



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



O impacto do peso no autoconceito de jovens  
com excesso de peso e obesidade

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre  
em Ciências da Educação  
Especialidade em Educação para a Saúde

Orientador: Professora Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Júri:

Presidente

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Vogais

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Marlene Nunes da Silva

Professora Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Marlene Sofia Coelho Carreiras

2013

Um trabalho é sempre o resultado da conjugação de esforços entre várias pessoas. Assim, gostaria de agradecer a quem partilhou comigo este percurso, dando-me força e coragem nos momentos de maior necessidade e nos momentos em que apenas um “Muito bem” fazia toda a diferença.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luísa Quitério, da Faculdade de Motricidade Humana, que desde o início desta caminhada se mostrou disponível e pacientemente encorajadora, através da sua boa disposição e “fé” nas minhas capacidades.

A todos os jovens que se dispuseram a colaborar connosco, respondendo às nossas questões e expondo os seus maiores receios, no confronto com medidas muito longe dos 86-60-86 comumente apregoadas como perfeitas

Aos encarregados de educação dos jovens por terem permitido a participação dos seus educandos neste projeto.

Ao Agrupamento de Escolas de Santo André, na pessoa do professor António Espada, que desde logo se prontificou a “emprestar” o seu espaço para o desenvolvimento deste estudo.

Ao professor Vitor Fernandes que, pacientemente, disponibilizou o seu tempo, espaço e materiais nas aulas de Ciências Naturais para auxiliar nas medições dos seus alunos e desmistificar os (pre)conceitos por trás de um corpo perfeito.

Ao meu colega Pedro Flores, por ser a prova viva de uma boa camaradagem e espírito de entreatajuda, encorajando-me a perseguir os meus objetivos.

Ao grupo de colegas do Mestrado em Ciências da Educação, pela partilha de experiências e conhecimentos que tanto me enriqueceu nestes dois anos.

Às minhas colegas de trabalho, por serem acima de tudo minhas amigas, e estarem ao meu lado na luta por aquilo em que acreditamos ser o melhor para as crianças e jovens.

Aos meus pais, irmão e avó por me darem força e coragem para seguir em frente com os meus sonhos.

Ao meu marido, por estar sempre comigo.

## RESUMO

Abordou-se a questão dos aspectos psicológicos relacionados com o autoconceito em jovens com excesso de peso e obesidade.

Avaliou-se o IMC, o autoconceito, a autoestima e o índice de atividade física numa amostra de jovens com idades entre os 12 e os 18 anos ( $n=106$ ), através da Escala de Autoconceito para Adolescentes (Harter, 1988) e o Questionário de Atividade Física (Mota et al, 2002).

As raparigas apresentaram valores significativamente inferiores na perceção de competência atlética (média  $\pm$  dp:  $2,8 \pm 0,7$  vrs  $2,3 \pm 0,7$ , respetivamente para rapazes e raparigas:  $p=0,00$ ) e na importância atribuída a este domínio (média  $\pm$  dp:  $3,2 \pm 0,8$  vrs  $2,6 \pm 0,7$ , respetivamente para rapazes e raparigas:  $p=0,00$ ), mas não nos restantes domínios do autoconceito e na autoestima global.

Relativamente à prática de AF, constatou-se que os jovens da amostra possuíam um índice de intensidade moderada ( $12,7 \pm 3,8$ ), sendo que as raparigas apresentaram valores significativamente inferiores (média  $\pm$  dp:  $13,7 \pm 3,4$  vrs  $11,2 \pm 3,9$ , respetivamente para rapazes e raparigas:  $p=0,00$ ).

Encontraram-se associações entre o IMC e as variáveis competência atlética e aparência física, atração romântica e importância atribuída à competência escolar.

Os resultados indicam que o IMC influencia alguns domínios do autoconceito, embora não se tenham observado diferenças entre jovens com IMC distinto em nenhuma das variáveis estudadas, corroborando algumas das evidências encontradas na literatura.

Palavras-chave: Obesidade pediátrica, Autoconceito, Autoestima, Atividade Física, Índice de Massa Corporal, Educação para a Saúde.

## ABSTRACT

It was addressed the psychological aspects related to the self-perception in overweight and obese adolescents.

BMI, self-perception, self-esteem and physical activity (PA) was accessed in 12-18 year-old children (n=106), using the Self-Perception Profile for Adolescents (Harter, 1988 ) and the Physical Activity Questionnaire (Mota et al., 2002).

Girls had significantly lower perception of their athletic competence (mean  $\pm$  SD:  $2.8 \pm 0.7$  *vs*  $2.3 \pm 0.7$ , respectively for boys and girls:  $p=0.00$ ) and the importance related to this domain (mean  $\pm$  SD:  $3.2 \pm 0.8$  *vs*  $2.6 \pm 0.7$ , respectively for boys and girls:  $p=0.00$ ), but not in other areas of global self-perception and self-esteem.

Regarding the practice of PA, it appears that the sample showed a moderate intensity index ( $12.7 \pm 3.8$ ), and that girls had significantly lower scores (mean  $\pm$  SD:  $13.7 \pm 3, 4$  *vs*  $11.2 \pm 3.9$ , respectively for boys and girls:  $p=0.00$ ).

Associations were found between BMI and the variables regarding athletic competence and physical appearance, romantic attraction and importance attributed to school competence.

Results indicate that BMI influences some areas of self-perception, although differences were not observed among groups with distinguished BMI in any of the studied variables, corroborating some of the evidence found in the literature.

Keywords: Pediatric Obesity, Self-Concept, Self-Esteem, Physical Activity, Body Mass Index, Health Education.

Introdução.....	7
Definição do Problema.....	10
Pertinência do Estudo.....	11
Revisão da Literatura.....	15
Autoconceito.....	15
Autoconceito e Autoestima.....	15
Desenvolvimento do Autoconceito e Autoestima em Crianças e Adolescentes...15	
Definição e Operacionalização do Autoconceito.....	17
O Modelo de Susan Harter.....	18
Obesidade Pediátrica.....	20
Índice de Massa Corporal.....	21
Complicações para a Saúde.....	22
Riscos Psicossociais/Psiquiátricos.....	25
Atividade Física em Crianças e Adolescentes.....	27
Determinantes da Atividade Física em Crianças e Adolescentes.....	27
A influência da idade e do género na prática de Atividade Física.....	28
Atividade Física e Obesidade Pediátrica.....	30
Atividade Física, Autoconceito e Autoestima.....	32
Metodologia .....	34
Desenho .....	38
Amostra .....	34
Variáveis avaliadas e Instrumentos.....	35
Dados antropométricos e clínicos.....	35
Atividade Física.....	36
Autoconceito.....	36
Procedimentos .....	38
Análise Estatística.....	38
Apresentação dos Resultados .....	40
Caraterização da amostra .....	40
Análise daa associações entre as variáveis principais .....	43
Discussão dos Resultados .....	46
Conclusão e Sugestões .....	49
Bibliografia .....	51
Anexos.....	59
Anexo A: Autorização entregue aos Encarregados de Educação.....	60
Anexo B: Questionário de caracterização da amostra.....	62
Anexo C: Questionário de Atividade Física .....	64
Anexo D: Escala de Autoconceito para Adolescentes .....	66

## Lista de Tabelas

TABELA 1: Valores de IMC propostos por Tim Cole.....	22
TABELA 2: Comorbilidades na obesidade pediátrica.....	23
TABELA 3: Valores de corte utilizados para caracterizar a amostra nas três categorias, de acordo com o IMC, a idade e o sexo.....	36
TABELA 4: Caracterização da amostra.....	41
TABELA 5: Caracterização da amostra de acordo com a composição corporal.....	42
TABELA 6: Correlações entre as variáveis.....	44
TABELA 7: Coeficientes $\beta$ das regressões lineares múltiplas examinando as contribuições independentes do IMC nos domínios do autoconceito.....	45

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento significativo da incidência e prevalência da obesidade em crianças e adolescentes constitui-se como um fator de risco de diversas patologias graves ao nível da saúde física e psicológica, cujo impacto nesta fase desenvolvimental é consideravelmente negativo (Dietz, 1998; Fonseca & Matos, 2005).

Uma das características da adolescência é que o aspeto exterior percebido pelo jovem constitui a ferramenta por excelência no relacionamento com os outros, em que a comparação e identificação com o grupo de pares é determinante e onde o corpo desempenha um papel fundamental na socialização (Fonseca et al., 2008). Nesta interação com os outros e com o mundo desenvolve-se o autoconceito, definido como o valor que um indivíduo atribui a si mesmo, tendo em conta as suas características, habilidades e ações (Woolfolk, 2001). De acordo com Harter (1982) existem diferentes componentes do autoconceito os quais analisados na sua totalidade, dão acesso à valorização pessoal global. Assim, o autoconceito é estruturado por três dimensões independentes (cognitiva, social e física) e uma dimensão geral, a autoestima. Esta dimensão é então determinada pela percepção que os indivíduos têm das suas competências em diferentes domínios (competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, atração romântica, amizades íntimas e comportamento). Assim, se a criança se percebe como competente em áreas que considera importantes, a sua autoestima deverá ser elevada. Por outro lado, se a criança se percebe em alguns domínios muito importantes como pouco competente, então a discrepância entre importância e competência deverá ser elevada e resultará numa baixa autoestima (Harter, 1982).

Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO,1998) revelam que a obesidade é uma doença crónica que constitui um grave problema de saúde pública, sendo a sua prevalência elevada em crianças e adolescentes. Em Portugal a situação é idêntica à dos restantes países desenvolvidos, onde a prevalência da obesidade em adolescentes tem vindo a aumentar progressivamente. Destes adolescentes, cerca de 80% tornar-se-ão adultos obesos (Fonseca et al., 2008). O excesso de peso e a obesidade acarretam riscos elevados para a saúde física (doenças cardiovasculares, respiratórias, ortopédicas, entre outras) bem como consequências psicossociais, que poderão deixar marcas negativas no desenvolvimento (Dietz, 1998; Fonseca & Matos, 2005). De acordo com a investigação, as consequências psicossociais são mais marcantes e prevalentes a longo prazo (Moreira, 2005).

Muito embora as manifestações clínicas da maior parte das patologias crónico-degenerativas se manifestem na idade adulta, a maioria parece estar relacionada com padrões de comportamento que se estabelecem desde idades mais precoces (Mota e Sallis, 2002). A prática de atividade física (AF) é considerada como um comportamento facilmente controlável pelos indivíduos, estando fortemente relacionada com um estilo de vida saudável. Sabe-se que uma prática adequada de AF resulta em melhorias diretas no estado de saúde

de crianças e adolescentes. Os seus efeitos salutogénicos podem fazer-se sentir ao nível da capacidade cardiorespiratória, força muscular e mobilidade articular, ao nível da redução da gordura corporal e aumento da massa muscular e óssea, num melhor prognóstico para doenças do foro cardiovascular e metabólico, assim como na melhoria da saúde mental, reduzindo sintomas ansiosos e depressivos (Janssen, 2007; OMS, 2010).

A AF constitui-se como uma peça fundamental na prevenção e tratamento de crianças e adolescentes obesos (Kimm et al., 2002; Biddle et al., 2004; Trost et al., 2001), na medida em que desempenha um papel único e insubstituível na manutenção de um peso corporal equilibrado (Mota e Sallis, 2002; Reilly & McDowell, 2003). De realçar também a relação entre AF e autoestima, comprovada por vários estudos que consideram que a prática regular de uma AF prazerosa afeta positivamente a perceção de competência dos sujeitos e, conseqüentemente, a sua autoestima (Wang et al., 2009; Spence et al., 2005; Sothorn et al., 1999, Sallis et al., 1992).

Apesar de existirem diversos estudos que evidenciam uma associação forte e significativa entre a obesidade e o autoconceito e, conseqüentemente, a autoestima, em crianças e adolescentes (Silva, 2009; Dechen et al., 2000; Wallander et al., 2009; Simões e Meneses, 2007; Strauss, 2000; Wang et al., 2009; Braet et al., 1997), outro grande grupo de investigações revela que não existe relação direta entre estas variáveis (Cataneo et al., 2005; Galindo et al., 2002; Malfará, 2007; Carvalho et al., 2005; Jaswal & Jaswal, 2010; Cornette, 2008; Marsh et al., 2004; Gordon, 2001). Adicionalmente, a maioria dos estudos aborda o autoconceito apenas numa ou outra dimensão, como sejam a competência escolar e/ou competência física, ou na sua globalidade (Braet et al., 1997; Carvalho et. al, 2005; Strauss, 2000).

A reflexão sobre a problemática do presente trabalho decorreu então do pouco consenso existente nas evidências científicas desta área. Assim, a presente investigação procurou perceber se o excesso de peso e a obesidade se associam aos domínios específicos do autoconceito e, caso sejam verificadas associações significativas, quais os domínios mais influenciados por essas condições e quais as conseqüências na autoestima dos jovens. Como forma de diagnóstico do excesso de peso e da obesidade pediátrica, foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC). Para complementar os resultados, uma vez que existem evidências de que a prática regular de AF influencia tanto o IMC como o autoconceito e autoestima, foram também estudadas as relações entre a AF, as dimensões do autoconceito e o IMC.

Pretendeu-se com este trabalho complementar os estudos já existentes na área da obesidade pediátrica e contribuir para uma melhor compreensão das associações entre as condições de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes e as dimensões psicológicas.



A primeira parte do trabalho é dedicada à revisão bibliográfica e enquadramento teórico do autoconceito em crianças e adolescentes, da obesidade pediátrica e da AF nesta população, bem como da relação entre eles. O capítulo seguinte refere-se às questões metodológicas, onde se apresenta o desenho do estudo, a amostra, as variáveis estudadas e os instrumentos utilizados para a recolha dos dados, bem como o procedimento da investigação.

Em seguida, são apresentados os resultados obtidos segundo o modelo de compreensão do autoconceito de Susan Harter (1988), em função dos domínios que o constituem, bem como se determinam os resultados obtidos através dos cruzamentos entre as diferentes variáveis.

Da apresentação dos resultados passa-se para a discussão dos mesmos, procurando contextualizá-los na perspetiva da educação para a saúde.

Por fim, é apresentada uma sistematização dos elementos anteriormente avançados num balanço que situe os principais resultados face ao ponto de partida da investigação e aos possíveis desenvolvimentos futuros.

## **2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

O presente estudo teve por objetivo verificar as associações entre os domínios específicos do autoconceito, o IMC e os níveis de AF em rapazes e raparigas com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, que apresentam excesso de peso e obesidade.

Mais especificamente pretendeu-se:

- a) Identificar diferenças entre rapazes e raparigas nos domínios do autoconceito observados, IMC e índice de AF;
- b) Identificar diferenças entre os grupos com IMC distinto, nas demais variáveis avaliadas;
- c) Verificar as associações entre IMC, AF e os domínios do autoconceito;
- d) Verificar as associações independentes entre o IMC e os domínios do autoconceito;

### 3. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A obesidade é um problema de saúde que afeta uma elevada percentagem da população mundial. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2004), constitui-se como um dos maiores problemas de saúde da sociedade moderna, pois apresenta uma prevalência extremamente elevada, sendo assim reconhecida como um importante problema de saúde pública. Devido ao seu impacto em diversos aspetos clínicos, a obesidade foi já considerada como uma epidemia global (OMS, 1998; DGS, 2005).

A incidência e a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes parece também ser um fator alarmante (Reilly & Dorosty, 1999; cit. por Reilly & MacDowell, 2003; Strauss & Pollack, 2001). Vários estudos indicam que cerca de 80% das crianças e adolescentes obesos tornar-se-ão adultos obesos (Oliveira, 2000; cit. por Cataneo et al., 2005; Fonseca et al., 2008; Kiess et al., 2001). Em Portugal verifica-se a mesma tendência. Padez e colegas (2004) concluíram que 31,5% das crianças portuguesas, entre os 7 e os 9 anos de idade, apresentam excesso de peso ou obesidade. Fonseca e colaboradores (2008) referiram que a prevalência da obesidade nos adolescentes tem vindo progressivamente a aumentar no nosso país. Também Coelho e outros investigadores (2008) revelaram uma elevada prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses em idade escolar.

Ao nível da saúde, a obesidade constitui-se como fator de risco de diversas patologias graves, nomeadamente ao nível metabólico, como sejam doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidémias, diabetes tipo II e diversos tipos de cancro (Velasquez-Mieyer et al., 2005; Daniels et al., 2005), assim como também apneia do sono, tumor cerebral, cardiomiopatia, artrite degenerativa e doenças respiratórias (Velasquez-Mieyer et al., 2005). Pode ainda conduzir ao desenvolvimento de problemas psicossociais e psiquiátricos (Kiess et al., 2001).

O sofrimento psicológico é um dos efeitos adversos mais significativos que a obesidade tem na adolescência, dadas as profundas transformações bio-psico-sociais desta fase de desenvolvimento. Este sofrimento pode ser determinante no aparecimento de perturbações que podem afetar os indivíduos durante toda a vida (Stunkard & Wadden, 1992; Dietz, 1995). Estas perturbações incluem as de natureza emocional, como a depressão e ansiedade, frequentemente associadas à ingestão excessiva de alimentos (Apfeldorfer, 1997; cit. por Pereira, 2007; Silva et al., 2008), automutilações e tentativas de suicídio, comportamentos de risco ao nível do abuso de substâncias, da sexualidade e do comportamento alimentar, como sejam dietas altamente restritivas e bulímia (Kiess et al., 2001; Dietz, 1998) e fraca qualidade de vida (Daniels et al., 2005; Wallander et al., 2009). Alterações comportamentais, sofrimento psíquico e baixo autoconceito são características também apontadas como consequências da obesidade em crianças e jovens (Azevedo, 1996; cit. por. Carvalho et al., 2005), assim como o

isolamento, uma vez que impede a participação em algumas atividades por incapacidade de as realizar ou porque são frequentemente alvo de chacota (Pereira, 2007; Muller, 2001).

