



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

Perturbações do Comportamento Alimentar em Adolescentes e Estilos de Vida, sua Relação com a Percepção do Auto-Conceito e Imagem Corporal

Maria Augusta Borralho Carvalho Pacheco da Silva

FARO

2011

Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação de Beja

**Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes
e estilos de vida, sua relação com a percepção
do auto-conceito e imagem corporal**

Dissertação elaborada sob a orientação da Professora
Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria e
apresentada à Faculdade de Ciências e Sociais da
Universidade do Algarve, com vista à obtenção do
grau de Mestre em Psicologia, Área de Especialização
em Psicologia da Saúde

2011

Ao meu marido e à minha filha,
que contribuíram para a concretização
deste sonho e por todos os dias ensinarem-me,
a tentar ser sempre uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos adolescentes das escolas secundárias: D. Manuel I e Diogo de Gouveia de Beja, pela amável colaboração e disponibilidade para participar neste estudo, sem eles não teria sido possível, realizar este projecto. Também aos conselhos executivos e corpo docente destas escolas.

À Professora Dr.^a Maria Cristina Campos de Sousa Faria, orientadora científica desta dissertação, à qual estou imensamente agradecida, o meu imenso e profundo reconhecimento pela preciosa orientação. Por todo o apoio, rigor e exigência, por todos os encorajamentos, pela disponibilidade, pela confiança demonstrada durante todo o percurso de construção deste trabalho, pela partilha de conhecimentos, derivados de uma sólida experiência e formação científica, com que sempre me presenteou, o meu bem-haja!

À minha família e amigos, por todo o amor, compreensão, força e coragem transmitidos, ao longo de todo este percurso. Peço desculpa por todas as horas de convívio das quais os privei.

Aos meus colegas de serviço, ao Enfermeiro Chefe, Dr. Bento Silveira, à Dr.^a Cláudia Borrvalho, ao Professor Dr. Sansão Correia, à Dr.^a Mariana Raposo e à Dr.^a Paula Gonçalves, pelo apoio dispensado neste projecto.

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa e indirecta para este trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Tendo como ponto de partida, o quadro conceptual esboçado a partir dos estudos revistos, procuramos nesta investigação analisar as perturbações do comportamento alimentar em adolescentes/estilos de vida, sua relação com a percepção do auto-conceito e imagem corporal.

A amostra foi constituída por 405 alunos (232 do género feminino e 173 do género masculino) do ensino secundário (11º e 12º anos), com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos. Os participantes preencheram um questionário, dividido em 3 partes: sócio-demográfico/estilos de vida, escala sobre a percepção da imagem corporal – Relationship Between Body Image Percent Body Fat Among College Male Varsity Athletes and Non-athletes (Huddy, D. C.; Nieman, D. C. e Johnson, R. L. 1993) e escala da percepção do auto-conceito – The self-perception profile for college (Newman & Harter 1986).

Neste estudo tivemos como principal objectivo, analisar as perturbações do comportamento alimentar/Índice de Massa Corporal a partir do impacto das variáveis psicológicas como: percepção do auto-conceito, imagem corporal, ambiente familiar, estilos de vida, numa amostra de adolescentes.

A determinação do IMC mostra que a maioria dos adolescentes apresenta peso normal (71%). Apenas 14,3% apresentam excesso de peso, 3,2% tem obesidade moderada, 0,7%, obesidade grave e 0,5% obesidade mórbida.

A avaliação baseada nas correlações entre as variáveis e entre as variáveis e as sub-escalas, revelaram que os adolescentes do género masculino apresentam uma média mais elevada a nível da percepção do auto-conceito do que o género feminino. Também uma percepção mais desfavorável do auto-conceito, está associada a um elevado índice de massa corporal. O grau de satisfação com o ambiente familiar revela uma mais favorável percepção do auto-conceito. Quanto à relação da percepção que os adolescentes têm relativamente ao auto-conceito e comportamentos afectos aos estilos

de vida, há a ressaltar, que uma maior actividade física, está associada, a uma percepção menos favorável do auto-conceito.

Os resultados evidenciam uma ausência de relações significativas entre a imagem corporal, o género e a idade. Também no nosso estudo não foi confirmada a hipótese de que a imagem corporal está correlacionada com o IMC. Em relação aos hábitos alimentares e IMC não foi possível comprovar esta hipótese, mas permitiu-nos conhecer alguns comportamentos alimentares.

Palavras-chave: Adolescentes, comportamento alimentar, auto-conceito, imagem corporal e estilos de vida

ABSTRACT

With basis on the conceptual board drawn from the studies revised, we attempt in this investigation to analyse the eating disorders in teenagers' lifestyle and their relationship with the concept of self-perception and body image.

This study was based on a sample of 405 students (232 females and 173 males) from high school (11th and 12th grade), with ages between 15 and 20. The individuals involved filled in a survey divided in three parts: social-demographic background/lifestyles, scale body image (Relationship Between Body Image and Percent Body Fat Among College Male Varsity Athletes and Non-athletes – Huddy, D. C.; Nieman, D. C. e Johnson, R. L. 1993) and scale about the concept of self-perception (The self-perception profile for college – Newman & Harter 1986).

In this study it was our primary goal to analyse the relationship between eating disorders and the percent body fat conditioned by the impact of psychological factors such as self-perception, body image, family relationship and lifestyle in a group of teenagers.

The percent of body fat found shows that most teenagers have a regular weight (71%). Only 14.3% are overweight, 3.2% are moderately obese, 0.7%, have developed a serious obesity and 0.5% a morbid obesity.

The evaluation based on the correlation between the factors established and the sub-scales revealed that the male teenagers present a higher self-perception than the female ones. Also a less favourable self-perception is associated with a high percent of body fat. A higher satisfaction degree with the family environment reveals a more favourable self-perception. In what concerns the understanding that adolescents have of self-perception and behaviours related with lifestyles, there is to be highlighted that a greater physical activity is associated with a lower self perception. The results show an absence of a significant relationship between body image, gender and age. Also it was not confirmed in our study the possible relation between body image and the percent

body fat. In what refers to the relationship between eating habits and the percent body fat, this was not possible to confirm in our study, but it enabled us to acquire a better knowledge of teenagers eating behaviours.

Key-words: Teenagers, eating behaviours, self-perception, body image and lifestyle.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO.....	III
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE GERAL.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS	XIV
INTRODUÇÃO1	
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
1. <u>ADOLESCÊNCIA, AUTO-IMAGEM E AUTO-CONCEITO</u>	6
1.1 ADOLESCÊNCIA E ADOLESCENTE.....	6
1.2 ADOLESCÊNCIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	11
1.3 IMAGEM CORPORAL	15
1.4 IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA	18
1.5 AUTO-CONCEITO.....	19
1.6 AUTO-CONCEITO NA ADOLESCÊNCIA	21
2. <u>COMPORTAMENTO ALIMENTAR</u>	23
2.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA SOCIEDADE ACTUAL.....	23
2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA	25
3. <u>PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR</u>	26
3.1 ANOREXIA E BULIMIA	26
3.2 OBESIDADE COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	33
3.3 OBESIDADE NA SOCIEDADE ACTUAL	35
4. <u>ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA</u>	37
4.1 TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA	39
4.2 ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA.....	42
5. <u>A FAMÍLIA E O ADOLESCENTE</u>	44

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	47
6. <u>ENUNCIADO DO PROBLEMA E HIPÓTESES DE ESTUDO</u>	47
6.1 PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	47
6.2 HIPÓTESES DO ESTUDO	50
6.3 NATUREZA DO ESTUDO	52
7. <u>METODOLOGIA</u>	53
7.1 AMOSTRA	53
7.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA	54
7.2.1 <u>Questionário de Estilos de Vida (Parte I)</u>	54
7.2.2 <u>Escala de Imagem Corporal (Parte II)</u>	54
7.2.3 <u>Escala de Percepção de Auto-conceito (Parte III)</u>	55
7.2.4 <u>Índice de Massa Corporal</u>	56
7.2.5 <u>Instrumentos utilizados na recolha de dados</u>	58
7.3 PROCEDIMENTOS	58
7.4 VARIÁVEIS	59
7.4.1 <u>Variáveis independentes</u>	59
7.4.2 <u>Variáveis dependentes</u>	59
7.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	59
8. <u>ANÁLISE DOS RESULTADOS</u>	62
8.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	62
8.1.1 <u>Idade e Género</u>	62
8.1.2 <u>Repetências escolares</u>	64
8.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	65
8.2.1 <u>Estilos de vida</u>	65
8.2.1.1 <u>Número de Refeições</u>	65
8.2.1.2 <u>Pequeno-Almoço</u>	65
8.2.1.3 <u>Refeição mais importante</u>	66
8.2.1.4 <u>Refeição na escola</u>	66
8.2.1.5 <u>Tipo de bebidas, frequência e quantidades consumidas</u>	67
8.2.1.6 <u>Consumo de álcool, frequência e quantidades consumidas</u>	69

8.2.1.7 Consumo de tabaco e quantidade de cigarros/dia.....	71
8.2.1.8 Prática de Exercício Físico	72
8.2.2 <u>Índice de Massa Corporal</u>	72
8.2.3 <u>Satisfação familiar</u>	73
8.2.4 <u>Percepção do Auto-Conceito</u>	74
8.2.5 <u>Imagem Corporal</u>	75
8.3 – ANÁLISE CORRELACIONAL.....	76
8.3.1 <u>Percepção do auto-conceito e Imagem corporal</u>	76
8.3.2 <u>Percepção do auto-conceito e algumas sub-escalas</u>	77
8.3.3 <u>Percepção do Auto-conceito e índice de massa corporal</u>	78
8.3.4 <u>Imagem corporal, competência atlética e aparência</u>	79
8.3.5 <u>Índice de Massa Corporal com competência atlética e aparência</u>	79
8.3.6 <u>Atitude face à alimentação e aparência</u>	80
8.3.7 <u>Atitude face ao tabaco com a competência acadêmica e a aceitação social</u>	80
8.3.8 <u>Atitude face ao consumo de álcool e humor</u>	81
8.3.9 <u>Número de reprovações e competência intelectual</u>	81
8.3.10 <u>Atitude face ao consumo de álcool e de tabaco</u>	82
8.3.11 <u>Satisfação com o ambiente familiar, competência acadêmica, competência intelectual, aparência, aceitação social e relação com os pais</u>	82
8.4. ESTATÍSTICA INFERENCIAL	83
8.4.1 <u>Análise da percepção do auto-conceito por género</u>	84
8.4.2 <u>Análise da percepção do auto-conceito e a prática de exercício físico extra curricular</u>	85
8.4.3 <u>Análise da percepção da imagem corporal e a prática de exercício físico</u>	86
8.4.4 <u>Análise da prática de exercício físico com o género</u>	86
9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	128

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1- Classificação da obesidade de acordo com a OMS (2000)	57
Tabela 2- Alunos por escola	63
Tabela 3- Ano de escolaridade.....	64
Tabela 4- Índice de Massa Corporal	73
Tabela 5- Percepção do Auto-conceito	74
Tabela 6- Imagem Corporal	75
Tabela 7- Correlação entre percepção do auto-conceito e Imagem Corporal.....	77
Tabela 8- Correlação do auto-conceito/sub-escalas.....	77
Tabela 9- Correlação do auto-conceito e as variáveis do I.M.C., satisfação com o ambiente familiar.....	78
Tabela 10- Correlação da imagem corporal, competência atlética e aparência.....	79
Tabela 11- Correlação do I.M.C. com competência atlética e aparência	79
Tabela 12- Correlação da atitude face à alimentação	80
Tabela 13- Correlação da atitude face ao tabaco com a competência académica e aceitação social	80
Tabela 14- Correlação da atitude face ao consumo de álcool e o humor	81
Tabela 15- Correlação do número de repetências e competência intelectual	81
Tabela 16- Correlação da atitude face ao consumo de álcool e de tabaco.....	82
Tabela 17- Correlação da satisfação com o ambiente familiar, competência académica competência intelectual, aparência, aceitação social e relação com os pais	83
Tabela 18- Diferenças entre a percepção do auto-conceito por género	84
Tabela 19- Distribuição das medidas da percepção do auto-conceito por género.....	84

Tabela 20- Diferenças entre a percepção do auto-conceito e a prática do exercício físico.....	85
Tabela 21- Diferenças entre a imagem corporal e a prática de exercício físico	86
Tabela 22- Diferenças entre o exercício físico e o género.....	86
Tabela 23- Diferenças no consumo de álcool relativamente	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Idade	62
Gráfico 2- Género	63
Gráfico 3- Número de refeições.....	64
Gráfico 4- Pequeno-Almoço	65
Gráfico 5- Refeição mais importante.....	66
Gráfico 6- Refeição na escola	66
Gráfico 7- Gosta da refeição na escola	67
Gráfico 8- Tipo de bebidas	67
Gráfico 9- Frequência de consumo	68
Gráfico 10- Quantidade consumida	68
Gráfico 11- Bebidas alcoólicas	69
Gráfico 12- Frequência de consumo	69
Gráfico 13- Quantidade de álcool	70
Gráfico 14- Consumo tabaco	70
Gráfico 15- Número cigarros	71
Gráfico 16- Prática Exercício Físico.....	71
Gráfico 17- Ambiente familiar	72
Gráfico 18- Anos reprovados.....	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- O desenvolvimento de uma doença do comportamento alimentar	32
Figura 2- Modelo racional teórico: Factores determinantes do comportamento alimentar em adolescentes e sua relação com o I.M.C., auto-conceito e imagem corporal	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AC.....	Auto-conceito
Cit.....	Citado
HBSC.....	Health Behaviour in School-age Children
IMC.....	Índice de Massa Corporal
IM.....	Imagem Corporal
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
WHO.....	World Health Organization

INTRODUÇÃO

As mudanças culturais do mundo ocidental, ocorridas nas últimas décadas do século XX, exaltam o corpo com um estatuto e uma omnipresença de todo imprevisíveis até então. O movimento imparável irrompeu, nos anos 60 e 70, com a reivindicação dos direitos do indivíduo ao livre uso do seu corpo, sem tabus, com a tomada de consciência, contrapondo o controlo social dos prazeres corporais, que até então estavam cristalizados. Nos anos 80 e 90 veio a tomada de consciência de que o corpo é a face visível da própria pessoa, que com ele subjectivamente se identifica e por ele, socialmente se apresenta. Neste contexto cada vez mais pessoas investem mais no corpo, com a esperança de obter dele mais prazer sensual e de aumentar o poder de estimulação social. A tomada de consciência desta complexa emergência do corpo tornou urgente a necessidade de identificar os novos papéis que hoje desempenha e as pressões que suporta. Agora o corpo está no centro da reflexão filosófica, psicológica e socioantropológica e até da generalidade das populações, o que evidencia uma profunda mudança cultural em curso, (Ribeiro, 2005).

O corpo e a alimentação são frequentemente objectos de estudos, contribuindo assim para um maior esclarecimento do fenómeno que abrangem várias áreas de intervenção, às quais tem sido atribuída bastante importância, o que em parte se deve à implicação de ambos nos comportamentos, quer sejam eles de risco, patogénicos ou salutares (Borrvalho, 2007). Informações sobre os transtornos alimentares têm sido amplamente divulgadas pelos meios de comunicação, em geral associadas a determinados comportamentos e à imagem do corpo predominantes nas sociedades ocidentais contemporâneas.

As noções relativas ao corpo e à alimentação têm sido modificadas lentamente e para isso contribuem os ideais, os valores e as crenças de cada época e de cada cultura, bem como toda a panóplia de condutas que vão desde a privação ao desregramento, aportando consequências para a saúde daqueles que as praticam. Diversos estudos de

investigação têm verificado que a incidência e prevalência de perturbações alimentares, têm vindo a aumentar nos países ditos em desenvolvimento, o que tem sido considerado um grave problema de saúde pública.

Neste campo, os adolescentes constituem um grupo geralmente considerado de risco (Barros, 1998; Palmer, 2000). A adolescência é uma época de oportunidades e risco. Os adolescentes estão no limiar do amor, da vida profissional e da participação na sociedade adulta. Constitui um período da vida, rico na interação entre os aspectos individuais, a socialização, o desenvolvimento cognitivo e os valores edificados ao longo das experiências de vida, além de um potencial para o desenvolvimento de novas habilidades e oportunidades que representam o conjunto de características que dão forma ao fenómeno da adolescência (Papalaia, Olds & Feldeman, 2006).

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por inúmeras mudanças a nível físico, psicológico e social, sendo descrita na literatura como um período crítico (e.g., Erikson, 1972, *in* Sarriera; Silva; Kabbas & Lopes, 2001). Os transtornos alimentares em geral apresentam as primeiras manifestações na infância e adolescência. Os jornais, as revistas e as emissoras de televisão têm abordado o tema, gerando amplo debate sobre os hábitos e as condutas alimentares desse segmento da população, com um alerta sobre os principais riscos associados a esses transtornos (Busse, 2004).

O conceito de ideal corporal, do corpo aperfeiçoado é determinante na satisfação global, por isso importante na satisfação relacional e na auto-estima dos adolescentes. Esta representação ou imagem corporal interiorizada está intimamente ligada às relações que o adolescente mantém com a imagem que os outros lhe devolvem do seu corpo. Introduce-se assim o conceito de intimidade corporal (Pasini, 1990), essencialmente estruturada, pela percepção, que temos de nós próprios e do nosso próprio corpo, enfim pelo nosso auto-conceito.

Poucos têm sido os estudos que procuram relacionar estas variáveis, naqueles a que tivemos acesso, a alimentação tem sido geralmente operacionalizada em termos de hábitos alimentares e/ou tipo de alimentação praticada e o corpo é geralmente percebido de acordo com o grau de (in)satisfação (e.g., Matos et al., 2003).

O presente estudo justifica-se, uma vez que entendemos a adolescência como uma fase de grande potencial de desenvolvimento humano, conjugando uma visão

sistémica e construtivista do processo de “*adolescere*”. É na adolescência que se verifica um importante período de transição, onde ocorrem diversas modificações físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Fernandes, 2007). O sujeito deste processo deve ser visto dentro das suas singularidades e interações, no seu contexto familiar e social numa perspectiva de *empowerment*, ou seja, dar aos adolescentes, a liberdade, a responsabilidade e a informação necessária, para que possam desenvolver as suas competências pessoais e sociais, e participar activamente na tomada de decisões a respeito da sua vida nos seus diferentes aspectos.

O trabalho que aqui apresentamos, vem no seguimento da nossa experiência profissional, na área da saúde mental e psiquiatria, onde estes conceitos têm vindo a ser abordados à luz das questões relativas à promoção e protecção da saúde. Tendo também em atenção a rapidez com que se têm propagado as perturbações do comportamento alimentar (Cabaco, 2002) e todas as outras questões relacionadas com o corpo, quer físico, quer psicológico, a pertinência do tema prende-se com o estudo do comportamento alimentar, que é um dos aspectos do estilo de vida que maior interferência tem na saúde e na doença (Viana, 2002), podendo condicionar fortemente o bem-estar psíquico, físico e social.

Para a maioria dos psicólogos, a principal característica do processo de desenvolvimento da adolescência consiste na relação que o sujeito estabelece com o seu corpo. Esta relação exprime-se alternadamente pelo amor, ódio, alegria, vergonha, prazer ou pela fúria em relação ao seu corpo sexuado ou de outrem. Ao mesmo tempo, não se poderá compreender o adolescente sem atender que uma das suas maiores preocupações diz respeito às transformações do seu corpo e à utilização que ele lhe dá (Braconnier & Marcelli, 2000).

Atendendo a que as perturbações do comportamento alimentar têm origem em causas psicológicas, surgiu a seguinte questão:

De que forma a percepção do auto-conceito e a imagem corporal, estão relacionados com as perturbações do comportamento alimentar/Índice de Massa Corporal, o ambiente familiar e alguns comportamentos relacionados com o estilo de vida?

Partindo de toda esta problemática actual, temos como principal objectivo, analisar as perturbações do comportamento alimentar/Índice de Massa Corporal a partir

do impacto das variáveis psicológicas como: percepção do auto-conceito, imagem corporal, ambiente familiar e alguns comportamentos afectos ao estilo de vida, numa amostra de adolescentes.

Como objectivos específicos temos:

- Compreender de que forma se relacionam as variáveis, imagem corporal, auto-conceito e ambiente familiar;
- Verificar o nível de satisfação quanto à percepção da imagem corporal;
- Verificar se a percepção que os adolescentes têm do seu auto-conceito influencia alguns comportamentos relativos ao estilo de vida, (consumo de álcool e tabaco e prática de actividade física);
- Verificar se o Índice de Massa Corporal varia consoante alguns hábitos alimentares, (atendendo ao número de refeições, refeições mais importante e tipo de bebidas ingeridas);
- Verificar se o Índice de Massa Corporal varia em função do género e idade;
- Verificar se o Índice de Massa Corporal varia em função da prática de actividade física;
- Verificar se imagem corporal e auto-conceito interferem com o Índice de Massa Corporal;
- Verificar se existe relação entre a variável auto-conceito e o número de reprovações;

A investigação enquadra-se no âmbito de um estudo exploratório numa perspectiva de intervenção/acção.

Assim, dedicamos a nossa primeira parte do trabalho à revisão da literatura de alguns modelos teóricos e conceptuais que servem de suporte à obtenção dos nossos objectivos gerais e específicos. Desta forma julgamos ser importantes para a compreensão do comportamento dos adolescentes, abordar: imagem corporal, auto-conceito, perturbações do comportamento alimentar (anorexia, bulimia e obesidade com perturbação do comportamento alimentar), assim como alguns comportamentos relativos aos estilos de vida e ambiente familiar.

Ao considerarmos estes conceitos factores muito importantes no desenvolvimento do adolescente, nomeadamente próximo da idade adulta, optámos por

analisar um grupo de adolescentes a frequentarem o ensino secundário, no 11º e 12º ano de escolaridade. Escolhemos este grupo de estudo por considerarmos estar na fase de desenvolvimento privilegiada para uma melhor compreensão dos processos de socialização e de consolidação dos adolescentes.

Seguidamente apresentamos o desenho do estudo de campo, bem como a metodologia utilizada, a caracterização da população do estudo, os resultados da investigação encontrados, discussão, conclusões, referências bibliográficas e anexos.

Pretendemos com este estudo contribuir para melhorar o conhecimento sobre a relação que os adolescentes apresentam com a alimentação e de que forma se reflecte nos seus estilos de vida, percepção do auto-conceito e imagem corporal, sugerindo pistas para uma melhor intervenção ao nível da promoção da saúde e prevenção das perturbações do comportamento alimentar.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ADOLESCÊNCIA, AUTO-IMAGEM E AUTO-CONCEITO

1.1 ADOLESCÊNCIA E ADOLESCENTE

A “*Adolescência*” é acima de tudo crescimento físico e mental, maturação, desenvolvimento. Adolescência vem de “*adolescere*”, palavra latina que significa “*crecer*”, logo um adolescente é alguém incompleto, que não atingiu o fim de um processo. É fundamental perceber que a cada dia que passa, o jovem estará diferente, (Sampaio, 2006).

De seguida procuraremos enunciar algumas perspectivas históricas e culturais para a compreensão deste processo. Na cultura ocidental o acesso à adolescência não está institucionalizado, não está determinado por um acontecimento especial que identifique a fronteira.

A adolescência (fase de descoberta), tal como é concebida actualmente, ou seja como um grupo social autónomo, com uma especificidade própria e caracterizando um período de vários anos de existência, terá aparecido nos séculos XVIII e XIX. Alguns chegam mesmo a dizer que a representação de um grupo autónomo, contestatário relativamente ao mundo adulto, é ainda mais recente, só sendo detectável depois da segunda guerra mundial. No entanto, a referência à juventude existe desde a antiguidade, nesta época manifestava-se sob a forma de apelo às virtudes de força e coragem, pensando nos exercícios militares ou a defesa do grupo social, mas em épocas mais remotas como na antiga Roma, a adolescência era ainda mais longa do que é hoje, ela terminava oficialmente por volta dos 30 anos, (Braconnier & Marcelli, 2000).

O estudo mais científico da adolescência inicia-se no início do século XX, com Stanley Hall, quando publicou a sua primeira psicologia geral da adolescência em 1904

(Weiner, 1995). Hall citado por Weiner (1995) e Sampaio (2006), encarava a era adolescente como análoga ao período turbulento da história humana que precedeu a civilização moderna. Acreditava que os comportamentos humanos referentes a cada etapa da vida seriam a reprodução de uma era anterior da evolução: os adolescentes reproduziriam períodos mais selvagens da civilização, caracterizados por comportamentos desregrados e agressivos, ou seja um período de “*tempestade e inquietação/conflitos*”, dos quais se poderiam libertar através da integração social, em que a tensão permanente seria condição essencial para a tranquilidade emocional, que caracteriza a idade adulta.

Hall criou um lugar para a adolescência, considerando-a um importante período de desenvolvimento humano, encarou a adolescência não como um interlúdio desprezível entre dois estádios, nem constitui, apenas um período preparatório para o estágio seguinte. A adolescência é um estágio único de desenvolvimento, o qual, anteriormente era ignorado pela Psicologia e pela Sociedade. Nesta etapa ocorrem as principais transformações psicológicas e fisiológicas que alteram a qualidade dos processos cognitivos e emocionais. Durante este período de transição o crescimento tende a ser assimétrico. Embora a adolescência seja caracterizada por uma fase de grande Sturm und Drang (tensão e agitação), como era defendido por Hall, excluindo certas profecias extremas e algumas afirmações exageradas, o seu pensamento é no essencial ainda bastante valioso. Hall criou um lugar para a adolescência, considerando-a um importante período de desenvolvimento humano, foi muito explícito na sua convicção de que a descontinuidade e a ruptura que acompanha o desenvolvimento do adolescente produzem um período inevitável de instabilidade e perturbação em que a principal faceta predizível do comportamento do adolescente é a sua imprevisibilidade (Weiner 1995), mas deixou algumas questões em aberto, como saber se as características únicas da adolescência (encarada como um estadio), reflectem algo de inevitável e próprio dos seres humanos, (Sprinthall & Collins, 1988).

O seu pensamento influenciou as ideias sobre a adolescência durante um grande período de tempo, só depois dos anos 80 começou a ser alvo de crítica sistemática. A pouco e pouco o conceito do século XIX de que a adolescência seria uma etapa necessária de modo a assegurar uma melhor integração e desenvolvimento social, deu lugar à noção de um período carregado de contradições e indisciplina (num meio interno em ebulição), tentando procurar atingir o equilíbrio na idade adulta, (Sampaio, 2006).

Mais tarde seria Sigmund Freud, a clarificar a importância de uma abordagem *maturacionista*, que dá ênfase ao desenvolvimento, destacando o aparecimento de padrões psicológicos e comportamentais relacionados com um quadro temporal biologicamente determinado. Tal como Hall, Freud também considerava a adolescência como um período necessariamente difícil e turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados. De facto Freud construiu toda uma visão sobre a natureza do ser humano com base na ideia de que determinadas pressões psicológicas muito fortes – *pulsões instintivas* – são inatas em cada pessoa. Estas pulsões determinam as experiências mais importantes ao longo da vida do indivíduo. Embora as pulsões sejam de natureza mais psicológica do que física, não obstante Freud acreditava que elas estimulavam os indivíduos a manifestarem diferentes tipos de comportamento. No entendimento de Freud, alguns destes comportamentos são socialmente aceitáveis e até mesmo benéficos, quer para a pessoa, quer para os outros. Outros comportamentos são menos desejáveis e, potencialmente levam o sujeito a sentir prazer momentâneo, mas não o conduzem a uma satisfação duradoura ou a aprovação social. O papel da socialização na adolescência consiste em orientar e canalizar as pulsões instintivas para comportamentos socialmente aceitáveis (Sprinthall & Collins, 1988).

Geralmente considera-se que a primeira contribuição psicanalítica importante para a compreensão do desenvolvimento do adolescente é “*O Ego e os Mecanismos de Defesa*” de Anna Freud, (1936). A sua descrição da adolescência é extremamente semelhante a de Hall. Em obra posterior, Anna Freud, cit. por Weiner, (1995), afirmou a sua convicção que a adolescência quebra a continuidade do desenvolvimento da personalidade e gera um comportamento tempestuoso e imprevisível, durante um período de tempo considerável.

Tal como Hall, Erik Erikson (outra figura proeminente da psicanálise) encarava o advento da puberdade como um tempo em que toda a singularidade e continuidade são mais ou menos postas em causa outra vez. Isto exige que os adolescentes passem vários anos a construir pontes entre os papéis e competências que cultivaram em crianças e novos papéis e responsabilidades futuras, como adultos. Esta transição desenvolvimentista descrita por Erikson, actualmente conhecida como *formação da identidade*, é o processo pelo qual os adolescentes alcançam uma compreensão acerca do tipo de pessoas que são, daquilo em que acreditam e do que querem fazer das suas

vidas. Este processo de formação da identidade implica também alguns episódios de *crise de identidade* (Weiner, 1995). As crises que surgem de acordo com um cronograma de maturação devem, ser satisfatoriamente resolvidas para um saudável desenvolvimento do ego. A teoria do *desenvolvimento psicossocial* de Erickson, (processo social e culturalmente influenciado e desenvolvido do ego ou do eu), abrange oito estádios durante o ciclo vital. Cada estágio envolve uma *crise* na personalidade, uma questão de desenvolvimento que é particularmente importante naquele momento e que continuará tendo alguma importância durante toda a vida. Cada crise pode ser resolvida alcançando um equilíbrio saudável entre traços positivos e negativos alternativos. O êxito na resolução de cada crise exige que um traço negativo seja equilibrado por um traço positivo correspondente (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Também três outros proeminentes cientistas sociais Coleman (1961), Keniston (1965) e Mead (1970), cit. in Weiner, (1995) contribuíram para o mito da perturbação normativa da adolescência, considerando que a natureza do desenvolvimento do adolescente, especialmente no ambiente industrializado moderno, conduz inevitavelmente a conflitos entre a geração de adolescentes e as gerações adultas.

