em fevereiro, 2005, em www.wpro.who.int/information_sources/databases/demographic_tables/gTable7.
- (17) Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Desafios em tempos de crise: Relatório de primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Consultado em agosto, 2010, em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2010.html>.
- (18) Pinheiro, C.; Ferreira, C. (2000). Estilos de vida em idade escolar da cidade de Coimbra: tempo dedicado à prática de atividades físicas e desportivas. In *Atas do IV Congresso Português de Sociologia. Passados recentes/futuros próximos*. Consultado em, junho 2006, em <http://www.aps.pt/ivcong-actas.htm>.
- (19) Corte-Real, N.; Dias, C.; Corredeira, R. (2008). Prática desportiva de estudantes universitários: o caso da Universidade do Porto. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, Vol.8, (2), 219-228.
- (20) Tercedor, P., Martín-Matillas, M., Chillón, P., Pérez, I., Ortega, F., Wärnberg, J., Ruiz, J.; Delgado, M y grupo AVENA. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 22, (1), 89-94.
- (21) Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, (XVII), 547-558.
- (22) Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, (2), 67-84.