O efeito negativo do excesso de peso e da obesidade no autoconceito de crianças e adolescentes tem sido uma possibilidade levantada por diversos estudos. Alguns, que conceberam o autoconceito como um constructo único e geral, referiram que os indivíduos com excesso de peso e obesidade apresentavam um baixo autoconceito (Erermis et al., 2004; Young-Hyman, 2003), enquanto que aqueles que se reportaram ao autoconceito como um constructo multifacetado, com diversas sub-componentes, verificaram que as crianças obesas possuíam níveis significativamente inferiores nos domínios da competência atlética e aparência física (Simões e Meneses, 2007), bem como na autoestima global (Strauss, 2000).

Dechen, Cano e Ribeiro (2000) ao analisarem as autopercepções de crianças que procuravam tratamento para a obesidade, identificaram descontentamento com o excesso de peso e sentimentos de menos valia.

Wallander e colaboradores (2009) examinaram a associação entre o peso corporal e a qualidade de vida, bem como a sua relação com o autoconceito, em crianças de diversas etnias. Verificaram que as crianças obesas apresentavam resultados inferiores ao nível da qualidade de vida psicossocial, o que estaria positivamente relacionado com o autoconceito global e com a imagem corporal (insatisfação). Concluíram assim, que a obesidade tem efeitos psicossociais negativos.

Simões e Meneses (2007) desenvolveram um estudo cujo objetivo consistiu em comparar o autoconceito em 100 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, obesas e não obesas. Para tal, utilizaram o *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) ou *Perfil de Auto-Percepção para Crianças*, uma escala construída por Susan Harter (1982) que se destina a avaliar cinco domínios específicos do autoconceito (competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física e atitude comportamental) e a autoestima global. Os autores verificaram que os sujeitos não obesos apresentaram valores médios significativamente mais elevados nos domínios da competência atlética e aparência física, enquanto que nas crianças obesas observaram-se valores médios significativamente mais elevados na atitude comportamental. Apesar dos resultados alcançados por esta investigação corroborarem, em parte, os dados da literatura, os autores sugeriram a replicação e ampliação do estudo, utilizando complementarmente a Escala de Importância, uma subescala do SPPC, que avalia a importância atribuída aos cinco domínios do autoconceito, para que seja possível aferir o grau de importância que cada criança atribui a cada um dos domínios específicos do autoconceito e, assim, fazer uma melhor interpretação dos resultados obtidos, bem como uma melhor planificação da intervenção ao nível do autoconceito junto desta população. Referiram ainda que a variabilidade interindividual verificada na amostra deve ser tida em conta, uma vez que as crianças com peso normativo poderão apresentar um baixo

autoconceito em alguns domínios e as crianças obesas poderão ter um autoconceito bastante elevado nalguns domínios (Simões & Meneses, 2007).

Num estudo longitudinal, Strauss (2000) pretendeu avaliar a autoestima global e a competência escolar de crianças entre os 9 e os 10 anos de idade e 4 anos mais tarde, através do SPPC. Observou que, apesar dos resultados da autoestima e da competência académica não serem significativamente diferentes entre as crianças obesas e não obesas, nos 4 anos seguintes, quando estas tinham 13 e 14 anos de idade, os jovens obesos apresentaram níveis inferiores de autoestima. O autor concluiu que os jovens que apresentaram um descréscimo na autoestima manifestavam sentimentos de tristeza, solidão e nervosismo, quando comparados com aqueles cuja autoestima aumentou ou se manteve. Para o autor, este descréscimo na autoestima pode estar relacionado com os baixos níveis de AF, o aumento dos níveis de depressão e um ambiente familiar pouco estimulante. Assim, sugeriu que sejam desenvolvidos estudos que integrem fatores associados à obesidade, tais como o apoio familiar e as interações sociais, para a diminuição dos efeitos psicossociais negativos nos adolescentes obesos.

Por outro lado, de acordo com a literatura consultada, outros estudos não encontraram uma relação direta entre a obesidade e o autoconceito. Cataneo e colaboradores (2005) não identificaram diferenças significativas no autoconceito de crianças obesas e não obesas, em todos os sub-componentes da escala, sobretudo, na aparência e atributos físicos; e tanto as crianças obesas como não obesas manifestavam insatisfação com o seu corpo e aparência física (Carvalho et al., 2005). Por sua vez, Galindo e colegas (2002) verificaram que nem sempre os jovens obesos revelaram uma imagem negativa dos seus corpos e nem todos se achavam “gordos”. Também Cornette (2008), Marsh e colaboradores (2004) e Gordon (2001) verificaram, nas suas investigações, que os adolescentes obesos não se diferenciavam no autoconceito, quando comparados com adolescentes com peso normativo, embora a maioria dos adolescentes manifestasse valores de autoconceito abaixo da média, independentemente da sua idade, género e peso corporal (Jaswal & Jaswal, 2010). Malfará (2007) não identificou diferenças quanto à popularidade, aparência física e atributos pessoais, entre adolescentes obesos e não obesos.

Vários estudos apontam para a relação entre AF e autoestima, onde a primeira afeta de forma positiva a segunda. Wang e colegas (2009) e Spence (2005) verificaram que a prática de AF estava positivamente relacionada com a autoestima. Sothorn e outros investigadores (1999) consideraram a AF fundamental na prevenção de doenças crónicas e na promoção da saúde em geral, tendo repercussões positivas na autoestima e na imagem corporal. Trost e colegas (2001), ao compararem os padrões de AF com determinantes psicossociais e ambientais em crianças obesas e não obesas, verificaram que as crianças obesas revelavam menores níveis de AF, assim como níveis significativamente inferiores de autoeficácia relativamente à AF.

A investigação das consequências da obesidade pediátrica têm-se centrado sobretudo ao nível da saúde física e muito poucos estudos têm investigado as consequências ao nível da saúde mental (Wang et al., 2009). Uma vez que, tanto a AF (Spence et al., 2005; Sothorn et al., 1999) como as condições de excesso de peso e obesidade se associam a diversas variáveis psicológicas (Kiess et al., 2001; Dietz, 1998; Walker & Hill, 2009; Britz et al., 2000; Strauss, 2001); dado que jovens que apresentam menores níveis de prática regular de AF têm tendência para acumular maiores depósitos de massa gorda total (Biddle et al., 2004; Trost et al., 2001; Kimm et al., 2005; Reilly e McDowell, 2003) e regional, ao nível da zona abdominal (Teixeira et al., 2001), e um IMC superior relativamente aos seus pares com padrões de AF mais elevados (Ekelund et al., 2005; Kimm et al., 2002; Kimm et al., 2005); e de acordo com as evidências que sugerem uma diminuição dos padrões de AF com o avanço da idade, particularmente na fase da adolescência e nas raparigas (Kimm et al. 2002, Sallis et al., 2000; Strauss et al., 2001), o presente estudo pretendeu contribuir para a investigação sobre as repercussões psicossociais do excesso de peso e da obesidade em jovens, numa fase de desenvolvimento em que o aspeto exterior é soberano nas relações estabelecidas com o mundo e com os outros e em que as pressões da sociedade moderna e dos *mass media* elegem a magreza como ideal de beleza e como impulsionador de sucesso ao longo da vida. Adicionalmente, procurou-se perceber quais os padrões de AF desses jovens e as associações estabelecidas com o IMC e as variáveis psicológicas.

## 4. REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1. Autoconceito

#### **Autoconceito e Autoestima**

O facto de a terminologia do *self* ser demasiado extensa, gera alguma indefinição quanto a uma correta e objetiva diferenciação, sobretudo no que respeita ao autoconceito e autoestima (Fox, 2000; cit. por Bernardo & Matos, 2003). Apesar desta imprecisão e indefinição dos conceitos se ter arrastado durante muito tempo, atualmente parece existir um consenso na definição dos constructos primários do *self* (Fox, 1998; cit. por Bernardo & Matos, 2003), considerando que se tratam de duas entidades psicológicas distintas que reenviam para diferentes dimensões do *self* (Peixoto, 1996).

Segundo vários autores, o autoconceito é mais abrangente e refere-se à autodescrição do indivíduo, estando relacionado com a perceção que o mesmo tem de si próprio (Peixoto, 1996; Vaz-Serra, 1988), enquanto que a autoestima é a dimensão avaliativa do autoconhecimento, relacionada com a forma como a pessoa se autoavalia (Baumeister, 1994; cit. por Bernardo & Matos, 2003).

Em suma, o autoconceito refere-se à imagem que o sujeito tem de si mesmo em vários domínios, enquanto que a autoestima diz respeito à avaliação ou modo como o indivíduo se sente acerca da sua imagem. Assim, a autoestima pode ser usada para fazer referência à autoavaliação de um sujeito como um todo (autoestima global) ou pode estar relacionada com a avaliação do *self* em determinada dimensão ou domínio (Bernardo & Matos, 2003).

#### **Desenvolvimento do Autoconceito e Autoestima em Crianças e Adolescentes**

A formação do autoconceito é um processo que se vai realizando conforme as etapas de desenvolvimento, sofrendo influências das experiências de vida dos sujeitos. No entanto, existem diferentes perspetivas relativamente à evolução do autoconceito ao longo da vida, sendo que uns defendem que é um constructo que se mantém estável durante toda a vida, outros afirmam que tem tendência a evoluir e ainda outros consideram que ele varia de acordo com o contexto. Apesar disso, à medida que o indivíduo se desenvolve cognitivamente, as suas perceções e avaliações de si próprio vão-se tornando cada vez mais complexas e vão interagindo com contextos sociais onde se integram (Antunes, 2006).

Para Woolfolk (2001), o autoconceito é um constructo muito importante no desenvolvimento das crianças, dado que estas desenvolvem o “sentido de si” através das interações que estabelecem e com as experiências que vivenciam. Para o autor, o autoconceito é então o valor que um indivíduo atribui às suas próprias características, qualidades, habilidades e ações. A vertente dinâmica do autoconceito ao longo do ciclo da vida tem sido alvo de algumas investigações, nomeadamente ao nível da infância e da

adolescência, períodos fundamentais na formação do autoconceito (Valente, 2002; Simões, 2001).

Damon e Hart (1982; cit. por Simões, 2001) propuseram um modelo para analisar a formação do autoconceito em crianças e adolescentes, onde enfatizaram o desenvolvimento social da criança, tendo em conta a sua integração no meio, a par da diferenciação que se vai estabelecendo entre si própria e os outros. Este modelo refere que durante a transição da infância para a adolescência, e o conseqüente desenvolvimento da autocompreensão, as mudanças na compreensão do *The Me* interagem com as mudanças na compreensão do *The I*. É, portanto, um modelo que considera as diferentes idades em que a criança vai atingindo um determinado conhecimento das diversas dimensões que constituem o *self*, assim como os diferentes componentes do *Eu*. Assim, enquanto na primeira infância a dimensão preponderante do *The Me* é aquela relacionada com o aspeto do conhecimento corporal (a componente física), na adolescência a dimensão principal está relacionada com a componente psicológica.

Segundo Simões (2001) a tarefa dominante da adolescência é o estabelecimento de uma identidade que se manifeste satisfatória, tanto para o indivíduo, como para a sociedade onde está inserido. Nesta fase de desenvolvimento, as modificações biológicas e cognitivas que lhe são próprias, fazem com que o adolescente procure no grupo de pares, o suporte para a sua autoestima, decorrente da necessidade crescente de autonomia relativamente à família. Esta procura resulta numa reaproximação dos pais quando o jovem adquire a noção de indivíduo único e autónomo.

Também Harter (1999) se refere ao período de início da adolescência no qual as modificações normativas envolvem cinco aspetos: conteúdo saliente, estrutura/organização, valência/precisão, natureza das comparações e sensibilidade aos outros. Nesta fase desenvolvimental o conteúdo saliente está voltado para as competências sociais, para a atratividade social ou para os atributos que influenciam as interações com os outros e de acordo com os papéis desempenhados. Relativamente à estrutura/organização, existe uma intercoordenação dos diferentes atributos em abstrações simples, isto é, os seus pensamentos baseiam-se no “tudo ou nada”. A valência/precisão refere-se ao facto de os atributos positivos, num momento, se poderem tornar negativos noutra, levando a sobregeneralizações inadequadas. Em relação à natureza das comparações, a autora afirma que esta é contínua, embora elaborada de modo não aberto; enquanto que a sensibilidade aos outros está relacionada com a internalização de diferentes padrões e opiniões dos outros em diferentes contextos relacionais (Harter, 1999).

De acordo com Faria e Azevedo (2008), o autoconceito descrece à medida que a idade avança, conseqüência da autoavaliação positiva e irrealista que as crianças fazem e que se vai modificando de acordo com a crescente noção de realismo que os indivíduos vão adquirindo ao longo do seu desenvolvimento. Como a adolescência é um período marcado



por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais, existe também uma alteração ao nível do autoconceito, que se vai tornando mais diferenciado, multifacetado e estruturado. Enquanto as crianças utilizam categorias gerais e indeferenciadas para se descreverem e avaliarem, os adolescentes recorrem a categorias específicas e diferenciadas e são capazes de integrar no conceito de si mesmo o *feedback* avaliativo dos outros.

É precisamente nesta fase da adolescência que os estereótipos sociais podem afetar a autoestima dos indivíduos, uma vez que, por um lado o adolescente compara-se a ideais sociais e, por outro, avalia-se através do *feedback* dos outros significativos. Na adolescência o *eu* ideal frequentemente difere do *eu* real, ou seja, aquilo que gostaria de ser e a forma como realmente se percebe. Esta preocupação estende-se ao que os outros pensam de si, sobretudo no início da adolescência (Myers & Biocca, 1992). Quando as expectativas sociais são percebidas como opostas à autoperceção ou à autoavaliação, certamente que afetará negativamente a autoestima (Silvestre, 2011).

### **Definição e Operacionalização do Autoconceito**

O autoconceito tem sido um objeto de estudo muito importante nos últimos anos para as teorias da psicologia do desenvolvimento. Porém, têm surgido problemas na forma como deve ser medido e na sua operacionalização.

De acordo com Vaz Serra (1986) o autoconceito consiste na perceção que um sujeito tem de si próprio nas diversas facetas que integram a sua vida, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica. É um construto integrador que leva a reconhecer a identidade pessoal e a coerência do comportamento, independentemente das influências do meio ambiente onde está inserido. O autor refere ainda que o autoconceito desempenha um papel fundamental a nível individual, pois está ligado a motivações, necessidades, atitudes, personalidade e na relação que o indivíduo estabelece com o meio ambiente. Assim, a sua formação não decorre da simples enumeração de comportamentos observáveis, mas de um processo simbólico.

Para Shavelson e colaboradores (1976; cit. por Shavelson & Bolus, 1982) o autoconceito é um constructo hipotético, cujo conteúdo consistiria na perceção do *self* de um indivíduo, formado através da experiência com o meio, das interações com os outros e das atribuições acerca do seu comportamento, resultando num conjunto de atitudes sobre si próprio. Os autores identificaram sete aspetos do autoconceito, essenciais para a sua definição: 1) organizado e estruturado; 2) multifacetado; 3) hierarquizado; 4) estável; 5) desenvolvimental; 6) descritivo e avaliativo e 7) diferencia-se dos outros teoricamente relacionados.

Vários modelos teóricos explicativos têm sido propostos, nomeadamente, o modelo unidimensional, o taxonómico e o compensatório. Relativamente ao modelo unidimensional, este sugere a existência de um fator geral de autoconceito ou que existe um fator geral que domina fatores específicos. Porém, este modelo não teve suporte empírico suficiente,

revelando problemas ao nível da análise estatística e de mensuração (Marsh & Hattie, 1996). O modelo taxonómico defende que o autoconceito é estruturado com uma série de fatores específicos, relativamente independentes uns dos outros. Este modelo não apresentou também suporte empírico que contribuísse para a sua credibilidade (Marsh & Hattie, 1996). Quanto ao modelo compensatório, este salienta a existência de uma faceta geral e defende que as facetas constituintes do autoconceito relacionam-se inversamente, ou seja, o baixo estatuto de uma faceta era compensado pelo elevado estatuto de outra. Ainda assim, este modelo não reuniu consenso entre a comunidade científica (Byrne, 1984).

Um dos importantes motivos do progresso ao nível da investigação científica em torno do autoconceito deve-se ao facto de se passar de uma perspetiva unitária para uma perspetiva multidimensional do constructo (Simões, 2001). O modelo hierárquico e multidimensional de Shavelson e colaboradores (1976; cit. por Simões, 2001) foi fundamental para o avanço da investigação do autoconceito. Neste modelo, o autoconceito é encarado como um constructo multidimensional e hierárquico, sendo que no topo da hierarquia se encontra o autoconceito geral (a faceta mais estável do autoconceito), que por sua vez se divide em autoconceito académico e não académico. Relativamente ao autoconceito académico, este subdivide-se em áreas mais específicas de acordo com os diversos domínios da aprendizagem, enquanto que o autoconceito não académico se divide em autoconceito físico, social e emocional.

A par do modelo de Shavelson e seus colaboradores (1976; cit. por Simões, 2001) estão os contributos de Susan Harter (1982), cujas conceptualizações sobre o autoconceito ocupam uma posição central e têm sido alvo de diversas investigações.

### **O Modelo de Susan Harter**

Partindo da ideia de William James (1892; cit. por Harter, 1985) de que a autoestima resulta da relação entre a competência do sujeito e o seu nível de aspiração, Susan Harter (1988) considerou que o sucesso em domínios considerados importantes pelo sujeito, resultaria em níveis elevados de autoestima ou, pelo contrário, uma baixa competência percebida em domínios considerados importantes teria como consequência uma baixa autoestima. Por outro lado, a competência em domínios considerados como não importantes para o sujeito, não produziria efeitos significativos na sua autoestima.