Para Figueiredo (1985: 67) “*A adolescência é o período de desenvolvimento que vai da puberdade até à maturação biopsicológica do indivíduo (...)*”

De facto a adolescência é um período do ciclo de vida especialmente marcado, pelo conceito de desenvolvimento, todas as áreas da vida biológica, cognitiva e social vão sofrer profundas modificações. Deste modo, trata-se de um período etário sujeito ao impacto de acontecimentos exteriores (Sampaio, 2002), e que grande parte da literatura refere como o início das alterações pubertárias. Após um longo período de inatividade, de dependência e protecção, surge, um surto rápido (num período de tempo extremamente curto) de crescimento «*a puberdade*» (Fleming, 1993).

A puberdade é assim o grande marco que assinala o início da adolescência, constitui um conjunto de significativas mudanças físicas que culminam na maturidade sexual. De acordo com Sampaio (1996) a formação da identidade deve ser considerada, um processo dinâmico, onde se adquire a identidade sexual, consolidam-se as relações com os outros e dá-se a integração das diversas estruturas da personalidade.

A puberdade e a conseqüente entrada na adolescência, implica por parte do adolescente uma reavaliação, de si e do seu traçado de vida, o que implica uma

renegociação da sua relação com a família, (face ao seu corpo em mudança, agora biologicamente adulto) e a sua relação com os pares, nomeadamente com o género oposto. O desenvolvimento do adolescente implica uma modificação das relações entre si e os diferentes e complexos contextos sociais em que está inserido (família, escola, grupo de pares, comunidade, lazer), permitindo uma grande diversidade inter-pessoal. (Lerner, 1998; Frydenberg, 2008; Matos et al., 2008). Ou seja por um lado, o adolescente sente que precisa de “perder” os pais para se poder encontrar, há um progressivo afastamento do contexto familiar (Sêco, 1997), no entanto se o processo de autonomia pressupõe o “ataque” à autoridade parental ele não envolve uma ruptura do vínculo aos pais, mas pelo contrário para se separar psicologicamente é fundamental que o adolescente se sinta ligado aos pais através de um vínculo seguro (Fleming, 1993).

Os diversos cenários da vida social do adolescente desempenham um importante papel e são condicionantes na construção da sua identidade pessoal e social (Caldwell & Darling, 1999; Matos, 2008).

Como refere Dias Cordeiro (1987), o processo maturativo do adolescente decorre intensamente, mas, naturalmente e contém uma tão grande capacidade adaptativa que, mesmo dificuldades anteriores, ao serem reactivadas pela puberdade resolvem-se e normalizam-se quando o adolescente vive num quadro de referências familiares, escolares e sociais, estável e estruturante. O grupo de companheiros torna-se cada vez mais importante e a aceitação por parte destes é imprescindível para o adolescente. A sua “lealdade” e dedicação à vida familiar não diminui, recua simplesmente um pouco, para dar lugar a novas experiências de sociabilidade. As relações com os pais e as relações com os pares e amigos têm dinâmicas específicas não se substituindo, contribuindo assim ambas para o desenvolvimento do adolescente (Fleming, 1993).

Cordeiro (2006) refere, que este modelo psicodinâmico de integração dos adolescentes tem, duas vertentes: a vertente da necessária clivagem social com a geração anterior (a dos pais) e a vertente da integração e valorização de novos objectos de amor extra familiares. Dias Cordeiro (1988), cit. por Cordeiro (2006) associa as grandes modificações da adolescência a dois sistemas de referência: o corpo e a família.

Ainda o mesmo autor cit. por Coimbra de Matos (2002: 147) restringe o conflito da adolescência a dois problemas primordiais: “ *o luto das imagens parentais e a escolha do par sexual*”.

A idade em que finda a adolescência é evidentemente variável de pessoa para pessoa. No final prevalecerá a satisfação quando o sujeito tiver um sentimento de realização, tanto no plano individual, afectivo ou amoroso, como no plano profissional. O jovem adulto rapidamente esquecerá as incertezas, as dúvidas, as angústias e alguns momentos de vergonha, que por ventura tenha vivenciado. Ao contrário, este período pode ser encerrado com um sentimento de decepção, sem ter descoberto algo que tivesse proporcionado satisfação (Braconnier & Marcelli, 2000). A adolescência cessa quando o adolescente é capaz de realizar determinadas funções relativamente à autonomia, identidade, afectividade, sexualidade, valores, socialização, entre outras (Sampaio, 1991 cit. por Borralho, 2007). Em contrapartida na opinião de alguns autores, o processo da adolescência perpetua-se toda a vida, sempre que existam comportamentos idênticos ou próximos daqueles que conheceu durante a passagem da infância para a idade adulta, as chamadas «*ressurgências da adolescência*» (Braconnier & Marcelli, 2000). Estes autores afirmam também, que existe um determinado número de indivíduos que nunca chegam a alcançar um estado adulto. “*Em muitos aspectos, no seu comportamento e na sua vida afectiva, eles ficarão para sempre adolescentes. Situação que, aliás, não fará obrigatoriamente a sua infelicidade, mas poderá fazer sofrer os que o rodeiam*” (Braconnier & Marcelli, 2000:24).

2.1 ADOLESCÊNCIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Na actual sociedade a adolescência tornou-se não só objecto de curiosidade, mas também objecto de estudo. É a idade dos mil semblantes, as flutuações e inconstâncias estão bem patentes, assim como a versatilidade inerente ao adolescente. Etapa de crescimento por vezes tão íntima, introvertida e secreta, outra tão extrovertida e pública. O conceito do que é ser adolescente continúa ainda hoje a não ser consensual, devido as especificidades desse período de vida e à forma distinta como ela é vivida, que varia de cultura para cultura, e de época para época, embora haja quase unanimidade ao

afirmamos que estamos perante um período de mudanças e de desafios em diversos domínios (Braconnier & Marcelli, 2000).

Os próprios acontecimentos biológicos, (bastante valorizados nesta problemática), sofreram alterações ao longo dos séculos, como comprova o facto de a menarca acontecer por volta dos 16 anos, em 1850, enquanto, que, actualmente a idade média é de 12/13 anos (Bernfeld, 1982, cit. por Sampaio, 2002).

A adolescência apresenta pois características especiais em função das épocas, do ambiente cultural, social e económico. Cada geração é sempre confrontada com os problemas sociais da sua época. Mas apesar disso, os jovens mantêm-se fiéis a valores transmitidos, tais como a família, o conforto e a segurança (Braconnier & Marcelli, 2000).

A subjectividade constrói-se atendendo às circunstâncias culturais e sociais nas quais o adolescente está inserido e também pelas experiências particulares que ele vivencia no interior dessa cultura que são irrepetíveis e únicas e determinam o carácter e a individualidade de cada um. A realidade é subjectivada pelo adolescente na relação entre o social, (que determina as significações), e o individual, (dado pela elaboração e transformação dessas significações pelo sujeito), de acordo com suas experiências pessoais.

A cultura dá os referenciais linguísticos e as formas de manifestação da subjectividade, conduz a um processo de apropriação da realidade pelo sujeito. Mudanças na cultura têm implicações na forma como a subjectividade é construída. O adolescente absorve todas as experiências, os conhecimentos, os valores e as informações transmitidos pela tradição, pela comunicação, pelos media, pela educação e pela ciência (Leontiev, 1978; Vygotsky, 1993, cit. in Salles, 2005).

A história de vida, embora seja singular, não é um processo interior independente da sociedade, pois o social constitui o subjectivo. A subjectividade é, então, construída no comigo mesmo, na relação com o outro e num tempo e num espaço social específicos. Na sociedade contemporânea caracterizada pela aceleração, a identidade do adolescente é construída hoje numa cultura caracterizada pela existência de uma indústria da informação, pela velocidade, pelo consumo, pela satisfação imediata dos desejos (no aqui e no agora), na busca do prazer imediato, de lazer e de consumo, pela mudança das relações familiares e da relação adolescente/adulto, o

processo de socialização é distinto daquele que ocorria anteriormente. Também caracterizada pela predominância das tecnologias da informação, pela realidade virtual, pela interacção mediada pela máquina, onde o conhecimento científico é só mais um tipo de conhecimento, determina modos específicos de subjectivização que são próprios dessa época (Sennett, 1975; Tajfel, 1984; Giddens, 2002; Hall, 2002, cit. in Salles, 2005).

A tendência ao prolongamento da adolescência e da juventude na sociedade contemporânea é citada na literatura actual. O tempo de estudo prolonga-se, a entrada no mercado do trabalho, dá-se cada vez mais tarde e a constituição da própria família é adiada. (Abramo, 1994; Peralva, 1997, cit. in Salles, 2005).

As condições actuais implicam uma longa transição do período de adolescência e juventude para a idade adulta. Antes a sequência do ciclo de vida era clara. O jovem primeiro estudava, uma vez terminados os estudos empregava-se e posteriormente casava. Hoje, no entanto, começa a ocorrer um processo de alongamento dessas fases, o que está, associado às dificuldades cada vez maiores de obtenção de emprego e à continuação dos estudos. A falta de autonomia financeira e o desemprego contribuem para que os jovens permaneçam mais tempo na família de origem. Em suma, hoje os jovens estudam, trabalham, especializam-se, adiam a saída do seio familiar e a constituição da sua própria família. Embora esse processo seja mais acentuado nas camadas médias da população, há uma tendência para que se generalize para toda a sociedade (Salles, 2005).

A situação actual vem, assim, contrapor-se à ideia de socialização pela qual se concebia que os adultos, pais e professores em especial detinham as informações às quais as crianças poderiam ter acesso, e aquilo que deveriam saber e/ou lhes era permitido fazer era controlado e estabelecido de acordo com as faixas etárias. Somando-se a isso, as tecnologias da comunicação, dentre elas a televisão e a internet, possibilitam que o acesso às informações se dê desde muito cedo e muitas vezes sem o controle dos pais. Há uma grande expansão no uso de computadores pessoais, seja como procura de informação ou como espaço de socialização, como as comunidades virtuais.

Hoje, há uma maior liberdade e autonomia para os jovens e uma diminuição da autoridade e controle paternos. Os métodos autoritários e directivos de educação são criticados. Procura-se minimizar as diferenças entre as gerações. Dantes o modelo

perfeito era o modelo adulto e os jovens mostravam curiosidade em conhecer e em se apropriarem desse modelo. Actualmente o modelo do êxito tornou-se o dos jovens e a sociedade adulta está ávida de se apropriar desse suposto modelo. Houve uma verdadeira reviravolta de perspectiva entre os anos sessenta e setenta, o grupo dos mais velhos começou a tomar como modelo o grupo dos mais novos. Exalta-se a juventude, fazendo com que os mais velhos desejem ser jovens e que as relações entre pais e filhos se transformem, com os pais perdendo a autoridade, questionando o que fazem de errado, e o adolescente querendo apenas ter direitos, (Braconnier & Marcelli, 2000).

Segundo Lasch (1991) cit. por (Salles, 2005), no século XX glorifica-se a juventude e diminui-se a autoridade dos pais. As relações de autoridade e os valores sociais e morais estão sendo questionados. Por um lado, temos o adolescente precocemente seguro de como se deve comportar, e do outro, a própria sociedade emergida numa crise de autoridade e confusa quanto aos valores morais que deve adoptar, isto tudo reflecte-se nas atitudes dos pais e dos educadores. Presentemente os pais estão confusos quanto às práticas educativas, não distinguindo mais, o certo e o errado e se devem ou não impor disciplina aos seus filhos. Hoje temos um imaginário social de juventude, que leva os pais a abandonarem a sua autoridade e a disfarçar a sua idade, o que se exterioriza na própria aparência jovial assumida pelos pais.

O modelo actual de família, segundo Lasch (1991) cit. por Salles, (2005), é o da igualdade entre os indivíduos e o do respeito às diferenças individuais. A importância da igualdade nas relações familiares é afirmada, passam a ser relações entre pares. Não há normas rígidas de conduta e as exigências são vistas como irrealistas. A diferença é aceite e respeitada, a imposição de limites passa a ser discutida e não imposta.

Paralelamente, o envelhecimento tende a ser desprezado. O jovem transforma-se num modelo para as diferentes faixas etárias. Propaga-se socialmente o culto à aparência, à beleza, à erotização e à necessidade de conservar a juventude (Salles, 2005).

2.2 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal como constructo multidimensional começou a ser aceite na década de 80, tendo Cash e Brown (1989) sugerido que a imagem corporal era uma concepção multidimensional defendida pelas percepções e atitudes: afectivas, cognitivas e comportamentais, que a pessoa tem em relação ao seu corpo. O facto de o corpo representar o sujeito perante os outros justifica, que se tenha generalizado a prática de manipular a aparência corporal, (Ribeiro, 2005).

A imagem corporal é a percepção que temos de nós próprios e o que idealizamos ao pensarmos nos nossos corpos é aparência física. Este fenómeno é de uma importância crucial na construção da identidade pessoal (*self*), à medida que a evolução vai acontecendo, várias identificações vão-se processando, modificando, corrigindo e particularizando a identidade que vai sendo construída Coimbra de Matos (2002).

Para Schilder, (1994) a imagem corporal é a imagem subjectiva do próprio corpo, enquanto objecto único; não é apenas perceptiva, é construída de forma dinâmica a partir das interacções sociais e segundo os padrões de uma cultura. Esta conceptualização valoriza factores dependentes da personalidade, conscientes e não conscientes, onde se reflectem os desejos, as atitudes e interacções emocionais com os outros.

A satisfação corporal é a dimensão avaliativa predominante quando alguém confronta os desempenhos do seu corpo com as suas necessidades, desejos ou expectativas. Mas é evidente que há níveis de satisfação corporal específicos de cada função e a avaliação negativa de um pequeno, pormenor, a que o sujeito atribui muita importância pode originar uma insatisfação corporal difícil de suportar. A imagem corporal tem um papel relevante, quer no relacionamento interpessoal, do desempenho de um papel, ou mesmo da simples exposição ao olhar de outrem, ou seja da qualidade da relação com o próprio corpo, depende a capacidade individual de comunicação e de relação com os outros, (Ribeiro, 2005).

Imagem corporal é a figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do mesmo indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. É um conceito muito complexo, que incorpora a informação exteroceptiva (visual e táctil),

as percepções e as interpretações de estímulos recebidos pelo corpo, experiências subjectivas de funções corporais (componentes afectivos e emocionais) e a opinião pessoal (constructos cognitivos) acerca do próprio corpo (Schilder, 1994, Maximiano et al., Maturana, 2004,).

Também para Thompson (1996), o conceito de imagem corporal envolve três componentes: Perceptivo, relacionado com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; subjectivo, compreende aspectos como satisfação com a aparência, e o nível de preocupação e ansiedade a ela associada; comportamental, que salienta as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar algum desconforto associado à aparência corporal.

Segundo Colins (1981) a imagem corporal é encarada segundo um conceito mais dinâmico, ela é considerada como uma representação mental ou uma pluralidade de representações do próprio corpo que mudam gradualmente ao longo da vida (desde o nascimento até a morte) à medida que o corpo se desenvolve e se transforma. A precisão da imagem depende da medida de ajustamento entre realidade e o ritmo de mudança corporal de cada um. O culto da imagem corporal constitui a principal forma de representação do *Self* na sociedade actual (Dias et al., 2006).

A consciência corporal é como se compreende, uma variável intermediária entre a pessoa e o seu corpo, nos diferentes aspectos, (físico, fisiológico e estético) e entre a pessoa e os outros, na comunicação, nas relações interpessoais, na comparação social. A fronteira do corpo humano separa o sujeito de um mundo significativo e facilita-lhe a troca de significações com o seu meio social. Estas trocas com o mundo físico e com os outros são para o ser humano, de uma importância vital, tendo consciência dessas trocas e também dos limites do seu corpo e da permeabilidade da sua fronteira, (Ribeiro, 2005).

Para Taleporos e Macabe (2001), a imagem corporal é um constructo multidimensional pois abrange duas dimensões, a afectiva e a cognitiva, que por sua vez determinam a auto-estima corporal, sendo esta avaliação, positiva ou negativa do corpo no seu todo (Mayer & Eisenberg, 1988 cit. in: Taleporos & McCabe, 2001).

Os sentimentos de insatisfação corporal, subsequentes a uma avaliação negativa dos desempenhos do próprio corpo, estão sempre associados a alguma perturbação afectivo-emocional, revelando alguma ansiedade ou até mesmo sintomatologia

depressiva. Fisher (1990) define a imagem corporal como a experiência psicológica do nosso próprio corpo.

A principal característica do processo de desenvolvimento da adolescência reside na relação que o sujeito estabelece com o seu corpo. Esta relação exprime-se alternadamente pelo amor, ódio, alegria, vergonha, prazer ou pela fúria em relação ao seu corpo sexuado ou ao de outrem. Não se poderá compreender o adolescente sem saber que uma das suas maiores preocupações diz respeito às transformações do seu corpo e à utilização que o adolescente lhe dá. O corpo representa um meio de expressão simbólica dos conflitos e dos modos relacionais dos adolescentes, é um “instrumento de medida” e de referência em relação ao meio e às possibilidades de controlo desse meio. A alteração desta imagem do corpo é tal que pode levar o sujeito a confundir a imagem do seu corpo com a da sua personalidade. O adolescente chega a imaginar que suprimindo um aspecto julgado inestético, transformaria toda a sua personalidade (Braconnier & Marcelli, 2000).

Slade (1994, cit. por Taleporos & McCabe, 2001) define imagem corporal como uma representação mental da forma e tamanho do corpo influenciado por uma variedade de factores históricos, culturais e sociais, individuais e biológicos, que operam sobre diversas situações da vida. Também considera a imagem corporal como um constructo multidimensional, tal como Fisher (1990), compreendido entre uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva que, por sua vez, determina a auto-estima corporal. Esta é apenas um dos muitos factores que contribuem para a variação do auto-conceito geral, através da sua estrutura hierárquica e que integra diversos aspectos cognitivos, que incluem a nossa percepção e representação corporal, as nossas experiências corporais, aspectos emocionais relacionados com prazer ou desprazer, satisfação ou insatisfação, enfim, a forma como cada um sente o seu corpo, de acordo com a sua aparência e função.

Na actual contextura cultural, o auto-conceito e a auto-estima dependem em grande medida dos desempenhos sociais, pois aos êxitos e fracassos nesta área atribui-se especial significado. A auto-estima componente avaliativa do auto-conceito está, assim, em parte dependente da satisfação com a imagem corporal (Ribeiro, 2005).

2.3 IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA

Ao longo da história a vida foi-se transformando, os seres humanos começaram a viver em aglomerados urbanos que evoluíram para grandes cidades. Há 50 anos o processo acelerou-se e com esta evolução, o corpo humano foi mudando e as fantasias de beleza também. Os jovens são os mais sensíveis às questões do corpo ideal. A noção de “beleza” tem-se submetido de tal forma ao comércio, tem apresentado tantas oscilações que certamente há muito tempo perdeu a ligação directa à biologia da espécie. Simultaneamente a alimentação também tem sofrido perigosas transformações.

Até ao século XX, a imagem do corpo feminino nas sociedades ocidentais manteve-se com um ideal de formas redondas. É certo que a mulher se sujeitou sempre às modas, mesmos às mais cruéis, como por exemplo corpetes de tiras de ferro a estreitar o tórax e a cintura, anquinhas de metal, saias de balão, etc. Estes e outros instrumentos martirizaram o corpo feminino, moldando-o à medida do desejo.

Mas a magreza vem contrariar a própria identidade feminina, (o sistema reprodutivo da mulher só funciona se houver uma reserva mínima de gordura), vem negar as características do género, como se tudo o que é próprio do corpo da mulher devesse deixar de existir. É neste registo de negação do feminino que as raparigas se têm deixado levar.

A tendência para o ideal de magreza aparece no princípio do século XX, mas tem vindo a acentuar-se de forma assustadora. As movimentações femininas expandiram-se e conduziram a que, a reivindicação de igualdade, apagasse, esquecesse ou negasse a identidade feminina, (Carmo, 1999).

A imagem corporal reporta-se a uma imagem mental do *Self* físico e inclui atitudes e percepções relacionadas quer com a aparência física, quer com o estado de saúde e a própria sexualidade Pikler & Winterowd, (2003), cit. in Tapadinhas et al., (2006). Para Barbosa & Costa (2002) o *self* corporal é construído nas relações que temos com os outros, sendo o seio familiar, um meio de desenvolvimento e socialização de excelência.

Cada indivíduo vive o seu corpo como único, (identidade corporal) e representa-se nele (o eu corporal), como tal, necessariamente diferente dos outros. A imagem do corpo tem de facto um determinado valor para o sujeito, e é com base nesta avaliação que ele define as suas atitudes e comportamentos. A nota atribuída nesta avaliação ao seu corpo tem, um valor muito significativo, quando falamos da sua auto-estima, (Ribeiro, 2005).

Não, não há um peso ideal. É impossível que na natureza, onde existe grande diversidade, o ser humano tivesse que se apresentar com medidas certas. O ser humano não é feito em série, felizmente! Portanto não se pode dizer que exista o peso ideal, mas sim o que se pode dizer é que existe uma série de pesos desejáveis para cada caso. O esforço que algumas raparigas fazem para atingir o chamado peso ideal é mau para a sua auto-estima e também para o seu equilíbrio físico.

A satisfação corporal é uma variável intermediária entre agentes motivacionais e processos cognitivos, constituindo um elemento estabilizador da auto-estima e do auto-conceito (Ribeiro, 2005).

2.4 AUTO-CONCEITO

O ser humano, de forma intrínseca, tem a necessidade de procurar e estabelecer uma identidade única e individualizada, com a qual se sinta bem. Este aspecto é um ponto fulcral da existência humana, uma vez que o modo como o sujeito se vê a si mesmo e ao seu lugar no mundo, ou seja as suas auto-percepções, são fundamentais para compreender o seu comportamento. Campbell e Lavalley (1993), cit. por Peixoto (2003: 12) definem o auto-conceito como o “conjunto de crenças que os indivíduos possuem acerca de si próprios, assumindo um carácter fundamentalmente cognitivo”, diferente da auto-estima que assume uma “componente predominantemente afectiva da representação que a pessoa constrói sobre si”.

Do ponto de vista histórico, a definição do auto-conceito, dada a sua dimensão abstracta e importância para o desenvolvimento humano, tornou-se complexa para alguns autores. Os modelos apresentados, assim como as primeiras abordagens, sobre o auto-conceito não eram consensuais. Inicialmente investigado por filósofos, teólogos ou

outros profissionais não ligados à psicologia o, "eu" era regularmente associado a termos metafísicos como "alma" e "espírito" ou como "algo não físico num corpo físico" Burns (1986) cit in Morais (2006) e Ferraz (2010). Apesar desta perspectiva especulativa e não científica destas primeiras definições do termo, elas foram extremamente importantes, porque fizeram a distinção entre sujeito e objecto, tornando-se o ponto de partida para novas formas de descrever o "eu".

Embora, apenas já no século XX tenha assumido uma crescente importância, o auto-conceito encontra as suas origens ao longo dos anos. Existem várias definições e teorias conceptuais relativas ao auto-conceito na obra, "The Principles of Psychology", onde Williams James (1950), cit. por Vaz Serra, (1986), dedicando um capítulo ao estudo pormenorizado do "eu", faz renascer o interesse dos investigadores sobre a problemática do auto-conceito. O aumento dos estudos sobre auto-conceito, nas últimas três décadas, permitiu aumentar o nosso conhecimento acerca deste construto psicológico. Vaz Serra, Gonçalves e Firmino (1986), definem o auto-conceito como a percepção que o sujeito tem de si próprio ou seja como a forma como o sujeito se observa a si mesmo. Em termos gerais podemos caracterizar o auto-conceito como a percepção que o sujeito tem de si próprio e em termos específicos, as atitudes, os sentimentos e o auto-conhecimento acerca das suas potencialidades, competências, aspecto físico e aceitação social (Byrne, 1984; Faria, 2002; Faria & Fontaine, 1990; Marsh & Hattie, 1996, cit. in Faria, 2005).

Podemos afirmar de acordo com vários autores (Marsh & Hattie, 1996; Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976 cit. in Faria, 2005), que as percepções e atribuições acerca de si próprio e o auto-conceito constroem-se, essencialmente, na interacção social, a partir da influência das experiências vividas, nos diferentes contextos de vida, (família, escola, grupo de amigos, professores, entre outros), assim como das interpretações que os sujeitos fazem dessas experiências e das avaliações que os outros fazem dos seus comportamentos (Harter, 1999; Cole, 1991; cit. in Emidio et al., 2008). Não é possível compreender adequadamente o auto-conceito se ignorarmos a sua natureza multidimensional (Marsh, 1989, 1990 e 1993).

Pais-Ribeiro (2003) citando Burs (1979: 2), refere-se ao auto-conceito como uma variável psicológica clássica, como: "*factor com um papel determinante na integração da personalidade, na motivação do comportamento e na saúde mental*".

Hattie (1992) defende que as concepções que temos de nós próprios, constituindo avaliações cognitivas dos nossos atributos pessoais, dizem respeito a uma dimensão cognitiva/intelectual, digamos que o auto-conceito é constituído pelo conjunto de crenças que sustentamos acerca de nós próprios e corresponde a uma componente mais descritiva (cognitiva e contextualizada), distinto da auto-estima que é fundamentalmente emocional. Ainda segundo Hattie (1992), o auto-conceito modifica-se e consolida-se ao longo do desenvolvimento das diferentes fases da adolescência (apresentando uma maior estabilidade com a transição destas), verificando-se assim, uma mudança significativa no estabelecimento do auto-conceito.

Da síntese das várias definições, o auto-conceito, ou sentido de *self*, poderá ser definido como a imagem que o sujeito tem de si próprio, das suas capacidades, atitudes e valores nas distintas esferas existenciais: física, social e moral (Carapeta et al., 2001).

2.5 AUTO-CONCEITO NA ADOLESCÊNCIA

O auto-conceito tem extrema influência na forma como o sujeito percebe os acontecimentos, os objectos e os outros com quem interage, tendo um importante valor preditivo dos comportamentos dos indivíduos, nos diferentes contextos de vida (Cordeiro, 2006).

É consensual que o desenvolvimento do auto-conceito não acontece apenas depois de determinado momento da vida. Para Peixoto e Mata (1993), cada sujeito tem múltiplas concepções sobre si, das quais vai tendo diferentes percepções em graus diferentes de clareza ao longo do seu desenvolvimento, sendo na adolescência que sofre a sua maior discriminação nos domínios de auto-percepções como, competência escolar, aceitação social, aspectos comportamentais, aparência física, entre outros.

Harter (1990) refere-se à natureza do auto-conceito na adolescência como uma estruturação social que representa, em grande parte, uma incorporação de atitudes e pensamentos que os outros têm do sujeito, referindo aqui naturalmente, os pais, os colegas de escola e os amigos mais próximos, a principal fonte de alimentação. A mesma autora refere o processo de diferenciação progressiva do auto-conceito na adolescência, como resultado da exigência dos diversos papéis e contextos em que o

adolescente vive, o meio familiar, grupo de amigos, relações amorosas, vida académica, entre outros.

Este processo gradual de socialização impõe uma adaptação permanente de múltiplos auto-conceitos exigindo uma das tarefas essenciais do desenvolvimento do adolescente, a definição de um e apenas um auto-conceito (Plucker e Stocking, 2001, cit. por Cordeiro, 2006). Também para Harter, (1982); Marsh e Shavelson, (1985), cit. in Cordeiro (2006), a definição de auto-conceito assenta na intersecção de vários factores, nomeadamente a imagem que os outros têm de nós, os diferentes papéis sociais que desempenhamos e a imagem que criamos de nós próprios. A construção do auto-conceito não é apenas missão individual mas essencialmente social.

2. COMPORTAMENTO ALIMENTAR

2.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA SOCIEDADE ACTUAL

Com a globalização desfazem-se fronteiras regionais e culturais e os estereótipos difundem-se de tal maneira que se institui um padrão global, “*compra-se*” uma aparência da mesma maneira que roupas ou outros acessórios, ficando o corpo definido como mais uma categoria de consumo (Busse, 2004). A beleza sintética e pré-fabricada, segundo cânones económicos difundidos pelos *mass media*, definem o que é harmonia e estética.

Os hábitos e costumes dos seres humanos variam consoante a cultura em que estão inseridos, mas com o fenómeno da globalização a situação alterou-se, permite que possamos apreciar pratos típicos de outros países e é também responsável pela diversificação dos produtos. Paralelamente as sociedades encaixam-se numa nova cultura de consumo em massa (Santos, 2005), caracterizada pela preferência de *fast food*, alimentos fáceis e rápidos de preparar e consumir (alimentos industrializados, congelados, pré-cozidos, empacotados, etc.), ricos em gorduras e açúcares, induz ao desaparecimento dos processos normativos e dos costumes que regiam as práticas e representações alimentares.