Harter (1990) desenvolveu então um modelo no qual a orientação da motivação, a perceção do controlo e a perceção da competência são conceitos centrais no desenvolvimento do autoconceito. A autora (Harter, 1988) conceptualizou o autoconceito como uma imagem pessoal global multifacetada, com uma dimensão descritiva/avaliativa global acerca do *self*, que se denomina *global self worth* (valor próprio global), e outra dimensão que contempla as perceções de si próprio para as diferentes dimensões em que cada sujeito se descreve – *domain specific judgements of competence or adequacy*.

Susan Harter (1999) considerou que a construção do autoconceito é influenciada pelo contexto em que o indivíduo interage, resolvendo-se a partir de acontecimentos pessoais de continuidade do comportamento e de identidade pessoal, de consistência e coerência da forma como se percebe e avalia, condicionando os seus comportamentos, a forma como se relaciona com os outros, as respostas que recebe e reconhece, as tensões emocionais que experiencia e a forma como as identifica e interioriza. O constructo é postulado por uma perspectiva cognitivo-desenvolvimentista, enfatizado nos processos de desenvolvimento intrapessoais, interindividuais e simbólico-interaccionistas.

De acordo com o seu modelo, Harter (1985) construiu o *Self-Perception Profile For Children* (SPPC) para avaliar o autoconceito, partindo do *Perceived Competence Scale for Children*. O SPPC destina-se a crianças entre os 8 e os 12 anos e é constituído por duas escalas: o Perfil de Auto percepção e a Escala de Importância. A primeira permite avaliar cinco domínios específicos do autoconceito: 1) Competência Escolar, 2) Aceitação Social, 3) Competência Atlético, 4) Aparência Física, 5) Comportamento, bem como aceder à Autoestima Global (Harter, 1985).

Mais tarde, e considerando que o construto multidimensional tem em conta várias dimensões, sendo uma delas a idade, Harter (1988) desenvolveu uma escala de autoconceito para adolescentes, muito semelhante ao SPPC: o *Self-Perception Profile for Adolescents* (SPPA). O SPPA apresenta, na sua versão original, várias subescalas, sendo que oito se referem a domínios específicos: 1) Competência Escolar, 2) Aceitação Social, 3) Competência Atlético, 4) Aparência Física, 5) Competência para o Trabalho, 6) Atração Romântica, 7) Comportamento, 8) Amizades Íntimas – e uma outra destina-se à avaliação da Autoestima.

O facto de um dos domínios se referir à Autoestima como um domínio mais geral, não significa que este corresponda à soma das auto percepções específicas, mas sim como um constructo relativamente independente, que constitui uma percepção geral do sujeito enquanto pessoa. Deste modo, considera-se que a imagem que se obtém é mais rica e diferenciada do que a obtida por instrumentos que forneçam uma única medida do autoconceito (Veerman et al., 1996; cit. por Peixoto et al., 1996).

## 4.2. Obesidade Pediátrica

Em Portugal a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar de uma forma alarmante (Sardinha et al., 1999; Fonseca et al, 2008; Coelho et al., 2008). Dados publicados pela Direcção Geral de Saúde (DGS,2009), através da Plataforma Nacional Contra a Obesidade, revelam que uma em cada três crianças portuguesas apresenta excesso de peso ou obesidade, sendo que 29% das crianças portuguesas, entre os 2 e os 5 anos de idade têm excesso de peso e 12,5% são obesas. Na faixa etária dos 6 aos 8 anos, a prevalência do excesso de peso é de 32% e a da obesidade é de 13,9%, e nos jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos 28,2% apresentam excesso de peso e 11,3% são considerados obesos. Portugal está, assim, entre os países europeus com maior número de crianças afectadas por esta a epidemia (DGS, 2009).

A obesidade pediátrica poderá causar sérios problemas de saúde, sobretudo doenças cardiovasculares, hipertensão, cardiomiopatia, dislipidemia, diabetes, cancro, asma, apneia do sono, tumor cerebral, artrite degenerativa e aterosclerose (Velasquez-Mieyer et al., 2005; Daniels et al., 2005). Verificaram-se também graves problemas sociais, como bullying e discriminação (Wadden & Stunkard, 1993; Stunkard & Sobal, 1995; Warschburger, 2005) e psicológicos, como baixo autoconceito, fraca autoestima (Wang et al., 2009; Franklin et al., 2006; Strauss, 2001), depressão (Britz et al., 2000; Wardle et al., 2006; Herva et al., 2006) ou perturbações do comportamento alimentar (Decaluwé et al., 2003; Levine et al, 2006; Galsofer et al., 2007).

Entre os hábitos e comportamentos promotores de saúde, logo preventivos da doença, consideram-se, especialmente, os hábitos de prática regular de AF, a qual tem sido considerada uma prática fundamental para a prevenção e tratamento da obesidade pediátrica e na manutenção de um peso adequado (Kimm et al., 2002; Mota & Sallis, 2002).

Quanto à inatividade física, a investigação parece unissona quando refere que a obesidade pediátrica está fortemente relacionada com o sedentarismo e com o estilo de vida obesogénico das crianças e jovens (Reilly, 2005; Kimm et al., 2005; Kimm et al., 2002). Kimm e colegas (2005) relataram que mudanças na AF em pré-adolescentes e adolescentes relacionavam-se com alterações nas medidas de tecido adiposo de raparigas. Evidenciaram igualmente que a AF decresce significativamente durante a adolescência, principalmente nas raparigas (Kimm et al., 2002). Também Trost e colaboradores (2001) verificaram que as crianças obesas manifestavam pouca prática de AF diária, bem como possuíam uma fraca perceção de autoeficácia para praticar exercício físico. Assim, parece consensual que na etiologia da obesidade pediátrica se encontra uma reduzida prática de AF e/ou elevados comportamentos sedentários (Reilly & McDowell, 2003).

## Índice de Massa Corporal (IMC)

A obesidade em crianças e adolescentes é difícil de definir e diagnosticar. Uma das dificuldades do diagnóstico da obesidade nos jovens prende-se com a falta de critérios claros e inequívocos de definição desta condição (Kiess et al., 2001).

Dos métodos antropométricos que procuram definir as condições de excesso de peso e obesidade, o IMC é apontado por vários autores como uma medida precisa e válida em jovens. O IMC é obtido através da fórmula: peso (kg) / altura (m<sup>2</sup>). Uma das formas de se identificar a obesidade é o quando o valor de IMC excede o percentil 95 para crianças e adolescentes da mesma idade e sexo, sendo considerado excesso de peso quando os valores se situam entre os percentis 85 e 95 (OMS, 1998). Valores de IMC acima do percentil 99 correspondem a situações de obesidade mórbida ou severa (Kopelman, 2000). Tim Cole e seus colaboradores (2000) desenvolveram uma outra definição internacional de excesso de peso e obesidade para crianças e adolescentes, identificando valores de corte específicos para idade e sexo (**Tabela1**). Para o seu desenvolvimento, os autores utilizaram os valores de corte correspondentes ao excesso de peso e à obesidade em adultos (25kg/m<sup>2</sup> e 30 kg/m<sup>2</sup>, respetivamente). Tanto para os adultos, como para as crianças e jovens, estes valores de corte estariam relacionados com o risco para a saúde (Cole et al., 2000).

No entanto, diversas limitações são referenciadas na literatura relativamente à utilização do IMC enquanto instrumento único de diagnóstico da obesidade. A principal limitação encontra-se no facto de que, como qualquer relação peso-altura, não distingue a origem do peso, ou seja, não identifica se o peso corresponde a massa magra ou gorda, nem como se distribui (OMS, 1997). No caso das crianças e dos adolescentes também se colocam algumas questões na utilização do IMC, devido às rápidas mudanças corporais que ocorrem durante o crescimento (OMS, 1997; Cole et al., 2000), nomeadamente ao nível da massa óssea, devido ao crescimento em altura e da massa muscular, particularmente evidente nos jovens atletas.

Sjöström (1993) considerou que, em indivíduos com IMC igual, mas com estaturas diferentes, o risco correlaciona-se de modo inversamente proporcional à altura.

Apesar das suas limitações, o IMC é uma das medidas mais frequentemente utilizadas pelos profissionais de saúde e investigadores para diagnosticar o excesso de peso e a obesidade em crianças e adolescentes (Kiess et al., 2001).

**Tabela 1** – Valores de IMC propostos por Tim Cole (2000) de acordo com idade e sexo.

Idades	IMC 25Kg/m <sup>2</sup>		IMC 30Kg/m <sup>2</sup>	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2	18,41	18,02	20,09	19,81
3	17,89	17,56	19,57	19,36
4	17,55	17,28	19,29	19,15
5	17,42	17,15	19,30	19,17
6	17,55	17,34	19,78	19,65
7	17,92	17,75	20,63	20,51
8	18,44	18,35	21,60	21,57
9	19,10	19,07	22,77	22,81
10	19,84	19,86	24,00	24,11
11	20,55	20,74	25,10	25,42
12	21,22	21,68	26,02	26,67
13	21,91	22,58	26,84	27,76
14	22,62	23,34	27,63	28,57
15	23,29	23,94	28,30	29,11
16	23,90	24,37	28,88	29,43
17	24,46	24,70	29,41	29,69
18	25,00	25,00	30,00	30,00

### **Complicações para a Saúde da Obesidade Pediátrica**

A importância da obesidade, do ponto de vista da saúde, está relacionada com as suas implicações como fator de risco de diversas patologias graves, tais como aterosclerose, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e algumas formas de cancro, assim como também se verificam problemas psicossociais e psiquiátricos (Daniels et al., 2005; Viana, 2002; Teixeira et al., 2001; Kiess et al., 2001; Goran e Malina, 1999).

Segundo Klish (1998; cit. por Viana, 2002) uma criança obesa aos 6 anos tem 25% de probabilidade de vir a ser um adulto obeso, enquanto que aos 12 anos essa probabilidade aumenta para os 75%. Assim, se uma criança é obesa, apresenta um risco duas vezes maior de vir a ser um adulto obeso relativamente a uma criança com peso adequado (Viana, 2002).

Também Velasquez-Mieyer e outros investigadores (2005) identificaram os vários riscos associados à obesidade em crianças e jovens, dividindo-os em 3 tipos: a) metabólicos, ou seja, diabetes, síndrome metabólica, hipertensão, doença cardiovascular, cancro, etc; b) mecânicos, nomeadamente, apneia do sono, tumor cerebral, cardiomiopatia, artrite degenerativa, doenças respiratórias, entre outras; e c) psicossociais, que incluem depressão,

perturbações do comportamento alimentar, ansiedade e dificuldades de relacionamento interpessoal.

Kiess e colaboradores (2001) consideraram que as diversas comorbidades relacionadas com a obesidade pediátrica podem ser categorizadas da seguinte forma: psicossociais/psiquiátricas, cardiovasculares e respiratórias, endócrinas e ginecológicas, metabólicas, ortopédicas e outras (**Tabela 2**).

**Tabela 2** – Comorbidades na obesidade pediátrica (Kiess et al., 2001).

<b>Psicossociais/Psiquiátricas</b>
Fraca autoimagem
Isolamento social
Automutilação
Suicídio
Comportamentos sexuais de risco
Toxicod dependência
Perturbações do Comportamento Alimentar
Descontrolo dos esfíncteres
<b>Cardiovasculares e respiratórias</b>
Aterosclerose
Hipertensão
Apneia do sono
Ressonar
Síndrome de Pickwick
Capacidade reduzida dos pulmões
<b>Endócrinas e ginecológicas</b>
Hiperinsulinemia
Resistência à insulina
Puberdade precoce
Ovários poliquísticos
Dismenorreia
<b>Metabólicas</b>
<b>Dislipidemia</b>

Num estudo longitudinal desenvolvido com crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, Freedman e colegas (1999) concluíram que os jovens com excesso de peso e obesidade apresentavam níveis mais elevados de colesterol total, hipertensão arterial, C-HDL (colesterol das lipoproteínas de alta densidade) baixo, C-LDL (colesterol das lipoproteínas de baixa densidade) elevado, resistência à insulina e triglicéridos elevados. Do total de participantes obesos, mais de metade (58%) apresentavam pelo menos um destes fatores de risco. Das crianças obesas que participaram nesta investigação, 77% mantiveram-se com o mesmo estatuto ponderal quando adultas e manifestaram níveis indesejados de colesterol, resistência à insulina e pressão arterial elevada (Freedman et al., 2001).

Associações entre obesidade e risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares foram encontradas por Teixeira e colegas (2001), numa amostra de crianças e adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 10 e aos 15 anos. Os autores verificaram que as crianças obesas apresentavam um perfil lipídico pior do que as não obesas e, por isso, apresentavam um maior risco de doença cardiovascular no futuro. Neste estudo, verificou-se que a distribuição da massa gorda exerce um papel fundamental, sendo que o padrão de distribuição de massa gorda centrada na região abdominal, apresenta associações mais fortes com os factores de risco cardiovasculares (Teixeira et al., 2001)

A importância de se conhecer o padrão de distribuição da gordura e não somente o grau de obesidade relaciona-se com o prognóstico de risco de saúde (Goran & Malina, 1999). Sabe-se que uma distribuição de gordura na parte superior e central do corpo estabelece associações mais fortes com diversos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, independentemente da gordura total (Teixeira et al., 2001). Sabe-se que a massa gorda acumulada no tronco e o tecido adiposo visceral parece aumentar os níveis de triglicéridos, C-HDL e pressão arterial sistólica, mesmo em crianças e adolescentes (Daniels et al., 1999; Owens et al., 2000).

A distribuição da gordura corporal pode ser verificada por uma variedade de procedimentos antropométricos, como sejam a relação cintura-anca (RCA) e o PC (perímetro da cintura), sendo que o PC parece constituir uma ferramenta mais segura para determinar a adiposidade central, inclusivamente em crianças e adolescentes (Fernandez et al., 2004). A adiposidade abdominal, medida pelo PC no *Bogalusa Heart Study*, que pretendeu analisar a relação entre a distribuição da gordura corporal e as doenças cardiovasculares em crianças entre os 5 e os 17 anos de idade, apresentou fortes associações com os níveis de C-LDL, C-HDL, insulina e níveis de triglicéridos (Freedman et al., 2000).



## **Riscos Psicossociais/Psiquiátricos**

Como vimos, a obesidade acarreta igualmente riscos psicossociais e psiquiátricos, geralmente associados a baixa autoestima, isolamento social, automutilação, consumo de estupefacientes e perturbações do comportamento alimentar, como a bulimia (Kiess et al., 2001).

Crianças e adolescentes com obesidade parecem apresentar uma menor qualidade de vida em relação aos seus pares, que por sua vez se relaciona com a severidade da doença, sintomas depressivos, suporte percebido e estatuto socioeconómico (Walker & Hill, 2009).

As pessoas obesas são alvo de preconceito e discriminação em países industrializados. Este preconceito pode ser visto desde a infância, como demonstra Staffieri (1967) que ao avaliar a percepção que as crianças tinham acerca de crianças obesas, verificou que as crianças obesas eram descritas como “preguiçosas, sujas, burras, feias e mentirosas” e que quando instigadas a escolher com quem preferiam brincar, as crianças, inclusivamente aquelas com sobrepeso, preferiram crianças com outras doenças incapacitantes a crianças obesas.

Também em investigações com adolescentes se observaram este tipo de preconceitos. Quando questionados, os jovens preferiam casar-se com ladrões, toxicodependentes e pessoas com deficiência do que com pessoas obesas (Wadden & Stunkard, 1993; Stunkard & Sobal, 1995).

Por sua vez, de acordo com Warschburger (2005) os adolescentes obesos ou com excesso de peso reportaram ser alvo de *bullying*, rejeitados ou tratados de maneira diferente pelos seus pares devido ao seu peso. Embora não existissem diferenças significativas entre géneros quanto à percepção que tinham sobre os comentários de que eram alvo, as raparigas sentiam-se mais incomodadas que os rapazes com este comportamento. Para o autor, o evitamento seria a estratégia de *coping* mais utilizada pelas crianças e adolescentes para lidarem com este tipo de preconceitos, sobretudo aqueles cujo peso era o alvo de chacota (Warschburger, 2005).

De acordo com Dietz (1998), a maturação precoce está associada ao aumento da gordura corporal e as crianças que crescem mais cedo apresentam uma autoestima mais baixa. O autor verificou que as crianças obesas costumam ser mais altas que os seus pares com peso normativo, e os adultos que desconhecem a idade cronológica destas crianças tendem a pensar que são mais velhas e a ter expectativas mais elevadas em relação às mesmas. Este facto pode levar a frustração e sentimentos de desadequação, bem como a uma fraca competência de relacionamento interpessoal, dependência da família e isolamento, causando assim consequências graves ao nível da socialização (Dietz, 1998).

De acordo com Walker e Hill (2009), as crianças obesas tendem a apresentar um maior risco de depressão, baixa autoestima e fraca qualidade de vida, em parte relacionado com estas experiências negativas em contexto social.

Diversas investigações referem que a depressão é mais evidente em adolescentes obesos (Britz et al., 2000) e que, sobretudo nas raparigas, se verifica uma maior vulnerabilidade a esta doença (Wardle et al., 2006). O risco de depressão aumenta nos adolescentes em que a obesidade persiste até à idade adulta (Herva et al., 2006).

A relação entre obesidade e autoestima tem sido abordada em vários estudos que demonstraram que, à medida que a idade vai avançando, as raparigas obesas apresentavam uma autoestima inferior aos rapazes (Miller & Downey, 1999).

Através do modelo de Susan Harter, Phillips e Hill (1998) verificaram que as raparigas obesas apresentavam valores significativamente mais baixos nos domínios da competência atlética e da aparência física, identificando-se como menos atrativas e menos atléticas do que as raparigas com peso adequado.

Num estudo semelhante conduzido por Franklin e colaboradores (2006), observou-se que as crianças obesas apresentaram, no domínio da competência atlética, da aparência física e autoestima valores significativamente inferiores aos dos pares com peso normativo. Também aqui as raparigas obtiveram resultados inferiores aos rapazes nestes domínios, assim como no domínio da aceitação social. Os autores referiram que as crianças obesas apresentam 2 a 4 vezes maior probabilidade de obterem resultados inferiores nos diversos domínios do autoconceito, sendo a aparência física e a autoestima global aqueles onde a prevalência é maior em ambos os sexos. Concluíram, assim, que o impacto da obesidade no autoconceito dos pré-adolescentes é significativo, sobretudo nas raparigas, mas apenas em alguns domínios. Estes jovens apresentam risco de se percecionarem como pouco competentes no desporto, na aparência física e nas relações interpessoais (Franklin et al, 2006).