O novo padrão alimentar ocidental tem conduzido à existência de doenças de abuso, ou de consumo. As doenças do comportamento alimentar estão aqui inseridas. O ritmo de vida actual, no qual predomina o sedentarismo e a abundância de certo tipo de alimentos tem levado ao aumento da obesidade e também ao seu negativo, ou seja o pavor de engordar, conduzindo às Doenças do Comportamento Alimentar do adolescente, em particular a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

A imagem do corpo segundo Helman, cit. in Busse (2004), refere como os sujeitos conceituam e experimentam o seu corpo, conscientemente ou não, incluindo atitudes colectivas, sentimentos e fantasias e também como as pessoas aprendem a

organizar e a integrar as suas experiências corporais. O corpo humano, assim como as roupas e os adornos, veiculam informações e mensagens sobre a sociedade e a sua cultura. Igualmente, noções de beleza, tamanho e formas ideais do corpo são culturalmente definidas. Também Queiroz, referido por (Busse, 2004: 22), fala da percepção que cada um tem em relação ao seu corpo, que maioritariamente é sentido, como um “*artefacto cultural*”, devido à pressão a que está submetido culturalmente: “*o corpo é de facto apropriado e adestrado pela cultura, concebido socialmente, alterado segundo crenças e ideias colectivamente estabelecidos*”.

Se as representações do corpo são culturalmente estabelecidas, é evidente a necessidade de compreensão do fenómeno que vem acontecendo, em particular nas sociedades ocidentais, onde essas representações estão vinculadas a um padrão de beleza, onde se exige transformações e sacrifícios, nem sempre conseguidos, gerando por isso mesmo insatisfações e frustrações.

O processo de alimentação, assim como a percepção do corpo, deixa de ser definido unicamente pelas características fisiológicas, pelas necessidades instintivas e naturais, como a fome, a sede, a saciedade, vinculando-se sim às experiências socioculturais. Apesar de alimentar-se fazer parte do processo biológico, passa também por ser uma necessidade cultural, pois os alimentos são definidos e classificados nos diferentes grupos culturais e fundamentalmente porque comer é um acto social que implica comunicação, (Busse, 2004).

Há regras culturais implícitas no consumo dos alimentos que fazem parte do modo de vida das comunidades e que devem ser apreendidas. A antropologia tem mostrado como os grupos culturais diferem nas suas crenças e práticas relacionadas com a alimentação. Através dos alimentos e das representações sobre o corpo, a antropologia revela essencialmente como as sociedades se organizam, remetendo à compreensão dos processos socioculturais e não apenas individuais, focalizados na saúde e na doença.

Com a multiplicidade e diversidade das sociedades contemporâneas, o plano sociocultural e os aspectos associados aos transtornos alimentares adquirem contornos e significados que ultrapassam os limites do corpo físico e das vontades individuais, o que nas sociedades ocidentais parece não ocorrer sem os conflitos e as contradições inerentes à sua própria dinâmica, (Busse, 2004).

2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

Estudos de investigação mostram que o ser humano, não está dotado de uma capacidade inata para escolher os alimentos em função do seu valor nutricional, mas pelo contrário, os seus hábitos alimentares são assimilados através da observação, da experiência e da educação (Nunes e Breda, 2001).

É na adolescência que se adquirem e consolidam muitos dos comportamentos associados aos hábitos alimentares. Cada cultura dita normas em relação ao corpo, que tendem a ser interiorizados como naturais e universais (Rodrigues, 1980).

Segundo Mendoza, Pérez & Foguet, (1994), os comportamentos alimentares, tal como muitos outros, são influenciados por factores biológicos, psicológicos, (família, escola, amigos), e ambientais, culturais, económicos, (em que os *media* têm um papel preponderante).

Nas sociedades ocidentalizadas é incentivado o culto à magreza. O corpo impossível da *Barbie* é, paradigma ansiado por grande número dos adolescentes e jovens do género feminino. Os rapazes anseiam por um corpo musculado à Schwarznegger. A procura do milagre atinge um pouco todas as idades e todos os sectores sociais. O culto da magreza torna-se uma obsessão. Esta doença tem-se espalhado devido ao ideal de magreza, sobretudo entre as raparigas. Com efeito, o corpo, e muito especialmente o corpo feminino, traz em si os sinais da mudança, mostrando-os espalhafatosamente ao mundo e ao próprio indivíduo, e tudo de forma involuntária. Verifica-se também uma transformação no plano emotivo que envolve as aferências (imagem de tudo o que chega do exterior) e as eferências (forma como as emoções são devolvidas ao mundo), (Callegari & Scaparra, 2000).

3. PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As doenças alimentares têm a ver mais com uma visão negativa e distorcida de nós próprios do que com a comida e a sua ingestão. As pessoas com doenças do comportamento alimentar têm tendência para serem muito críticas em relação a si próprias, pensando que são inúteis ou sem muito mérito. Esta auto-depreciação manifesta-se através de desagrado em relação à sua aparência, à imagem corporal e esta insatisfação leva, por sua vez, a um comportamento alimentar que se torna problemático, (Bryant-Waugh & Lask, 2002).

A puberdade é um período difícil, coloca o adolescente perante diversas dificuldades, como a busca de uma identidade própria, a progressiva independência face aos pais, o assumir de responsabilidades e a construção de relações fora do contexto familiar. Se estes jovens tiverem mal preparados para enfrentarem esses desafios, a puberdade pode agravar o risco de evolução para uma doença do comportamento alimentar.

3.1 ANOREXIA E BULIMIA

Apenas no final dos anos 70 se sistematizaram os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa e da bulimia nervosa e se alertou para muitas situações clínicas que, embora sem preencherem a totalidade desses critérios, não deixam de ser preocupantes. No início do século XXI, (Sampaio, 2002), caracteriza as doenças do comportamento alimentar, como doenças onde se verifica uma restrição constante ou espaçada da ingestão, causada por ideias erradas acerca do peso, da imagem corporal e da alimentação.

Se atendermos à Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, 1993) da OMS o conjunto destas doenças é intitulado Doenças Alimentares e está contido no capítulo das síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e factores físicos. No Diagnostic and Statistical Manual da American Psychiatric Association na sua última edição revista, a quarta (DSM IV, 1995), considera-se no capítulo das Doenças Alimentares: Anorexia Nervosa com dois subtipos, restritivo e ingestão compulsiva/purgativo e Bulimia Nervosa também com dois subtipos, purgativo e não purgativo, (Callegari & Scaparra, 2000).

A verdade é que as patologias alimentares, assumiram, proporções tais no mundo ocidental (noutros continentes, o problema alimentar é bem diferente, sendo o principal problema o de conseguir obter alimento suficiente para sobreviver), que é quase possível falar de uma epidemia, sendo, de certa forma, a última expressão do profundo mal-estar do ser humano. Como muitas outras doenças ligadas ao mal-estar civilizacional e ao nosso modo de vida, a anorexia e a bulimia são próprias do nosso tempo: assim, não é por caso que tais patologias têm tido uma grande propagação, sendo consequência de comportamentos errados, próprios ao mundo ocidental que não soube associar uma real melhoria da qualidade de vida ao bem-estar económico.

No entanto o quadro clínico da anorexia remonta a tempos longínquos, após investigação histórica, chegou-se à conclusão que, no passado, jovens que jejuavam por motivos religiosos, chegavam a um quadro semelhante ao da actual anorexia nervosa. A esses quadros de anorexia tem-se chamado anorexia nervosa mística, religiosa ou sagrada. A definição actual não encaixa nestas situações uma vez que o móbil do jejum forçado não era o pavor de engordar mas sim um motivo religioso.

A anorexia nervosa é talvez, a doença alimentar mais conhecida. É definida como uma doença em relação à qual a pessoa recusa em manter o peso normal para a idade e para a altura e, por isso, passa a comer muito pouco e a perder peso. As pessoas com anorexia nervosa evitam comer sempre que podem e, quando isso não é possível, tentam comer o menos possível, quer em termos reais, quer em valor calórico.

O género feminino é mais vulnerável do que o masculino, visto que só um em cada dez doentes é rapaz. A idade habitual situa-se entre os doze e dezoito anos, (Carmo, 1999; Callegari & Scaparra, 2000; Bryant-Waugh & Lask, 2002). As faixas etárias indicadas são apenas períodos indicadores em que os indivíduos estão mais

expostos ao risco de desenvolver tais distúrbios porque estão envolvidos num processo de maturação psicológica. No entanto, a doença pode afectar indivíduos de idades inferiores ou superiores.

Portugal é dos países desenvolvidos onde a anorexia é menos frequente. De acordo com um estudo efectuado pela equipa da Dra. Isabel do Carmo do Hospital de Santa Maria em Lisboa, realizado em escolas do ciclo preparatório e secundário de Lisboa e Vale do Tejo, com uma amostra de 2.400 raparigas, apenas 9 tinham anorexia nervosa diagnosticada. No entanto este estudo também revelou que há raparigas que embora não tenham a doença com todos os sintomas, estão muito próximas. São raparigas que desejam emagrecerem apesar de terem um peso normal, não traduz que estejam doentes, mas sim que há uma doença social generalizada no que diz respeito à imagem que elas têm do seu corpo e do corpo que idealizam.

Talvez o factor precipitante mais comum da anorexia nervosa, o início da puberdade, com toda a ansiedade a ela associada e as complicações de um corpo em transformação, de uma sexualidade emergente, das pressões dos amigos e da luta pela independência, num período da vida em que se é ainda relativamente imaturo.

Por vezes a anorexia nervosa pode apresentar-se sob a forma de anorexia com ingestões compulsivas. A doente tem restrição alimentar, mas todos os dias ou algumas vezes por semana tem uma crise de voracidade alimentar, ingerindo grandes quantidades de alimentos de ingestão rápida, como doces, iogurtes, *fast food*, perdendo completamente o controlo do apetite. Após esta crise sente uma grande culpa, com mal-estar e provoca o vómito. Este tipo de anorexia nervosa com ingestões compulsivas aparece sobretudo em raparigas mais velhas, cerca dos 18 anos.

Outra situação diferente é o da anorexia nervosa que evolui para bulimia, normalizando o peso, mas entrando num ciclo de ingestões compulsivas seguidas de manobras de compensação. Bulimia significa «fome de boi» e refere-se ao facto de as pessoas com bulimia terem, aparentemente um apetite devorador, chegam a consumir três a quatro vezes mais alimentos do que a maioria das pessoas comeria numa refeição, seguidos de manobras compensatórias, que ocorrem no mínimo duas vezes por semana durante pelo menos três meses, para poder ser feito o diagnóstico de bulimia, (Carmo, 1999; Bryant-Waugh & Lask, 2002). Durante esses episódios de grande voracidade alimentar, ocorre uma ingestão de comida (num curto espaço de tempo), superior à que

a maioria das pessoas consegue comer em circunstâncias semelhantes. O tipo de comida ingerida durante estes episódios é variável, mas trata-se geralmente de comida com grande concentração de calorias e de fácil deglutição. Durante os “ataques bulímicos” os comportamentos alimentares podem ser muito diferenciados: algumas mantêm a distinção entre alimentos “*permitidos*” e “*proibidos*”, limitando-se a aumentar a quantidade de alimentos ingeridos; outras são assumidamente transgressoras e comem tudo aquilo de que se têm privado, sobretudo doces e hidratos de carbono. O que caracteriza a bulímica é o facto de comer de tudo e normalmente de forma desordenada (por exemplo, os doces antes dos salgados e pode engolir por exemplo até 40 bolos de seguida, tal comportamento implica a deglutição dos alimentos sem os mastigar), só pára quando está exausta pelo esforço de comer. Os “ataques” sucedem com maior frequência à tarde ou à noite, quando podem passar despercebidos. O ritual das ingurgitações também será realizado de forma solitária. Comer não constitui um prazer, mas sim um prazer negado a um corpo que se pretende negar, donde o sentimento de vergonha que invade uma vez satisfeito o impulso e a necessidade subsequente de eliminar, juntamente com os alimentos, a frustração de ter perdido o controlo, (Callegari & Scaparra, 2000; Sampaio, 2002).

Após o ataque de gula, a bulímica sente-se mal, física e psiquicamente. Sente-se mal fisicamente (tem taquicardia, enfartamento do estômago e sensação de mal estar) e psicologicamente, sente-se culpada e envergonhada. Considera-se um animal e pode chegar a ter nojo de si própria. O humor deprimido, o abatimento é a consequência natural do ataque de gula. Está criada a situação ideal para que se prepare a purga, que é encarada como uma espécie de purificação. A purga pode ser através do vómito, de laxantes ou de diuréticos. Pode ser diária ou com alguma frequência. No entanto o mais frequente é a utilização do vómito, possivelmente porque há resultados visíveis imediatos e também constitui um alívio rápido em relação à sobrecarga a que o estômago está sujeito.

As anorécticas e as bulímicas são perfeccionistas, acham que estão sempre abaixo da sua bitola. As pessoas com doenças do comportamento alimentar têm tendência para serem muito críticas em relação a si próprias, pensando que são inúteis ou sem muito mérito (Sampaio, 2002).

As bulímicas têm sido descritas como pessoas dependentes afectivamente e com problemas de autonomia na condução da sua vida. Normalmente são perfeccionistas e

obsessivas em relação à questão do corpo, à procura de um ideal que perseguem sem nunca encontrarem. Muitos investigadores têm caracterizado esta patologia como um distúrbio afectivo (Carmo, 1999). As bulímicas são pessoas inseguras e com baixa auto-estima. Esta insegurança leva-as a que a menor observação por parte dos outros, seja logo entendida como uma crítica grave. Estão sempre a espera da aprovação dos outros e fazem tudo o que é possível para não desagradarem, não entrarem em conflito ou fazerem qualquer crítica para evitarem que elas também sejam alvo de qualquer crítica, (Carmo, 1999). Esta insegurança leva, muitas vezes, (apesar de serem bonitas e com um peso ideal), a sentirem-se disformes, muito inseguras do seu aspecto físico, o que pode levar a se refugiarem na comida. Inicialmente começa por dar prazer e depois é uma bola de neve. É um prazer solitário que serve de consolo.

A bulimia pode instalar-se lentamente, como uma espécie de compensação, de calmante, mas na maior parte das situações acaba num ciclo infernal, em que a vítima é dominada pelos pensamentos da comida, pelo planeamento da purga e pela esquematização dos segredos. Por vezes esta situação é partilhada com alguém da família e as conversas passam a não terem outro tema. Esta situação constitui um enorme sofrimento, que pode levar ao desespero.

A bulimia ocorre habitualmente um pouco mais tarde do que a anorexia. É mais frequente na faixa etária dos 16 aos 25 anos, embora possa acontecer mais cedo ou em mulheres com 30, 40 ou 50 anos. Pode haver um factor precipitante e as ingestões compulsivas podem funcionar como calmantes.

Tal como na anorexia, a bulimia atinge sobretudo o género feminino. O género masculino representa apenas, cerca de 5% do total dos doentes.

Em jeito de máxima, podemos dizer que a anorexia é a recusa do sujeito em manter o seu peso dentro dos limites mínimos aconselháveis para uma determinada idade e estatura; a bulimia caracteriza-se pela presença episódica de ingurgitações compulsivas de alimento (ingestão de grandes quantidades de alimento num breve intervalo de tempo), seguidas de comportamentos que têm por objectivo anular os efeitos da sobrealimentação.

As histórias de anorexia e bulimia são geralmente, extremamente longas, podem durar mais de 20 anos, durante os quais apresentam de forma sucessiva fases agudas, de melhorias e recaídas. É indiscutível que a reabilitação nutricional é indispensável, mas

para que tal seja possível pode ser necessário um longo trabalho de preparação, é necessário que o indivíduo se sinta seguro. Não se pode negligenciar o facto de estas pessoas terem centrado no corpo e no seu peso toda a sua atenção, assim é importante não esquecer que, para além de serem alimentadas, elas têm necessidade de serem amparadas enquanto procuram voltar a dominar uma das suas funções vitais (Callegari & Scaparra, 2000).

Quais as causas das doenças do Comportamento Alimentar?

Embora exista bastante informação sobre estas doenças, ninguém compreende na totalidade porquê ou como surgem. Existe, evidentemente um certo número de factores que têm de ocorrer em conjunto, antes de se manifestar uma doença do comportamento alimentar. Ou seja não existe uma causa única, mas causas complexas e múltiplas, que poderão ser divididas em factores predisponentes, factores precipitantes e de perpetuação.

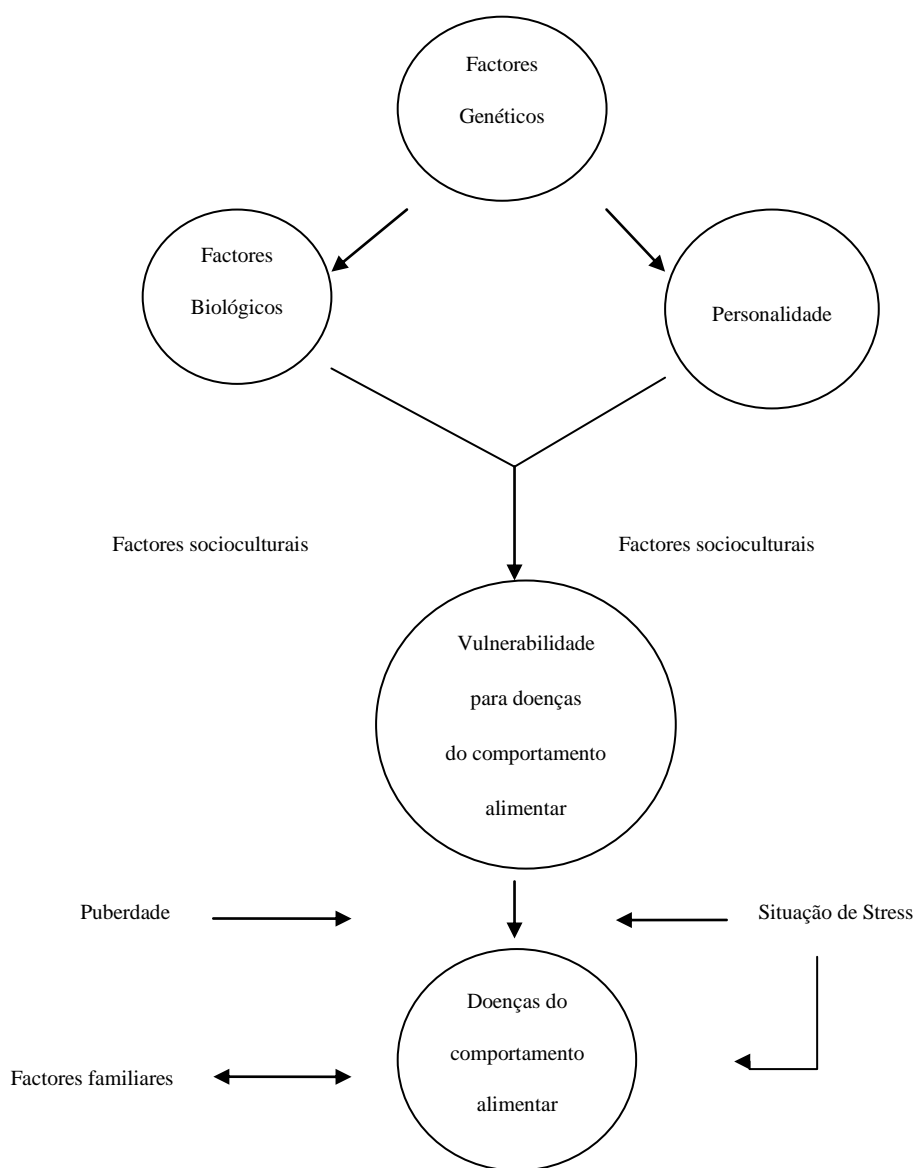


Figura 1 – O desenvolvimento de uma doença do comportamento alimentar

(Fonte Bryant-Waugh & Lask, 2002: 65)

As causas dos problemas alimentares são numerosas, não existe um factor que, por si só, seja suficiente para criar uma doença do comportamento alimentar, é necessário considerar a interacção entre uma série de factores, alguns dos quais são pré-condições necessárias para o desenvolvimento da doença, «*predisposição*», outros desencadeiam o problema, «*precipitação*» e outros ainda mantêm-no, «*perpetuação*», (Bryant-Waugh & Lask, 2002).

3.2 OBESIDADE COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

No final do século passado, a obesidade transformou-se num grande problema de saúde pública. No início do século XXI calcula-se que será um dos maiores problemas deste século. A obesidade está associada a maior risco de morbilidade e de mortalidade precoce. O excesso de peso e a obesidade são devidos a uma acumulação de gordura resultante de um excesso calórico ingerido, quando comparado com a energia consumida. A abundância alimentar, nomeadamente os alimentos hipercalóricos (ricos em gorduras e açúcares), associada a um grande aumento do sedentarismo, em poucos anos transformaram as populações dos países desenvolvidos (Carmo et al, 2008). Ao mesmo tempo tem ganho importância a noção de terreno genético ou vulnerabilidade à medida que mais genes determinantes da ocorrência de obesidade vão sendo conhecidos (Perusse et al. 2005; Bicho et al., 2001, 2003; Correia et al., 2006, citados por Carmo et al, 2008). Há ainda investigadores que admitem a hipótese de causas infecciosas relacionadas com a obesidade (Whingham et al., 2006; Turnbaugh et al., 2006; citados por Carmo et al, 2008). Apontam-se também outras causas relacionadas com a rede social, seja familiar ou de amizade e convívio, hipótese que foi formulada após um trabalho de investigação ao longo de 32 anos de estudo de Framingham (Christkis et al., 2007; citados por Carmo et al, 2008).

A Organização Mundial de Saúde define “*Obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. É uma doença crónica com génese multifactorial que requer esforços continuados para ser controlada*”.

Para vários autores a obesidade é definida como uma condição em que há uma sobrecarga de massa gorda acumulada no indivíduo e que pode atingir graus capazes de afectar a sua saúde (Garrow et al., 1981; Hodge et al., 1994; WHO, 1997, 2000) citado por (Carmo et al., 2008).

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. A OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Sendo assim, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025.

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida, (Carmo et al., 2008). Os factores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. A obesidade é, assim, uma doença crónica, que constitui uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças. Com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atinge homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, reduz a qualidade de vida e tem elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

Os factores genéticos parecem ter um papel fundamental na determinação da susceptibilidade individual para a obesidade, mas, só, por si, não explicam o aumento da prevalência de obesidade. (Carmo et al, 2008; Faith et al, 2001; Koplan et al., 1999; Padez, 2002). O aumento da obesidade nos jovens adolescentes é explicado, sem dúvida, com base em factores ambientais e comportamentais, tais como, os estilos de vida sedentários e o aumento do consumo de comidas rápidas e hipercalóricas, uma vez que as alterações genéticas possíveis de explicar tais variações, ocorrem muito lentamente. Vários estudos sugerem que o aumento da prevalência de obesidade se deve a factores sociais e ambientais (Riebe et al 2002).

3.3 OBESIDADE NA SOCIEDADE ACTUAL

Actualmente a obesidade é considerada uma doença endémica nos países desenvolvidos, com sérias implicações na saúde pública devido à mortalidade e morbilidade (WHO, 1997, 2000). A importância deste problema de saúde é também exacerbada pela tendência crescente da prevalência da obesidade nas crianças, adolescentes e adultos na maioria dos países desenvolvidos em termos socioeconómicos. As alterações socioeconómicas decorrentes da melhoria das condições de vida das populações contribuíram, para mudanças dos hábitos de vida, designadamente nos padrões alimentares, traduzidos num aumento no consumo de comidas rápidas e no sedentarismo. (Kain et al, 2002).

Portugal não é excepção, com as melhorias socioeconómicas verificadas no último quarto de século, obteve importantes ganhos em saúde, que o colocaram a par dos seus parceiros europeus, mas a modernização trouxe também alterações no estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares e aumento do sedentarismo (Birch, 1999; Carmo et al, 2008). A estas mudanças em termos de estilo de vida são associadas taxas elevadas de obesidade, sendo este problema de saúde referido como “uma doença da civilização”, Hodge; Zimmet; 1994, cit. in Carmo, 2008).

Diversos estudos realizados em Portugal demonstraram que mais de metade da população portuguesa entre os 18 e os 64 anos de idade tem pré-obesidade ou obesidade e que é também no período de vida da meia-idade onde se verifica a maior prevalência de pré-obesidade. Quando comparada com outros países europeus, Portugal tem uma taxa de prevalência de obesidade similar a Espanha e mais elevada do que a Holanda e a Suécia. Mas menor do que a de outros países, como a Alemanha e antigos países do leste (Carmo, 2008).

Estudos epidemiológicos demonstraram uma relação entre dietas inadequadas, particularmente com consumo excessivo de gorduras e o aumento do peso corporal (Koplan et al, 1999; Lissener et al, 1995). Cerca de 50% do peso, é adquirido na adolescência, sendo a nutrição, determinante significativa na variabilidade deste processo. Durante a adolescência as dietas inadequadas são muito frequentes, motivadas

por diversos factores como por exemplo a instabilidade emocional e o desejo obsessivo de emagrecer (Guthrie et al, 1995).

Quando falamos de jovens adolescentes, no que diz respeito à saúde, estes têm sido encarados como saudáveis do ponto de vista biomédico (Prazeres, 2003), no entanto têm sido identificados problemas de saúde relacionados com determinados comportamentos de risco e com os estilos de vida praticados pelos adolescentes (McIntyre et al. 1997; Matos et al., 2001b, 2001c).

4. ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

Os estilos de vida estão relacionados com valores, motivações e oportunidades (OMS, 1986). Assim, podemos considerar estilo de vida de um sujeito, “*como o conjunto de comportamentos observáveis e estáveis por ele assumidos e que caracterizam o seu modo de vida, os quais estão relacionados com os valores, motivações, oportunidades e questões específicas ligadas a factores culturais, sociais e económicos*” (World Health Organization, 1985, cit. por Leal, 2009: 11). Sendo assim não há um, mas vários “estilos de vida”, sendo que a sua compreensão assenta em factores individuais (atitudes, interesses, informação, educação) e em factores ambientais (grupo familiar, grupo social, comunidade, ambiente de trabalho ou escola), e ainda outros factores mais sistémicos (envolvimento com o sistema social, instituições, cultura, regime político) e ainda as características do meio ambiental, (ecológico e geográfico). Estes factores estão em permanente interacção e moldam os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e ao risco (Mendoza & Sagrera, 1990). É necessário promover a autonomia, a responsabilização e a participação activa dos jovens na construção do seu quotidiano e assim ajudá-los a lidar com as situações do dia-a-dia, sem recurso a comportamentos desadequados e de risco (Matos et al., 2003; Matos 2005).

As escolhas, assim como as oportunidades de cada um, promovem determinados estilos e condições de vida mais atractivos (Nutbeam, 1998). A escolha do estilo de vida pode ter um efeito profundo na saúde individual e colectiva, contudo é importante reconhecer, que não existe um estilo de vida “ótimo” indicado para todas as pessoas. Como já foi referido, não há um mas vários tipos de estilos de vida “saudáveis”, esta pluralidade tem a ver com as características individuais de cada indivíduo e também em função do grupo onde está inserido (Matos et al., 1998). Nesta perspectiva, podemos constatar a complexidade etiológica dos estilos de vida e tomar consciência que é necessário intervir em todas as esferas da vida da pessoa para promovermos a adopção ou modificação de comportamentos.

Mendoza & Sagra (1990) descrevem estilo de vida como um conjunto de padrões de comportamento que definem a forma comum de viver de um indivíduo num determinado grupo. Referem-se ao modo como se relacionam as aprendizagens de um indivíduo no seu processo de socialização e as condições de vida nesse mesmo grupo. Estas aprendizagens podem acontecer de forma positiva ou negativa. Sabemos que as experiências de vida dos adolescentes oscilam muitas vezes entre comportamentos promotores de um estilo de vida saudável, como seja a prática de actividade física, uma alimentação equilibrada, um forte envolvimento social e escolar, e comportamentos de risco que representam uma ameaça à saúde, tais como a violência, o suicídio, as perturbações do comportamento alimentar as doenças sexualmente transmissíveis e o consumo de substâncias. O comportamento e o estilo de vida são imprescindíveis e essenciais para alcançar a saúde (W.H.O., 1993).

Promover a saúde é promover estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais próximos ao risco e às doenças. Segundo a carta de Ottawa (1986),”*Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*”.

Durante a adolescência ter saúde é normal e esperado, por isso não é sentido como um valor (Viana, 2002). Este facto é sobretudo importante na adolescência onde a adopção de estilos de vida saudáveis é sentido, como algo muito “aborrecido, cinzento, desprestigiante e desinteressante”, ao contrário os consumos e comportamentos de risco, são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. Por tudo isto é fundamental reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam as boas escolhas. Como sabemos muito dos comportamentos relevantes para a saúde são iniciados durante a adolescência e mantêm-se ao longo da vida com consequências nefastas (Rodrigues 2002; Rodrigues 2004; Viana, 2002).

A carta de Ottawa (1986) declara, que: “*Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente,*”.

A adolescência é geralmente um período da vida onde a taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes está muito associada aos estilos de vida (Matos *et al.*, 2006a).

4.1 TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência constitui o período do ciclo vital, onde a probabilidade de os indivíduos experimentarem determinados consumos é maior, nomeadamente ao nível do tabagismo, nesta fase o risco de iniciarem um hábito nocivo é grande.

Na maioria dos casos, a iniciação tabágica ocorre na puberdade e a dependência instala-se durante a adolescência (Lima, 1999). Mais de metade dos jovens que experimentam tabaco será dependente de nicotina e, entre os jovens que fumam de modo regular, aos 20 anos, 95% será dependente de nicotina (APA, 1994).