Através dos dados do *Statistics Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, numa amostra de 22.831 crianças entre os 0 e os 13 anos de idade, recolhidos em três fases com intervalos de 2 anos entre entrevistas, Wang e colegas (2009) analisaram associações longitudinais entre o peso corporal e autoestima. Os resultados revelaram que a obesidade causava baixa autoestima, e que esta se prolongava até à adolescência, uma vez que as crianças identificadas como obesas, na primeira fase, apresentaram quase o dobro das possibilidades de manifestarem baixa autoestima quatro anos depois na terceira fase, quando adolescentes, em relação às crianças com peso normal. Os autores verificaram também que as raparigas possuíam níveis de autoestima significativamente inferiores aos rapazes, quer durante a infância, quer na adolescência, e que se percecionavam como menos atraentes e menos competentes atleticamente. Encontraram uma relação positiva entre a prática de AF e autoestima (Wang et al., 2009).

### **4.3. Atividade Física em Crianças e Adolescentes**

As alterações substanciais nas condições de vida e nos fatores que influenciam a saúde têm sido as principais causas de morbidade e mortalidade, associadas sobretudo às doenças crónico-degenerativas, de foro cardiovascular e aquelas relacionadas com a obesidade. Estas repercussões na saúde das populações estão fortemente relacionadas a alterações comportamentais que advêm de um estilo de vida sedentário e obesogénico (Mota & Sallis, 2002).

A AF representa um dos comportamentos que o indivíduo facilmente controla e está associada a um estilo de vida saudável, que privilegia o bem-estar e a saúde (Mota & Sallis, 2002). Assim, constitui-se como um fator de proteção de doenças crónico-degenerativas e outras sintomatologias (Bouchard, Shepard & Stephens, 1994; cit. por Mota & Esculcas, 2002), que poderão ser prevenidas através da prática consistente durante a infância e adolescência (Aaron et al, 1993; cit. por Mota & Esculcas, 2002).

Sabe-se que a prática regular de AF pode ter efeitos positivos imediatos ao nível da saúde, afectando a composição corporal e o desenvolvimento músculo-esquelético dos jovens (Malina et al., 2004).

#### **Determinantes da Atividade Física em Crianças e Adolescentes**

A consciência de que existem múltiplos fatores envolvidos na adoção de comportamentos ativos, assim como e o declínio da AF nas crianças e jovens que tem ocorrido nas últimas décadas, tem conduzido a um crescente interesse sobre os fatores que influenciam a prática de AF, nomeadamente: 1) fatores intrapessoais, onde o comportamento pode ser explicado por uma génese primária no indivíduo, e 2) fatores interpessoais, onde o comportamento é influenciado pelas relações que o sujeito estabelece com o meio e pelo envolvimento social e físico (Mota e Sallis, 2002). De acordo com Sallis e Owen (1999), estes fatores são fundamentais na identificação dos determinantes pessoais, sociais e ambientais que poderão influenciar práticas de atividade na sua generalidade.

Para Yang e colaboradores (1996) importa perceber o que influencia a probabilidade das crianças e jovens serem fisicamente ativos ou, pelo contrário, o que os leva a adotar comportamentos mais sedentários. A adesão das crianças e jovens à prática de AF é um processo complexo que envolve o desenvolvimento, a aprendizagem e a assimilação de competências, valores, normas, percepções de si, identidades e papéis, promovidos por diferentes variáveis familiares e sociais, como sejam, o grupo sociodemográfico, a educação e a área de residência. Fatores como os pares, treinadores, escola, órgãos de comunicação social e família foram observados por Sallis e Nader (1988; cit por. Mota & Sallis, 2002) como determinantes da prática de AF em crianças e jovens.

Diversos modelos e teorias têm sido propostos para explicar a AF enquanto comportamento. Atualmente, uma abordagem mais amplificada tem sido considerada por alguns investigadores, recorrendo a modelos socioecológicos do comportamento, que consideram múltiplos fatores de influência (Owens et al., 2000).

Através da análise elaborada por Mota e Sallis (2002), considera-se que a prática de AF em crianças e adolescentes é influenciada por variáveis intrapessoais, como sejam, fatores demográficos e biológicos (como o sexo, a idade, o estatuto socioeconómico, a composição corporal/obesidade) e fatores psicológicos, cognitivos e emocionais (autoeficácia, prazer na prática, fluir/motivação intrínseca, barreiras, atitudes/benefícios, intencionalidade, comportamentos); por variáveis interpessoais, como a influência da família, os pares, o treinadores/professor e a escola; por variáveis ambientais, que englobam as características climáticas, sazonais e geográficas, bem como a acessibilidade a equipamentos e espaços; e, por último, pelas características da AF, como sejam a frequência e intensidade, individuais ou grupais, formais, informais ou do tipo espontânea.

Num estudo cujo objetivo consistiu em analisar os determinantes ambientais e sociodemográficos da AF, Gordon-Larsen e colegas (2000) consideraram como fatores de influência ambientais a etnia e o género, as aulas de Educação Física, os centros recreativos presentes na comunidade, a criminalidade, as características sazonais e geográficas enquanto que os fatores sociodemográficos seriam a educação da progenitora e os rendimentos familiares.

Matos, Carvalhosa e Diniz (2002) desenvolveram um estudo que pretendeu analisar um conjunto de variáveis explicativas associadas à AF de adolescentes portugueses. Contemplaram variáveis sociodemográficas, variáveis de carácter pessoal, social, económico e escolar, e concluíram que fatores como a idade, o sexo, a perceção de saúde, a autoimagem, o tempo passado com os amigos fora da escola e as saídas à noite, bem como o consumo de álcool e o envolvimento em provocações estariam associados à prática de AF, nos adolescentes em idade escolar.

### **A influência da idade e do género na prática de Atividade Física**

A investigação parece clara quando aponta uma diminuição substancial da AF com a idade, sendo este facto mais visível nas raparigas (Sallis et al., 2000; Strauss et al., 2001; Kimm et al., 2002).

Biddle, Gorely e Stensel (2004) efetuaram uma revisão da literatura cujo enquadramento consistiu na análise epidemiológica comportamental da prática de AF em crianças e adolescentes. Mais especificamente na análise das relações entre AF e excesso de peso e obesidade, entre outras variáveis. Os autores verificaram que, embora os estudos indiquem que os jovens são fisicamente ativos, mais os rapazes do que as raparigas, este comportamento tem tendência a diminuir com a idade e que, mesmo aqueles que praticam

AF não o fazem adequadamente para terem benefícios ao nível da saúde. Ainda assim, o sedentarismo entre os jovens não parece estar associado à prática de AF. Na revisão, surgiram evidências de que baixos níveis de AF estão relacionados com a obesidade em crianças e adolescentes, assim como a prática de AF está positivamente relacionada com a saúde mental. Concluíram que promover a prática de AF entre crianças e jovens é aconselhável (Biddle et al., 2004).

Epstein e colegas (2001) desenvolveram uma revisão de vários estudos que utilizavam a frequência cardíaca como método de medição da AF diária acumulada por crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. Os autores verificaram que os minutos despendidos em AF diminuíram progressivamente desde as idades inferiores a 7 anos, para as idades entre os 7 e os 12 anos e superiores a 12 anos. Observaram ainda um maior nível de AF diária nos rapazes em comparação com as raparigas em todos os níveis de intensidade, e que o tempo despendido em AF estava associado inversamente à intensidade da mesma. Apesar de concluírem que, na generalidade, as crianças estariam a praticar os 30 minutos diários de AF moderada a vigorosa, seguindo assim as recomendações do Colégio Americano de Medicina Desportiva/Centro de Controlo de Doenças, sugeriram o aumento do volume de AF, para mais de 60 minutos diários de baixa intensidade e cerca de 30 minutos diários de AF de intensidade elevada), de forma a promover a saúde (Epstein et al., 2001).

Mota e Esculcas (2005) desenvolveram um estudo que pretendeu identificar as atividades de lazer mais procuradas pelos adolescentes e os mecanismos de influência da idade e do género na adesão às práticas de lazer, como opção livre e espontânea, durante a adolescência. Foram avaliados 594 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, através de questionários. Os resultados indicaram que os adolescentes apresentaram uma grande parcela de tempo livre não estruturado, sendo que as atividades praticadas pela maioria dos jovens podem ser classificadas como lazeres não ativos. A participação em AF não organizada foi pouco expressiva.

Os mesmos autores, num outro estudo cujo objetivo consistiu em descrever as associações entre género, idade e prática de AF (estruturada ou não-estruturada) avaliada através de auto-relato, em adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade, verificaram que as raparigas apresentaram comportamentos mais sedentários que os rapazes, preferindo atividades mais estruturadas. Os autores sugeriram que que à medida que a idade avança, as atividades desportivas organizadas tornam-se mais importantes (Mota & Esculcas, 2002).

Kimm e colegas (2002), num estudo longitudinal que pretendeu examinar as mudanças na prática de AF em raparigas de diferentes etnias, com idades entre os 9 e os 19 anos, utilizando para o efeito questionários de autorelato, verificaram uma associação significativa entre a actividade física praticada aos 9 e 10 anos de idade e o IMC aos 18 e 19 anos de idade, sendo que o aumento do IMC das raparigas mais inactivas permaneceu

significativamente, maior em comparação com o das raparigas com maiores índices de AF. Os autores concluíram que a prática de AF decrescia significativamente durante a adolescência nesta população e que este decréscimo estaria relacionado com o aumento do IMC, gravidez e o consumo de tabaco.

Ao analisarem o padrão e os níveis de AF, através de acelerometria, em 2185 crianças e adolescentes com 9 e 15 anos de idade, participantes do *European Youth Health Study*, Riddoch e colegas (2004) verificaram que os rapazes são fisicamente mais ativos que as raparigas em ambas as idades, embora aos 9 anos tanto uns como outros apresentem níveis de AF correspondentes ao recomendado (1hora). Porém, à medida que se tornam adolescentes, os níveis de AF diminuem acentuadamente em ambos os géneros e ficam aquém do desejado, especialmente nas raparigas.

De acordo com Goran e outros investigadores (1998), entre os 6,5 e os 9,5 anos, ocorre uma redução do dispêndio energético total nas raparigas, explicado por uma diminuição de 50% dos seus níveis de AF, traduzidos quer em quilocalorias despendidas por dia, como em horas de AF diárias reportadas através de questionário. Uma das explicações avançadas pelos autores para a diminuição da prática de AF diária nas raparigas, está relacionada com a influência da maturação sexual e a aproximação da puberdade como determinantes no desenvolvimento de um possível mecanismo de conservação de energia (Goran et al., 1998). Assim, os adolescentes, especialmente as raparigas, são uma população de elevado risco na adoção de estilos de vida sedentários e, por isso, devem ser alvo de uma intervenção específica que garanta um maior suporte à assistência, de forma a promover uma maior equidade entre os jovens de ambos os sexos e que os encoraje a ser fisicamente ativos (Mota & Sallis, 2002; Mota & Esculcas, 2005).

### **Atividade Física e Obesidade Pediátrica**

A associação entre obesidade e prática de AF parece evidente, na medida em que a diminuição dos níveis de AF estão relacionados com o aumento da massa gorda em crianças e jovens (Biddle et al., 2004; Trost et al., 2001; Kimm et al., 2005; Reilly e McDowell, 2003).

Para Reilly (2005), a obesidade só pode ser explicada pelo aumento da energia acumulada, dispêndio energético reduzido ou ambos, sendo evidente que a reduzida energia dispendida em AF potencia a epidemia da obesidade pediátrica.

Num estudo desenvolvido por Trost juntamente com outros investigadores (2001), pretendeu-se comparar os padrões de AF com os determinantes psicosociais e ambientais da AF, num amostra de crianças obesas e não obesas, com uma média de idades de 11 anos, de diversas etnias. Utilizou-se o IMC para determinar a obesidade, a AF foi medida através de acelerómetros e os determinantes da AF foram obtidos através de questionário. Os autores verificaram que as crianças obesas apresentavam um dispêndio energético diário significativamente inferior, assim como a prática de AF moderada e vigorosa também era

inferior à dos seus pares com peso normativo. Concluíram assim que a inatividade física é um contributo importante para o desenvolvimento e manutenção da obesidade pediátrica (Trost et al., 2001).

No âmbito do *European Youth Heart Study*, Ekelund e colegas (2005) examinaram as associações entre a prática de AF, o IMC e 5 pregas adiposas. Foram avaliadas 1292 crianças com idades entre os 9 e os 10 anos. Verificaram que o tempo acumulado em prática de AF apresentou correlações significativas com o somatório das pregas adiposas. Adicionalmente, o estudo revelou que o tempo despendido em AF vigorosa e moderada esteve positivamente associado à adiposidade corporal, enquanto que o comportamento sedentário se associou inversamente com essa adiposidade. Observaram ainda que, independentemente do género, localidade e maturação sexual, as crianças que acumulavam menos de 1 hora diária de exercício, apresentavam maior adiposidade em comparação com aquelas que praticavam mais de duas horas de AF diária.

Num estudo realizado por Sulemana e outros investigadores (2006), onde se avaliou a relação entre AF, usando para o efeito acelerómetros, e o IMC de raparigas com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, verificou-se uma associação inversa significativa entre a prática de AF e o IMC. Os autores consideram que os reduzidos níveis de AF promovem o aumento do peso, corroborando a importância da promoção da prática de AF na prevenção da obesidade.

Kimm e colaboradores (2005), ao analisarem a relação a prática de AF e o IMC em adolescentes, verificaram que as mudanças no padrão de AF no final da infância e adolescência estavam relacionadas com mudanças no IMC, sendo que os comportamentos sedentários levariam ao aumento do IMC. Os autores concluíram que a prática de AF estava diretamente relacionada com o aumento ou diminuição do IMC na adolescência.

Reilly (2005) considerou que os adolescentes devem praticar AF moderada ou vigorosa durante 60 minutos quase todos os dias, de forma a alcançarem um balanço energético que lhes permita manter um peso adequado. De acordo com Andersen e colegas (2006), através dos dados obtidos pelo *European Youth Heart Study*, os níveis de AF adequados para crianças e adolescentes devem ser no mínimo de intensidade moderada durante, pelo menos, 1 hora, de forma a prevenir os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, entre os quais a obesidade. Por outro lado, a AF pode igualmente ter efeitos favoráveis em relação à distribuição regional da adiposidade corporal, associado aos fatores de risco aterogénicos (Malina et al., 1999).

Perante as evidências, podemos assumir que estão criadas as condições de obesidade em crianças e jovens quando estes possuem um estilo de vida caracterizado por sedentarismo e baixos índices de AF, sendo que esta se constitui como um comportamento determinante na manutenção de uma composição corporal saudável, ajudando no controlo e na perda de

massa gorda corporal e exercendo, complementarmente, efeitos benéficos sobre diversos parâmetros da saúde (Weinsier et al., 1998).

### **Atividade Física, Autoconceito e Autoestima**

A participação regular em atividades que promovam o exercício físico pode contribuir não só para o desenvolvimento físico, como também para o bem-estar psicológico e emocional nas crianças e adolescentes (Biddle et al., 1998; cit. por Biddle et al., 2004).

Diversas investigações têm-se debruçado sobre a associação entre autoconceito e a prática de AF, bem como na sua influência na autoestima de crianças e adolescentes. Sothorn e colegas (1999), numa revisão da literatura sobre os benefícios da AF em crianças e adolescentes, referiram que a evidência científica é clara no que concerne às vantagens da prática de AF regular na prevenção de doenças crónicas e promoção da saúde geral. Dos benefícios descritos, descreveram o aumento da autoestima e uma imagem corporal positiva nos jovens fisicamente ativos.

Spence, McGannon e Poon (2005) desenvolveram uma análise de 113 estudos sobre exercício físico e autoestima e concluíram que as mudanças na resistência física e o tipo de AF constituíam-se como moderadores do efeito do exercício na autoestima.

A perceção de competência, ou seja, a perceção das próprias capacidades, desempenha um papel fundamental na prática de AF (Strauss et al., 2001; Biddle & Wang, 2003; Dishman et al., 2005; Biddle et al., 2004). Se por um lado os jovens que se percecionam como menos competentes são menos ativos, os mais ativos apresentam preferência pela AF, maior competência percebida e intencionalidade (Biddle et al., 2004).

A orientação da motivação, a perceção do controlo e a perceção da competência são conceitos centrais no desenvolvimento do autoconceito (Harter, 1990), que se constitui como uma imagem pessoal global multifacetada do indivíduo, composto por uma dimensão descritiva/avaliativa global – a autoestima - e pelas perceções de si próprio em diferentes dimensões como sejam a competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, competência para o trabalho, atração romântica, comportamento e amizades íntimas tal como Harter (1988) descreveu para os adolescentes.

Num estudo que pretendeu examinar as relações entre peso corporal e autoestima, através de uma análise longitudinal de dados recolhidos de crianças até aos 10 anos de idade, verificou-se uma relação positiva entre a prática de AF e a autoestima. Este estudo demonstrou igualmente que as raparigas se percecionavam como menos competentes ao nível atlético, assim como possuíam uma autoestima mais baixa durante a infância e adolescência (Wang et al., 2009).

Para os jovens, as diversas barreiras emergem com as profundas mudanças que ocorrem na transição para a adolescência, tal como a vergonha e a preocupação pelo corpo,



especialmente nas raparigas e que se constituem importantes barreiras para a prática de AF (Mulvihill et al., 2000; cit. por Biddle et al., 2004).