Os programas de prevenção assentes na transmissão de conhecimentos e atitudes relacionados com o tabagismo, embora sejam muito importantes, não têm obtido sucesso suficiente porque é muito frequente os adolescentes não se auto-percepcionarem como fumadores, o que transforma esta campanhas de informação, como algo irrelevante para eles.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem, em todo o mundo, devido ao tabagismo. Se a epidemia não for travada, a mesma organização estima que, em 2020/30, esse número chegará aos 10 milhões de pessoas por ano. Fumar reduz a esperança média de vida em cerca de dez anos. O consumo de tabaco é, nos dias de hoje, a principal causa de doença e de mortes evitáveis. Em Portugal, 20% da população com mais de 10 anos é fumadora (Nunes, 2003).

Estudos promovidos pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (2003), revelaram que o consumo de tabaco nos jovens portugueses (prevalências nos últimos 30 dias) foi de cerca de 8%, aos 13 anos, (7% nos rapazes e 8% nas raparigas) e de 35% aos 18 anos, (38% nos rapazes e 33% nas raparigas). Aos 18 anos, cerca de 29% dos rapazes e 32% das raparigas referiram nunca ter fumado. De acordo com o INS (1998/1999) citado por Nunes (2003), aproximadamente 29,3% dos sujeitos do género masculino e 7,9% dos sujeitos do género feminino com mais de 15 anos referem serem fumadores.

Em relação à idade de início do consumo de tabaco, 19% refere ter começado a fumar antes dos 15 anos, 36% entre os 15 e os 17 anos e 39% entre os 18 e os 24 anos,

confirmando-se assim, o período da adolescência como a idade de início do consumo de tabaco. É na adolescência que mais de 80% dos sujeitos inicia o consumo de tabaco, período do desenvolvimento em que as preocupações com a saúde não são uma prioridade e a informação é insuficiente.

Segundo dados obtidos pela HBSC, efectuado pela OMS, entre 1997 e 1998, relativamente ao consumo de tabaco nos jovens portugueses escolarizados, verificou-se que aos 11 anos de idade fumavam em Portugal diariamente 1 % das raparigas e 1 % dos rapazes, aos 13 anos de idade 2% das raparigas e 3% dos rapazes e aos 15 anos de idade a percentagem de fumadores diários tinha subido para os 10% nas raparigas e para os 13% nos rapazes (Precioso e Macedo, 2003).

As causas específicas do início do consumo de tabaco são difíceis de determinar, podem ser motivadas por um conjunto de factores intrínsecos à própria cultura (valores, normas, padrões de comportamentos e expectativas,) e por factores psicológicos (baixa auto-estima, nível de ansiedade, entre outros). O consumo do tabaco é geralmente iniciado em idades muito precoces (Maça e Trindade, 1997). Para grande parte dos adolescentes fumar, é um gesto carregado de simbolismo, tem a ver com afirmação pessoal, para melhorar a auto-imagem e a auto-estima, para ser aceite no grupo de pares, para estar na moda, também como identificação com a idade adulta. Outros jovens, no entanto, começam a fumar simplesmente por curiosidade. A iniciação ao hábito de fumar parece assim estar relacionada com factores ambientais, como os modelos e pressões sociais, a facilidade de acesso e o grupo de amigos. Para os jovens a experiência de fumar passa por mecanismos de afirmação pessoal, identificação com a idade adulta, aceitação e integração no grupo de pares.

No entanto, sabemos que nem todos os jovens que experimentam o tabaco enquanto adolescentes, vão ser fumadores regulares na idade adulta. Mas sabe-se também que quanto mais precoce é o contacto com o consumo de tabaco, maior será a propensão para um consumo regular na idade adulta (Nunes, 2003) citada por Precioso e Macedo, (2003).

Por outro lado, como sabemos, os jovens não têm a saúde como uma preocupação central e imediata nas suas vidas. Quando decidem experimentar, geralmente não estão conscientes do poder aditivo do tabaco. Três em cada cinco jovens que experimentam fumar, permanecem fumadores regulares. Destes, metade virão a

morrer prematuramente devido às doenças provocadas pelo tabaco (OMS, 2000). Um em cada dois fumadores, que inicie o consumo na adolescência e fume ao longo da vida, morre por uma doença provocada pelo tabaco (OMS). Actualmente nos países desenvolvidos, o consumo de tabaco constitui, a principal causa de morbilidade e mortalidade, sendo responsável por cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente (Nunes, 2003). Os jovens que durante a adolescência nunca fumaram, provavelmente nunca virão a fumar (OMS, 2000).

Apesar da maioria dos adolescentes conhecerem os malefícios do tabaco, não têm uma percepção adequada dos riscos inerente ao seu consumo (Nunes, 2003) cit. por Precioso e Macedo (2003). Para além disso, o habito de fumar é socialmente aceite e muito difundido.

Um estudo realizado por Matos et al. (2003) refere, que de 1998 para 2002 houve em Portugal um aumento de jovens entre os 11 e os 16 anos que experimentaram tabaco. Esse aumento verificou-se tanto no género masculino como no feminino, mas no género feminino, foi verificado um aumento maior. Também no que diz respeito ao consumo de tabaco, comparando os resultados do estudo de 1998, com os resultados do estudo de 2002, verifica-se que existe um aumento no consumo de tabaco a nível geral sendo que, no género feminino, notou-se um aumento maior, o que as aproxima do consumo dos rapazes. São os jovens mais velhos (mais de 15 anos) que mais contribuem para este aumento.

Outro estudo (Matos et al., 2008) refere que de 2002 para 2006 há uma redução na percentagem de jovens que experimentaram tabaco (de 37,1% para 32,8%). Essa redução surge tanto para os rapazes (de 37,8% para 34%) como para as raparigas (de 36,4% para 31,7%).

Também no que diz respeito ao consumo de tabaco, comparando os resultados do estudo de 2002 com os de 2006, verifica-se que existe uma redução no consumo de tabaco (opção todos os dias, de 8,5% para 5%).

Os jovens que fumam manifestam um maior afastamento em relação à família, à escola, e aos colegas da escola, sendo que têm um maior convívio com os amigos fora do horário escolar. Os jovens fumadores apresentam com maior frequência comportamentos de experimentação e consumo de álcool e outras drogas e de envolvimento em lutas e situações de violência (Matos et al., 2008).

4.2 ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

Nas sociedades ocidentais, o êxito social e a procura de prazer tornam o álcool “a droga social por excelência” (Calafat, 2002: 318), “*presente em fins-de-semana e tempos de lazer, começando a deixar de estar associado apenas à alimentação*” (Calafat & Munar, 1999: 61). Apesar dos efeitos do álcool serem conhecidos, desde a Antiguidade, só na segunda metade do século XIX surge o conceito de alcoolismo como doença (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Tal como na União Europeia, em Portugal, os estudos recentes mostram que os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) assumem proporções preocupantes, tendo aumentado, tal como na União Europeia, o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens e particularmente nos jovens do género feminino (Direcção-Geral da Saúde, 2003). A APA (1994) define o abuso de substâncias como o álcool, como um padrão de comportamentos pouco adaptativo, com duração de mais de um mês, em que o sujeito continua a usar esta substância, apesar de saber que é prejudicial, ou a utiliza em situações perigosas como condução de veículos, em estado de embriaguez.

O abuso pode levar à dependência física ou psicológica ou a ambas e tende a permanecer na idade adulta (Kandel; Davies; Karus & Yamaguchi, 1986, cit. por Papalia et al., 2006).

Em Portugal, 36% dos jovens entre os 15 e os 16 anos referem que em algum momento das suas vidas já se embriagaram (OEDT, 2003). Segundo Calafat e Munar (1999: 38), “*o álcool e a embriaguez constituem o problema número um entre os jovens*”.

O consumo de álcool é um comportamento social, associado ao convívio e lazer, pois as características psicotrópicas do etanol, em doses baixas, permitem alguma desinibição e ajudam a descontraír, contudo, este consumo social não pode ser confundido com o consumo dependente, consistindo este último numa relação patológica com o álcool (Adès & Lejoyeux, 1997).

Constata-se pois que os jovens, sobretudo a partir dos 15, 16 anos, bebem essencialmente quando saem à noite, pois como já referimos a diversão está muito associada ao álcool. Actualmente verifica-se que o consumo de álcool entre os jovens

tem aumentado preocupantemente e o consumo excessivo de álcool ocorre em idades cada vez menores (Fonseca, 2002).

A adolescência constitui uma fase, por excelência, para a iniciação do consumo de álcool e de outros tóxicos. Muitas vezes o álcool é consumido para melhorar ou facilitar a comunicação e o relacionamento interpessoal, com vista a integração num grupo de amigos.

O álcool tem um papel facilitador no processo de socialização ao reduzir a tensão, a ansiedade ou ser também fonte de prazer e permitir a integração no grupo de pares. Pode ainda constituir uma forma de emancipação do poder paternal, ou seja funcionar como "um ritual de passagem" para o mundo adulto (Souto-Lopes, 1990).

5. A FAMÍLIA E O ADOLESCENTE

A forma como o adulto se relaciona com a geração que lhe sucede, dependerá em grande medida da qualidade e quantidade de satisfação que a vida lhe proporcionou, dos seus próprios sonhos concretizados ou desfeitos e das suas potencialidades realizadas ou não, do que fez ou não fez (Coimbra de Matos, 2002).

A família determina as primeiras relações sociais de um indivíduo, fornecendo os contextos para a maior parte das aprendizagens acerca das pessoas, das situações e capacidades individuais. Contudo à medida que o adolescente vai adquirindo a sua identidade própria, o conflito instala-se, pais e filhos caminham cada vez mais para o desencontro (Sampaio, 1994), e surge então a denominada crise de gerações, onde destacamos a falta de diálogo. O jovem não compreendido e manipulado, desconcerta-se, revolta-se ou adocece (Coimbra de Matos, 2002).

As exigências de uma nova realidade, as dificuldades de adaptação e a percepção de um mundo interno constituem os elementos básicos nas mudanças que ocorrem durante a adolescência. Hellen Deutsch cit. por Figueiredo (1985: 86) considera, que: “*o tema principal da adolescência é o conflito de gerações*”, Esta autora afirma também que o protesto revolucionário exprime-se simplesmente em ser “*diferente da geração mais velha*” (Figueiredo 1985: 87). Coimbra de Matos (2002: 178) profere que o conflito de gerações “*é necessário e pertinente (...) mola real do desenvolvimento da civilização*”. Uma das razões para esta crise de identidade necessitar de um reforço do grupo de pares, é a relação com os pais, e a desvalorização por parte dos progenitores. “*Assim as mudanças biopsicológicas da adolescência, as necessidades de adaptação à realidade, a decepção perante a imagem dos pais levam o adolescente ao reforço das identificações laterais no grupo de iguais, à procura, fora da família, de adultos – objecto de novos investimentos e posteriores identificações*” (Figueiredo 1985: 88). Coimbra de Matos (2002: 110) refere-se a este processo de desenvolvimento da adolescência como “*A «crise de originalidade» da juventude... não é mais que uma*

acentuação reactiva da necessidade de firmar (afirmando) a identidade, quando o conservantismo da sociedade tolera dificilmente qualquer progresso ou mutação”.

Dias Cordeiro (1979), cit. por Sampaio (1999:64) afirma "(...) a partir da liquidação conseguida dos imagos parentais passa a existir a possibilidade do estabelecimento de novas relações amorosas extra-familiares". O autor considera o luto face aos imagos parentais como decisivo para o prosseguimento do curso normal da adolescência. Também Coimbra de Matos (2002), considera o luto dos imagos parentais na adolescência como o desinvestimento dos pais como figuras protectoras e limitantes e na sua desidealização ou seja redução às suas reais dimensões. Designando como “*a cúpula do processo de autonomização individual*” Coimbra de Matos (2002: 179).

As alterações das relações pais/filhos são difíceis para ambos pois obriga também os pais a reestruturarem as relações estabelecidas com os seus filhos.

Erikson (1972), cit. por Sprinthall e Collins (1994), defende que a determinação de identidade própria, depende grandemente do contexto familiar e do desenvolvimento social, emocional e intelectual que este promove.

A qualidade das relações, ou seja a forma como os pais ensinam e cuidam dos filhos, são factores que influenciam, o sujeito na infância, adolescência até à entrada na vida adulta. (Sprinthall e Collins, 1994).

As interacções familiares são afectadas pelas mudanças pubertárias, estas condicionam a forma de estar quer por parte do adolescente, quer por parte dos progenitores. Estas transformações físicas dos adolescentes vão promover diferentes formas de relacionamento entre pais e filhos. Os adultos passam, assim, a ter novas expectativas e exigências face aos adolescentes. "*A família tem sido encarada como o ponto crucial da identidade*" (Sprinthall e Collins, 1994: 295).

Sabemos que a qualidade de vida dos adolescentes está intimamente relacionada com a sua saúde mental e o bem-estar subjectivo e que o desenvolvimento psicológico e cognitivo dos adolescentes depende da qualidade das relações com os seus pais (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006).

No entanto, o conhecido conflito de gerações percebido como um conflito aberto entre pais e filhos é questionado por alguns trabalhos. Chabrol (1984) cit. por Sampaio (1999) refere não ser obrigatória a presença de conflitos marcados entre pais e filhos, pois de acordo com Mise (1980) in (Sampaio, 1999), 61% dos adolescentes

consideravam-se satisfeitos com a sua família e 67% reconhecem a família como: "*local onde encontramos as nossas raízes*" (Sampaio, 1999:69). Referindo ainda o mesmo autor 74% dos jovens dizem gostar de viver com os seus pais e só 6% deixaram de viver com estes na primeira oportunidade. Também Bandura (1972) cit. por Sampaio (1999), confirma existirem muitos adolescentes que manifestam relações satisfatórias com a família.

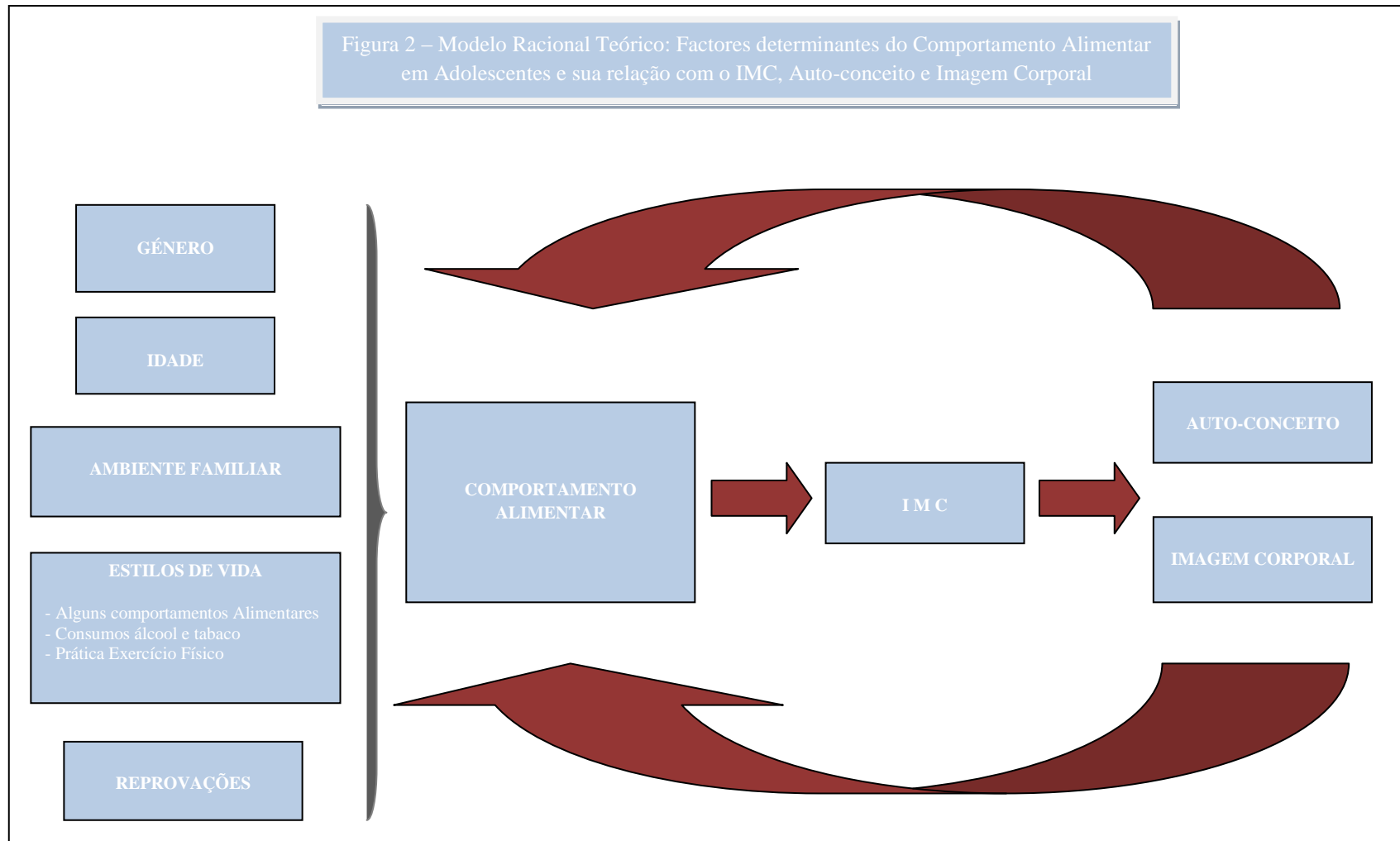
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

6. ENUNCIADO DO PROBLEMA E HIPÓTESES DE ESTUDO

6.1 PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Como sabemos os adolescentes são mais vulneráveis a alterações no seu bem-estar psicológico, estas alterações podem ser o primeiro indício de diversas desordens afectivo-emocional e até mesmo comportamentais. Os adolescentes inevitavelmente tendem a comparar-se com os seus pares, e toda e qualquer característica pessoal que percepcionem como distinta, é conotada negativamente, o que pode afectar a sua auto-estima e auto-conceito (Fernandes, 2007). “*O corpo, a percepção do corpo e da aparência física, é o meio por excelência de acesso ao mundo e a toda a experiência de vida*” (Cordeiro, 2006a: 510). Neste contexto o comportamento alimentar, adquiriu ultimamente grande relevância, (considerando o resultado da influência de factores psicológicos e sociais), é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, maior influência causa sobre o conceito, imagem corporal.

É para nós importante entender o que os adolescentes sentem e pensam em relação ao corpo, à percepção do auto-conceito e imagem corporal, conhecer alguns dos seus comportamentos, e características antropométricas, que influenciam e são influenciados pelos estilos de vida. É precisamente esse o grande objectivo que nos norteia, o de conhecer e relacionar as diferentes dimensões associadas a estas temáticas.



As linhas deste trabalho têm como base alguns estudos onde se constatou que os adolescentes apresentaram, alguma preocupação com o corpo (e.g., Matos et al. 2003; Matos, 2003; Carmo 1997), revelando-se insatisfeitos (Matos et al., 2003; William & Currie, 2000). Outros estudos apresentam-se mais optimistas, revelam que os jovens possuem uma imagem corporal positiva (Assis et al., 2003; Baptista & Nodin, 2003).

Para Altabe & Thompson, (1996); De Panfilis et al., (2003), cit. por Santos & Baptista, (2004), a imagem corporal tem vindo a ser considerada um conceito útil na compreensão das perturbações alimentar, sendo estudada (Rodrigues, 1997; Assis, 2003; Altabe & Thompson, 1996), relativamente às suas componentes sociais, afectivas, psicológicas e comportamentais.

Também segundo (Matos et al., 2003), a imagem corporal é um conceito que aparece na literatura associado às perturbações do comportamento alimentar, tendo como principais factores de risco: a auto-estima, as observações dos outros sobre a alimentação, o peso, o perfeccionismo e os conflitos familiares.

Diversas investigações referidas por Farron (1997) cit. por Borrhalho (2007) verificaram, que o desejo de mudar o aspecto físico associado a uma baixa auto-estima no género feminino poderá conduzir ao aparecimento da anorexia e bulimia. Também para Weinshenker (2002), cit. por Matos et al., (2003), actualmente os adolescentes são mais propensos a distorções e a sentimentos de insatisfação no que se refere à imagem corporal.

O culto da imagem corporal constitui na sociedade actual, a principal forma de representação do *self* (Dias et al., 2006). Para Barbosa e Costa (2002) cit. por Borrhalho (2007), o *self* corporal é construído nas relações que desenvolvemos com os outros, sendo que o contexto familiar representa um meio de desenvolvimento e socialização de excelência.

Presentemente, grande parte dos estudos relacionados com os conceitos de *self* e de identidade assentam na abordagem dos múltiplos aspectos do conceito de si. Veiga (1995: 25) justifica o interesse destes estudos citando Rosenberg (1965) quando afirma que "*a contínua fascinação pelo estudo do auto-conceito poderia explicar-se por constituir o núcleo central da personalidade e da existência e por ser ele o grande determinante dos pensamentos, sentimentos e comportamentos*".

Diante destes factos e face a importância dos mesmos, justifica-se a realização deste estudo de forma a identificar e compreender as características desta população de adolescentes, a qual se transformou na nossa amostra. Sendo assim e reflectindo sobre todos estes aspectos, surgiu, então a nossa pergunta de investigação:

Será que, a percepção do auto-conceito, a imagem corporal e o ambiente familiar estão relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e estilos de vida saudáveis, numa amostra de alunos a frequentarem o ensino secundário (11º e 12º anos), no concelho de Beja?

6.2 HIPÓTESES DO ESTUDO

Neste estudo, procuraremos conhecer as relações que se estabelecem entre as dimensões, índice de massa corporal, percepção do auto-conceito e imagem corporal, estilo de vida, (número de refeições, refeição mais importante e tipo de bebidas ingeridas), consumo de álcool e tabaco, número de reparações e ambiente familiar, num grupo de adolescentes.

Também queremos verificar se existe a interferência de variáveis como o género e a idade, nas dimensões estudadas.

Num estudo de investigação, a formulação das hipóteses (expressas de forma clara e concreta, com base no enquadramento teórico e nos objectivos do estudo, de forma a permitir a sua avaliação a partir da análise dos dados auferidos) reveste-se de grande importância, já que decorre da pesquisa efectuada, e possibilita a orientação da investigação. Neste sentido, foram considerados nesta investigação, as seguintes hipóteses de estudo:

Hipótese 1 – Os adolescentes do género masculino apresentam um nível global superior da percepção do auto-conceito em relação aos adolescentes do género feminino;

Hipótese 2 – Os sujeitos do género feminino apresentam maior preocupação com a imagem corporal do que os do género masculino;

Hipótese 3 – A percepção de auto-conceito nos adolescentes encontra-se relacionada com os valores de índices de massa corporal;

Hipótese 4 – Os hábitos alimentares estão relacionados de forma positiva com o índice de massa corporal;

Hipótese 5 – O índice de massa corporal surge correlacionado de modo negativo com satisfação de imagem corporal;

Hipótese 6 – A percepção que os adolescentes têm do seu auto-conceito influencia os comportamentos afectos aos estilos de vida, nomeadamente alguns comportamentos alimentares (número de refeições, refeição mais importante e tipo de bebidas ingeridas) e a prática de exercício físico.

Hipótese 7 – As dinâmicas estabelecidas no seio familiar, (ambiente familiar), afectam (de forma negativa e positiva) as diferentes dimensões do auto-conceito;

Hipótese 8 – O auto-conceito encontra-se, relacionado de modo negativo, com os anos de reprovação;

Hipótese 9 – Consideramos que um número significativo de adolescentes, apresentam, fraca adesão à prática do exercício físico e que esta varia de acordo com o género.

Hipótese 10 – Baixa adesão à prática do exercício físico está correlacionada positivamente com um elevado índice de massa corporal.

6.3 NATUREZA DO ESTUDO

Foi efectuado um estudo de carácter exploratório, descritivo e transversal. “*Esta área de investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação*” (Carmo & Ferreira, 1998: 213). Assim, pretendemos descrever e compreender os comportamentos de saúde dos adolescentes, caracterizando os indivíduos de uma amostra num determinado momento. Segundo Ary et al (1982) citado por Santos (1999) “*(...) os estudos desta natureza tratam de obter informações acerca do estado actual dos fenómenos(...)*”

Para Fortin (1999) os estudos descritivos têm como objectivo obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação. Nesta situação específica, existem alguns trabalhos de investigação, no entanto, não sobre esta população.

É de natureza quantitativa porque envolve a colheita sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. (Polit et al, 1995).

7. METODOLOGIA

O presente estudo é exploratório e apresenta uma abordagem metodológica de tipo quantitativo – correlacional pois pretende mostrar de que forma as dimensões consideradas numa amostra de adolescentes se encontram relacionadas entre si.

7.1 AMOSTRA

Ao constatar a inexistência de estudos sobre as perturbações do comportamento alimentar dos adolescentes na faixa etária dos 15 aos 20 que frequentam as escolas do ensino secundário de Beja, considerou-se pertinente conhecer o índice de massa corporal e estudar os estilos de vida, auto-conceito e imagem corporal.

Por conseguinte a população da qual foi extraída a nossa amostra é constituída por 531 alunos matriculados no 11º e 12º ano das escolas secundárias D. Manuel I e Diogo de Gouveia, localizadas na cidade de Beja. Constituímos uma amostra de 405 adolescentes, considerando os alunos do concelho de Beja que frequentam as duas escolas nos anos referidos, à exceção dos alunos que frequentam cursos profissionais. Foram estabelecidos como critérios de exclusão a existência de doença física, deficiências físicas e gravidez, os adolescentes ausentes da escola nos dias de recolha dos dados e ainda os que não apresentaram os termos de consentimento devidamente assinados.

7.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A elaboração do questionário (anexo I), teve por base, literatura científica e entrevistas exploratórias com os pares. De acordo com as várias questões que o constituíam, este instrumento foi dividido em 3 partes distintas:

7.2.1 Questionário de Estilos de Vida (Parte I)

As questões da primeira parte do questionário eram referentes à caracterização da amostra (idade, género, comportamentos alimentares/estilos de vida). Foi constituído de raiz e tinha como objectivo realizar um levantamento de dados relativos à alimentação/refeições, prática de actividade física, consumo de álcool e de tabaco, ambiente familiar, anos de reprovação e índice de massa corporal, que permitissem um melhor conhecimento dos comportamentos dos adolescentes.

7.2.2 Escala de Imagem Corporal (Parte II)

A segunda parte do questionário compreende, questões relativas à escala de Imagem Corporal: Relationship Between Body Image and Percent Body Fat Among College Male Varsity Athletes and Non-athletes (Huddy, D.C.; Nieman, D.C. e Johnson, R.L. 1993), adaptada para a população portuguesa pelo Professor Pedro Marques Vidal num estudo em colaboração com a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

É composta por vinte itens estruturados numa escala ordinal tipo Likert, cotados de 1 a 3, a resposta é dada numa de três alternativas: Concordo com a afirmação, estou indeciso ou discordo. A resposta “concordo”, tem um valor de 3 pontos, a resposta estou, “indeciso”, 2 pontos e a resposta, “discordo”, vale 1 ponto. Obtém-se o valor

relativo à percepção da imagem corporal, procedendo à soma dos valores obtidos em cada item, sendo que o valor total da escala varia entre os 20 e 60 pontos. De referir que, uma pontuação mais alta reflecte, a mais favorável imagem corporal, e uma pontuação mais baixa reflecte a menos favorável imagem corporal.

7.2.3 Escala de Percepção de Auto-conceito (Parte III)

A terceira parte do questionário compreende, questões relativas à escala de percepção do Auto-conceito: The self-perception profile for college student (Newman & Harter, 1986), adaptada à população portuguesa (Pais-Ribeiro, 1994). Esta escala destina-se a estudantes a partir do 11º ano de escolaridade (inclusive), pré-universitários e universitários.

A escala é constituída por 54 itens, distribuídos por 13 escalas, estruturados numa escala ordinal tipo Likert, cotado de 1 a 4, indicando o valor mais baixo, baixa percepção de competência e o valor mais elevado, elevada competência. Na versão portuguesa (Pais-Ribeiro, 1994), foram feitas algumas adaptações, (foram retirados 2 itens e uma escala) ficando assim composta por 52 itens, e 12 sub-escalas. A resposta é dada numa de quatro alternativas: primeiro, pela escolha de uma de duas afirmações antagónicas (Ex: “alguns jovens gostam de ser como são” versus “ outros jovens gostariam de ser diferentes”) sendo a escolha aquela com a qual o sujeito se identifica melhor. Depois o sujeito deve centrar-se nessa afirmação escolhendo um de duas alternativas: identificação exacta com a afirmação ou apenas a aproximação (“sou mesmo assim” ou “sou mais ou menos assim”).

A cotação dos itens é feita atribuindo 1 ponto ao registo mais à esquerda, dois ao seguinte, três ao seguinte e quatro ao mais à direita, excepto para aqueles que a seguir são indicados como invertidos em que a atribuição da nota é inversa.

Itens invertidos: 1, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 27, 30, 32, 34, 36, 39, 40, 43, 44, 46, 49, 51, 52.

Itens de cada sub-escala: Criatividade (12,25,38,52), competência académica (2,3,15,16,29), competência intelectual (8,21,34,42,48), competência atlética

(13,26,39,53), aparência (5,18,31,44), amizades íntimas (7,20,33,46), aceitação social (4,17,30,43), relações com os pais (6,19,32,45), relações amorosas (10,23,36,50), humor (11,37,51), moralidade (9,22,35,49), apreciação global (1,14,27,40,41,47,54). A soma de todos os itens fornece uma nota global de Auto-Conceito.