Biddle e Wang (2003), ao investigarem a motivação para a prática de AF e a percepção de competência física em raparigas do ensino secundário, concluíram que a motivação e autopercepção diferenciam os grupos que, por sua vez, são diferentes na prática de AF. Para os autores, existem diferentes perfis no que respeita à motivação e autopercepção que influenciam o envolvimento das raparigas em AF.

A motivação parece influenciar as percepções dos adolescentes relativamente à competência física, na medida em que se verificou que os jovens que apresentavam maior desmotivação em relação à prática de AF, tinham um perfil de competência atlética mais baixo, em comparação com aqueles que manifestavam maior motivação para serem fisicamente ativos (Biddle et al., 2004).

Strauss e outros investigadores (2005) exploraram as relações entre a autoeficácia, a influência social, as crenças na saúde, os comportamentos sedentários e a autoestima com os níveis de AF em 92 crianças com idades entre os 10 e os 16 anos de idade. Os autores verificaram que os comportamentos sedentários estavam inversamente relacionados com a prática de AF moderada, medida através de detetores de movimento e que a auto-eficácia e a influência dos pares estariam relacionadas com níveis intensos de AF. Complementarmente concluíram que o aumento da prática de AF é importante para o desenvolvimento da autoestima nas crianças.

Alguns estudos referidos por Mota e Sallis (2002), na análise dos fatores de influência para a prática de AF em adolescentes, remeteram para o facto de que os rapazes se consideravam mais competentes fisicamente que as raparigas, e que estas preferiam AF organizadas ou não organizadas mais moderadas.

Uma intervenção dirigida a raparigas, cuja participação em dois programas desenvolvidos especificamente para aumentar os níveis de AF (*"Girls on the Run"* e *"Girls on Track"*) era requisito obrigatório, demonstrou mudanças benéficas ao nível da autoestima e satisfação corporal. Tal como em outros estudos, verificou-se uma associação positiva entre autoestima, imagem corporal e a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis, incluindo a AF, sugerindo que este tipo de programas pode atenuar o declínio da AF em raparigas (DeBate et al., 2009).

Na mesma linha, Schneider e outros investigadores (2008) desenvolveram um programa para adolescentes sedentárias, cuja participação consistiu em atividades supervisionadas em recinto escolar, 4 vezes por semana e 1 vez por semana formação, que lhes permitia realizar AF fora da escola. O autoconceito, a participação em AF e a resistência cardiovascular foram avaliadas antes, durante e após a intervenção. Os resultados obtidos sugeriram que a AF promove o autoconceito atlético nas adolescentes que revelaram maiores mudanças na resistência física.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Desenho

O presente estudo seguiu uma metodologia descritiva, exploratória e transversal, uma vez que pretendeu avaliar o autoconceito em função do peso dos jovens, num único momento avaliativo. Compreendeu uma amostra do tipo acidental ou por conveniência, pois é uma amostra simples, constituída por adolescentes que participaram no estudo (Ribeiro, 1999).

### 5.2. Amostra

Dados os objetivos deste estudo, os critérios de inclusão na amostra centraram-se na questão da idade e do peso. Estabeleceu-se que fariam parte da amostra todos os alunos do 3º ciclo da Escola Básica Nº 1 de Santo André (Alentejo), que usufruíam do Programa de Educação para a Saúde (PES), durante o decorrer do ano letivo 2011/2012, ministrado pela *Intervir.Com* – Associação de Promoção da Saúde, Desenvolvimento Social e Cultural (associação de desenvolvimento local sedeadada em Vila Nova de Santo André). Este programa pretende desenvolver acções que visem formar e informar crianças, jovens e comunidade educativa, com vista à diminuição de comportamentos de risco e promoção da saúde e bem-estar. As temáticas são desenvolvidas transversalmente a todos os ciclos do ensino obrigatório e contemplam temas como a sexualidade, violência no namoro, substâncias psicoativas e saúde mental. A participação dos docentes constitui-se como parte inerente do trabalho que é desenvolvido, uma vez que os módulos são ministrados nas aulas de Ciências da Natureza, Formação Cívica, Área de Projeto, Biologia ou Estudo do Meio. O PES surgiu da obrigatoriedade das escolas aplicarem a Lei nº 60/2009, e é implementado através de um protocolo de parceria entre o Agrupamento de Escola e a Associação *Intervir.Com*, tal como previsto no artigo 9º da Lei mencionada.

A amostra do presente estudo foi constituída por 106 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média de idade:  $13,6 \pm 1,1$  anos), dos quais 39 do sexo feminino (média de idade:  $13,7 \pm 1,0$  anos; IMC:  $21,0 \pm 5,4\text{kg/m}^2$ ) e 67 do sexo masculino (média de idade:  $13,6 \pm 1,2$  anos; IMC:  $20,3 \pm 4,4\text{kg/m}^2$ ). A maioria dos participantes da amostra (79,2%) reportou, através de questionário, não apresentar problemas de saúde.

### 5.3. Variáveis avaliadas e instrumentos

De seguida apresentam-se as variáveis avaliadas no presente estudo, assim como os instrumentos utilizados. O protocolo contemplou dois momentos de avaliação: num primeiro momento os participantes foram avaliados nas variáveis idade, peso e altura; e o segundo momento compreendeu a aplicação de questionários de autorresposta.

#### Dados antropométricos e clínicos

O peso foi avaliado através da utilização de uma balança digital (tipo *SGS07* da marca *Sanitas*) e para a altura recorreu-se a um estadiómetro (da marca *Seca*). Com os dados relativos ao peso e altura determinou-se o IMC através da seguinte fórmula:

$$\text{IMC (Kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (KG)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

Para obtenção dos valores de corte do IMC utilizou-se a definição adotada por Cole e colaboradores (2000), cujos valores de corte foram extrapolados para a população pediátrica tendo em conta a definição de excesso de peso e obesidade para a idade adulta (25kg/m<sup>2</sup> e 30 kg/m<sup>2</sup>, respetivamente). A **tabela 3** indica os valores de corte utilizados para o excesso de peso e para a obesidade, tendo em conta o sexo e a idade dos participantes (dos 12 aos 18 anos). Assim, os jovens da amostra qualificaram-se em três categorias: normal, excesso de peso e obesidade.

Os dados clínicos foram obtidos através de um questionário utilizado no âmbito de vários estudos desenvolvidos pelo PES, e incluiu patologias diagnosticadas e acompanhamentos ao nível da saúde; dados nutricionais, como tipo de alimentação; e dados familiares, como constituição do agregado familiar e atividades praticadas em família (Anexo B). No presente estudo apenas foram utilizados os dados relacionados com a saúde, nomeadamente patologias diagnosticadas e acompanhamentos por especialistas de saúde.

**Tabela 3** – Valores de corte utilizados para caracterizar a amostra de acordo com o IMC, a idade e o sexo.

Idades	IMC 25Kg/m <sup>2</sup>		IMC 30Kg/m <sup>2</sup>	
	Excesso de Peso		Obesidade	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
12	<b>21,22</b>	21,68	26,02	26,67
12,5	<b>21,56</b>	<b>22,14</b>	<b>26,43</b>	27,24
13	<b>21,91</b>	22,58	<b>26,84</b>	27,76
13,5	<b>22,27</b>	<b>22,98</b>	<b>27,25</b>	<b>28,20</b>
14	<b>22,62</b>	<b>23,34</b>	27,63	28,57
14,5	<b>22,96</b>	23,66	27,98	28,87
15	23,29	<b>23,94</b>	<b>28,30</b>	<b>29,11</b>
15,5	23,60	<b>24,17</b>	28,60	29,29
16	23,90	<b>24,37</b>	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	<b>24,46</b>	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25,00	25,00	30,00	30,00

### Atividade Física

A prática regular de AF (índice de AF) foi avaliada através de um questionário previamente validado (Raitakari et al., 1994). Este questionário (Anexo C) é constituído por cinco itens com quatro respostas possíveis, sendo possível a obtenção de, no máximo, 20 pontos. O índice de AF obtido possibilita a divisão da amostra em 4 categorias diferentes, de acordo com a soma total dos pontos alcançados: grupo dos sedentários (0-5), grupo dos pouco ativos (6-10), grupo do moderadamente ativos (11-15) e grupo dos vigorosamente ativos (16-20) (Mota & Esculcas, 2002; Mota et al., 2005).

### Autoconceito

Para a avaliação do autoconceito recorreu-se à Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter (1988), originalmente denominada de *Self-Perception Profile for Adolescents* (SPPA), uma vez que este instrumento permite uma avaliação multidimensional do autoconceito e uma análise mais detalhada da autoestima global (Anexo D).

A adaptação portuguesa do SPPA destina-se a sujeitos com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos e é constituída por duas subescalas: a Escala de Importância e o Perfil de Auto-Perceção. Esta apresenta 40 itens divididos em oito subescalas, sendo que sete se referem a domínios específicos – Competência Escolar, Aceitação Social, Competência

Atlética, Aparência Física, Atração Romântica, Comportamento, Amizades Íntimas – e uma outra destina-se à avaliação da Autoestima Global (Peixoto et al., 1996).

Os domínios apresentam os seguintes conteúdos:

1. Competência Escolar: os itens estão relacionados com a escola e pretendem avaliar a forma como o adolescente se percebe quanto ao seu desempenho escolar;
2. Aceitação Social: avalia o grau de aceitação do adolescente pelos seus colegas e como ele se posiciona em termos de popularidade;
3. Competência Atlética: todos os itens se referem ao modo como o adolescente se sente ao nível das suas aptidões desportivas ou jogos ao ar livre;
4. Aparência Física: pretende avaliar a percepção do jovem relativamente ao seu aspeto, peso, tamanho, aparência, etc;
5. Atração Romântica: tem como objetivo avaliar a percepção do adolescente em relação à sua capacidade de atração para com quem se sente romanticamente atraído;
6. Comportamento: todos os itens se referem à forma como o adolescente se sente relativamente ao seu modo de agir e se vai de encontro ao que esperam dele ou não;
7. Amizades Íntimas: avalia a capacidade de fazer amigos íntimos e a confiança que estabelece nestas relações;
8. Autoestima: pretende verificar se o adolescente gosta dele enquanto pessoa, se é feliz e se sente bem consigo próprio e com a sua vida, constituindo-se como um julgamento global do seu valor enquanto pessoa e não um domínio específico de competência.

Por seu lado, a Escala de Importância pretende avaliar a importância que o sujeito atribui a cada um dos sete domínios específicos e, assim, fornecer uma medida de autoestima. O objetivo principal é determinar como é que o adolescente se percebe em áreas por si consideradas importantes. Se se percebe como competente em áreas consideradas importantes, então deverá obter um valor de autoestima elevado. Pelo contrário, se o jovem sente que alguns domínios são importantes, mas se os níveis de competência percebida são baixos nessas áreas, deverá verificar-se uma discrepância elevada entre importância e competência, que resultará numa baixa autoestima (Harter, 1985).

Os 40 itens da Escala de Auto-Percepção são apresentados de forma alternada, de modo a refletirem um alta competência e uma baixa competência. A escala é apresentada de forma a que os sujeitos tenham a possibilidade de tomar duas decisões: escolher o tipo de pessoa com quem se assemelha mais e o grau de acordo com a afirmação escolhida (“Sou tal e qual assim” ou “Sou um bocadinho assim”); minimizando-se assim a tendência para respostas socialmente desejáveis (Peixoto et al., 1996). Os itens são cotados de 1 a 4, sendo 4 o valor mais elevado, quer de competência percebida quer de importância atribuída. Assim, para se traçar o perfil do sujeito nos diferentes domínios avaliados, somam-se os valores dos itens obtidos em cada domínio e dividem-se pelo número total de itens correspondentes (5 itens

para a escala de competência e 2 itens para a escala de importância), obtendo-se uma média final em cada domínio, que se situará entre baixa (intervalo 1-1,9), média (intervalo 2-2,9) e elevada (intervalo 3-4) competência percebida e importância atribuída (Peixoto et al., 1996).

#### **5.4. Procedimentos**

Iniciou-se o presente estudo com a pesquisa e recolha de material bibliográfico. Depois de obtida toda a informação necessária para a sua pertinência, deu-se início à recolha da amostra. Sendo um estudo exploratório, assumiu-se que a amostra teria que ter um número suficiente para efeitos de validação estatística ( $N \geq 30$ ).

A recolha da amostra foi realizada na Escola Básica Nº 1 de Santo André, processo que decorreu entre novembro e dezembro de 2011, após recolhidas as autorizações dos encarregados de educação dos jovens para participar da investigação.

A avaliação antropométrica e a aplicação dos questionários foram realizadas em sala-de-aula, com a colaboração do professor de Ciências Naturais. Realizou-se um convite aos jovens para participarem no estudo, explicitando-se os objetivos do mesmo e a importância da sua colaboração. Todos os alunos se mostraram disponíveis para colaborar e entregaram ao encarregado de educação uma autorização onde eram explicados os objetivos do estudo, a sua pertinência e garantida a confidencialidade dos dados obtidos (Anexo A). Após a obtenção das autorizações dos encarregados de educação, procedeu-se à recolha dos dados.

#### **Análise Estatística**

Numa primeira fase procedeu-se à cotação da escala SPPA e do questionário de Atividade Física. Os índices de AF foram obtidos, de acordo com as categorias já apresentadas.

A categorização dos grupos de IMC para tratamento estatístico conjugou os valores de IMC obtidos e o número de sujeitos de cada categoria. Uma vez que o grupo de “obesidade” apresentou apenas 7 jovens, considerou-se pertinente agregá-lo ao grupo do “excesso de peso” (que continha 22 sujeitos). Deste modo obteve-se um grupo com maior expressão de sujeitos ( $n=29$ ), ao qual se denominou grupo de “excesso de peso e obesidade”.

A análise estatística foi efetuada utilizando-se o software estatístico *Predictive Analytics SoftWare* (PASW *Statistics*) 18.0 para *MS Windows*®. A análise descritiva dos dados realizou-se através do parâmetro de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão [dp]). Para se verificar se existiam diferenças significativas entre rapazes e raparigas nas diferentes variáveis, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes. O mesmo teste foi utilizado para aferir as diferenças nas variáveis dependentes (domínios do autoconceito) em função de dois grupos de IMC distintos (grupo de “peso normal” e grupo de “excesso de peso

e obesidade”). Também foram verificadas as diferenças entre os grupos de IMC relativamente ao índice de AF, através do mesmo teste. A correlação de *Pearson* foi utilizada para analisar as associações entre o IMC, a AF e as diversas variáveis do autoconceito. Posteriormente foram utilizados modelos de regressão linear múltipla para analisar associações entre o IMC e os domínios do autoconceito, ajustando para AF, idade e género.

Foi utilizado um nível de significância de  $p < 0,05$ .

Desta forma, foram testadas as seguintes hipóteses de estudo:

- 1) As raparigas apresentam níveis inferiores aos rapazes nas diversas dimensões do autoconceito;
- 2) Relativamente aos rapazes, as raparigas apresentam níveis superiores de IMC e inferiores de AF;
- 3) Os adolescentes com excesso de peso e obesidade apresentam níveis inferiores nas diversas dimensões do autoconceito, comparativamente aos jovens com IMC normal;
- 4) O IMC associa-se inversamente às dimensões do autoconceito, enquanto que a AF estabelece associações positivas com essas dimensões;
- 5) O IMC associa-se inversamente aos domínios do autoconceito, independentemente dos níveis de AF, género e idade dos jovens.

## 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Em seguida são apresentados os resultados dos diversos tratamentos estatísticos efetuados. Primeiramente apresentam-se as características gerais da amostra, nomeadamente, a idade, o IMC, o índice de AF, os domínios do autoconceito e a autoestima. Num segundo momento são apresentadas as comparações efetuadas entre os grupos de IMC (“normal” e “excesso de peso e obesidade”) e as restantes variáveis estudadas. Por último, são apresentados os resultados das associações entre as diferentes variáveis.

### 6.1. Caracterização da amostra

Na **tabela 4** podem-se observar os dados das características descritivas da amostra total e por sexo. São também apresentados os resultados das análises de comparação de médias entre rapazes e raparigas, assim como o nível de significância da diferença observada entre as médias dos dois grupos.

Verifica-se que não existem diferenças significativas do IMC entre os rapazes e as raparigas que constituem a amostra do presente estudo ( $p > 0,05$ ).

Pode-se constatar que, em termos totais, a amostra apresenta índices moderados de AF (média  $\pm$  dp:  $12,7 \pm 3,8$ ), com as raparigas a apresentarem valores de índice de AF significativamente inferiores aos rapazes (média  $\pm$  dp:  $13,7 \pm 3,4$  *vs*  $11,2 \pm 3,9$ , respetivamente para rapazes e raparigas:  $p < 0,001$ ).

Na análise dos diversos domínios do autoconceito, observa-se que não existem diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas ( $p > 0,05$ ), contrariando a hipótese lançada de que as raparigas possuiriam níveis significativamente inferiores em alguns dos domínios do autoconceito, relativamente aos rapazes. A única exceção observada foi relativa à competência atlética, onde as raparigas realmente apresentam valores significativamente inferiores aos rapazes (média  $\pm$  dp:  $2,8 \pm 0,7$  *vs*  $2,3 \pm 0,7$ , respetivamente para rapazes e raparigas:  $p < 0,001$ ). Este resultado revela que as raparigas percecionam-se como menos competentes nas atividades que exigem aptidão física.

Quando analisados os valores obtidos pelos dois grupos na importância atribuída aos sete domínios do autoconceito, verificam-se valores significativamente mais baixos nas raparigas, novamente no domínio da competência atlética (média  $\pm$  dp:  $3,2 \pm 0,8$  *vs*  $2,6 \pm 0,7$ , respetivamente para rapazes e raparigas:  $p < 0,001$ ). Nos restantes domínios não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ).

Em relação à análise dos resultados obtidos na autoestima global, não se verificam diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas ( $p > 0,05$ ).