7.2.4 Índice de Massa Corporal

Do questionário também fazia parte a avaliação do índice de massa corporal (massa gorda). Esta avaliação é feita de forma indirecta através de medidas antropométricas: peso e altura. Ao longo do tempo têm sido adoptados vários métodos para avaliar a relação do peso com a altura. Presentemente generalizou-se o uso da fórmula criada pelo antropólogo belga Quetelet, (Índice de Massa Corporal), que se determina dividindo o peso (quilogramas) pela altura (metros), elevada ao quadrado, (Garrow, 1985, citado por Carmo, 2008):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2}$$

“Segundo a Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade (1995) o índice de massa corporal tornou-se uma referência internacional e deve ser preferido a outros” Silva et al., (2006: 291).

Ao adoptar a fórmula do Índice de Massa Corporal para a classificação da obesidade, surgiram classificações que têm ponto de corte estabelecido a partir de estudos epidemiológicos de risco de morbilidade e mortalidade. O estudo clássico e mais utilizado é o da Metropolitan Life Insurance Company (1959), posteriormente substituída pela Metropolitan Weight-Height Tables, para homens e mulheres Metropolitan Life Insurance Company (1983), que estabeleceu correlações entre o Índice de Massa Corporal e o risco de mortalidade, constituindo uma curva em «J».

Nos relatórios da OMS (WHO 1997, 2000) foi estabelecida a classificação que tem sido adoptada internacional, representada no quadro seguinte:

Tabela 1 – Classificação da obesidade de acordo com a OMS (2000)

Classificação	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	Risco de comorbilidade
Baixo Peso	□ 18,5	Baixo (risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição Normal	> 18,5 < 24,9	Médio
Pré-Obesidade	> 25,0 < 29,9	Aumentado
Obesidade moderada (grau I)	> 30 < 34,9	Moderado
Obesidade grave (grau II)	> 35 < 40	Grave
Obesidade mórbida (grau III)	≥ 40	Muito grave

O Índice Massa Corporal permite, dum forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adoptado internacionalmente para classificar a obesidade. Desta forma a avaliação antropométrica que se dedica ao estudo das medidas e proporções do corpo, revela-se vantajosa, por possibilitar resultados rápidos, fácil avaliação e de baixo custo, muito embora não ofereça o rigor das técnicas que medem directamente variáveis da composição corporal. Larsson et al., (2006), citados por Carmo (2008), num trabalho recente demonstraram que o Índice de Massa Corporal é um bom indicador da percentagem de gordura corporal, ainda que com uma relação não linear.

Após a elaboração do questionário, foi realizado um pré-teste, num grupo com características idênticas à dos inquiridos, com o objectivo de corrigir e aferir a linguagem e compreensão das perguntas.

Após as devidas correcções o questionário foi aplicado à população/amostra seleccionada.

7.2.5 Instrumentos utilizados na recolha de dados

Para reduzir o risco de enviesamento as medidas antropométricas foram avaliadas com rigor, com equipamento aferido, (gentilmente cedido pela equipa de saúde pública), conforme as normas da OMS, (2006). Com os adolescentes descalços, em posição erecta, sem acessórios e peso nos bolsos, usando roupas leves, bexiga vazia. A altura foi verificada, através de um estadiómetro (seca 214), fixado à parede, com extensão de 2.00 metros, escala em milímetros, visor de plástico, com esquadro acoplado a uma das extremidades. O peso foi aferido através de balança (Seca Precision for Health), digital, graduação em 100 gramas.

7.3 PROCEDIMENTOS

Para a aplicação do questionário à nossa amostra, solicitamos autorização ao Ministério da Educação (anexo II) – Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular – Monitorização de Inquéritos em meio escolar e aos Conselhos Directivos das duas escolas (anexo III), que para o efeito desejaram conhecer o objectivo e finalidades do estudo, bem como o respectivo questionário. Pedimos também autorização aos encarregados de educação (anexo IV).

Foram feitos previamente os contactos com os professores envolvidos. O questionário foi aplicado de forma directa, em contexto escolar, e procedeu-se também à avaliação antropométrica, durante um tempo lectivo, gentilmente cedidos pelos professores.

Antes da aplicação do questionário, foi realizada uma breve apresentação dos objectivos do estudo. Os adolescentes foram informados do carácter voluntário do seu preenchimento, bem como da garantia e confidencialidade das respostas e anonimato dos resultados.

7.4 VARIÁVEIS

7.4.1 Variáveis independentes

- Idade
- Género

7.4.2 Variáveis dependentes

- Índice de Massa Corporal
- Auto-conceito
- Imagem corporal
- Hábitos alimentares
- Consumo álcool
- Consumo tabaco
- Ambiente familiar
- Repetências escolares

7.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para tratar a informação recolhida através do questionário, utilizamos o sistema de análises de dados, *Statistical Package Social Sciences* (SPSS) para o Windows, versão 18.0.

Para o efeito procedemos à codificação de todas as variáveis do questionário, o que nos permitiu introduzir no SPSS a informação contida nos 405 questionários aplicados.

Procedemos à **análise descritiva**, efectuando a estatística descritiva. Fizemos análises de frequência das variáveis em estudo e utilizámos medidas de tendência central, mais concretamente a média, o desvio padrão como medida de dispersão e ainda valores mínimos e máximos. Foi usada ainda a representação gráfica de alguns resultados como: Gráficos circulares e de barras e tabelas.

Para verificar a associação e diferenças entre as variáveis em estudo, tendo em consideração os nossos objectivos e hipóteses formuladas, foram utilizadas varias técnicas estatísticas que a seguir descrevemos sumariamente.

Para medirmos a intensidade e a direcção da associação entre as variáveis em estudo (análise bivariada), recorremos à análise correlacional, utilizando para o efeito a correlação ordinal, ró de Spearman (ρ), em que o coeficiente calculado varia entre -1 e +1. Este método dá-nos a informação sobre a força e a direcção das relações. As correlações lineares directas (positivas) ou inversas (negativas) consideram-se significativas para níveis de significância $p\text{-value} \leq 0,005$. Utilizámos um nível de significância de $p \leq 0,05$ dado ser o valor convencionado para pesquisas na área das ciências humanas.

Entendemos ser a medida de associação mais adequada para medir a associação entre as variáveis, (de natureza ordinal), objecto do nosso estudo, identificadas aquando da delimitação do problema.

Para a interpretação das matrizes de correlação baseamo-nos nos pressupostos de Cohen e Holliday (1982), cit. por Bryman & Cramer (1992) que sugerem o seguinte critério: abaixo de 0,19 a correlação é muita baixa; de 0,20 a 0,39 é baixa; entre 0,40 e 0,69 é moderada; de 0,70 a 0,89 é alta e de 0,90 a 1 é muito alta.

Relativamente às técnicas de **estatística inferencial** foi necessário verificar inicialmente os dois pressupostos referentes a homogeneidade de variâncias e normalidade. Para o efeito recorremos aos testes: Leveni'test e Chapiro-test. Verificamos que as variáveis em estudos afastam-se da normalidade e por isso aplicamos testes não paramétricos para comparar alguns grupos ou sub-grupos da amostra.

Executamos os testes não paramétricos, baseados nas medidas descritivas, (média, mediana e moda), de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; podemos assim fazer comparações entre as variáveis em estudo utilizando a estatística inferencial destes testes.

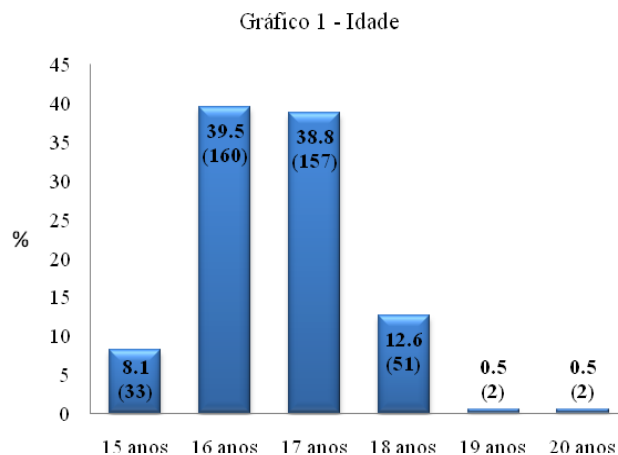
Também utilizamos o teste de Qui-quadrado (Chi Square χ^2), que nos permitiu trabalhar variáveis com mais de duas categorias, informando-nos o χ^2 se existia ou não relação entre as variáveis, compara contagens observadas com contagens esperadas. Este teste prediz o comportamento de uma variável dependente com base no conhecimento de uma ou mais variáveis independentes.

8. ANÁLISE DOS RESULTADOS

8.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

8.1.1 Idade e Género

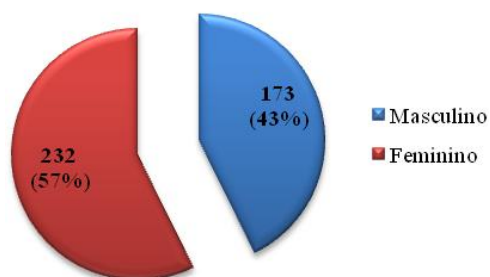
Constituem a amostra, adolescentes com idades compreendidas entre 15 e 20 anos, conforme gráfico 1. Identificamos uma idade média de cerca de 16,5 anos com um desvio padrão de 0,863.



Constatamos que a maioria dos adolescentes (317) tem, entre 16 e 17 anos, representando 78,3% da amostra; têm 18 anos, 51 adolescentes o que corresponde a 12,6%; com 15 anos encontramos 33 adolescentes, que representam 8,1% dos inquiridos; com 19 e 20 anos apenas questionamos 1% da amostra.

Quanto ao género, conforme gráfico nº 2, identificamos uma amostra maioritariamente feminina com 232 adolescentes do género feminino (57,3%) e 173 indivíduos do género masculino o que representa 42,7% da amostra.

Gráfico 2 - Género



A amostra encontra-se distribuída conforme a seguinte tabela. São 152 alunos, que correspondem a 37,5% frequentando a Escola Secundária D. Manuel I de Beja e 253 alunos, que representam, 62,5% frequentam a escola secundária Diogo de Gouveia.

Tabela 2 – Alunos por Escolas

Escola	Frequência	Percentagem
D. Manuel	152	37,5
Diogo de Gouveia	253	62,5
Total	405	100,0

Foi esta amostra constituída por 405 alunos, que serviu de suporte à aplicação do material adequado e seleccionado para a recolha dos nossos dados.

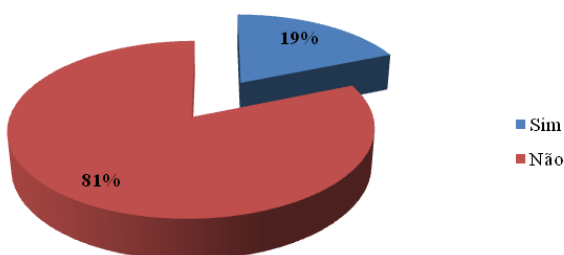
A amostra distribui-se por anos de escolaridade conforme os dados da tabela 3. Foram inquiridos 224 (55,3%) alunos que frequentam o 11º ano e 181 (44%) alunos do 12º ano de escolaridade.

Tabela 3 – Ano de Escolaridade

Ano Escolaridade	Frequência	Porcentagem
11º	224	55,3
12º	181	44,7
Total	405	100,0

8.1.2 Repetências escolares

Gráfico 3 - Anos reprovados



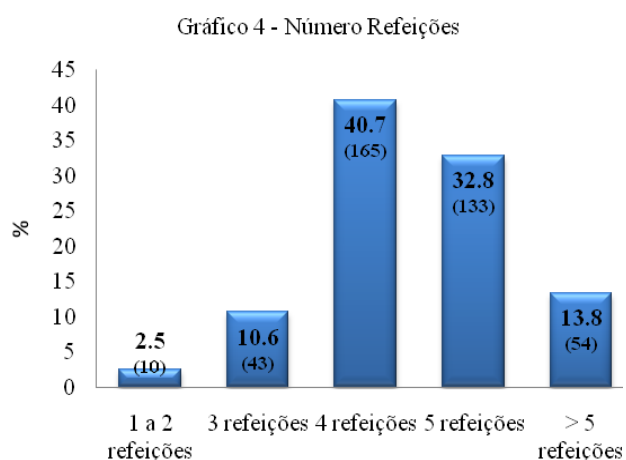
Quisermos saber em relação ao percurso escolar, os anos de repetência dos adolescentes do nosso estudo. Conforme podemos observar no gráfico 3, grande parte da nossa amostra nunca reprovou de ano (81%), havendo uma pequena parte (19%), que já reprovaram de ano. Essas reprovações são na sua maioria de uma repetência; um pequeno número reprovou 2 vezes e apenas 1 dos inquiridos, reprovou 3 vezes, (veja-se variável reprovações no (anexo V).

8.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

8.2.1 Estilos de vida

8.2.1.1 Número de Refeições

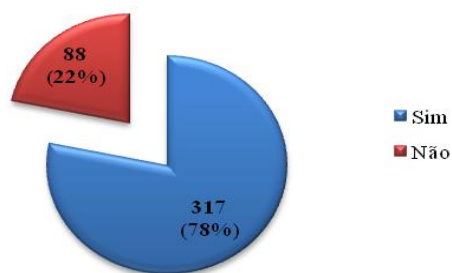
Os adolescentes inquiridos tomam diariamente as refeições, conforme distribuição constante do gráfico 4. A maioria (40,7%), evidenciada no respectivo gráfico, faz 4 refeições por dia; são cerca de 33% os alunos que tomam 5 refeições diárias e 13,8% os adolescentes que fazem mais de 5 refeições ao dia; registamos que 10,6% fazem 3 refeições ao dia e que alguns alunos (2,5%) fazem apenas 1 a 2 refeições por dia.



8.2.1.2 Pequeno-Almoço

No que diz respeito ao pequeno-almoço, conforme gráfico seguinte, a maioria dos alunos 78%, tomam esta refeição. Apesar disso, um valor muito elevado de adolescentes (88), cerca de 22% não tomam o pequeno-almoço.

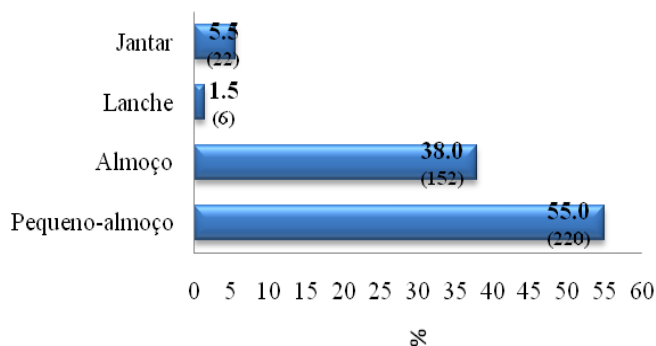
Gráfico 5 - Pequeno Almoço



8.2.1.3 Refeição mais importante

Embora a maioria dos alunos (78%), tome o pequeno-almoço, 55% considera o pequeno-almoço a refeição mais importante, enquanto 38% salientam como mais importante a refeição do almoço; somente 5,5% dos alunos privilegia o jantar e 1,5% dos adolescentes como mais importante o lanche (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Refeição mais importante

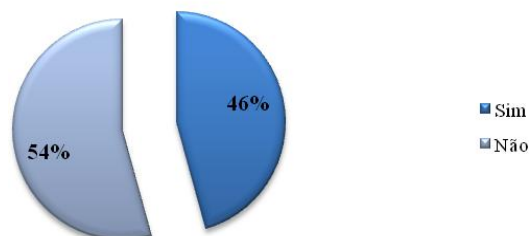


8.2.1.4 Refeição na escola

Considerando ainda as refeições dos adolescentes constatamos conforme dados do gráfico nº 7, que menos de metade dos alunos almoçam na escola, mesmo sendo esta

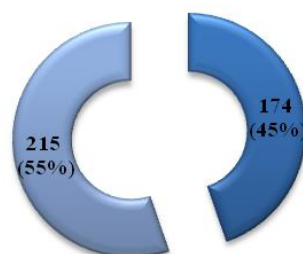
uma refeição equilibrada seguindo os parâmetros nutricionais; são cerca de 55% os alunos que tomam esta refeição fora da escola.

Gráfico 7 - Refeição escola



Como constatamos no gráfico seguinte (nº 8), a maior parte dos adolescentes (55%) não gosta das refeições da escola enquanto 45% referem gostar dessas refeições.

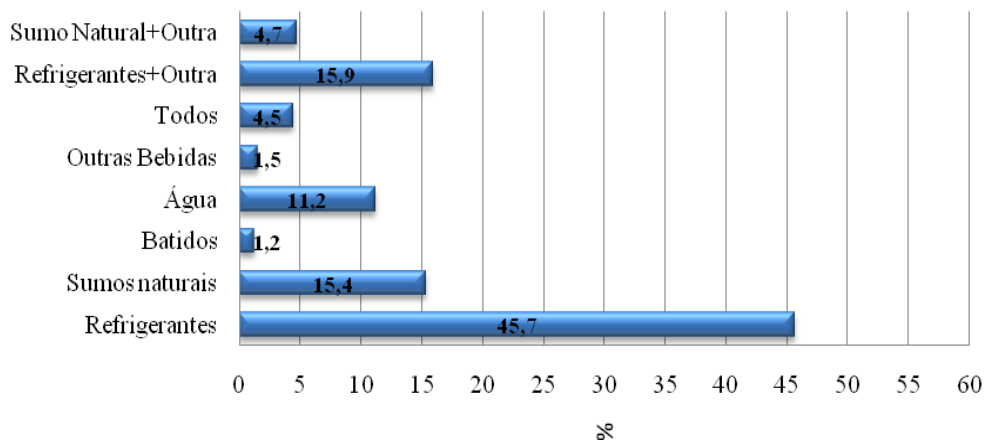
Gráfico 8 - Gosta refeição escola



8.2.1.5 Tipo de bebidas, frequência e quantidades consumidas

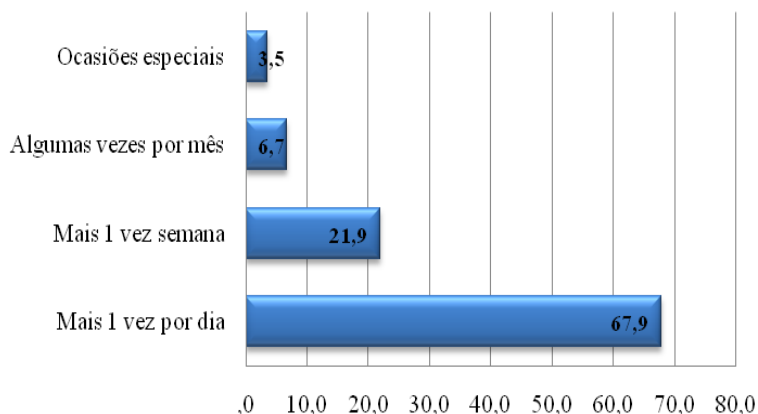
Quisermos saber que tipo de bebidas os adolescentes consomem. O gráfico nº 9 diz respeito ao tipo de bebidas consumidas. Evidencia, que os refrigerantes são de facto a bebida de eleição dos adolescentes (61,6%) bebem refrigerante e outra bebida; somente 20,1% dos adolescentes bebem sumos naturais e outra bebida e cerca de 11% bebem água associada às refeições.

Gráfico 9 - Tipo bebidas



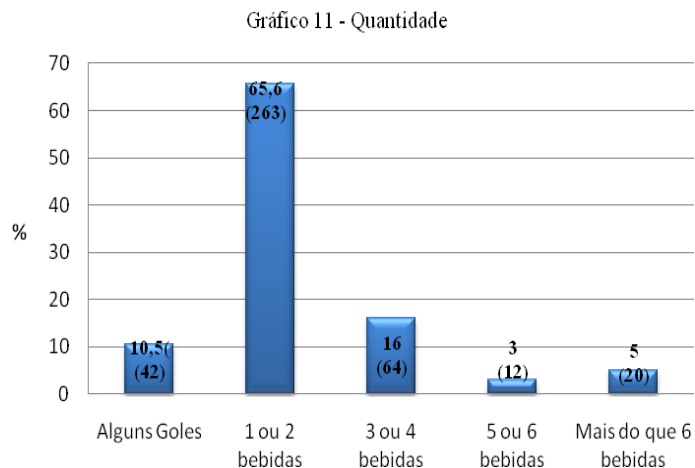
Analisámos também a frequência com que os adolescentes consomem bebidas, essas distribuições constam no gráfico nº 10. É de salientar que a grande maioria dos adolescentes (67,9%) consome bebidas mais do que uma vez por dia; mais de 1 vez por semana (21,9%) e muito poucos o fazem algumas vezes por mês (6,7%) e somente (3,5%) em ocasiões especiais.

Gráfico 10 - Frequência



No que respeita às quantidades consumidas (gráfico nº 11), a grande maioria dos adolescentes, cerca de 65,6%, consome uma ou duas bebidas; três ou quatro bebidas fazem-no cerca de 16% dos jovens, 10,5% consomem muito pouco, apenas alguns

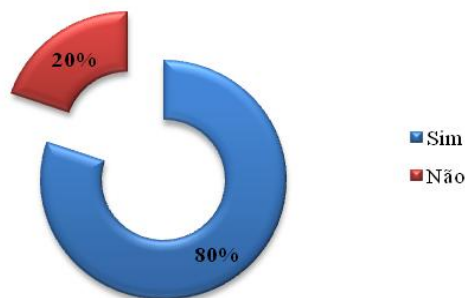
goles, 12%, adolescentes a consumirem 5 ou 6 bebidas, encontramos apenas 3% e mais do que 6 bebidas fazem-no somente 5% dos adolescentes.



8.2.1.6 Consumo de álcool, frequência e quantidades consumidas

Analisámos o comportamento dos adolescentes face à variável consumo de álcool, conforme verificamos no gráfico nº 12, podemos constatar uma elevadíssima percentagem de consumo de álcool. Constatamos que 80% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas.

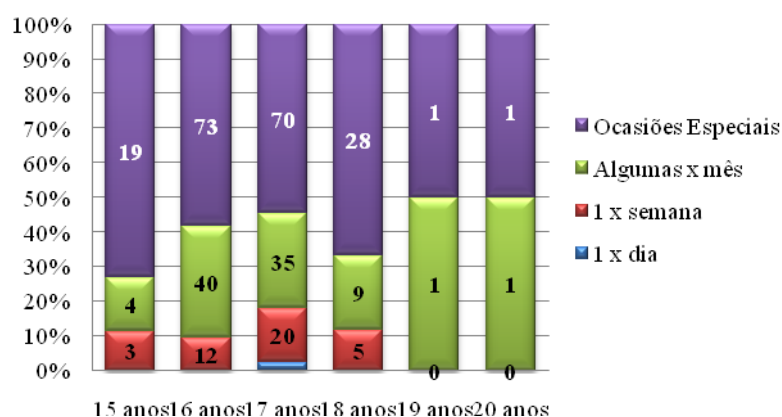
Gráfico 12 - Bebidas alcoolicas



Também analisámos a frequência (gráfico, 13) com que os adolescentes consomem bebidas alcoólicas. O quadro evidencia que entre os 15 e os 18 anos, a

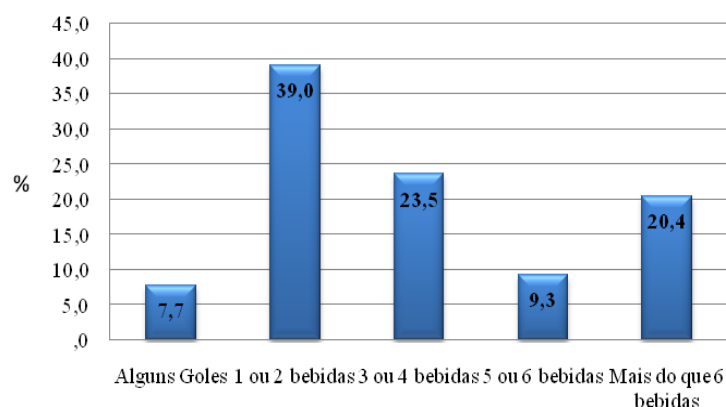
frequência do consumo é mais elevada ao nível das ocasiões especiais, respectivamente com valores percentuais de 73% (19), 58% (73), 55% (70) e 67% (28) dos jovens. O baixo quantitativo dos jovens com 19 e 20 anos, não permite aferir uma tendência com algum grau de fiabilidade. No entanto, deixa transparecer um consumo esporádico (algumas vezes por mês ou ocasiões especiais). Importa também assinalar que a frequência correspondente a uma 1 por dia, só é referida por 3 adolescentes de 17 anos.

Gráfico 13 - Frequência



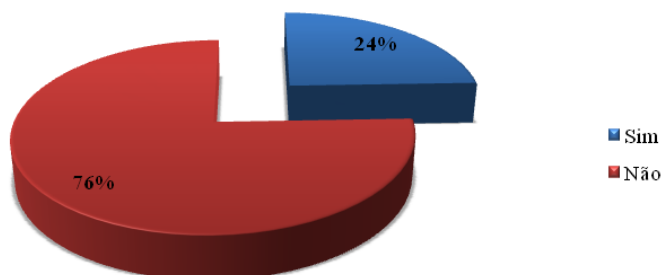
No que diz respeito à quantidade de álcool ingerido, podemos verificar conforme gráfico nº 14, que 39% dos adolescentes consomem 1 ou 2 bebidas, 23,5% dizem consumir 3 ou 4 bebidas, 9,3% consomem 5 ou 6 bebidas, 20,4% referem consumir mais do que 6 bebidas e apenas 7,7% consomem alguns goles.

Gráfico 14 - Quantidade álcool



8.2.1.7 Consumo de tabaco e quantidade de cigarros/dia

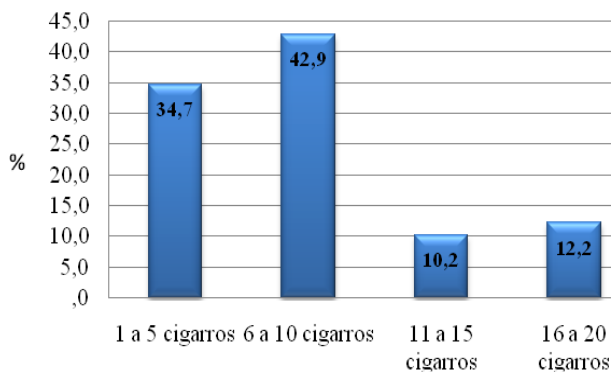
Gráfico 15 - Consumo tabaco



O gráfico 15 mostra, o consumo de tabaco por parte dos adolescentes inquiridos. Esta variável dicotómica refere que 306 (76%) dos jovens não fumam, 99 (24%) dos adolescentes revelam hábitos tabágicos.

No gráfico nº16, podemos ver a distribuição do número de cigarros por dia. Salienta-se uma moda da distribuição com valor elevado, 10 cigarros por dia (42,9%), os adolescentes com maior consumo de 16 a 20 cigarros são 12,2%, seguidos dos adolescentes que fumam de 11 a 15 cigarros por dias. Aqueles que consomem menos cigarros, de 1 a 5, são 34,7%.

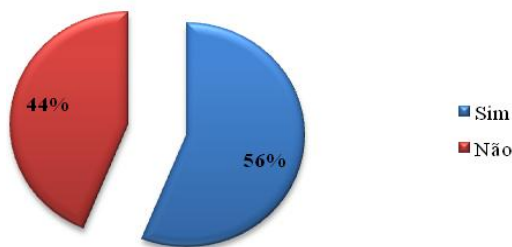
Gráfico 16 - Número cigarros



8.2.1.8 Prática de Exercício Físico

A variável prática de exercício físico que também caracteriza o estilo de vida dos adolescentes conjuntamente com as 3 variáveis anteriormente analisadas, segue a distribuição de valores constantes do gráfico 17. Observamos que 56% dos alunos praticam exercício físico extra curricular, enquanto cerca de 44% não o fazem.

Gráfico 17 - Prática exercício físico



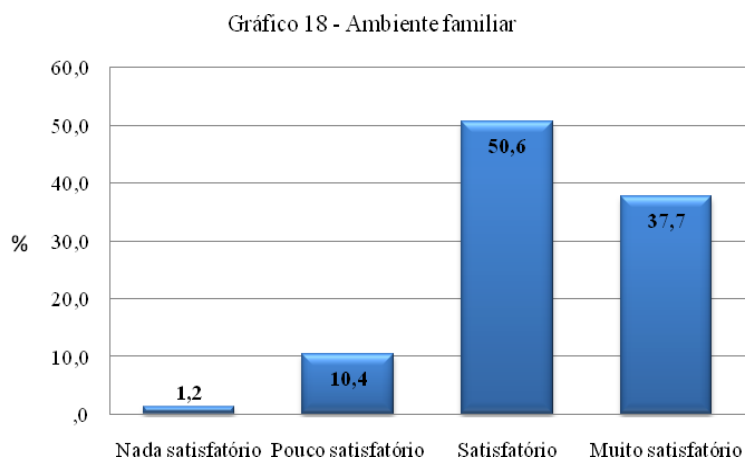
8.2.2 Índice de Massa Corporal

Constatamos pela observação dos dados da tabela nº 4, que a grande maioria dos alunos apresenta peso normal, cerca de 71%; o peso normal é então a moda da distribuição. Somente 14% dos adolescentes tem excesso de peso e uma pequena parte deles (3,2%) apresentam obesidade moderada (Grau I). Apenas 5 adolescentes apresentam obesidade grave e mórbida (grau II e grau III). Cerca de 10% (41) dos adolescentes, apresentam baixo peso.