**Tabela 4.** Características da amostra.

	Total	Rapazes	Raparigas
	N=106	N=67	N=39
Idade (anos)	13,7 ± 1,1	13,6 ± 1,2	13,7 ± 1,0
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	20,6 ± 4,9	20,3 ± 4,5	21,1 ± 5,4
Índice de AF	12,8 ± 3,8	13,7 ± 3,4	11,2 ± 3,9*
CE	2,5 ± 0,6	2,5 ± 0,6	2,4 ± 0,7
AS	3,0 ± 0,6	3,1 ± 0,6	3,0 ± 0,6
CA	2,6 ± 0,7	2,8 ± 0,7	2,3 ± 0,7*
ApF	2,6 ± 0,8	2,6 ± 0,8	2,6 ± 0,6
AR	2,6 ± 0,7	2,6 ± 0,7	2,6 ± 0,6
CP	3,0 ± 0,7	3,0 ± 0,7	3,0 ± 0,8
AI	3,4 ± 0,7	3,3 ± 0,7	3,5 ± 0,7
AE	3,0 ± 0,6	3,0 ± 0,6	2,9 ± 0,6
ICE	3,3 ± 0,7	3,3 ± 0,7	3,3 ± 0,7
IAS	2,9 ± 0,7	2,9 ± 0,7	2,8 ± 0,6
ICA	3,0 ± 0,8	3,2 ± 0,8	2,6 ± 0,7*
IAPF	3,0 ± 0,7	3,0 ± 0,7	3,1 ± 0,8
IAR	3,3 ± 0,6	3,4 ± 0,6	3,2 ± 0,6
ICP	3,4 ± 0,6	3,5 ± 0,5	3,2 ± 0,6
IAI	3,5 ± 0,7	3,5 ± 0,6	3,6 ± 0,7

Os dados representam a média ± desvio padrão (dp) das variáveis estudadas em relação à amostra total e dividida por género. Índice de massa corporal (IMC), índice de atividade física (AF), competência escolar (CE), aceitação social (AS), competência atlética (CA), aparência física (Apf), atração romântica (AR), comportamento (CP), amizades íntimas (AI), autoestima (AE), importância atribuída à competência escolar (ACE), importância atribuída à aceitação social (IAS), importância atribuída à competência atlética (ICA), importância atribuída à aparência física (IAPF), importância atribuída à atração romântica (IAR), importância atribuída ao comportamento (ICP), importância atribuída às amizades íntimas (IAI).

\*  $p < 0,001$  para diferenças entre grupos

A **tabela 5** apresenta a caracterização nos dois grupos de IMC.

**Tabela 5.** Descrição da amostra de acordo com os grupos de IMC.

	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	
	Normal N=77	Excesso de Peso e Obesidade N=29
Índice de AF	12,8 ± 3,7	12,5 ± 4,2
CE	2,5 ± 0,6	2,3 ± 0,6
AS	3,1 ± 0,6	3,0 ± 0,6
CA	2,8 ± 0,7	2,4 ± 0,7
ApF	2,7 ± 0,7	2,4 ± 0,9
AR	2,6 ± 0,6	2,5 ± 0,8
CP	3,0 ± 0,7	2,9 ± 0,7
AI	3,3 ± 0,7	3,4 ± 0,7
AE	3,0 ± 0,6	2,9 ± 0,6
ICE	3,3 ± 0,7	3,4 ± 0,6
IAS	2,9 ± 0,6	2,8 ± 0,8
ICA	3,0 ± 0,8	2,9 ± 0,9
IAPF	3,0 ± 0,8	3,2 ± 0,6
IAR	3,3 ± 0,7	3,4 ± 0,5
ICP	3,4 ± 0,6	3,4 ± 0,6
IAI	3,5 ± 0,6	3,4 ± 0,8

Os dados representam a média ± desvio padrão (dp) das variáveis estudadas em relação ao índice de massa corporal (IMC). Índice de atividade física (AF), competência escolar (CE), aceitação social (AS), competência atlética (CA), aparência física (Apf), atração romântica (AR), comportamento (CP), amigas íntimas (AI), autoestima (AE), importância atribuída à competência escolar (ACE), importância atribuída à aceitação social (IAS), importância atribuída à competência atlética (ICA), importância atribuída à aparência física (IAPF), importância atribuída à atração romântica (IAR), importância atribuída ao comportamento (ICP), importância atribuída às amigas íntimas (IAI).

Através do teste estatístico de comparação de médias, verifica-se que não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos de IMC, no que diz respeito às diferentes variáveis analisadas ( $p > 0,05$ ). Este resultado indica que tanto os resultados da AF, como dos vários domínios do autoconceito (seja na competência percebida, seja na importância atribuída) e na autoestima, não são significativamente diferentes entre adolescentes obesos e com excesso de peso e adolescentes com peso dentro dos parâmetros normais.

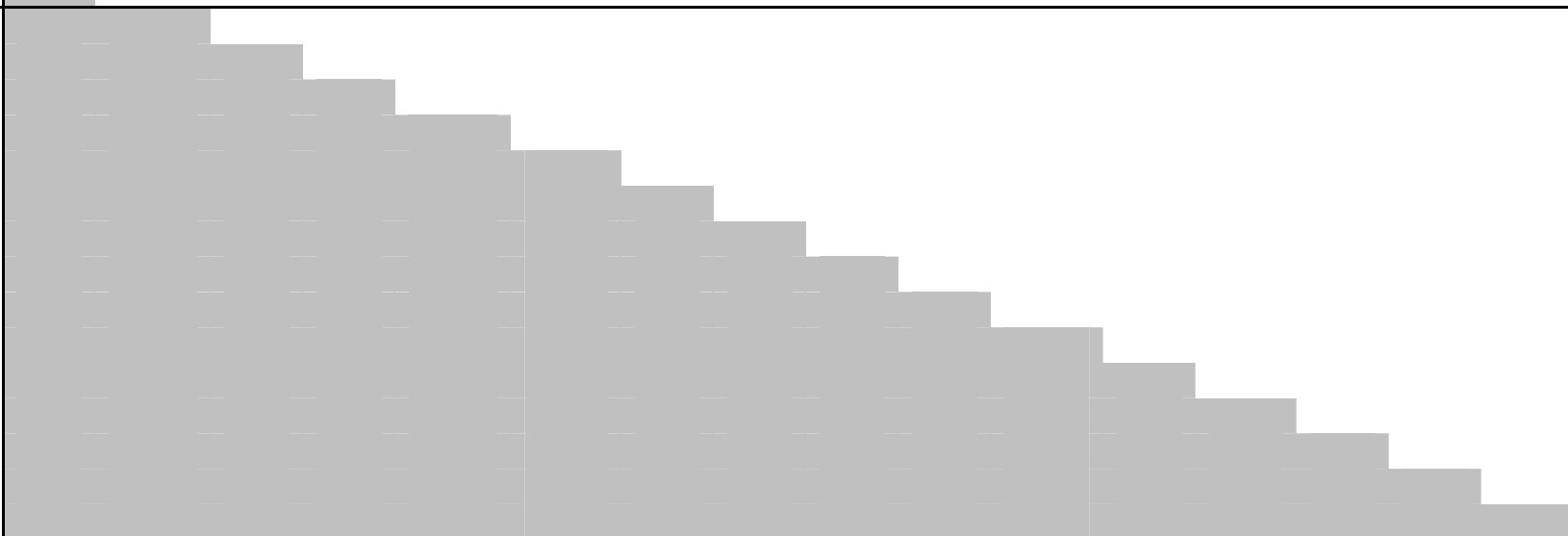
## 6.2. Análise das associações entre IMC e a AF e as variáveis do autoconceito

Para verificar as associações entre as diversas variáveis, foram efetuadas correlações bivariadas (**Tabela 6**), tendo-se observado que as únicas correlações significativas foram entre o IMC e ambas as variáveis da CA e a ApF ( $r = -0,24$ ;  $p = 0,012$  e  $r = -0,19$ ;  $p = 0,048$ , respetivamente) e entre a AF e a CA ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,001$ ).

Posteriormente foram efetuados modelos de regressão linear múltipla, utilizando como variável independente o IMC e como variáveis dependentes os domínios do autoconceito. Os modelos foram ajustados para o índice de AF, idade e género (**Tabela 7**).

**Tabela 6.** Correlações entre variáveis.

	IMC	AF	CE	AS	CA	ApF	AR	CP	AI	AE	ICE	IAS	ICA	IAPF	IAR	ICP	IAI
IMC	1	-0,02	-0,05	-0,02	<b>-0,24*</b>	<b>-0,19*</b>	-0,08	0,06	0,03	-0,18	0,11	-0,15	-0,11	0,17	0,11	-0,07	-0,05
AF		1	-0,04	0,15	<b>0,48**</b>	0,12	0,05	0,09	-0,08	0,09	-0,01	-0,09	0,17	-0,08	-0,08	0,08	0,17



Os dados representam as correlações ( $r$ ) entre as variáveis estudadas: Índice de massa corporal (IMC), índice de atividade física (AF), competência escolar (CE), aceitação social (AS), competência atlética (CA), aparência física (Apf), atração romântica (AR), comportamento (CP), amigas íntimas (AI), autoestima (AE), importância atribuída à competência escolar (ACE), importância atribuída à aceitação social (IAS), importância atribuída à competência atlética (ICA), importância atribuída à aparência física (IAPF), importância atribuída à atração romântica (IAR), importância atribuída ao comportamento (ICP), importância atribuída às amigas íntimas (IAI).

\*  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$  correlações significativas entre variáveis

**Tabela 7.** Coeficientes  $\beta$  das regressões lineares múltiplas examinando as contribuições independentes do IMC nos domínios do autoconceito.

Variáveis dependentes	R <sup>2</sup>	$\beta$	P
CE	-0,03	-0,04	NS
AS	-0,01	$\leq 0,001$	NS
<b>CA*</b>	<b>0,32</b>	<b>-0,24</b>	<b>0,005</b>
<b>ApF</b>	<b>0,02</b>	<b>-0,21</b>	<b>0,048</b>
<b>AR</b>	<b>0,12</b>	<b>-0,21</b>	<b>0,030</b>
CP	-0,02	0,08	NS
AI	-0,03	0,03	NS
AE	0,03	-0,17	NS
<b>ICE</b>	<b>0,07</b>	<b>0,22</b>	<b>0,030</b>
IAS	0,01	-0,17	NS
ICA	0,14	-0,08	NS
IApF	0,003	0,16	NS
IAR	0,01	0,08	NS
ICP	0,03	0,003	NS
IAI	-0,01	-0,03	NS

Os dados apresentados correspondem aos coeficientes de correlação ajustados (R<sup>2</sup>) e aos coeficientes estandardizados ( $\beta$ ). Os resultados das regressões lineares múltiplas representam as associações independentes entre o índice de massa corporal (IMC) e as variáveis do autoconceito: competência escolar (CE), aceitação social (AS), competência atlética (CA), aparência física (Apf), atração romântica (AR), comportamento (CP), amigas íntimas (AI), autoestima (AE), importância atribuída à competência escolar (ACE), importância atribuída à aceitação social (IAS), importância atribuída à competência atlética (ICA), importância atribuída à aparência física (IApF), importância atribuída à atração romântica (IAR), importância atribuída ao comportamento (ICP) e importância atribuída às amigas íntimas (IAI).

\* $p < 0,001$  para contribuição independente e significativa do índice de AF.

Observa-se que o IMC mantém-se inversamente e significativamente associado à CA e ApF, independentemente do índice de AF, idade e género ( $\beta = -0,24$ ;  $p < 0,001$  e  $\beta = -0,21$ ;  $p < 0,05$ , respetivamente), explicando respetivamente 32% e 2% da variabilidade da CA e da ApF. No modelo ajustado, o IMC está significativamente associado à AR e ao ICE ( $\beta = -0,21$ ;  $p < 0,05$  e  $\beta = 0,22$ ;  $p < 0,05$ , respetivamente).

## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo procurou perceber as associações existentes entre o IMC e o autoconceito e autoestima de adolescentes com excesso de peso e obesidade. Pretendeu-se identificar diferenças entre sexos nos domínios do autoconceito, IMC e níveis de AF; identificar diferenças entre rapazes e raparigas com IMC distinto, nas diversas variáveis avaliadas; perceber as associações entre o IMC, AF e as variáveis do autoconceito e, finalmente verificar o comportamento dos domínios do autoconceito em função dos níveis de IMC, independentemente dos níveis de AF praticada, género e idade.

De um modo geral, a amostra compreendeu jovens de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, com IMC maioritariamente dentro dos parâmetros considerados normais, tendo em conta a sua faixa etária e género. Adicionalmente, o estudo demonstrou que estes jovens reportaram índices de AF moderados, em média, embora as raparigas tenham apresentado valores significativamente inferiores em comparação com os rapazes. Esta diferença vai de encontro ao descrito na literatura, a qual refere que as raparigas tendem a praticar menos AF que os rapazes, possivelmente devido à maturação sexual, aumento de IMC e à preferência por atividades de lazer mais sedentárias na fase da adolescência (Epstein et al., 2001; Mota & Esculcas, 2002; Matos et al., 2002). Contudo, não se verificaram diferenças de IMC entre as raparigas e os rapazes deste estudo.

Não obstante as evidências apontarem para que os baixos níveis de AF estejam relacionados com a obesidade em crianças e adolescentes (Biddle et al., 2004), a influência da idade e do género na prática de AF parece ser clara em diversas investigações, onde se verifica uma diminuição substancial da AF à medida que a idade avança, sendo esta diminuição mais perceptível nas raparigas (Sallis et al., 2000; Strauss et al., 2001; Epstein et al., 2001; Mota & Esculcas, 2005).

Relativamente os domínios do autoconceito, os dados do presente estudo revelaram níveis médios (entre 2 e 2,9 pontos) e elevados (entre 3 e 4 pontos) nos diversos domínios do autoconceito e um perfil de auto estima médio-alto nos jovens.

Embora não se tivessem verificado diferenças significativas entre rapazes e raparigas em praticamente todos os domínios do autoconceito, quer na competência percebida, quer na importância atribuída, constatou-se que as raparigas apresentaram valores significativamente inferiores na perceção de competência atlética e na importância que atribuem a este domínio. Podemos então admitir, à semelhança dos resultados descritos por Mota e Sallis (2002) e Wang e colegas (2009), que as jovens da amostra sentem-se menos competentes para a prática de AF, enquanto que os rapazes manifestam maior motivação e perceção de competência neste domínio.

Ainda assim, é pertinente referir que o facto de as raparigas se considerarem menos competentes fisicamente pode estar relacionado com um menor investimento nesta área,

bem como a importância atribuída constituir um mecanismo de defesa para a fraca percepção de competência ao nível da AF. A investigação científica neste âmbito, realmente aponta para o facto das raparigas tenderem a ser mais sedentárias que os rapazes, tenderem a sentir-se menos aptas e aparentemente, valorizarem menos a prática de AF (Biddle e colegas (2004). Ao mesmo tempo, verifica-se o facto de que os jovens que se percebem como menos competentes para a prática de AF são menos ativos, enquanto que os mais ativos apresentam maior preferência pela AF, maior competência percebida e intencionalidade. Como vimos anteriormente, a percepção de competência, ou seja, a percepção das próprias capacidades, desempenha um papel fundamental na prática de AF entre os jovens (Strauss et al., 2001; Biddle & Wang, 2003; Dishman et al., 2005; Biddle et al., 2004). Os estudos referidos por Mota e Sallis (2002) corroboram estes resultados, na medida em que os autores descreveram que a percepção de competência se constitui como um dos vários fatores de influência para a prática de AF em adolescentes, sendo que os rapazes se consideravam mais competentes fisicamente que as raparigas.

É ainda de salientar que, tal como se prevê através deste estudo em jovens, uma das maiores barreiras para a prática de AF está relacionada com as mudanças que ocorrem na transição para a adolescência a nível físico e psicológico, causando vergonha e a preocupação pelo corpo, sobretudo nas raparigas (Biddle et al., 2004). Biddle e colegas (2004) verificaram que os jovens que se percebiam como menos competentes eram menos ativos, enquanto que os mais ativos apresentavam preferência pela AF, maior competência percebida e intencionalidade (Biddle et al., 2004).

No presente estudo não se verificaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas na autoestima global e tanto as raparigas como os rapazes obtiveram níveis elevados (entre 3 e 4 pontos) de autoestima. Este resultado pode ser explicado pela importância atribuída aos vários domínios e à percepção que os jovens têm das suas capacidades, pois em nenhum dos domínios se verifica uma discrepância elevada entre importância e competência, que pudesse resultar em baixa autoestima (Harter, 1985).

Relativamente à análise das variáveis de acordo com o IMC, não existiram diferenças significativas entre os dois grupos (“Normal” e “Excesso de Peso e Obesidade”), quer em relação ao índice de AF, quer em relação ao autoconceito e autoestima. Como se verificou, várias evidências encontradas na literatura sugerem que os jovens com peso normal, excesso de peso ou obesidade não diferem no que concerne ao autoconceito e autoestima (Cataneo et al., 2005; Galindo et al., 2002; Malfará, 2007; Carvalho et al., 2005; Jaswal & Jaswal, 2010; Cornette, 2008; Marsh, 2004; Gordon, 2001).

Embora a investigação pareça ser consensual quando refere que os jovens com obesidade são excessivamente sedentários (Weinsier et al., 1998), praticam menos AF moderada e vigorosa e apresentam um dispêndio energético significativamente inferior ao dos seus pares com peso normativo (Trost et al., 2001), no presente estudo não se

observaram diferenças significativas na prática de AF reportada entre os jovens com peso “normal” e os do grupo com “excesso de peso e obesidade”. Este resultado pode ser explicado pelo facto de os jovens obesos e alguns com excesso de peso estarem integrados no programa de Educação para a Saúde e, conseqüentemente, a desenvolver um esforço para melhorar a sua saúde, nomeadamente, através da frequência do ginásio local. O PES desempenha aqui também um papel fundamental, na medida em que procura incutir nos jovens a responsabilidade pela própria saúde, através de estratégias adaptadas aos problemas individuais de cada aluno, sendo a obesidade uma das maiores preocupações do Agrupamento.