Tabela 4 – Índice Massa Corporal

Classificação	Frequência	Porcentagem
Baixo peso	41	10,1
Peso normal	288	71,1
Excesso de peso	58	14,3
Obesidade moderada(Grau I)	13	3,2
Obesidade grave (Grau II)	3	,7
Obesidade mórbida (Grau III)	2	,5
Total	405	100,0

8.2.3 Satisfação familiar



Quisemos saber se os adolescentes estavam satisfeitos com o ambiente familiar. A análise da informação respeitante a esta variável, de acordo com o gráfico 18, permite-nos constatar que a maioria dos alunos estão satisfeitos e muito satisfeitos com

a família, cerca de 88%; assim referimos que somente 10,4% estão pouco satisfeitos e uma pequena percentagem de 1,2% está nada satisfeita.

8.2.4 Percepção do Auto-Conceito

Tabela 5 – Percepção do Auto-conceito

Medidas	Auto-Conceito
Dispersão	
Média	148,22
Mediana	149,00
Moda	136,00
Desvio Padrão	20,21114
Mínimo	81,00
Máximo	208,00

No que respeita à variável da percepção do auto-conceito (tabela, 5), que resultou do somatório de uma escala constituída por 52 itens, foi medida através das medidas de tendência central: média, mediana e moda e ainda calculámos o desvio padrão da distribuição. Constatamos pela análise dos dados, que a média da percepção do auto-conceito é de aproximadamente 149 pontos, sendo a pontuação mais frequente os 136 pontos, o valor que acumula até si 50% das observações diz-nos que nesta distribuição metade dos inquiridos tem no máximo 149 pontos (mediana). Considerando a pontuação da escala que varia entre o mínimo de 52 pontos e o máximo 208 pontos, diremos que a grande maioria, se situam num valor intermédio. Nenhum dos inquiridos obteve a pontuação mínima (52 pontos), mas o valor máximo (208 pontos) foi atingido por dois adolescentes (anexo VI).

8.2.5 Imagem Corporal

Tabela 6 – Imagem Corporal

Medidas	Imagem Corporal
Dispersão	
Média	40,9356
Mediana	41,00
Moda	40,00
Desvio Padrão	3,98945
Mínimo	24,00
Máximo	52,00

Quanto à variável imagem corporal (tabela, 6), que resultou do somatório de uma escala constituída por vinte itens, foi medida através das medidas de tendência central: média, mediana e moda e ainda calculamos o desvio padrão da distribuição. Constatamos pela análise que a média da imagem corporal é de aproximadamente 41 pontos, sendo a pontuação mais frequente os 40 pontos, o valor que acumula até si 50% das observações diz-nos que nesta distribuição metade dos inquiridos tem no máximo 41 pontos. Considerando a pontuação da escala que varia entre o mínimo de 20 pontos e o máximo 60 pontos, diremos que na sua grande maioria, os adolescentes se situam num valor intermédio. Nenhum dos inquiridos atingiu a pontuação de 60 que corresponde à mais favorável imagem corporal, o valor máximo obtido foi de 52 pontos (anexo VII).

A imagem corporal não é estatisticamente significativa quanto ao género e idade.

8.3 – ANÁLISE CORRELACIONAL

Para identificar associações entre variáveis (análise bivariada) recorreremos à matriz de correlação. Como anteriormente já referimos, devido as variáveis serem na sua maioria ordinais utilizamos a chamada correlação de ró de Spearman que nos permitiu testar a associação entre as variáveis objecto deste estudo.

Para a interpretação das matrizes de correlação baseamo-nos nos pressupostos de Cohen e Holliday (1982), que sugerem o seguinte critério: abaixo de 0,19 a correlação é muita baixa; de 0,20 a 0,39 é baixa; entre 0,40 e 0,69 é moderada; de 0,70 a 0,89 é alta e de 0,90 a 1 é muito alta.

O coeficiente ró de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. Quando o coeficiente é de +1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita de sentido positivo, ou seja, quando o valor de uma variável aumenta o da outra também aumenta, e quando é igual a -1 significa que existe uma correlação linear negativa, ou seja, quando o valor de uma aumenta, o valor da outra diminui. Consideramos fiável quando o grau de significância era inferior a 0,05, ou seja não existe um erro superior a 5 em cada 100 casos analisados.

Faremos uma análise correlacional entre as variáveis do estudo e também analisaremos algumas correlações com as 12 sub-escalas da escala da percepção do auto-conceito que sejam estatisticamente significativas e que ao mesmo tempo, tenham interesse para o nosso estudo. Existem outras correlações também estatisticamente significativas, que não são mencionadas, apesar de estas associações serem importantes, afastam-se um pouco dos objectivos deste estudo (anexo VIII).

8.3.1 Percepção do auto-conceito e Imagem corporal

Tabela 7 - Correlação entre Percepção do Auto-conceito e Imagem Corporal

	Auto-conceito
Imagem Corporal	
Ró Spearman	,151**
Sig	,005

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

A tabela (7) mostra uma associação linear positiva entre as variáveis auto-conceito e imagem corporal, a qual é estatisticamente significativa, ró de Spearman's é de 0,151** que embora sendo uma correlação muito baixa ela é positiva e estatisticamente significativa ($p=0,005$). Significa isto, que podemos afirmar relativamente à nossa amostra, que a percepção dos adolescentes em estudo no que respeita a percepção do seu auto-conceito e imagem corporal estão estritamente relacionados (quanto maior for a percepção do auto-conceito mais favorável imagem corporal e o contrário também é verdadeiro).

8.3.2 Percepção do auto-conceito e algumas sub-escalas

Tabela 8 - Correlação: Auto-conceito/sub-escalas

	Auto-Conceito
Competência Académica	
Ró Spearman	,590
Sig	,000
Competência Intelectual	
Ró Spearman	,584
Sig.	,000
Competência Atlética	
Ró Spearman	,512
Sig	,000
Aparência	
Ró Spearman	,646
Sig	,000
Aceitação Social	
Ró Spearman	,682
Sig	,000
Relações com os Pais	
Ró Spearman	,421
Sig	,000

Procedeu-se à correlação do auto-conceito e algumas das várias sub-escalas (aquelas que são mais significativas para o nosso estudo). A tabela nº 8 mostra a associação linear positiva que existe entre a percepção do auto-conceito e competência académica, competência intelectual, competência atlética, aparência, aceitação social e relações com os pais, em todas elas trata-se de uma relação moderada ($R=0,590$), mas estatisticamente muito significativa $p=0,000$.

8.3.3 Percepção do Auto-conceito e índice de massa corporal

Tabela 9 - Correlação do auto-conceito e as variáveis índice de massa corporal e satisfação com o ambiente familiar

	Auto-conceito
Índice Massa Corporal (IMC)	
Ró Spearman	-,170**
Sig.	,001
Satisfação c/ ambiente familiar	
Ró Spearman	,231**
Sig	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Na tabela acima (nº9) podemos constatar que existe uma associação negativa entre a percepção do auto-conceito e o índice de massa corporal, a variação entre as variáveis é em sentido contrário, ou seja quanto mais elevado o índice de massa corporal, mais desfavorável percepção do auto-conceito. O aumento da percepção do auto conceito está associado, em média, à diminuição do índice de massa corporal. Em contra partida a associação da percepção do auto-conceito com a satisfação relativamente ao ambiente familiar é positiva. A variação entre as variáveis é no mesmo sentido, ou seja, maior satisfação com o ambiente familiar, revela uma mais favorável percepção do auto-conceito.

8.3.4 Imagem corporal, competência atlética e aparência

Tabela 10 – Correlação da imagem corporal, e sub-escalas do auto-conceito: competência atlética e aparência

		Imagem Corporal
Competência Atlética	Ró Spearman	,126
	Sig.	,013
Aparência	Ró Spearman	,228
	Sig	,000

A tabela nº 10 mostra a associação linear positiva que existe entre imagem corporal, competência atlética e aparência, a qual é estatisticamente significativa com um $p < 0,05$. Com a competência atlética, verifica-se uma associação muito baixa ($R < 0,2$), e com a aparência uma relação baixa ($R < 0,39$), mas como variam no mesmo sentido, significa que quanto melhor percepção da imagem corporal, melhor a competência atlética e melhor a percepção da aparência.

8.3.5 Índice de Massa Corporal com competência atlética e aparência

Tabela 11 - Correlação do Índice de Massa Corporal com competência atlética e aparência

		Índice Massa Corporal
Competência Atlética	Spearman	-,181
	Sig.	,000
Aparência	Ró Spearman	-,306
	Sig	,000

Conforme tabela nº 11 que apresenta a correlação do índice de massa corporal, competência atlética e aparência podemos constatar que existe, uma associação que apesar de muito baixa ($R=181$) entre índice de massa corporal e competência atlética, é estatisticamente significativa, ($p= 0,000$), varia em sentido contrário, ou seja quanto mais elevado o índice de massa corporal, menor competência atlética. Quanto à relação entre o índice de massa corporal e a aparência, existe uma baixa associação ($R <0,39$) linear positiva, a qual é estatisticamente significativa com um $p <0,05$, ($p=0,000$).

8.3.6 Atitude face à alimentação e aparência

Tabela 12 – Correlação da atitude face à alimentação e aparência

	Aparência
Atitude Alimentação	
Ró Spearman	-,165
Sig.	,001

A tabela nº 12 mostra-nos a correlação entre a aparência e a atitude face à alimentação. Podemos constatar que existe, uma associação muito baixa ($R=165$), mas estatisticamente significativa, ($p= 0,001$), e negativa, ou seja quanto mais elevada a percepção da aparência, pior atitude face a alimentação.

8.3.7 Atitude face ao tabaco com a competência académica e a aceitação social.

Tabela 13 – Correlação da atitude face ao tabaco com a competência académica e aceitação social.

	Consumo tabaco
Competência Académica	
Ró Spearman	,108
Sig.	,031
Aceitação Social	
Ró Spearman	-,230
Sig.	,000

Conforme mostra a tabela nº 13, podemos observar uma relação linear positiva entre a atitude face ao tabaco e competência académica, e estatisticamente significativa ($p=0,031$). Quanto à relação entre a atitude face ao tabaco e a aceitação social, temos uma relação baixa ($R=230$), estatisticamente significativa ($p =0,000$), mas em sentido contrário, ou seja quanto maior a competência académica e aceitação social, menor consumo de tabaco

8.3.8 Atitude face ao consumo de álcool e humor

Tabela 14 – Correlação da atitude face ao consumo de álcool e o humor

	Consumo álcool
Humor	
Ró Spearman	,141
Sig.	,012

De acordo com a tabela nº 14, verificamos que existe uma relação linear positiva entre o consumo de álcool e o humor, embora muito baixa é estatisticamente significativa ($p=0,012$).

8.3.9 Número de reprovações e competência intelectual

Tabela 15 – Correlações do número de reprovações e competência intelectual

	Número Reprovações
Competência Intelectual	
Ró Spearman	,275
Sig.	,016

Verificamos conforme tabela 15, que a correlação entre o número de reprovações e a competência intelectual, é uma correlação linear positiva, que apesar de ser baixa, é estatisticamente significativa, com $p= 0,016$.

8.3.10 Atitude face ao consumo de álcool e de tabaco

Tabela 16 – Correlação da Atitude face ao consumo de álcool e de tabaco

	Consumo Álcool
Consumo do tabaco	
Ró Spearman	-,173**
Sig.	,002

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Quisermos saber se o consumo de álcool, se correlacionava com as diferentes variáveis do nosso estudo, o resultado encontrado, foi que o consumo de álcool, apresenta uma correlação muito baixa, com o consumo de tabaco, mas estatisticamente significativa ($p= 0,002$), e em sentido contrario, ou seja quanto maior o consumo de álcool, menor o consumo de tabaco.

8.3.11 Satisfação com o ambiente familiar, competência académica, competência intelectual, aparência, aceitação social e relação com os pais

Tabela 17 – Correlação da satisfação com o ambiente familiar, e sub-escalas do auto-conceito: competência académica, competência intelectual, aparência, aceitação social e relação com os pais

	Satisfação com o ambiente familiar
Competência Académica	
Ró Spearman	,199
Sig	,000
Competência Intelectual	
Ró Spearman	,188
Sig.	,000
Aparência	
Ró Spearman	,163
Sig.	,001
Aceitação Social	
Ró Spearman	,156
Sig.	,002
Relação com os Pais	
Ró Spearman	,269
Sig	,000

Analísámos a variável satisfação com o ambiente familiar, com as outras variáveis do estudo e obtivemos as correlações mencionadas na tabela nº 17. Existe uma associação linear positiva entre a satisfação do ambiente familiar e as diferentes variáveis: competência académica, competência intelectual, aparência, aceitação social e relação com os pais, que embora sendo uma correlação muito baixa, numas e baixa, noutras, ela é positiva e estatisticamente significativa com (p) a oscilar entre 0,000 e 0,002.

8.4 ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Utilizamos ainda a estatística inferencial ou dedutiva para testar se havia diferenças estatisticamente significativas na auto-imagem e no auto-conceito por género. Como as referidas variáveis se afastavam da distribuição normal utilizamos um teste não paramétrico (Mann- Whitney). Também utilizamos o Qui-quadrado para

variáveis com mais de duas categorias, quando pretendíamos comparar frequências observadas, com frequências esperadas.

8.4.1 Análise da percepção do auto-conceito por género

Tabela 18 – Diferenças entre a percepção do auto-conceito por género

Auto-conceito	Mann-Witney Test
12329,500	P=0,006

Analisando a tabela anterior, verificamos haver diferenças estatisticamente significativas na percepção do auto-conceito por género. A diferença da distribuição é estatisticamente significativa, $p= 0,006$.

Quanto à imagem corporal não existem diferenças estatisticamente significativas quando nos referimos ao género.

Também consideramos pertinente comparar a distribuição das médias do auto-conceito por género (tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição das médias da percepção do auto-conceito por género

Média Rapazes	Média Raparigas	Mann-Witney Test
193,88	163,56	P=0,006

Conforme teste de Mann-Witney, (tabela, 19), com $P= 0,006$ ($p < 0,05$), rejeita-se a igualdade de distribuição ou seja os adolescentes do género masculino, apresentam uma média mais elevada a nível da percepção do auto-conceito do que os adolescentes do género feminino. Em relação à idade não é estatisticamente significativo.

Testamos ainda se havia diferenças estatisticamente significativas na percepção do auto-conceito e imagem corporal por idade. Como havia 3 ou mais categorias a comparar utilizamos o teste Kruskal-Wallis. Verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à imagem corporal e auto-conceito por idade.

8.4.2 Análise da percepção do auto-conceito e a prática de exercício físico extra curricular

Tabela 20 – Diferenças entre a percepção do auto-conceito e a prática de exercício físico

Média Prática Exercício Físico	Média Não Prática Exercício Físico	Mann-Witney Test
189.72	158.22	$P=0,004$

Como constatamos na tabela nº 20, os adolescentes que praticam exercício físico extra curricular, apresentam uma média (189,72), mais elevada ao nível da percepção do auto-conceito do que aqueles que não praticam (158,22). A diferença da distribuição é estatisticamente significativa, $p= 0,004$.

8.4.3 Análise da percepção da imagem corporal e a prática de exercício físico

Tabela 21 – Diferenças entre a imagem corporal e a prática de exercício físico

Média Prática Exercício Físico	Média Não Prática Exercício Físico	Mann-Witney Test
208,58	175,39	P=0,004

À semelhança do que ocorre com a percepção do auto-conceito, como observamos na tabela anterior, com a percepção da imagem corporal, os adolescentes que praticam exercício físico apresentam uma média (208,58), mais elevada ao nível da percepção da imagem corporal, em relação a aqueles que não praticam exercício (175,39). A diferença da distribuição é estatisticamente significativa, $p= 0,004$ (tabela, 21).

8.4.4 Análise da prática de exercício físico com o género

Tabela nº 22 – Diferenças entre o exercício físico e o género

Rapazes	Raparigas	Chi-Square Tests
75.0%	42.2%	43.058 P=0,000

Tentando perceber até que ponto a variável exercício físico, se entrecruza com a variável género, efectuamos o teste de Qui-quadrado, (tabela, 22), que evidencia este cruzamento. Da sua leitura pudermos retirar que os adolescentes do género masculino (75%), praticam mais exercício físico extra curricular, do que o género feminino, (42%). Com a aplicação do teste de independência de χ^2 , conclui-se da relação estatística significativa entre estas duas variáveis. Qui-quadrado= 43,058 e $p= 0,000$, logo $p < 0,005$.

Tabela nº 23 – Diferenças no consumo de álcool relativamente ao género

Rapazes	Raparigas	Chi-Square Tests
83,2%	78%	1.703 P=0,119

Quando analisamos o consumo de bebidas alcoólicas, relativamente ao género, aferimos que não há relação estatisticamente significativa, como podemos observar na tabela acima (23), no entanto verificamos um valor percentual de adolescentes do género masculino, superior ao género feminino, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, 83,2% e 78% respectivamente.

9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Após termos procedido à revisão da literatura, formulados os objectivos e as hipóteses de estudo, assim como a apresentação dos resultados obtidos, propomos agora a sua discussão, comparando-os com as conclusões apresentadas nos estudos de investigação, por nós consultados anteriormente. Devemos também referir que procurámos ir discutindo e confrontando resultados ao longo da apresentação dos resultados do nosso estudo. Para uma melhor compreensão, optamos para conduzir esta discussão, tomar como referencia os objectivos e as hipóteses de estudo anteriormente formuladas.

Hipótese 1 – Estudos sobre o género têm, revelado “(...) *que existem diferenças cruciais entre os dois grupos e que estas contribuíram para as diferenças no auto-conceito*” (Sisto & Martinelli, 2004: 183). Harter, (1990); Ribas, (1994) cit. por Sisto & Martinelli, (2004) referem o auto-conceito global mais elevado no género masculino do que no género feminino. Assim, admitimos a hipótese no nosso estudo, que os adolescentes do género masculino apresentam um nível global superior da percepção do auto-conceito em relação às adolescentes do género feminino. De acordo com os resultados obtidos verificamos haver diferenças estatisticamente significativas na percepção do auto-conceito por género, ($p=0,006$). Também consideramos pertinente comparar a distribuição das médias do auto-conceito por género e o resultado obtido confirmam a nossa hipótese, pois rejeita-se a igualdade de distribuição ou seja os adolescentes do género masculino, apresentam uma média mais elevada a nível da percepção do auto-conceito do que os do género feminino (tabela 19).

Hipótese 2 – Na literatura consultada verificou-se, que a prevalência de experiências negativas sobre imagem corporal é superior nas raparigas (Claes, 1985, cit. por Baptista & Nodim, 2002; Hargreaves & Tiggemann, 2006). Também Lopez e Oroz

(1999), citados por Baptista e Nodim (2002), Vilela et al., (2004); Conti, Frutuoso e Gambardella (2005); Russo, (2005), cit. por Alves et al., (2009), referem que as raparigas mostram-se mais insatisfeitas e preocupadas com a imagem corporal. Ou seja, as raparigas parecem valorizar mais a dimensão de aparência física e devido a esta valorização, sentem-se mais insatisfeitas com a sua imagem corporal, o que evidencia a discrepância entre a aparência percebida e o valor que a esta é atribuído (Harter, 1993 cit. por Faria, 2005). Por tudo isto partimos do pressuposto que o mesmo iria acontecer com a nossa amostra e formulamos a hipótese de que os sujeitos do género feminino apresentariam maior preocupação com a imagem corporal do que os do género masculino.

Esta hipótese não se confirmou, pois nos resultados obtidos, a imagem corporal não é estatisticamente significativa, quando falamos do género e da idade. Sendo assim os nossos resultados vão de encontro a alguns estudos recentes (e. g. Morrison et al., 2004, cit. por Fernandes, 2007) que apontam para a diminuição das diferenças, entre o género, devido ao aumento da preocupação do género masculino com a sua imagem corporal.

Hipótese 3 – Uma das hipóteses propostas no nosso estudo, foi verificar a percepção do auto-conceito, relativamente aos valores do índice de massa corporal. Os resultados obtidos revelam que a relação entre auto-conceito e índice de massa corporal apresentam uma correlação muito baixa ($R = -0,170^{**}$), mas de salientar que a correlação é estatisticamente significativa $p = 0,001^{**}$ e é negativa. Assim, confirma-se que quanto maior o índice de massa corporal, mais desfavorável a percepção do auto-conceito.

Hipótese 4 – Na revisão de literatura efectuada, comprovamos que os transtornos alimentares estão muito presentes na adolescência. Vilela et al. (2004) efectuaram, um estudo sobre “*Transtornos alimentares em escolares*”. Este estudo revelou uma alta prevalência de possíveis transtornos alimentares numa amostra de adolescentes, assim como comportamentos alimentares inadequados, principalmente no género feminino. Viana (2004: 612), também estudou o comportamento alimentar, segundo este autor: “*As características da dieta, os desequilíbrios nos nutrientes que a compõe, excessos ou défice relativo a alguns elementos, têm consequências negativas nos índices de saúde*”

imediatamente e a longo prazo dos indivíduos”. O mesmo autor refere que as mudanças alimentares, recentemente verificadas nas dietas a nível mundial, revelam um aumento considerável do consumo de gorduras e açúcares.

Assim, constatamos que os hábitos alimentares aparecem como factores capazes de contribuir de forma significativa para aumentar o índice de massa corporal. Nos hábitos alimentares consideramos o número de refeições, a refeição mais importante, o tipo de bebidas consumidas, assim como a quantidade e frequência com que são consumidas. Por tudo isto admitimos a hipótese de que os hábitos alimentares contribuem de forma significativa para elevar os índices de massa corporal. Com os dados obtidos no nosso estudo, não foi comprovada esta hipótese. A relação entre estas duas variáveis apresentou uma correlação muito baixa ($R= 0,008$) e não é estatisticamente significativa ($p= 0,883$), logo muito superior a $p < 0,005$.

Mas estes dados permitiu-nos conhecer alguns comportamentos alimentares, nomeadamente o número de refeições, refeição mais importante e bebidas consumidas pelos adolescentes. Constatamos que a maioria dos inquiridos tomam o pequeno-almoço, mas cerca de 22% (88 adolescentes) não fazem essa refeição, ou seja vão em jejum para a escola, com todas as consequências negativas que esse comportamento acarreta. Este resultado está de acordo com um estudo da Comissão Europeia (2004), que salienta, que sendo o pequeno-almoço uma refeição tão importante, mais de 1/3 dos jovens não tomam essa refeição nos dias que têm escola, depois compensam isso com snacks ricos em açúcares e gorduras. Estudos anteriores citados por Moreira (1999) revelam, que a omissão do pequeno-almoço pode variar entre 5% e 10%.

Segundo a associação portuguesa de medicina preventiva, durante 10 anos, um grupo de cientistas investigou os benefícios do pequeno-almoço. Eles concluíram que um bom pequeno-almoço pode ajudar, os adolescentes: *“a ficarem menos irritáveis, serem mais eficientes, mais enérgicos e a obterem melhores resultados nos exames”* Ferreira, (2010).

Hipótese 5 – De acordo com alguns autores (e. g. Russo, 2005), verificamos que a insatisfação com a imagem corporal é uma realidade para ambos os géneros e que essa insatisfação provém de perspectivas/ideais, diferentes de acordo com o género. Alves et al., (2009: 6) *“existem determinados padrões de estética corporal aos quais os*

indivíduos pretendem corresponder e a não correspondência a esses padrões leva a excessivas preocupações quanto ao modo como irão atingi-los”.

Conti, Frutuoso & Gambardella (2005), efectuaram um estudo sobre “*Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes*”, constataram que havia uma associação entre excesso de peso e insatisfação corporal. Os adolescentes com baixo peso apresentavam uma satisfação corporal média, os que apresentavam peso normal manifestavam alta satisfação corporal e os que tinham excesso de peso, estavam insatisfeitos com o seu corpo.

Por tudo isto, assumimos nesta hipótese que a imagem corporal surge correlacionada negativamente com o índice de massa corporal. Mediante os resultados obtidos, esta hipótese não se confirma. No que respeita à relação entre imagem corporal e o índice de massa corporal, podemos afirmar que é muito baixa, com r de spearman de 0,083 e não é estatisticamente significativa, $p= 0,101$. Uma explicação possível, poderá ser devido, a que a maior parte dos adolescentes da nossa amostra (71,1%) apresentam peso adequado para o género e idade.

Hipótese 6 – Consideramos que, a percepção que os adolescentes têm do seu auto-conceito influencia os comportamentos afectos aos estilos de vida, nomeadamente alguns comportamentos alimentares (número de refeições, refeição mais importante e tipo de bebidas ingeridas) e a prática de exercício físico.

Dos resultados obtidos na nossa investigação, verificamos que a correlação desta variável com o auto-conceito, apresenta uma correlação muito baixa e não é estatisticamente significativa.

Ressalta-se, a associação que embora fraca ($R= -0,155^{**}$) e negativa é, estatisticamente significativa ($p=0,004$), entre a variável auto-conceito e a prática de exercício físico, o que nos leva a pensar, que uma maior actividade física, está associada a uma percepção menos favorável do auto-conceito.

Hipótese 7 – A influência que a família tem na construção do auto-conceito do adolescente, pode ser considerada a diferentes níveis. Por um lado, temos a avaliação que a família faz acerca do adolescente, por outro lado, as próprias dinâmicas das

relações vão influenciar as diferentes dimensões do auto-conceito. Wenz-Gross, Siperstein, Untch, Widaman (1997), cit. por Peixoto (2004), mostram que a existência de um baixo suporte emocional, por parte da família está relacionado com baixo auto-conceito académico. Também outro estudo, Connel, Spencer e Aber (1994), cit. por Peixoto (2004), revelam que o suporte emocional e social promovido pelos pais, está, positivamente associado com a percepção de competência, as relações com os pares e a motivação escolar (dimensões do auto-conceito).

Assim, consideramos a hipótese que as dinâmicas estabelecidas no seio familiar, (ambiente familiar), afectam (de forma negativa e positiva) as dimensões da percepção do auto-conceito. Um estudo de Peixoto (2004), revela que os adolescentes com uma percepção mais favorável do relacionamento familiar, apresentam auto-conceitos mais elevados. Da análise dos dados obtidos, verificamos que existe uma associação linear positiva da percepção do auto-conceito com a satisfação relativamente ao ambiente familiar. Embora esta se apresente baixa (-170**), é estatisticamente significativa (p=000). Sendo assim, podemos auferir do nosso estudo, que quanto maior a satisfação com o ambiente familiar, mais favorável percepção do auto-conceito.

Hipótese 8 – Na sequência da revisão bibliográfica efectuada, Peixoto (1999), refere que o auto-conceito global, é uma variável, que afecta o rendimento escolar, independentemente da inteligência. As pesquisas desenvolvidas à procura de relações entre auto-conceito e o desempenho académico tem-se avolumado no decorrer dos anos e os resultados dessas investigações apontam para uma persistente e significativa relação entre as duas variáveis (e. g. Knoweles, 1983; Buchanan & Wolf, 1986; Jesus & Gama, 1991; Serrano, 1991; Martins, 1997; Silva, 1999, cit. por Sisto & Martinelli 2004).

Por tudo isto, propusemos a hipótese que o auto-conceito poderia estar relacionado (de modo negativo), com os anos de reprovção. No nosso estudo esta hipótese não se confirmou, pois a relação entre estas duas variáveis apresentou uma correlação muito baixa (R= 0,171) e não é estatisticamente significativa (p= 0,170). Este resultado está de acordo com um estudo de Peixoto (2003), que refere, que alunos com insucesso escolar no passado (apesar da ameaça que pode constituir um baixo auto-conceito académico), parecem conseguir proteger a sua auto-estima e manter

sentimentos de valor pessoal positivos. Os resultados obtidos, também estão consistentes com estudos desenvolvidos por Wylie, (1979); Hansford & Hattie, (1982); Byrne, (1986), cit. por Sisto & Martinelli (2004) que referem que as relações entre o auto-conceito geral e o rendimento académico são relativamente baixas.

Outro factor que pode ser relevante, é o facto, de que na nossa investigação apenas uma pequena percentagem (19%) terem reprovado de ano. Essas repetências são na sua grande maioria de apenas uma vez, um pequeno número de adolescentes reprovou duas vezes e apenas um dos inquiridos reprovou três vezes.

Hipótese 9 – Consideramos nesta hipótese, que um número significativo da nossa amostra apresentava baixa adesão à prática de actividade física, conforme resultados obtidos na revisão bibliográfica. Estudos realizados em vários países da Europa, mostram que apenas um terço dos inquiridos, com mais de 15 anos de idade têm níveis de actividade física regular adequada à sua idade, à semelhança do que acontece em Portugal, Sjostrom et al., (2006), cit. por Carmo (2008).

Os resultados obtidos na nossa investigação, estarão muito próximos de confirmar a nossa hipótese, uma vez que cerca de 44% dos elementos da amostra não praticam actividade física extra-curricular regularmente. Esta percentagem representa, na nossa opinião, um valor, considerando elevado relativamente às recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Pública, é referido que o género feminino é mais sedentário, comparando-o com o género masculino. Assim a percentagem do género feminino (64%) que ocupava a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias, diferia do género masculino (46%). A nossa amostra também está de acordo com o observado neste estudo, pois também são os adolescentes do género feminino (42%), que praticam menos actividade física, quando comparados com o género masculino (75%).

É de facto notório o fraco envolvimento dos adolescentes portugueses em práticas de actividades física regular. Sendo assim é de extrema importância alterarem-se algumas políticas de saúde e da educação, desenvolvendo actividades conjuntas. Parece-nos que a escola poderá ter um papel importante a desempenhar, transmitindo

conhecimentos sobre as vantagens e a importância da prática de actividade física regular.

Hipótese 10 – Após a revisão de literatura realizada, relativamente à prática de actividade física, partiu-se do pressuposto que uma baixa adesão à prática do exercício físico estaria relacionada com um elevado índice de massa corporal. Com os dados obtidos no nosso estudo, após termos efectuado o teste de qui-quadrado, verificamos que não há relação entre estas variáveis. Com a aplicação do teste de independência de χ^2 , verifica-se que não há relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, qui-quadrado= 1337 e $p= 0,720$, logo $p> 0,005$.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho propusemo-nos responder à seguinte questão geral que orientou todos os procedimentos aplicados: Será que, a percepção do auto-conceito, a imagem corporal e o ambiente familiar estão relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e estilos de vida saudáveis, numa amostra de alunos a frequentarem o ensino secundário (11º e 12º anos), no concelho de Beja?

Tomando como ponto de partida, esta problemática, tivemos como principal objectivo, analisar as perturbações do comportamento alimentar/Índice de Massa Corporal a partir do impacto das variáveis psicológicas como: percepção do auto-conceito, imagem corporal, ambiente familiar, estilos de vida, numa amostra de adolescentes.

A adolescência traz consigo a necessidade de uma constante reavaliação por parte do adolescente, de si e do seu projecto de vida. Existe uma permanente (re)negociação da sua relação com os outros (família, professores, grupo de pares, comunidade, lazer), nomeadamente nas suas relações com o género oposto. O desenvolvimento do adolescente implica uma modificação de relações entre si e os múltiplos contextos sociais em que está inserido. As dificuldades de relacionamento interpessoal estão na base de inúmeros conflitos, de problemas comportamentais, que levam muitas vezes a adopção de comportamentos comprometedores da saúde, tais como: comportamentos alimentares desadequados (excessos ou privações alimentares), consumos de substâncias, sedentarismo, etc.

Esta investigação permitiu-nos conhecer alguns comportamentos de uma amostra de adolescentes, relativamente a: estilos de vida (alguns comportamentos alimentares, consumos e actividade física) e grau de satisfação com o ambiente familiar. Tentamos também compreender quais as suas vivências de intimidade, nomeadamente qual a percepção do auto-conceito e imagem corporal destes adolescente.

A importância do estudo do auto-conceito prende-se com o seu carácter preditivo quanto à realização dos sujeitos relativamente aos diferentes domínios da sua vida. De facto, o desenvolvimento do auto-conceito parece levar a uma melhor aceitação de si próprio e conseqüentemente a permitir um maior aproveitamento das suas competências. Segundo Faria (2005) citando (Burns, 1979; Calsyn & Kenny, 1977; Man & Hrabal, 1989; Shavelson & Bolus, 1982; Sternberg, 1993), os sujeitos que reconhecem e valorizam a sua competência têm mais probabilidades de a rentabilizar.

Tem sido constantemente reafirmado nas pesquisas uma forte relação entre o auto-conceito e a aceitação social e adequação dos indivíduos nas suas relações com os outros. Sendo assim, devemos encarar o auto-conceito como um processo em desenvolvimento que implica desafios e como tal possível de planejar estratégias facilitadoras da sua promoção. Então podemos acreditar que o treino de competências nos diferentes domínios (físico, cognitivo e social) estimulará a assertividade e a melhoria da percepção de competência pessoal influenciará positivamente o auto-conceito, pois este atributo psicológico, constrói-se dia a dia com o reconhecimento dos pontos fortes e fracos, valorizando os fortes e ao mesmo tempo tentando compensar os fracos (Faria, 2003). O auto-conceito representa a nossa percepção de competências nos diferentes domínios de realização (Neves & Faria, 2009).

Na nossa amostra verificamos que a grande maioria dos adolescentes se situam num valor intermédio, nenhum dos inquiridos obteve a pontuação mínima, mas o valor máximo foi atingido.

Outros dados deste estudo, mostram que a qualidade do relacionamento com a família, ou seja a satisfação com o ambiente familiar percebida pelos adolescentes, se relaciona com as diferentes dimensões do auto-conceito. Para Peixoto, (2004) uma explicação possível é que as relações familiares, fruto de um favorável ambiente familiar, sirvam como modelos, proporcionando relações positivas com os pares, permitindo um crescimento nas dimensões do auto-conceito.

Em relação à imagem corporal, de acordo com vários autores esta surge na interacção da pessoa com o seu contexto social, na sequência de relações estabelecidas com os outros e consigo mesmo, ou seja, está intrinsecamente associada com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas e interacções entre o ser e o meio envolvente. A imagem corporal é um complexo fenómeno que envolve factores

cognitivos, afectivos, sociais e culturais (Adami, Fernandes, Frainer & Oliveira (2005), sempre num contínuo processo de desenvolvimento e construção. Quando assim não é, entra-se em situação de insatisfação corporal, a qual segundo Warren, Gleaves, Benito, Fernandez e Ruiz (2005), cit. por Alves et al., (2009: 2) consiste: “*numa avaliação subjectiva negativa da aparência física*”, o que sem duvida terá inevitavelmente, repercussões a nível psicológico.

No nosso estudo, relativamente à percepção sobre imagem corporal observamos que os adolescentes se situam num valor intermédio, nenhum dos adolescentes se situou na pontuação mínima ou atingiu o valor máximo da escala.

Reportando-nos ao estilo de vida dos adolescentes, uma temática abordada, no nosso estudo foi o consumo de substâncias (álcool e tabaco). Constatamos que um grande número de adolescentes (80%) da nossa amostra, consomem álcool, embora a maioria o faça, ocasionalmente ou algumas vezes por mês. Quanto ao tabaco, 24% dos adolescentes revelam hábitos tabágicos.

Outra factor que caracterizava o estilo de vida, eram alguns comportamentos alimentares, nomeadamente número de refeições e qual a refeição mais importante e se tomavam sempre o pequeno-almoço, pois como sabemos trata-se de uma refeição muito importante.

Um número importante da nossa amostra, cerca de um quarto dos adolescentes da nossa amostra, não faz essa refeição. O facto de estes alunos irem para as aulas em jejum, quanto a nós é motivo de preocupação e tal facto deveria ser motivo para intervir junto destes adolescentes, proporcionando alguma informação acerca deste tema e dos aspectos negativos que esta atitude acarreta, inclusivamente nos resultados escolares.

A omissão do pequeno-almoço, é um dos erros alimentares mais frequentes, apesar de esta refeição ser particularmente importante no equilíbrio do dia alimentar. Atribui-se um prejuízo da capacidade intelectual, como consequência da omissão do pequeno-almoço. Reconhece-se que a função cerebral é particularmente sensível às variações de aprovisionamento de nutrientes, e que um pequeno-almoço adequado possa contribuir para melhorar os níveis de desempenho escolar (Pollitt, 1995 cit. por Moreira, 1999).

Com a entrada da adolescência, alguns jovens passam a fazer mais refeições fora de casa e como tal têm mais liberdade para escolherem os alimentos. Nos últimos anos

os adolescentes substituíram as refeições tradicionais por refeições tipo snack: hamburgers, pizzas, sanduíches, croissants, batatas fritas, bolos, chocolates, etc., Moreira, (1999).

Sendo a alimentação, um dos comportamentos mais determinantes, na procura de saúde, assume na adolescência uma importância vital para o normal e adequado desenvolvimento dos adolescentes. É sabido que os hábitos alimentares adquiridos pelos adolescentes (nesta fase de afirmação), têm maior probabilidade de se manterem na vida adulta, daí a importância de estes comportamentos alimentares serem o mais saudável possível.

Dos dados obtidos no nosso estudo e contrariamente ao previsto, apenas 14%, dos inquiridos apresentam excesso de peso. Com obesidade moderada (grau I), temos 3,2% dos adolescentes. Apenas 5 adolescentes da nossa amostra, apresentavam obesidade grave (grau II) e obesidade mórbida (grau III).

Por outro lado, verificamos que 41 dos adolescentes (10,1%) apresentam baixo peso. Este resultado, leva-nos a reflectir e a questionar se estaremos na presença de perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia nervosa).

Quanto a nós é um número significativo e como tal deverá ser alvo de um posterior estudo.

Quanto à prática de actividade física, extra curricular, verificamos que, 56% dos alunos praticam exercício físico e que o género feminino apresenta índices de prática mais baixos.

Relativamente ao grau de satisfação com o ambiente familiar, verificamos que cerca de 88% dos adolescentes, salientam que estão satisfeitos e muito satisfeitos com o ambiente familiar onde vivem.

Também consideramos importante saber um pouco sobre o percurso escolar, mais concretamente sobre os anos de repetências escolares e verificamos que apenas uma pequena percentagem (19%) tinham reprovado. Também que essas repetências na sua maioria tinham ocorrido apenas uma vez.

Quando efectuadas as análises correlacionais das variáveis denotámos, que:

- Os adolescentes do género masculino apresentam, uma media mais elevada a nível da percepção do auto-conceito, comparativamente ao género feminino.
- A relação entre a percepção do auto-conceito e o índice de massa corporal, revela que quanto maior o índice de massa corporal, mais desfavorável a percepção do auto-conceito dos adolescentes.
- O auto-conceito também apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a prática do exercício físico, o que traduz que uma percepção menos favorável do auto-conceito leva, a uma maior actividade da prática do exercício físico. Esta situação poderá ser compreendida como uma tentativa para melhorar algumas dimensões do auto-conceito.
- Existe uma associação linear positiva da percepção do auto-conceito com a satisfação com o ambiente familiar o que sugere que quanto maior a satisfação com o ambiente familiar, maior o nível da percepção do auto-conceito.

Ao efectuarmos as análises associativas entre as variáveis, surgiram as seguintes discrepâncias:

- A hipótese de que o género feminino apresentaria maior insatisfação relativamente à imagem corporal, não foi confirmada na nossa investigação, quanto ao género e também quanto à idade.
- A associação entre a imagem corporal e o índice de massa corporal também não foi confirmada, no nosso estudo. Como já foi referido anteriormente, este resultado poderá ser explicado pelo facto que a nossa amostra apresenta um grande número de adolescentes com peso normal.

- No que se refere aos comportamentos alimentares, a hipótese que os hábitos alimentares contribuem de forma significativa para elevar os índices de massa corporal, não foi comprovada, a relação entre elas é muito baixa e não estatisticamente significativa. Também poderá estar de acordo com o que foi mencionado no ponto anterior.
- Outro dos resultados decorrente da nossa investigação, diz respeito ao facto de não ter sido observada nenhuma correlação estatisticamente significativa entre o auto-conceito e a variável anos de reprovação. Como já foi referido poderá ter a ver com o facto que apenas 19% dos adolescentes tinham reprovado.
- Outra associação não confirmada diz respeito, à baixa adesão da actividade física e o índice de massa corporal. Esta situação também poderá ser explicada pelo facto dos adolescentes na sua maioria apresentarem peso normal.

Ao longo deste estudo, muitas questões surgiram, umas das pesquisas efectuadas, outras emergiram do confronto destas com a nossa experiência pessoal e profissional. Muitas outras ficaram por responder, mas acreditamos que com este trabalho, dê-mos um pequeno contributo para conhecermos um pouco melhor, este grupo de adolescentes a frequentarem uma escola.

A escola representa sem dúvida alguma, um ambiente privilegiado da educação para a saúde e também representa o principal contexto social onde os hábitos e estilos de vida são adquiridos. O comportamento dos adolescentes é influenciado pelos pares, professores e comunidade. A escola, é assim, um dos principais elos da rede de influências nos hábitos de vida dos adolescentes e por vários motivos:

- As escolas são um local privilegiado, pois têm o potencial de influenciar um grande número de adolescentes ao mesmo tempo;
- Os adolescentes passam muitas horas na escola e durante alguns anos;
- O período escolar acontece durante fases da vida fundamentais para a aprendizagem de hábitos saudáveis (transmitido por pessoal qualificado);

- A escola também serve de veículo de transmissão de conhecimentos para as famílias;
- Os hábitos saudáveis adquiridos nesta fase, podem perdurar até à fase adulta.

De acordo com o Ministério da saúde (2004) a escola promotora de saúde é uma escola onde os jovens têm oportunidade de adquirir competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os factores que a influenciam.

Para isso são indispensáveis parcerias, protocolos com metodologias participativas. Já existem alguns programas de Promoção e educação para a saúde, mas quanto a nós, não estão a ser bem implementados. Passo a explicar, foram criados os programas, como por exemplo a saúde escolar, mas até à presente data, ou não foram implementados ou se foram não foi da melhor forma. Também foram implementados nos currículos escolares temas sobre a prevenção e promoção da saúde. Mas do que pude observar nas escolas, também não esta a ser implementado da melhor forma, aqui a informação que obtivemos por parte dos professores é que eles não têm competências por falta de formação na área da saúde para abordar estas temáticas e ao mesmo tempo também verbalizam falta de tempo porque o currículo escolar é extenso.

É por isso, muito importante implementar parcerias entre as escolas e as instituições de saúde que queiram ser promotoras de saúde e deixarmo-nos de medidas avulsas que não são eficazes, que se perdem, se diluem, não são avaliadas por ninguém e como tal não surtem qualquer efeito. É necessário trabalhar estas temáticas de forma concertada, implicando um esforço colectivo, que permitam encontrar pontos comuns, com métodos de trabalho e actividades dinamizadoras.

Sabemos que jovens saudáveis têm melhor rendimento escolar, faltam menos à escola, apresentam menos problemas comportamentais, têm atitudes mais positivas, têm melhor qualidade de vida, têm maior probabilidade de virem a ser adultos produtivos e saudáveis. Portanto é fácil concluir que o investimento na educação reflecte-se, claramente na saúde de todos. Sendo assim é fundamental o apoio ao nível do desenvolvimento curricular da promoção da saúde em diversas áreas como a educação alimentar, vida activa saudável, consumos nocivos nomeadamente álcool e tabaco.

A promoção da saúde é assim uma temática, que atravessa toda a escola em todos os seus domínios e que implica um esforço de todos, no sentido de criar

consensos, que permita encontrar pontos comuns na sua acção, pois somente com um trabalho em conjunto, poderemos obter frutos.

Só compreendendo e conhecendo melhor a adolescência, relativamente a alguns dos seus comportamentos e vivências poderemos ajudá-los a viver de forma mais digna e harmoniosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adami, F.; Fernandes, T.; Fainer, D. & Oliveira, F. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. *Revista Digital-Lecturas* (83). Consultado em 4 de Abril de 2010 através: <http://www.efdeportes.com>

Adès, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos Alcoólicos e o seu Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Alves, D.; Pinto, M.; Alves, S.; Mota, A.; V. Leirós (2009). Cultura e imagem corporal. Fundação Técnica e Científica do Desporto American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA: Washington.

Altabe, M.; & Thompson, J. (1996). Body image: A cognitive self-schema construct. *Cognitive therapy and researd*, 20 (2) 171-193.

Antunes, M. T. O. (1998). Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas. *Revista Referência* n.º 1 Setembro pp. 29-39. Coimbra.

Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia Bulimia Obesidade*. Lisboa. Instituto Piaget: Biblioteca Básica de Ciência e Cultura.

- Assis, S.; Avanci, J.; Silva, C.; Malaquias, J.; Santos, N.; & Oliveira, R. (2003). A representação social do ser adolescente: Um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência e saúde colectiva*, 8, (3), 669-680. Consultado em 5 de Novembro de 2008 através: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17448.pdf>
- Baptista, V.; & Nodin, N. (2002). Espelho, espelho meu...A imagem corporal em pré-adolescentes. In I. Leal, I. Cabral, & J. Ribeiro (Org.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 71-80). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Barbosa, M.; & Costa, M. (2002). A influência da vinculação aos pais na imagem corporal de adolescentes e jovens. *Cadernos de consulta psicológica*, 17 (18), 83-94.
- Bennett, P.; Murphy, S. (1999). Psicologia e promoção da saúde. *Manuais Universitários*, 14, (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bouça, D. (1997). *Madrugada de lágrimas – depressão na adolescência* (2ª edição). Porto: Edinter.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Birch, L.L. (1999). Development of food preferences. *Annu Rev Nutr.* 19 41-62.
- Bryman, A. (1992). *Research methods and organization studies*. (2nd ed.). London: Routledge.
- Bryman, A & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais*. Oeiras: Celta.

- Bryant-Waugh, R.; Lask, Bryan. (2002). *Doenças do Comportamento Alimentar – Um guia para os pais*. (1ª edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Bugeda, J. (1974). *Manual de Técnicas de Investigación Social (Deteccion e Analisis)* (2ª ed.) Madrid. Instituto de Estudios Políticos.
- Burns, R. (1979). *The self concept*. London: Longman
- Cabral, A. (2002). Reflexões Sobre a Pesquisa nos Estudos Organizacionais: Em Busca da Superação da Supremacia dos Enfoques Positivistas RIMAR – *Revista Interdisciplinar de Marketing*, Jan./Abr., V.1, (1), 60-73.
- Calado, J. (1998). O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares – conhecimentos, atitudes e comportamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (4), 5-21.
- Calafat, A. & Munar, M. A. (1999). *Actuar es posible: Educación sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Calafat, A. (2002). Estratégias Preventivas del Abuso de Alcohol. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 317-335.
- Callegari, A.; Scaparra, D. (2009). *Como enfrentar a Anorexia e a Bulimia*. (1ª ed.) Lisboa: Editorial Estampa.
- Carmo, I. (1999). *Magros, Gordinhos e Assim-Assim – Perturbações Alimentares dos Jovens*. (2ª edição) Porto: Ambar.

- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carvalho, A., (1994). Alcoolismo na juventude e nas escolas portuguesas: a festa, o risco e a transgressão. *O Professor*, 3 (39), 59-62.
- Collet N.; Schieider J.F.; Correa A.K. (2000). A pesquisa em enfermagem: avanços e desafios. *Revista Latino-americana de enfermagem*, V. 53, (1), 75-80.
- Cole, T.J.; Bellizzi, M.C.; Flegal, K.M.; Dietz, W. H. O. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *B M J*. 320 1-6.
- Coleman, J. C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Contento, I. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research – a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27, 279-418.
- Cordeiro, J. D. (1979). *O Adolescente e a Família*. Lisboa: Moraes Editora.
- Cordeiro, R. A. (2006a). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Cordeiro, R. A. (2006b). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica* 4 (XXIV), 509-517.

Costa, M. C. O.; Souza, R. (2002). *Adolescência aspectos clínicos e psicossociais*, Porto Alegre: Artmed.

Comissão Europeia (2004). Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a mean of restoring the balance, Paderbon, Alemanha.

Conti, M., Frutuoso, M., & Gambardella, A. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, 18 (4), 491-497.

Cordás, A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 2004, 31 (4), 154-157. Consultado em 12 de Julho de 2010 através: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398.pdf>

Corte-real, N., Balaguer I., dias, C., Corredeira, R., Fonseca A. (2008). Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. *Saúde dos adolescentes*. Vol. 26, (2), Julho/Dezembro 2008.

Corte-Real, N. (2006). Desporto, saúde e estilos de vida... Diferentes olhares, objectivos e subjectivos, sobre os comportamentos dos adolescentes. Dissertação apresentada nas provas de doutoramento em Ciências do Desporto. Porto, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Consultado em 5 de Setembro de 2008 através: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/13607/2/>

Cunha, A. (1999). "Electromagnetismo" – Sua abordagem em manuais escolares de 12º ano. In Castro, R., Rodrigues A., Silva, J. e Sousa, M. (Coord.).

Daniela Simões & Rute F. Meneses (2007) Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade *Self-Concept of Obese and Non-Obese Children Faculdade de*

Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, Hospital Santa Maria Maior E. P. E, Barcelos, Portugal Disponível em www.scielo.br/prc

Dias, M.; Duque, A.; Neves, A.; Soares, F.; Cardoso, J.; & Carrão, L., (2006). *Mente são em corpo são*. In I. Leal, J. Ribeiro, & S. Jesus (org.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 325-331). Lisboa: ISPA.

Duarte, M. e Pereira, A. (1999). O manual escolar como facilitador da construção do conhecimento científico – o caso do tema “Reacções de Oxidação-Redução” do 9º Ano de escolaridade. In Castro, R., Rodrigues A., Silva, J. e Sousa, M. (Coord.) (1999). *Manuais Escolares – Estatuto, funções, história*. Universidade do Minho, 367-374. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Erikson, E. H. (1972). *Identity: youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company.

Hairston, J. E. (2000). How parents influence African American student’s decisions to prepare for vocational teaching careers. *Journal of career and technical education, 16*, (2).

Harter, S. (1990). Self and identity development. In: Feldman, S.S. Elliott, G.R. (Orgs.). *At The Threshold: The Developing Adolescent*. Massachusetts: Harvard University Press.

Hattie, J. (1992) *Self-Concept, Hillsdale*: Laurence Erlbaum Associates Publishers

Hines, M. S. (1997). *Factors influencing persistence among African American upperclassmen in natural science and science related majors*. Comunicação

apresentada no Encontro Anual da Associação Americana de Investigação na Educação. Chicago.

Faith, M.S.; Berman, N.; Heo, M.; Pietrobelli, A.; Gallagher, D.; Epstein, L.H.; et al. (2001) - Effects of contingent television on physical activity and television viewing in obese children. *Pediatrics*. 107 (104) 3-8.

Faria, L. & Fontain, A. M. (1990). Avaliação do Conceito de Si Próprio de Adolescentes. Adaptação de SQDI de Marsh à População Portuguesa. In: *Cadernos de Consulta Psicológica*.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica* (2005), 4 (XXIII) 361-371.

Feijão, F., Lavado E. (2003). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental/ (ECTAD/2003)*. Os adolescentes e o tabaco.

Fernandes, H. (2007). *O Bem-Estar Psicológico em Adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro: Vila Real.

Ferreira, M. (2010). Associação Portuguesa de Medicina Preventiva. Consultado em 5 de Setembro de 2010 através:

http://medicinapreventiva.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=2

Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Fleming, M. (1993). *Família e toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Figueiredo, E. (1985). "O Reino de Xantum", *os jovens e o conflito de gerações*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fisher, S. (1990). The evolution of Psychological Concepts about the body. In: Cash, T.F. & Puzinski, T. *Body Images: development, deviance and change*, (pp. 03-20). New York: The Guilford Press.
- Fonseca, H. (2002). Alimentação dos adolescentes: o perigo das dietas malucas. *Revista Medicina e Saúde*. Ano 6, (62), Dezembro. Lisboa.
- Fonseca, H. (2002a). *Compreender os adolescentes – Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e psicologia* (2^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K.R. Fox (Ed). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 111-140). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Frydenberg, R. (2008). *Adolescent coping: advances in theory, research and practice*. New York: Routledge.

- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2006). Percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes: diferenças de idade. In *actas (CD-ROM) VI Simpósio Nacional de Investigação em psicologia*, Évora.
- Gaspar, T.; Pais Ribeiro, J. L.; Leal I.; Matos M. (2008). Impacto da Satisfação com o Suporte Social na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde era Crianças e Adolescentes. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.
- Gaspar, T.; Pais-Ribeiro, J. L.; Matos M. & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, saúde & doenças*. 9 (1), 55-71.
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (1997). *Anorexia e Bulimia*. (1ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Gonçalves, P. (1999). Perturbações de comportamento alimentar: prevenção e tratamento. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Guthrie, H.A.; Picciano, M.F.; et al. (1995). *Nutrition from childhood through adolescence*. Human Nutrition, Missouri: Mosby-Year Book.
- Hargreaves, D. & Tiggemann, M. (2006). Body image is for girls: A qualite study of boys' dody image. *Journal of Health Psychology* 11, 4, 567-576.
- Kain, J.; Uauy, R.; Vio, F.; Albala, C. (2002). Trends in overweight and obesity prevalence in Chilean children: comparison of three definitions. *Eur J Clin Nutr.* 56 200-4.

- Kain, J.; Burrows, R.; Uauy, R. (2002a). Obesity trends in Chilean children and adolescents: basic determinants. *Eur J Clin Nutr.* 56 200-4.
- Kant, A.K. (2000). Consumption of energy-dense, nutrient-poor foods by adult Americans: nutritional and health implications. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Clin Nut.* 72 929 -36.
- Kant, A.K.; Graubard, B.I. (2004). Eating out in America, 1987-2000: trends and nutritional correlates. *Prev Med.* 38 243-9.
- Koplan, J.P.; Dietz, W.H. (1999). Caloric imbalance and public health policy. *Jama.* 282 1579-81.
- Lissener, L.; Heitmann, B.L. (1995). Dietary fat and obesity: evidence from epidemiology. *Eur. J. Clin. Nutr.*
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública* Vol. 22, (2), Julho/Dezembro. Consultado em 12 de Julho de 2010 através: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-04-2004.pdf>
- Maça, L. & Trindade, I. (1997). Intervenção psicológica em programas de saúde escolar no sistema de cuidados de saúde primários. In J. Ribeiro (ed.). *Actas da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 149-163. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Marques-Vidal, P., Velho, S. & Soares, A. (2001). Avaliação do estado nutricional, conhecimentos e hábitos alimentares de atletas de várias modalidades. *Revista Alimentação Humana*, 9 (3).

- Martins, M. A., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (eds.), *Provas psicológicas em Portugal* Vol. 1, (pp. 79-89). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Marsh, H.W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81 (3), 417-430.
- Marsh, H.W. (1990). The multidimensional, hierarchical self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2 77-172.
- Marsh, H.W. (1993). The multidimensional, structure of academic self-concept: Invariance over gender and age. *American Educational Research Journal*, 30 (4), 841-860.
- Mataruna, Leonardo (2004). Imagem Corporal: noções e definições Graduate Director of Physical Education - UNIABEU Master Science Student of Physical Education - FEF/UNICAMP <http://www.efdeportes.com/> *Revista Digital*. Buenos Aires, Abril, Año 10 (71).
- Matos, M. & Carvalhosa, S. (2001). Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar. *Aventura Social e Saúde*, 3 1. Lisboa. Edições: FMH, GPT e Ministério da Saúde.
- Matos, M.; Carvalhosa, S., Fonseca, H. (2001a). O comportamento alimentar dos jovens portugueses. *Aventura Social e Saúde*, 5 1. Lisboa. Edições: FMH, GPT e Ministério da Saúde.

Matos, M.; Carvalhosa, S., Reis, C. & Dias, S. (2001b). Os jovens portugueses e o álcool. *Aventura Social e Saúde, 7 1*. Lisboa. Edições: FMH, GPT e Ministério da Saúde.

Matos, M.; Carvalhosa, S., Vitória, P. & Clemente, M. (2001c). Os jovens portugueses e o Tabaco. *Aventura Social e Saúde, 6 1*. Lisboa. Edições: FMH, GPT e Ministério da Saúde.

Matos, M. et al (1996). Saúde e Estilos de vida nos jovens portugueses – *Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS*.

Matos, M. (2003). A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois). *Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. e Loureiro, I. (eds) (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, 57 – 84.

Matos, M, Simões, C., Gaspar, T., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., Ribeiro, J., Leal, I. & Equipa do Aventura Social (2006a). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Projecto Europeu Kidscreen – Relatório Português*. Consultado em 12 de Julho de 2010 através: www.fmh.utl.pt/aventurasocial

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006b). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial;

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006c). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8*

anos – *Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Web site:
www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006d). *Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar*. Web site:

www.fmh.utl.pt/aventurasocial;www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C. & Canha, L. (1999). Saúde e Estilos de Vida em Jovens Portugueses em Idade Escolar. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: FMH.

Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, Saúde Pública e Saúde Internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 449-462.

Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.

Matos, M. (2008). *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?* Universidade Técnica de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência Lisboa.

Matos, M. (2008a). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2008, 2, (XXVI), 251-263.

Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes Portugueses: 4 anos depois*. Fundação da Ciência e Tecnologia e Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.

Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C.; Canha, L. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS. Equipa pela Faculdade Motricidade Humana.

Maximiano, J.; Miranda, M.; Tomé C.; Luís, A. Teresa; M. (2004). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Psilogos*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, Vol. 1, nº 2, p. 69-76.

McIntyre, T., Soares, V. & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.

Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Mendoza, R. (1999). Prevención del tabaquismo entre los jóvenes: un reto alcanzable. In Precioso, J. Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Mendoza, R., Pérez, M. & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas com la salud* (1986-1990). Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Mendoza, R., & Sagrera, M. (1990). Los escolares y la Salud - Avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas com la Salud: *Plan Regional sobre Drogas-Ministerio de Educacion e Cultura*, Madrid.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa.

- Mosquera, J., & Stobaus, C. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de vida na Universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2006, 7 (1), 83-88.
- Moreira, P. (1999). Modelo alimentar para adolescentes escolares e jovens universitários. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 437 – 449.
- Negreiros, Jorge (1996). *Consumo de álcool e drogas nos jovens: Estudo epidemiológico no Concelho de Matosinhos*. Matosinhos: Contemporânea Editora.
- Neves, S.; Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influencia no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências humanas e Sociais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0502, 6, 206-218.
- Nunes e Breda (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde: Edições.
- Nunes, E. (2003). Causas da epidemia tabágica e estratégias. In Precioso, J. et al. *Actas do 1º encontro nacional de prevenção e tratamento do tabagismo*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Nunes, S. P. (2009). Auto-Conceito e Auto-Eficácia: Semelhanças, Diferenças, inter-relação e influencia no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0502.6 (2009) 206-218.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-363.

Lima, L. (1999). A Prevenção do Tabagismo na Adolescência. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 123-161). Lisboa: FMH.

Organização Mundial de Saúde (1984). Constituição da Organização Mundial de Saúde. Consultado em 12 de Setembro de 2010 <http://www.fd.uc.pt/>

Organização Mundial de Saúde (1985). *As metas da saúde para todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento – Ministério da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Versão portuguesa "*Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada.

Organização Mundial de Saúde (1986). *As metas de saúde para todos: metas de estratégia regional europeia de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Bureau Regional para a Europa.