Constatou-se que o IMC associou-se significativamente e inversamente à competência atlética e à aparência física, independentemente do índice de AF, idade e género, sendo que quanto maior o IMC, menores os níveis de competência atlética e aparência física percebida. Estes resultados foram igualmente confirmados por Phillips e Hill (1998), Flodmark (2005) e Franklin e colaboradores (2006), que concluíram que os jovens com obesidade identificaram-se como menos atrativos e menos atléticos do que aqueles com peso adequado, pois apresentavam valores significativamente mais baixos nos domínios da competência atlética e da aparência física.

Verificou-se que o IMC esteve inversamente e independentemente associado à atração romântica, ou seja, quanto maior o IMC, menor a competência percebida no âmbito das relações amorosas, independentemente dos níveis de AF, idade e género. A investigação reporta que os adolescentes preferem casar-se com ladrões, toxicodependentes e pessoas com deficiência do que com pessoas obesas (Wadden & Stunkard, 1993; Stunkard & Sobal, 1995). Ainda assim, observa-se uma associação positiva entre o IMC e a importância atribuída à competência escolar, o que pode ser interpretado com um mecanismo de *coping* (isto é, uma forma de lidarem com as situações menos positivas), tal como refere Flodmark (2005), na medida em que o interesse é dirigido para uma área que não envolve interação social, evitando assim atitudes e comportamentos negativos por parte dos demais (Staffieri, 1967).

O facto da AF não se associar significativamente com a aceitação social, vai contra o que está descrito na literatura, que refere que a participação em AF pode promover o desenvolvimento de competências sociais em crianças e jovens, na medida em que desenvolve a expressão física e emocional, aumenta a confiança, fomenta a interação social e, conseqüentemente, a integração no grupo de pares (OMS, 20120). Também é referido por Mota e Sallis (2002) que a adesão das crianças e jovens à prática de AF envolve a influência de vários fatores, entre os quais a do grupo de pares. Assim, podemos admitir que a prática de exercício físico influencia e é influenciada pelas interações sociais das crianças e jovens, o que no caso particular destes jovens, parece não acontecer.



## 8. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os resultados obtidos no presente estudo apontam na mesma direção das investigações que consideram que o autoconceito é influenciado por variáveis de género, nomeadamente, as raparigas apresentam níveis inferiores aos rapazes nos domínios da competência atlética e da importância atribuída a este domínio. Complementarmente, esta influência de género é igualmente verificada na prática de AF, onde as raparigas possuem um índice de AF inferior aos rapazes. No entanto, e ao contrário do que era esperado, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos com IMC distinto (“normal” e “excesso de peso e obesidade”) relativamente ao vários domínios do autoconceito, indo ao encontro dos estudos que consideram que o peso, por si só, não influencia o autoconceito dos jovens. Ainda assim, foi possível constatar que o IMC associa-se inversamente ao domínio da competência atlética e da aparência física, independentemente da AF, idade e género.

A questão da obesidade é complexa e delicada, pois afeta muitas áreas, não só em termos físicos mas, também, psicológicos. Fatores como a imagem corporal, o isolamento social, a depressão, a autoestima, entre outros, são muitas vezes associados a esta temática. No entanto, a investigação parece estar longe de ser consensual. Por esta mesma razão o presente estudo procurou contribuir modestamente para a investigação do impacto do peso no autoconceito e autoestima de jovens com peso normal, excesso de peso e obesidade de modo a melhor compreender, no âmbito da educação para a saúde, como se pode ajudar estes jovens.

Não é possível concluir que, por si só, o IMC afeta de forma significativa a maneira como os jovens percecionam as suas capacidades. A abordagem do autoconceito e autoestima em adolescentes constitui-se como uma questão ambígua, pois não se percebe claramente até que ponto é que as transformações bio-psico-sociais inerentes a esta fase da vida não exercem influência sobre a maneira de estar e sentir em relação a si mesmo e aos outros, independentemente do seu peso ou estado de saúde. No presente estudo, essa questão é pertinente uma vez que se avaliaram adolescentes num único momento temporal, momento este em que os jovens obesos se encontravam a ser acompanhados por profissionais de saúde (nutricionistas, psicólogos, médicos de saúde escolar) e do desporto (professores de educação física, treinadores pessoais) que os motivaram e os valorizaram, no sentido de atingir o objetivo último de melhorar a sua saúde.

A determinação do que constitui causa ou consequência no presente estudo ficou por esclarecer, pois não foi possível verificar se o excesso de peso e obesidade causariam impacto no autoconceito, ou se, por outro lado, os baixos níveis de autoconceito, nomeadamente ao nível da competência atlética e da aparência física, trariam consequências ao nível do peso nestes jovens.

O facto de estarmos a avaliar a AF através de auto-relato constitui-se igualmente como uma das limitações importantes do presente estudo, bem como a utilização do IMC como medida de obesidade, uma vez que, como vimos, a relação peso-altura não identifica se o peso corresponde a massa magra ou gorda, nem avalia a sua distribuição (OMS, 1997). Para além disso, as rápidas mudanças corporais que ocorrem durante o desenvolvimento podem influenciar o IMC dos adolescentes, (OMS, 1997; Cole et al., 2000).

Outra limitação importante a considerar está relacionada com o número de participantes na amostra, uma vez que o grupo de jovens com excesso de peso e obesidade era bastante reduzido, o que pode ter condicionado a potência estatística dos testes utilizados e, conseqüentemente, influenciado os resultados obtidos.

O papel da promoção e da educação para a saúde é crucial para a modificação de comportamentos sedentários e patogénicos, devendo proporcionar aos indivíduos experiências de aprendizagem que conduzam à adoção voluntária de comportamentos salutogénicos e que conduzam, por sua vez, a um estilo de vida ativo e saudável (Green et al., 1980). Sendo a saúde um equilíbrio e harmonia entre as várias componentes humanas, a educação para a saúde deve integrar ações multidisciplinares e multisectoriais (Azeredo, 2004). De acordo com os resultados obtidos, o PES parece constituir uma importante ferramenta ao nível da intervenção e tratamento de jovens com excesso de peso e obesidade, não apenas ao nível físico, mas também nas variáveis psicológicas, nomeadamente, no aumento da autoestima e autoconceito.

A prevenção e tratamento da obesidade, bem como das diversas perturbações físicas e psicológicas associadas, é fundamental desde a infância, tornando-se necessário implementar estratégias que facilitem a aquisição de hábitos salutogénicos, nomeadamente na prática regular de AF, adequada às características de cada indivíduo (sexo, idade, estágio de maturação, características psicológicas, entre outras). Os programas desenvolvidos devem ter especial enfoque nas raparigas, uma vez que estas apresentam uma elevada tendência para a redução da prática de AF à entrada na adolescência e, conseqüentemente, um aumento da adiposidade corporal.

Os resultados apurados apontam para a necessidade de continuar a investigar nesta temática, de modo a se perceber que contributos se podem reter para melhor intervir com adolescentes com obesidade, tanto a nível físico como psicológico.

## BIBLIOGRAFIA

- Andersen, L., Harro, M., Sardinha, L. et al. (2006). Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (the European Youth Heart Study). *Lancet*, 368, 299-304.
- Antunes, M. (2006). Evolução diferencial da auto-estima e do auto-conceito académico na adolescência: análise do efeito de variáveis sócio-cognitivas e relação com o rendimento escolar num estudo longitudinal sequencial do 7º ao 12º ano. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade do Porto.
- Azeredo, Z. (2004). Aspetos psicossociais da educação para a saúde. Atas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro.
- Bernardo, R. & Matos, M. (2003). Adaptação portuguesa do physical self perception profile for children and youth e do perceived importance profile for children and youth. *Análise Psicológica*, 2(11), 127-144.
- Biddle, S. & Wang, C. (2003). Motivation and self-perception profiles and links with physical activity in adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 26, 687-701.
- Biddle, S., Gorely, T. & Stensel, D. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sport Sciences*, 22, 679-701.
- Braet, C., Mervielde, I. & Vandereyken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(1), 59-71.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., et al. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity Relat Metab Disorders*, 24, 1707-1714.
- Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: a review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.
- Carvalho, A. M., Cataneo, C., Galindo, E. & Malfará, C. (2005). Autoconceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15(30), 131-139.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspetos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, *locus* de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.
- Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M. J., Monteiro, A. C., Bragança, G. & Carreiro, H. (2008). Excesso de peso e obesidade: prevenção na escola. *Ata Médica Portuguesa*, 21, 341-344.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K. & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1245.
- Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, 5, 136-141.
- Daniels, S. R., Morrison, J., Sprecher, D. L., Khoury, P. R., Kimball, T. R. (1999). Association

- of fat distribution and cardiovascular risk factors in children and adolescents. *Circulation*, 99, 541-45.
- Daniels, S., Arnett, D., Eckel, R., Gidding, S et al. (2005). Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention and treatment. *Circulation*, 111, 1999-2012.
- DeBate, R., Gabriel, K., Zwald, M., Huberry, J. & Zhang, Y. (2009). Changes in psychosocial factors and physical activity frequency among third-to-eighth-grade girls who participated in a development focused youth sport program: a preliminary study. *Journal of School Health*, 70(10), 474- 484.
- Decaluwé, V., Braet, C. & Fairburn, C. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 78-84.
- Dechen, S., Cano, M. & Ribeiro, R. (2000). A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal. *Actas do 8º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP: Brasil*.
- DGS (2004). Circular Informativa nº 9.
- DGS (2009). Plataforma Nacional Contra a Obesidade. Acedido em 20/08/2012. Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/>
- Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101:518-525.
- Dishman, R., Motl, R., Sallis, J., Dunn, A., Birnbaum, A., Welk, G., Bedimo-Rung, A, Voorhees, C. & Jobe, J. (2005). Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1), 10-18.
- Ekelund, U., Sardinha, L., Anderssen, S., Harro, M., et al.. (2004). Associations between objectively assessed physical activity and indicators of body fatness in 9-to 10-y-old European children: a population-based study from 4 district regions in Europe (the European Youth Heart Study). *American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 584-590.
- Epstein, L., Paluch, R., Kalakanis, L., Goldfield, G., Cerny, F. & Roemmich, J. (2001). How much activity do you get? A quantitative review of heart-rate measured activity. *Pediatrics*, 108, 44-53.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F. & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk fator for psychopatology among adolescents? *Pediatrics International*, 46, 296-301.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(23), 361-371.
- Faria, L. & Azevedo, A. (2004). Manifestações diferenciais do autoconceito no fim do ensino secundário português. *Paidéia*, 14(29), 265-276.
- Fernandez, J., Redden, D., Pietrobelli, A., et al. (2004). Waist circumference percentiles in nationally representative samples of african-american, european-american, and mexican-american children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 145, 439-444.
- Flodmark, C. E. (2005). The happy obese child. *International Journal of Obesity*, 29, 31-33.

- Fonseca, H. & Matos, M. (2005). Perception of overweight and obesity among portuguese adolescents: an overview of associated factors. *European Journal of Public Health*, 3, 323-328.
- Fonseca, H., Nobre, C., Santos, M., Patrício, Z., Neves, S., Duarte, N., Mota, A. R., Matos, C. & Fernandes, R. (2008). Obesidade na adolescência: uma proposta de intervenção. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 39(2), 53-56.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K.S., Caterson, I.D, Hill, A.J. (2006). Obesity and risk of low self-esteem: a statewide survey of Australian children. *Pediatrics*, 118(6), 2481-2489.
- Freedman, D., Dietz, W., Srinivasan, S., Berenson, G. (1999). The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103(6), 1175-1182.
- Freedman, D., Khan, L., Dietz, W., Srinivasan, S., Berenson, B (2001) The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 108(3),712-718.
- Galindo, E., Carvalho, A., Bugliari, M., Netto, J., Minto, E., Dacanal, J. & Montalvão, T. (2002). Imagem corporal e autoconceito em pré-adolescentes obesos. *Resumos de Comunicação Científica da XXXII Reunião Anual de Psicologia, Sociedade Brasileira de Psicologia*, 357-358.
- Galsofer, D., Tanofsky-Kraff, M., Eddy, T. et al. (2007). Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 95-105.
- Goran MI, Gower BA, Nagy TR, Johnson RK. (1998) Developmental changes in energy expenditure and physical activity in children: evidence for a decline in physical activity in girls before puberty. *Pediatrics*, 101, 887-91.
- Goran, M. & Malina, R. (1999). Fat distribution childhood and adolescence: implications for later health outcomes. *American Journal of Human Biology*, 11, 187-188.
- Gordon, P. (2001). Obesity-related knowledge, attitude and behaviour in obese and non-obese urban Philadelphia female adolescents. *Obesity Research*, 9, 112-118.
- Gordon-Larsen, P., McMurray, R. & Popkin, B. (2000). Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, 105, 83-90.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., & Partridge, K.B. (1980). *Health promotion planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, CA.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Harter, S. (1985) *Manual for the self-perception profile for children*. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1990). Processes underlying adolescent self-concept formation. In R. Montemayor, R. Adams, & T. Gulotta, (Eds.) *From childhood to adolescence: a transitional period?* Newbury Park, Sage, 205-239.

- Harter, S. (1999). *Construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Herva, A., Laitinen, J., Miettunen, J., Veijola, J., Karvonen, J., Lasky, K. & Joukamaa, M. (2006). Obesity and depression: results, from the longitudinal northern finland 1966 birth cohort study. *International Journal of Obesity*, 30, 520-527.
- Janssen, I. (2007) Physical activity guidelines for children and youth. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 32, 109–121.
- Jaswal, R. & Jaswal, S. (2010). Self-concept of obese and non-obese urban teenagers. *Journal of Psychology*, 1(2), 73-78.
- Kiess, W., Galler, A., Reich, A., Muller G., Kapellen, T., Deutscher, J., Raile, K., & Kratzsch, J. (2001). Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obesity Reviews*, 2, 29-36.
- Kimm, S., Glynn, N., Kriska, N., Barton, B., Kronsberg, S., Daniels, S., Crawford, P. Sabry, Z., & Liu, K. (2002). Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. *National English urnal of Medicine*, 347(10), 709-715.
- Kimm, S., Glynn, N., Obarzanck, E., Krisko, A., Daniels, S., Barton, B. & Liu, K. (2005). Relation between the changes in physical activity and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study. *Lancet*, 366, 301-307.
- Kopelman, P. (2007). Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity Reviews*, 8 (1), 13–17.
- Levine, M., Ringham, R., Kalarchian, M. Wisniewski, L. & Marcus, M. (2006). Overeating among seriously overweight children seeking treatment: results of the children's eating disorders examination. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 135-140.
- Malfará, C. (2007). *Imagem corporal, comportamentos alimentares e autoconceito de pré-adolescentes com sobrepeso, obesos e não obesos*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de São Paulo.
- Malina, R.M, Koziel, S. & Bielicki, T. (1999). Variation in subcutaneous adipose tissue distribution associated with age, sex and maturation. *American Journal of Human Biology*, 11, 89-100.
- Malina, R.; Bouchard, C.; Bar-Or, O. (2004). *Growth, maturation and physical activity*. Champaign: Human Kinetics.
- Marsh, H., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on structure of self-concept. In B. Braken (Ed.) *Handbook of self-concept – Desenvolvimento, social and clinical considerations*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Marsh, H., Parada, R., & Ayotte, V. (2004). A multidimensional perspective of relations between self-concept and adolescent mental health. *Psycho Assess*, 16, 27-41.
- Matos, M., Cavalhosa S. & Diniz, J. (2002). Fatores associados à prática de atividade física nos adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1(2), 57-66.
- McCarthy, H., Jarret, K. & Crawley, H. (2001). The development of waist circumference percentiles in british children aged 5.0-16.9y. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55, 902-907.

- Miller, C. & Downey, K. (1999). A meta-analysis of heavyoverweight and self-esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 68-84.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: muito peso, várias medidas*. (2ª Ed.) Porto: Ambar.
- Mota, J. & Esculcas, C. (2002) Leisure-time physical activity behavior: Structured and unstructured choices according to sex, age, and level of physical activity. *International Journal of Behavioural Medicine*, 9(2), 111-121.
- Mota, J. & Esculcas, C. (2005) Atividade física e práticas de lazer em adolescentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2005, 5(1), 69–76.
- Mota, J., Almeida, M., Santos, P. & Ribeiro, J.C. (2005). Perceived neighborhood environments and physical activity in adolescents. *Preventive Medicine*, 41, 834-836.
- Mota, J. & Sallis, J. (2002) Atividade Física e Saúde – Fatores de Influência da Atividade Física nas Crianças e Adolescentes (1º Ed.). Campo das Letras, Porto.
- Mota, J., Santos, P., Guerra, S., Ribeiro, J.C., Duarte, J.A. & Sallis, J.F. (2002). Validation of a physical activity self-report questionnaire in a portuguese pediatric population. *Pediatric Exercise Science*, 14, 169-176.
- Muller, R. (2001). Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, 38(1), 45-48.
- Myers, P. & Biocca, F. (1992). The elastic body image: the effect of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communication*, 42(3), 287-294.
- Owens, S., Gutin, B., Barbeau, P., et al. (2000). Visceral adipose tissue and markers of the insulin resistance syndrome in obese black and white teenagers. *Obesity Research*, 8, 287-293.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., et al. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-178.
- Peixoto, F. (1996). Autoconceito(s), autoestima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) autoconceito(s) e na autoestima de adolescentes. In M. A. Martins (Ed.). *Dinâmicas relacionais e eficiência educativa* (51-69). Lisboa: ISPA.
- Peixoto, F., Alves-Martins, M., Mata, L., Monteiro, V. (1996). Adaptação da escala de autoconceito para adolescentes de Susan Harter para a população portuguesa. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado e M. R. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (531-537). Braga: Universidade do Minho & APPORT.
- Pereira, S. (2007). Projeto de intervenção em crianças e adolescents obesos. *Ser Saúde*, 6, 98-113.
- Phillips, R. & Hill, A. (1998). Fat, plain, but not friendless: self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 22, 287-293.
- Raitakari, O., Porkka, K., Taimela, S., Telama, R., Radanen, L., Vikari, J., (1994). Effects of persistent physical activity and inactivity on coronary risk factors in children and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 140 (3), 195– 205.