OMS, CCE e CE (Organização Mundial de Saúde, Comissão da Comunidade Europeia, Conselho da Europa) (1995). Promover a saúde da juventude europeia. Educação

para a saúde nas escolas. *Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens*. Lisboa: Ministério da Educação.

Pais-Ribeiro, J. L. (1994). Adaptação do the self-perception profile for college students à população portuguesa: sua utilização no contexto da psicologia da saúde. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Org.). *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. (pp. 129-138). Braga: APPORT.

Pais-Ribeiro, J. L.; Ribeiro, L. (2003). Estudo de validação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica* (2003), 4 (XXI) 431-439.

Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. *Revista de Saúde Pública*, 20 (11) 20.

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: Trends in Body Mass Index from 1970-2002. Lisboa. *American Journal of Human Biology*; 16, 670-678.

Pasini, W. (1990). *Intimidade – O outro espaço da afectividade*. Lisboa: Difusão Cultural.

Pascual, F. (2002). Imagen Social de las Bebidas Alcohólicas. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 115-122.

Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, Março, 2004, vol.22 (1), 235-244. ISSN 0870-8231.

Peixoto, F., & Mata, L. (1993). Efeitos da idade, sexo e nível sócio-económico no auto-conceito. *Análise Psicológica*, 3, 20, 401-413.

Portal da Saúde Pública. Toxicodependências Consumo na Comunidade. Consultado em 12 de Setembro de 2010 através [HTTP://WWW.SAUDEPUBLICA.WEB.PT/05](http://www.saudepublica.web.pt/05)

Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 433-436.

Precioso, J. (2001). *Aprende a cuidar de ti*. Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.

Precioso, E Macedo (2003). Plano global de prevenção do tabagismo de Braga. In Precioso, J. et al – *Actas do 1º encontro nacional de prevenção e tratamento do tabagismo* – Instituto de Educação e Psicologia. Braga

Polit, D., Bernardette P. Hungler (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª ed.) Porto Alegre. Artes Médicas.

Polit, D.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Portugal (2003). Instituto da Droga e Toxicodependência, Ministério da Saúde.

Portugal (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004/2010 – Mais Saúde para todos*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Portugal (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Portugal (2007). *Plataforma Contra a Obesidade*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Ribeiro, A. (2003). *O Corpo que somos – Aparência, Sensualidade, Comunicação*. (2ª edição). Cruz Quebrada. Casas das Letras: Editorial Notícias.

Riebe, D.; Greene, G.W.; Ruggiero, L.; et al. (2002). Evaluation of a Healthy-lifestyle approach to weight management. *American Health Foundation and Elsevier Science*. 45-53.

Rodrigues, L., Mendes, Z. & Antunes, C. (1997). *Projecto europeu para estudo do álcool e outras substâncias em meio escolar*. Inquérito a alunos do ensino secundário Portugal 1995. Lisboa: Gabinete do Plano Coordenador de Combate à Droga.

Rodrigues, V. (2002). Risk Behaviors in Adolescents: The Need of a Prevention Model. *The Internet journal of World Health and Societal Politics*, 1 (2), 5-22.

Rodrigues, V. (2004). Comportamentos de risco para a saúde nos jovens: necessidades de uma intervenção. *O Professor*, 85 (3), 7-16.

Rosenberg, M. (1965). *Society and The Adolescent Self – image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1981). The self-concept: Social product and social force. In Rosenber, M. & Turner, R. H. (Eds.). *Social psychology – Sociological perspectives*, 593-624. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Sá, E. (2003). *Adolescentes somos nós*. Fim de Século-Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Salles, L. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estud. psicol. (Campinas)* vol.22 (1) Campinas Jan. /Mar. Departamento de Educação, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, SP, Brasil. Consultado em 10 de Julho de 2009 através: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2005000100005

Sampaio, D. (1996). *Voltei à Escola*. Lisboa: Editorial Caminho S.A.

Sampaio, D. (1999). *A arte da fuga*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2001). *Vozes e Ruídos – Diálogos com adolescentes* (12^a ed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio* (12^a ed.). Lisboa: Editorial. Caminho.

Sampaio, D. (2003). *Inventem-se novos pais* (15^a ed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sanmarti, L. (1988). *Educación Sanitária: principios, métodos e aplicaciones*. Madrid: Diaz de Santos.

Santos, C. (2005). A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. *Revista da Academia Paranaense de Letras*, 51, 165-188. Consultado em 20 de Setembro através:

<http://www.historiadaalimentacao.ufpr.br/artigos001.htm>

Santos, S.; Ataíde, S., & João, P. (1996). Stress parental em pais de crianças com obesidade e com doença renal crónica. *Análise Psicológica*, 3, (14), 231-243.

Santos, J. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17 (2), 27-42.

Sarriera, J. C., Silva, M. A., Kabbas, C. P. & Lopes, V. B. (2001). Formação da identidade ocupacional em adolescentes. *Estudos em Psicologia*, 6 (1), 27-32.

Sêco, J. (1997). *Chamados pelo nome – Da importância da afectividade na educação da adolescência*. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional – Ministério da Educação.

Senos, J. (1997). Identidade social, auto-estima e resultados escolares. *Análise, Psicológica*, Mar. 1997, vol.15, nº 1, p. 123-137. ISSN 0870-8231.

Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo*. (2. ed.), São Paulo: Martins Fontes.

Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H. (Eds.) (2006). Auto-conceito em indivíduos obesos: Qual o peso do índice de massa corporal. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*. (Org.) Isabel Leal, José Pais-Ribeiro, Saul Neves de

Jesus, 2006, Faro: Universidade do Algarve. Publicado: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Silva, S. & Maia A. (s/d). História de adversidade na família e queixas de saúde – um estudo comparativo entre obesos e não obesos. *Actas II Congresso Família, Saúde e Doença*.

Silva, S. & Maia A. (2007). Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. *Acta Med. Port* 2007, 20: 495-501.

Simões C.; Matos M.; & Foguet J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, saúde & doenças*. 7 (2), 147-164.

Sisto, F.; Martinelli, S. (2004). Estudo Preliminar para a Construção da Escala de Auto-conceito Infanto-Juvenil. *Interação em Psicologia*, Jul/Dez. 2004, 8 (2), 181-190.

Sprinthall, N. & Collins, A. (1994). *Psicologia do Adolescente – Uma Abordagem desenvolvimentista*. Lisboa. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

Souto-Lopes, J. (1990). Alcoolismo e adolescência. *Jornal do médico*. Ano 50, Vol. 128 (2353) 416-425.

Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability*, 19, 293-308.

Tapadinhas, A., Palhinhas, P., & Gouveia, P. (2006). Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. Ribeiro, & S. Jesus (Org.), *Actas do*

6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (p. 333-339). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Thompson, J. K., (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Vasconcelos-Raposo, J., Gonçalves, O., Teixeira, C., Fernandes, H. (2009). Relação entre dimensões do autoconceito e consumo de álcool em alunos. *Fundação Técnica e Científica do Desporto – Motricidade*, 5 (1), 51-76.

Vaz Serra, A. (1986). A importância do Auto-conceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

Vaz Serra, A., Firmino, H., Matos, A. P. (1986). Influência das relações pais/filhos no auto-conceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 137-141.

Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto conceito. *Psychological*, 1, 127-141.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (XX) 611-624.

Viana, V., Guimarães, M. J., Teixeira, M. C., & Barbosa, M. C. (2003). Aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34, 277-286.

Viana, V. (2008). *Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças*. Porto. Faculdade de ciências de Nutrição e Alimentação – Universidade do Porto.

Vilela, J., Lamounier, J., Filho, M., Neto, J., & Horta, G. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 2004, 80 (1), pp. 49-54. Consultado em 2 de Maio de 2009, através:

http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-01-49/port_print.htm

Williams, J., & Currie, J., (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 20, (2), 129-149.

Weiner, I. B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência* (2ª edição). Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

World Health Organization (1993). *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneve.

World Health Organization. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneve, Technical Report Series 854.

World Health Organization (1996). *Preparation and use of food-based dietary guidelines*. Geneve.

World Health Organization (1998). *Nutrition: An Essential Element of a Health Promoting School*. Geneve.

World Health Organization (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*. Geneve.

World Health Organization (2000). *Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic. The World Health Report*. Geneve.

World Health Organization (2001). *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneve.

World Health Organization (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. World Wide Web: <http://www.who.int/whr/es/index.html>

World Health Organization (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneve.

World Health Organization (2006). *Standards training course on child growth assessment*. Geneve.

ANEXOS

Anexo I

Questionário

QUESTIONÁRIO

Todas as respostas são confidenciais e não haverá qualquer tipo de identificação

1. Ano: _____ Idade _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Quantas refeições faz por dia? _____
4. Qual é para si, a refeição mais importante do dia? _____
5. Toma sempre o pequeno-almoço? Sim Não
6. Costuma comer na escola? Sim Não
7. Gosta das refeições da escola? Sim Não
8. Que tipo de bebidas consome? Refrigerantes Sumos de fruta naturais Batidos
Outra Se, consome outra qual é? _____
- 8.1 Com que frequência consome essas bebidas? Mais do que uma vez por dia Mais de
1 vez por semana Algumas vezes por mês Apenas em ocasiões especiais
- 8.2 Que quantidade consome dessas bebidas? Alguns goles Uma ou duas bebidas
Três ou quatro bebidas Cinco ou seis bebidas Mais do que seis bebidas
9. Consome bebidas alcoólicas? Sim Não
- 9.1 Com que frequência consome essas bebidas? Mais do que uma vez por dia Mais de
1 vez por semana Algumas vezes por mês Apenas em ocasiões especiais
- 9.2 Que quantidade consome dessas bebidas? Alguns goles Uma ou duas bebidas
Três ou quatro bebidas Cinco ou seis bebidas Mais do que seis bebidas
10. Fuma? Sim Não
11. Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____
12. Pratica exercício físico fora da escola? Sim Não
13. Nos últimos 6 meses qual foi o seu grau de satisfação com o seu ambiente familiar?
Nada satisfatório Pouco satisfatório Satisfatório Muito satisfatório
14. Já reprovou de ano? Sim Não
- 14.1 Se sim, quantas vezes? _____

A PREENCHER PELO TÉCNICO

Peso _____

Altura _____

IMC _____

ESCALA: IMAGEM CORPORAL

Antes de responder pense bem. Coloque uma cruz na opção que considera mais correcta. Todas as questões devem ser respondidas.

C – concorda **D** – discordo **I** – indeciso(a)

	C	D	I
1. O meu peso está apropriado para a minha estatura			
2. Sou demasiado pesado(a)			
3. Sinto-me bem com a minha imagem corporal			
4. Gostava de ser mais alto			
5. Estou satisfeito com o meu peso actual			
6. Penso que as minhas coxas têm demasiada gordura			
7. Quando vejo o meu corpo ao espelho, sinto-me satisfeito com o que vejo			
8. Tenho demasiada gordura á volta da anca			
9. Sinto-me confiante quando outras olham para mim, acho que ficam favoravelmente impressionadas			
10. Ficaria contente com a minha imagem corporal se pudesse redistribuir a gordura corporal			
11. A participação em actividades físicas tem-me dado uma imagem corporal favorável			
12. Gostava de perder algum peso corporal			
13. Vigio cuidadosamente a minha alimentação			
14. Gostava de ser mais musculado			
15. O exercício físico tem-me proporcionado um bom corpo			
16. Uma imagem corporal favorável não é muito importante			
17. Uma imagem corporal favorável é muito importante			
18. Ter excesso de peso não tem nada a ver com ser bem sucedido			
19. Os desportistas têm melhores corpos que os não desportistas			
20. Nasci com um corpo que pode ser modificado muito pouco			

ESCALA: PERCEÇÃO DE AUTO-CONCEITO

Vamos apresentar um conjunto de frases que permitem aos estudantes universitários e pré-universitários descreverem-se a si próprios. Não há boas nem más respostas, dado que os estudantes diferem bastante entre si. Em primeiro lugar, deve decidir se é a frase do lado esquerdo da folha que o descreve melhor ou se é a do lado direito (veja o exemplo abaixo). Uma vez escolhida a frase que melhor o descreve, deve decidir se você "**é mesmo assim**" ou se é "**mais ou menos assim**" e assinalar com uma cruz o quadrado respectivo. Para cada pergunta só deve colocar uma cruz. Um(a) vez vai colocar a cruz no lado direito da folha, outras vezes no lado esquerdo. Nunca deve colocar cruzes simultaneamente do lado direito e esquerdo: só deve assinalar um dos quatro quadrados que estão na mesma linha. Comece a responder a seguir ao exemplo.

EXEMPLO

	Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim				Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
			Alguns estudantes gostam de ser como são	MAS	Outros estudantes gostariam de ser diferentes	X	

COMECE AGORA A RESPONDER

	Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim				Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
1			Alguns estudantes gostam de ser como são	MAS	Outros estudantes gostariam de ser diferentes		
2			Alguns estudantes não estão muito orgulhosos com os trabalhos que fazem	MAS	Outros estudantes estão muito orgulhosos com os trabalhos que fazem		
3			Alguns estudantes sentem que dominam as matérias escolares	MAS	Outros estudantes sentem que não as dominam		
4			Alguns estudantes não estão satisfeitos com as suas competências de relacionamento social	MAS	Outros estudantes acham que as suas competências de relacionamento social são boas		
5			Alguns estudantes não estão satisfeitos com o seu aspecto físico	MAS	Outros estudantes estão satisfeitos com o seu aspecto físico		
6			Alguns estudantes gostam da sua forma de agir quando estão com os seus pais	MAS	Outros estudantes gostariam de agir de forma diferente quando estão com os seus pais		
7			Alguns estudantes sentem-se sós porque não têm um amigo íntimo com quem partilhar as coisas	MAS	Outros estudantes não se sentem sós porque têm um amigo íntimo com quem partilhar as coisas		
8			Alguns estudantes sentem-se tão espertos, ou até mais do que outros	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam tão espertos como os outros		
9			Alguns estudantes questionam frequentemente a moralidade do seu comportamento	MAS	Outros estudantes acham que o seu comportamento é habitualmente moral		
10			Alguns estudantes sentem que as pessoas por quem estão apaixonados se sentirão atraídas por eles	MAS	Outros estudantes duvidam que as pessoas por quem estão apaixonados se sentirão atraídas por eles		
11			Quando alguns estudantes fazem algo de estúpido que mais tarde lhes parece divertido, dificilmente riem de si mesmo	MAS	Outros estudantes quando fazem algo de estúpido que mais tarde lhes parece divertido, facilmente riem de si mesmo		
12			Alguns estudantes sentem - se tão criativos, ou até mais, do que outros	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam tão criativos como os outros		
13			Alguns estudantes acham que conseguiriam sair-se bem em qualquer actividade desportiva que não tenham experimentado antes	MAS	Outros estudantes receiam não se sair bem em qualquer actividade desportiva que não tenham experimentado antes.		
14			Alguns estudantes estão frequentemente desiludidos consigo mesmo	MAS	Outros estudantes normalmente sentem-se satisfeitos consigo mesmo		
15			Alguns estudantes acham que são muito bons nos trabalhos que fazem	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam capazes de fazer os seus trabalhos		

	Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim				Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
16			Alguns estudantes vão muito bem nos seus estudos	MAS	Outros estudantes não vão muito bem nos seus estudos		
17			Alguns estudantes acham difícil fazer novos amigos	MAS	Outros estudantes são capazes de fazer novos amigos facilmente		
18			Alguns estudantes estão satisfeitos com o seu peso e altura	MAS	Outros estudantes gostariam que o seu peso e altura fossem diferentes		
19			Alguns estudantes acham difícil agir com à vontade quando estão com os seus pais	MAS	Outros estudantes acham fácil agir com à vontade quando estão com os seus pais		
20			Alguns estudantes são capazes de fazer amigos íntimos em quem podem realmente confiar	MAS	Outros estudantes acham difícil fazer amigos íntimos em quem possam realmente confiar		
21			Alguns estudantes não se sentem muito capazes intelectualmente	MAS	Outros estudantes sentem que são muito capazes intelectualmente		
22			Alguns estudantes costumam fazer o que é moralmente certo	MAS	Outros estudantes algumas vezes não fazem aquilo que sabem ser moralmente certo		
23			Alguns estudantes acham difícil estabelecer relações amorosas	MAS	Outros estudantes não têm dificuldades em estabelecer relações amorosas		
25			Alguns estudantes preocupam-se por não serem tão criativos ou inventivos como os outros	MAS	Outros estudantes sentem que são muito criativos e inventivos		
26			Alguns estudantes não sentem que tenham boas capacidades atléticas	MAS	Outros estudantes sentem que têm boas capacidades atléticas		
27			Alguns estudantes habitualmente gostam de si mesmo como pessoa	MAS	Outros estudantes muitas vezes não gostam de si mesmo como pessoa		
29			Alguns estudantes têm dificuldades em resolver os seus trabalhos casa	MAS	Outros estudantes raramente sentem dificuldades com os seus trabalhos de casa		
30			Alguns estudantes gostam do modo como se relacionam com os outros	MAS	Outros estudantes gostariam de se relacionar de modo diferente com os outros		
31			Alguns estudantes gostariam que o seu corpo fosse diferente	MAS	Outros estudantes gostam do seu corpo tal como é.		
32			Alguns estudantes sentem-se bem sendo como são junto de seus pais	MAS	Outros estudantes têm dificuldade em serem eles próprios junto de seus pais		
33			Alguns estudantes não têm um amigo íntimo com quem possam partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais pessoais	MAS	Outros estudantes têm um amigo íntimo com quem partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais pessoais.		
34			Alguns estudantes acham-se tão inteligentes, ou até mais, do que outros	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam tão inteligentes como os outros		
35			Alguns estudantes gostariam de ser melhores do ponto de vista moral	MAS	Outros estudantes acham-se bons do ponto de vista moral		
36			Alguns estudantes têm capacidade para desenvolver relações românticas	MAS	Outros estudantes não acham fácil desenvolver relações românticas		
37			Alguns estudantes têm dificuldades em rir-se das coisas ridículas ou disparatadas que fazem	MAS	Outros estudantes acham fácil rir de si mesmo		
38			Alguns estudantes não se sentem muito inventivos	MAS	Outros estudantes sentem-se muito inventivos		
39			Alguns estudantes acham-se melhores do que os outros em desportos	MAS	Outros estudantes não se acham capazes de jogar tão bem como os outros		
40			Alguns estudantes gostam da maneira como conduzem a sua vida	MAS	Outros estudantes muitas vezes não gostam da maneira como conduzem a sua vida		

	Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim				Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
41			Alguns estudantes não estão satisfeitos com a maneira como fazem as suas tarefas	MAS	Outros estudantes estão bastante satisfeitos com a maneira como fazem as suas tarefas		
42			Alguns estudantes por vezes não se sentem intelectualmente capazes nos seus estudos	MAS	Outros estudantes geralmente sentem-se intelectualmente capazes nos seus estudos		
43			Alguns estudantes sentem-se aceites socialmente por muitas pessoas	MAS	Outros estudantes desejariam que mais pessoas os aceitassem		
44			Alguns estudantes gostam do seu aspecto físico tal como é	MAS	Outros estudantes não gostam do seu aspecto físico		
45			Alguns estudantes sentem-se incapazes de se dar bem com os seus pais	MAS	Outros estudantes dão-se bem com os seus pais		
46			Alguns estudantes são capazes de fazer amigos íntimos	MAS	Outros estudantes acham difícil fazer amigos íntimos		
47			Alguns estudantes preferiam ser diferentes	MAS	Outros estudantes estão muito contentes por serem como são		
48			Alguns estudantes duvidam que sejam muito inteligentes	MAS	Outros estudantes acham-se muito inteligentes		
49			Alguns estudantes vivem segundo os seus princípios morais	MAS	Outros estudantes têm dificuldades em viver segundo os seus princípios morais.		
50			Alguns estudantes preocupam-se com o facto de que quando se apaixonam por alguém, essa pessoa possa não lhes corresponder	MAS	Outros estudantes sentem que quando estão apaixonados por alguém, essa pessoa lhes corresponde		
51			Alguns estudantes são capazes de rir de certas coisas que fazem	MAS	Outros estudantes têm dificuldades em rir de si mesmo		
52			Alguns estudantes acham que têm muitas ideias originais	MAS	Outros estudantes duvidam que as suas ideias sejam originais		
53			Alguns estudantes não fazem bem actividades que exigem capacidade física	MAS	Outros estudantes são bons em actividades que exigem capacidade física		
54			Alguns estudantes muitas vezes estão descontentes consigo mesmo	MAS	Outros estudantes estão habitualmente bastante contentes consigo mesmo		

Adaptada à população Portuguesa (Pais Ribeiro, 1994)

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo II

Autorização do Ministério da Educação



augusta silva <augustabarrancos@gmail.com>

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0131300001

1 mensagem

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

19 de outubro de 2010 15:45

Para: augustabarrancos@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0131300001, com a designação *Perturbações do comportamento Alimentar*, registado em 27-09-2010, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a) Maria Augusta Silva

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Directora de Serviços de Inovação Educativa

DGIDC

Observações:

Sem observações

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo III

Pedido de Autorização à escola

Exm.º Sr. ou Sr.ª Presidente do Conselho Executivo

Escola _____

Eu Maria Augusta Borralho Carvalho Pacheco da Silva, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Psicologia, área de especialização, Psicologia da Saúde, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade do Algarve e da Escola Superior de Educação de Beja, do Instituto Politécnico de Beja, venho por este meio solicitar colaboração e autorização para realizar uma pesquisa que será utilizada na elaboração da dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Maria Cristina Faria da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Beja.

Foi pedida autorização à Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, (cópia em anexo), e enviado o questionário para proceder ao respectivo registo.

Pretendemos realizar um estudo de investigação cujo tema é **“Perturbações do Comportamento Alimentar em Adolescentes”**.

Este estudo destina-se à elaboração da Tese de Mestrado e tem como objectivos estudar **“De que forma a auto-imagem e a percepção do auto-conceito estão relacionados com o comportamento alimentar e estilos de vida saudáveis”**.

Para isso necessitamos efectuar um questionário, (deste questionário fazem parte 2 escalas, do Prof. Dr. Pais Ribeiro da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Prof. Dr.ª Paula Ravasco da Universidade de Medicina de Lisboa, já devidamente autorizadas pelos dois). Este questionário é de rápido preenchimento, em que a participação dos alunos será voluntária e as respostas serão anónimas e confidenciais, (questionário em anexo) e determinar o índice de massa corporal, a todos os alunos a frequentar o 10º, 11º e 12º ano da vossa instituição.

Da amostra farão parte todos os alunos a frequentarem o 10º, 11º e 12º ano no Concelho de Beja. Os resultados encontrados certamente permitirão valorizar e tornar credíveis práticas e estratégias de intervenção.

Na expectativa de poder contar com a vossa colaboração, pois sem ela este estudo será impossível de concretizar, solicitamos resposta com a maior brevidade possível. Apresento a minha disponibilidade para quaisquer diligências que forem necessárias.

Com os melhores cumprimentos

Maria Augusta Silva

Rua José Régio, nº 12
7800-380 Beja
Tm: 966406468
E-mail: augustabarrancos@gmail.com

Anexo IV

Pedido de Autorização aos pais



Universidade do Algarve



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Exmo. (a) Sr. (a) Encarregado (a) de Educação

Após autorização da Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação e do Concelho Executivo, vimos por este meio solicitar a sua autorização para o preenchimento de um questionário pelo seu educando. Neste questionário (que se encontra disponível para consulta no Conselho Executivo) é garantida a confidencialidade das respostas, (são anónimos) e não são colocadas questões do foro íntimo.

No âmbito do mestrado propomo-nos realizar um estudo sobre **“Perturbações do Comportamento Alimentar em Adolescentes”**. Este estudo tem como objectivo identificar **“De que forma a Imagem Corporal e a Percepção do Auto-Conceito estão relacionados com o comportamento Alimentar e Estilos de vida saudáveis”**.

A aplicação deste questionário será desenvolvida nas escolas Secundárias Diogo de Gouveia e D. Manuel I em Beja, pelo que a participação do seu educando se reveste da maior importância. Desta forma, solicitamos que autorize o seu educando a responder, em situação de sala de aula, ao referido questionário. Pedimos-lhe que assine e devolva este pedido de autorização ao Director de Turma.

Agradecemos a sua preciosa colaboração!

Autorização
Eu, _____(nome completo), Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____ _____(nome completo), da Turma _____ do _____º ano de escolaridade, declaro que:
<input type="checkbox"/> Autorizo o preenchimento pelo meu educando do questionário acima mencionado
<input type="checkbox"/> Não autorizo o preenchimento pelo meu educando do questionário acima mencionado
O Encarregado de Educação
_____/_____/2010

Nota: Caso não entregue o pedido de autorização devidamente assinado, considera-se como autorizado

Anexo V

Repetências de ano

Número de Repetências

Reprovação

		Frequência	Percent.	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	76	18,8	18,8	18,8
	Não	329	81,2	81,2	100,0
Total		405	100,0	100,0	

Nº reprovações

		Frequência	Percent.	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	uma reprov.	61	15,1	80,3	80,3
	duas reprov.	14	3,5	18,4	98,7
	3	1	,2	1,3	100,0
	Total	76	18,8	100,0	
Missing	Não aplicável	329	81,2		
Total		405	100,0		

Anexo VI

Pontuação da Escala do Auto-conceito

COTAÇÃO DOS ITENS DA ESCALA DA PERCEPÇÃO DO AUTO-CONCEITO

Esta escala destina-se a estudantes a partir do 11º ano de escolaridade inclusive.

A escala original inclui 54 itens enquanto a adaptação portuguesa inclui 52, dado terem sido retirados dois como já foi explicado (itens 24 e 28 da escala original)

A cotação dos itens é feita atribuindo 1 ponto ao registo mais à esquerda, dois ao seguinte, três ao seguinte e quatro ao mais à direita, excepto para aqueles que seguir são indicados como invertidos em que a atribuição de a nota é inversa.

Itens invertidos: 1, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 27, 30, 32, 34, 36, 39, 40, 43, 44, 46, 49, 51, 52,

Itens de cada sub-escala - A soma de todos os itens fornecem uma nota global de Auto-Conceito

Criatividade-12,25,38,52

Competência académica -2,3,15,16,29

Competência intelectual - 8,21,34,42,48

Competência atlética - 13,26,39,53

Aparência-5,18,31,44

Amizades íntimas - 7,20,33,46

Aceitação social - 4,17,30,43

Relações com os pais - 6,19,32,45

Relações amorosas - 10,23,36,50

Humor - 11,37,51

Moralidade - 9,22,35,49

Apreciação global - 1,14,27,40,41,47,54

Anexo VII

Pontuação Escala da Imagem Corporal

COTAÇÃO DOS ITENS DA ESCALA DA IMAGEM CORPORAL

A análise da escala é feita da seguinte forma.

Classificação:

C – 3 pontos

D – 1 ponto

I – 2 pontos

- Máximo de 60 pontos reflecte a mais favorável imagem corporal.

- O mínimo de 20 pontos reflecte a menos favorável imagem corporal.

Anexo VIII

Correlações da Auto-conceito com algumas sub-escalas

**OUTRAS CORRELAÇÕES SIGNIFICATIVAS DO AUTO-CONCEITO, COM AS
SUB-ESCALAS**

		AC	Cr	Ap	AI	AS	RP	RA	H	M	AG
Auto-conceito (AC)	Ró Spermen Sig.	1,000 ,	,548 ,000	,646 ,000	,500 ,000	,682 ,000	,421 ,000	,624 ,000	,351 ,000	,475 ,000	,816 ,000
Criatividade (Cr)	Ró Spermen Sig.	,548 ,000	1,000 ,	,252 ,000	,178 ,000	,300 ,000	,138 ,007	,275 ,000	,193 ,000	,152 ,002	,386 ,000
Aparência (Ap)	Ró Spermen Sig.	,646 ,000	,252 ,000	1,000 ,	,197 ,000	,290 ,000	,050 ,322	,387 ,000	,066 ,197	,188 ,000	,596 ,000
Amizades Íntimas (AI)	Ró Spermen Sig.	,500 ,000	,178 ,000	,197 ,000	1,000 ,	,503 ,000	,240 ,000	,356 ,000	,240 ,000	,242 ,000	,272 ,000
Aceitação Social (AS)	Ró Spermen Sig.	,682 ,000	,300 ,000	,290 ,000	,503 ,000	1,000 ,	,318 ,000	,445 ,000	,292 ,000	,381 ,000	,504 ,000
Relações com os Pais (RP)	Ró Spermen Sig.	,421 ,000	,138 ,007	,050 ,322	,240 ,000	,318 ,000	1,000 ,	,153 ,002	,212 ,000	,318 ,000	,298 ,000
Relações Amorosas (RA)	Ró Spermen Sig.	,624 ,000	,275 ,000	,387 ,000	,356 ,000	,445 ,000	,153 ,002	1,000 ,	,138 ,006	,265 ,000	,453 ,000
Humor (H)	Ró Spermen Sig.	,351 ,000	,193 ,000	,066 ,197	,240 ,000	,292 ,000	,212 ,000	,138 ,006	1,000 ,	,245 ,000	,146 ,004
Moralidade (M)	Ró Spermen Sig.	,475 ,000	,157 ,002	,188 ,000	,242 ,000	,381 ,000	,318 ,000	,265 ,000	,245 ,000	1,000 ,	,383 ,000
Apreciação Global (AG)	Ró Spermen Sig.	,816 ,000	,386 ,000	,596 ,000	,272 ,000	,504 ,000	,298 ,000	,453 ,000	,146 ,000	,383 ,000	1,000 ,