- Reilly, J. & McDowell, Z. (2003). Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 62, 611-619.
- Reilly, J. (2005). Physical activity and obesity in childhood and adolescence. *Lancet*, 366 (9482), 268-269.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Riddoch, C., Andersen, L., Wedderkopp, N. et al. (2004) Physical activity level and patterns of 9 and 15 year old European children. *Medicine and Science of Sports*, 36, 86-92.
- Sallis, J. & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. London: Sage Publications, Inc.
- Sallis, J., Prochaska, J. & Taulor, W. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(5), 963-975.
- Sallis, J., Simons-Morton, B., Stone, E., Corbin, C., et al. (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24(6), 148-157.
- Sardinha, L., Going, S., Teixeira, P. & Lohman, T. (1999) Receiver operating characteristics analysis of body mass index, triceps skinfold thickness, and arm girth for obesity screening in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 1090-1095.
- Schneider, M., Dunton, G.F., & Cooper, D.M. (2008). Physical activity and physical self-concept among sedentary adolescent females: an intervention study. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(1), 1–14.
- Shavelson, R. & Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3-17.
- Silva, D. (2009). *Variáveis psicossociais na obesidade infantil*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Braga: Escola de Psicologia - Universidade do Minho.
- Silva, Y., Costa, R. & Ribeiro, R. (2008). Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica. *Saúde & Ambiente em Revista*, 3(1), 1-15.
- Silvestre, M. (2011) *Em luta pelo corpo ideal: Os comportamentos de risco das adolescentes portuguesas*. *Revista de Ciências Sociais e Políticas*, 1, 35-48.
- Simões, M. (2001). *O interesse do autoconceito em educação*. Lisboa: Plátano Ed.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Autoconceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 246-251.
- Sjöström, L. Impacts of body weight, body composition, and adipose tissue distribution on morbidity and mortality. In: A.J. Stunkard, T.A. Wadden (Eds.). *Obesity: theory and therapy* (2nd ed.), (13-42). New York, Raven, 1993.
- Sothorn, M., Loftin, M., Suskind, R., Udall, J. & Blecker, U. (1999). The health benefits of physical activity in children and adolescents: implications for chronic disease prevention. *European Journal of Pediatrics*, 158, 271-274.



- Spence, J., McGannon, K. & Poon, P. (2005). The effect of exercise on global self-esteem: a quantitative review. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27(3), 311-334.
- Staffieri, J.R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 101-104.
- Strauss, R. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1),15-19.
- Strauss, R. & Pollack, H. (2001). Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2845-2848.
- Strauss, R., Rodzilsky, D., Burak, G. & Colin, M. (2001). Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine*, 155, 897-902.
- Stunkard, A. & Wadden, T. (1992). Psychological aspects of sever obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.
- Stunkard, A. J.; Sobal, J. (1995). Psychosocial consequences of obesity. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook*. (417-425). New York, Guilford.
- Sulemana, H., Smolensky, M.H., Lai, D. (2006). Relationship between Physical Activity and Body Mass Index in Adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38, 1182-1186.
- Teixeira, P., Sardinha, L., Going, S., & Lohman, T. (2001). Total and regional fat and serum cardiovascular disease risk factors in lean and obese children and adolescents. *Obesity Research*, 9(8), 432-442.
- Trost, S., Kerr, L., Ward, D. & Pate, R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity*, 25, 822-829.
- Vaz-Serra, A. (1986). A importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.
- Vaz-Serra, A. (1988). O autoconceito. *Análise Psicológica*, 6(2), 101-110.
- Velasquez-Mieyer, P; Perez-Faustinelli, S; Cowan, P. (2005). Identifying Children at Risk for Obesity, Type 2 Diabetes, and Cardiovascular Disease. *Diabetes Spectrum*, 18(4), 213-220.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(21), 611-624.
- Wadden, A. & Stunkard, A. (1993). Psychosocial consequences of obesity and dieting: research and clinical findings. In A. Stunkard & T. Wadden (Eds). *Obesity: theory and therapy* (163-177). New York, Raven.
- Walker, L. & Hill, A.J. (2009). Obesity: the role of child mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(3), 114-120.
- Wallander, J., Taylor, W., Grunbaum, J., Franklin, F., Harrison, G., Kelder, S. & Schuster, M. (2009). Weight status, quality of life and self-concept in african american, hispanic and white fifth –grade children. *Obesity*, 17, 1363-1368.

- Wang, T., Kipp, W., Kuhle, S. & Veugelers, P. (2009). The influence of childhood obesity on the development of self-esteem. *Health Reports*, 20(2), 21-27.
- Wardle, J., Williamson, S., Johnson, F. & Edwards, C. (2006). Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. *International Journal of Obesity*, 30, 634-643.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*, 29, 127-129.
- Weinsier, R., Hunter, G., Heini, A., Goran, M. & Sell, S. (1998). The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet and physical activity. *American Journal of Medicine*, 105, 145-150.
- WHO (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, World Health Organization.
- Woolfolk, A. (2001). *Educational Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Young-Hyman, D., Schlundt, D., Herman-Wenderoth, L. (2003). Obesity, appearance, and psychosocial adaptation in young African American children. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 463-472.

## ANEXOS

## **ANEXO A**

Autorização entregue aos Encarregados de Educação

## **Mestrado em Ciências da Educação**

**Especialidade em Educação para a Saúde**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

1. No âmbito de um estudo a realizar com crianças e adolescentes, foi solicitada a participação do meu educando num trabalho de investigação no âmbito da avaliação do auto-conceito e auto-estima no excesso de peso/obesidade, no decorrer de uma Dissertação de Mestrado, pela Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
2. A participação irá incluir a avaliação do peso e da altura, bem como a avaliação do autoconceito e autoestima através da Escala de Autoconceito e Autoestima para Adolescentes e do Questionário de Actividade Física.
3. A presente investigação foi apresentada ao Presidente do **Agrupamento de Escolas de Santo André**, que autorizou o procedimento de recolha da dados nesta entidade.
4. Eu entendo que os resultados deste estudo possam ser publicados, mas o nome ou identidade do meu educando não serão revelados. No sentido de manter a confidencialidade dos seus registos (testes), serão utilizados códigos para os nomes, que serão protegidos pelo acesso individualizado à base de dados resultante.
5. Não haverá compensação monetária pela participação do meu educando neste estudo.
6. Quaisquer questões que eu tenha, em relação ao estudo ou à participação do meu educando, serão respondidas pelo técnico responsável, antes ou depois do meu consentimento.
7. Eu li toda a informação supracitada e assumo a responsabilidade da participação do meu educando nesta investigação científica, entendendo que posso retirar o meu consentimento e parar a participação do meu educando em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para ele.

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

Marlene Carreiras  
(responsável pela investigação)  
[marlenecarreiras@gmail.com](mailto:marlenecarreiras@gmail.com)  
Tlm: 96 872 68 94

## **ANEXO B**

Questionário de caracterização da amostra

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

### Dados pessoais:

Quantas refeições fazes por dia? 1-2  3-4  5-6  7 ou +

Costumas comer no refeitório da escola? Sim  Não  Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

Costumas comer sopa? Sim  Não  Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

Costumas comer fruta? Sim  Não  Quantas vezes por dia: \_\_\_\_\_

Costumas comer fritos? Sim  Não  Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

Costumas comer doces/bolos? Sim  Não  Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

Às refeições o que costumavas beber? Água  Refrigerantes  Sumos naturais

És seguido em consulta por algum profissional de saúde? Sim  Não

Se SIM, qual(ais)? \_\_\_\_\_

Tens algum problema de saúde? Sim  Não

Se SIM, qual(ais)? \_\_\_\_\_

### Dados familiares:

Vive com: \_\_\_\_\_

Pai: Empregado  / Desempregado  Profissão: \_\_\_\_\_

Mãe: Empregada  / Desempregada  Profissão: \_\_\_\_\_

Nº de Irmãos: \_\_\_\_\_ Idade dos irmãos: \_\_\_\_\_

Atividades em família (*assinala as 2 principais*):

Passear

Jogar jogos ao ar livre

Andar de bicicleta

Fazer caminhadas

Ler

Jogar Playstation /WII

Ver televisão

Ir ao cinema

Outra  \_\_\_\_\_

## **ANEXO C**

### Questionário de Atividade Física



# **Questionário de Atividade Física**

Mota et al., 2002

O presente questionário pretende identificar o nível de atividade física dos jovens, por isso, são-te postas questões sobre os teus hábitos de atividade física, mas não te preocupes em acertar ou errar, uma vez que não existem respostas certas ou erradas. Procura ser sincero nas tuas respostas e, desde já, agradeço a tua colaboração.

**QUESTÃO 1:** Fazes parte de atividade desportiva extraescolar (num clube ou nouro sítio?)

Nunca  Menos de uma vez por semana  Uma vez por semana  Quase todos os dias

**QUESTÃO 2:** Participas em atividades de lazer (ocupação do tempo livre) sem integrares um clube?

Nunca  Menos de uma vez por semana  Uma vez por semana  Quase todos os dias

**QUESTÃO 3:** Para além das horas letivas, quantas vezes praticas desporto durante, pelo menos, vinte minutos?

Nunca  Pelo menos uma vez por mês  Entre uma vez por mês e uma vez por semana  Entre 2 a 3 vezes por semana   
Entre 4 a 6 vezes por semana  Todos os dias

**QUESTÃO 4:** Fora do tempo escolar, quanto tempo por semana dedicas à prática de atividades desportivas ao ponto de ficares ofegante (respirar depressa e com dificuldade) ou transpirado?

Nunca  Entre meia-hora e uma hora  Entre 2 a 3 horas  Entre 4 a 6 horas   
Sete ou mais horas

**QUESTÃO 5:** Participas em competições desportivas?

Nunca participei  Não participo mas já participei  Participo a nível interescolar  Participo a nível de um clube   
Participo a nível nacional e/ou internacional

## **ANEXO D**

*Self Perception Profile for Adolescents* (Harter, 1988)  
Adaptação Portuguesa

# Escala de Autoconceito para Adolescentes

Harter, 1988

## Como é que eu sou?

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim	Frases		Sou um Bocadinho Assim	Sou Tal e Qual Assim
Ex			Alguns jovens gostam de ir ao cinema nos seus tempos livres	MAS	Outros preferem assistir a acontecimentos desportivos	
1			Alguns jovens sentem que são tão inteligentes como os outros da sua idade	MAS	Outros jovens não têm tanta certeza de ser tão inteligentes	
2			Alguns jovens acham difícil fazer amigos	MAS	Para outros é muito fácil fazer amigos	
3			Alguns jovens são muito bons a praticar qualquer tipo de desporto	MAS	Outros jovens sentem que não são muito bons a praticar desporto	
4			Alguns jovens não se sentem muito satisfeitos com a sua aparência	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência	
5			Alguns jovens normalmente não saem com pessoas quem queriam realmente sair	MAS	Outros jovens saem com as pessoas com quem gostam mesmo de sair	
6			Alguns jovens fazem geralmente o que está certo	MAS	Outros jovens muitas vezes não fazem o que está certo	
7			Alguns jovens têm um amigo especial com quem podem partilhar os seus segredos	MAS	Outros jovens não têm um amigo especial para partilhar os seus segredos	
8			Alguns jovens ficam frequentemente desapontados consigo	MAS	Outros jovens estão muito satisfeitos consigo	
9			Alguns jovens são lentos a fazer o trabalho escolar	MAS	Outros jovens conseguem fazer o seu trabalho escolar rapidamente	
10			Alguns jovens têm muitos amigos	MAS	Outros jovens não têm muitos amigos	
11			Alguns jovens pensam que poderiam desempenhar bem qualquer tipo de desporto que fizessem pela 1ª vez	MAS	Outros jovens sentem que não seriam muito bons numa nova atividade desportiva	
12			Alguns jovens gostariam que o seu corpo fosse diferente	MAS	Outros gostam do seu corpo tal como é	
13			Alguns jovens têm facilidade em arranjar namorado(a)	MAS	Outros têm dificuldade em arranjar namorado(a)	
14			Alguns jovens frequentemente arranjam problemas com aquilo que fazem	MAS	Outros jovens normalmente não fazem coisas que lhes possam causar problemas	
15			Alguns jovens gostariam muito de ter um amigo especial para partilhar coisas	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham coisas	
16			Alguns jovens não gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida	MAS	Outros jovens gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida	
17			Alguns jovens fazem muito bem os seus trabalhos escolares	MAS	Outros jovens não fazem muito bem os seus trabalhos escolares	

18			Alguns jovens têm dificuldade em que os outros gostem deles	MAS	Outros jovens têm facilidade em que os outros gostem deles		
19			Alguns jovens acham que são melhores a praticar desporto do que outros jovens da sua idade	MAS	Outros sentem que não praticam tão bem desporto como outros jovens da sua idade		
20			Alguns jovens gostariam que a sua aparência física fosse diferente	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência física tal como é		
21			Alguns jovens têm facilidade em namorar com pessoas por quem se apaixonam	MAS	Outros jovens têm dificuldade em namorar com pessoas por quem se apaixonam		
22			Alguns jovens normalmente agem de acordo com o que sabem ser suposto agir	MAS	Outros muitos vezes não agem de acordo com o eu sabem ser suposto agir		
23			Alguns jovens não têm um amigo especial para partilhar pensamentos e sentimentos pessoais	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham os seus sentimentos e pensamentos muito pessoais		
24			Alguns jovens, a maior parte das vezes, estão satisfeitos consigo próprios	MAS	Outros jovens frequentemente não estão satisfeitos consigo próprios		
25			Alguns jovens têm dificuldade em responder às questões que os professores colocam	MAS	Outros jovens normalmente respondem de forma correta às questões que os professores colocam		
26			Alguns jovens são populares entre os da sua idade	MAS	Outros jovens não são muito populares entre os da sua idade		
27			Alguns jovens não são muito bons em jogos ao ar livre	MAS	Outros são bons em jogos ao ar livre		
28			Alguns jovens acham que têm um bom aspeto	MAS	Outros jovens acham que não têm muito bom aspeto		
29			Alguns jovens acham que são bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam	MAS	Outros jovens acham que não são bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam		
30			Alguns jovens arranjam complicações pela forma como se comportam	MAS	Outros jovens comportam-se de forma a não terem complicações		
31			Alguns jovens gostariam de ter um amigo especial em quem pudessem ter confiança	MAS	Outros jovens acham que têm um amigo especial em quem podem ter confiança		
32			Alguns jovens gostam do tipo de pessoa que são	MAS	Outros jovens muitas vezes gostariam de ser outra pessoa		
33			Alguns jovens sentem-se bastante inteligentes	MAS	Outros jovens questionam-se sobre a sua inteligência		
34			Alguns jovens acham que são bem aceites pelas pessoas da sua idade	MAS	Outros desejam que mais pessoas da sua idade os aceitassem		
35			Alguns jovens sentem que não são muito atléticos	MAS	Outros jovens sentem que são muito atléticos		
36			Alguns jovens gostam mesmo do seu aspeto	MAS	Outros gostariam de ter um aspeto diferente		
37			Alguns jovens têm facilidade me fazer com que as pessoas se sintam atraídas por eles	MAS	Outros jovens têm dificuldade em fazer com que as pessoas se sintam atraídas por eles		
38			Alguns jovens normalmente comportam-se corretamente	MAS	Outros normalmente comportam-se incorretamente		

39			Alguns jovens gostariam de ter um amigo especial a quem pudessem fazer confidências	MAS	Outros jovens têm um amigo especial a quem fazem confidências		
40			Alguns jovens estão satisfeitos com a sua maneira de ser	MAS	Outros gostariam de ser diferentes		

### O quanto isto é importante para mim?

	Sou Tal e Qual Assim	Sou um Bocadinho Assim	Frases			Sou um Bocadinho Assim	Sou Tal e Qual Assim
1			Alguns jovens pensam que é importante ser inteligente	MAS	Outros jovens pensam que não é importante ser inteligente		
2			Alguns jovens pensam que não é assim tão importante ter muitos amigos	MAS	Outros jovens pensam que é importante ter muitos amigos		
3			Alguns jovens acham que é importante ser bom em desporto	MAS	Outros jovens não se preocupam muito em ser bom em desporto		
4			Alguns jovens acham que a sua aparência física não tem assim tanta importância	MAS	Outros jovens acham que a sua aparência física é importante		
5			Alguns jovens acham importante serem bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam	MAS	Outros jovens não acham importante serem bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam		
6			Alguns jovens que não é assim tão importante fazer as coisas que estão certas	MAS	Outros jovens acham que fazer as coisas certas é importante		
7			Alguns jovens alguns jovens acham que é importante ter um amigo especial a quem possam fazer confidências	MAS	Outros jovens não acham importante ter um amigo especial a quem possam fazer confidências		
8			Alguns jovens acham que se bom na escola não é assim tão importante	MAS	Outros jovens acham que ser bom na escola é importante		
9			Alguns jovens acham que é importante ser popular	MAS	Outros jovens não se importam quanto à sua popularidade		
10			Alguns jovens acham que não é importante ser bom em atividades desportivas	MAS	Outros jovens acham que ser bom em atividades desportivas é importante		
11			Alguns jovens acham que o seu aspeto é importante		Outros jovens acham que não é importante o seu aspeto		
12			Alguns jovens acham importante que a pessoas pela qual se sentem interessadas também goste deles		Outros jovens acham que não é necessário que a pessoa pela qual se sentem interessados também goste deles		
13			Alguns jovens acham que é importante agir corretamente		Outros jovens não se importam se agem ou não de forma correta		
14			Alguns jovens acham que é importante ter um amigo especial em que possam confiar		Outros jovens acham que não é importante ter um amigo especial em quem possam confiar		