

5.

Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima

Zélia Caçador Anastácio e Graça Simões de Carvalho

Resumo

O actual conceito de Saúde considera a imagem corporal e a auto-estima positivas, aspectos fundamentais para que os indivíduos desenvolvam competências de acção na procura do seu bem-estar e do dos outros. A imagem corporal positiva pode ser entendida como significando atracção física, um certo somatotipo, musculatura, magreza, entre outras características. Para os adolescentes, o somatotipo e o peso parecem ser os aspectos mais importantes e subjacente estará a influência do sexo, idade, desenvolvimento pubertário e valores sociais que são transmitidos na família, pelos colegas e pela sociedade. A auto-estima é aceite como um indicador do bem-estar mental e um mediador do comportamento humano.

Este trabalho teve como objectivo conhecer o grau de satisfação com a imagem corporal e a auto-estima de adolescentes que frequentavam desde o 7º ao 12º anos de escolaridade e relacioná-los com factores contextuais. A amostra em que o estudo incidiu era constituída por 408 adolescentes, sendo 225 do sexo feminino e 183 do sexo masculino, com média de idades de 15,57 ($\pm 1,84$) anos. Para avaliação da satisfação com a imagem corporal utilizou-se o Body Image Satisfaction Questionnaire – Raust-von Wright (1989) e para avaliação da auto-estima global utilizou-se a “Self-Esteem Scale” (RSE, 1965). Os dados obtidos foram analisados através do programa SPSS, versão 11.0. Efectuou-se uma análise descritiva e depois recorreu-se à estatística inferencial, para averiguar a influência de vários factores (sexo; idade; ano de escolaridade; idade, profissão e habilitação dos pais; religião) na satisfação com a imagem corporal e na auto-estima.

Os resultados sugeriram que o ano de escolaridade e a idade dos adolescentes, assim como a idade do pai, a habilitação da mãe e a religião são factores com influência significativa na imagem corporal e na auto-estima dos adolescentes.

Introdução

O actual conceito de Promoção da Saúde emergiu da Carta de Ottawa (1986) e consiste num “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar”. Para o conseguir, devem ser capazes de identificar e concretizar

as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e adaptar-se ao meio ambiente modificando-o se for necessário.

A Carta de Ottawa define como níveis de intervenção em Promoção da Saúde: *i) a Criação de Políticas Saudáveis*, garantindo a equidade; *ii) a Criação de Ambientes Favoráveis*, com base numa abordagem sócio-ecológica da saúde; *iii) o Reforço da Acção Comunitária* que concebe o reforço de poder ou *empowerment*; *iv) o Desenvolvimento de Competências Pessoais*, através da melhoria de informação, da educação para a saúde e do reforço de competências; e *v) a Reorientação dos Serviços de Saúde*, exigindo investigação em saúde e alterações na educação e na formação de profissionais.

O conceito de *empowerment* pode traduzir-se por uma capacitação das pessoas e das comunidades para tomarem decisões e se responsabilizarem pela sua saúde. Quando aplicado a cada indivíduo, este conceito adquire a designação de *self-empowerment*. O *empowerment* tem sido considerado objectivo-chave para a Promoção da Saúde (Tones, 1995), assim como o *self-empowerment* o tem sido nas Escolas Promotoras de Saúde (Scriven & Stiddard, 2003).

Na prática, o desenvolvimento do *self-empowerment* baseia-se em determinados requisitos, como propõe Gutierrez (1990, *cit in* Scriven & Stiddard, 2003: 111):

- *aumento da auto-eficácia;*
- *desenvolvimento da consciência de grupo;*
- *redução da auto-culpabilização;*
- *assumpção da responsabilidade individual para a mudança.*

Os vários factores e competências referidos na literatura como importantes para o *empowerment* incluem-se nas seguintes três áreas: conhecimentos, habilidades ou destrezas e atitudes. Para este trabalho importa-nos sobretudo a área das atitudes, na medida em que esta inclui a percepção de controlo, a auto-eficácia e a auto-estima (Scriven & Stiddard, 2003).

A auto-estima tem sido aceite como *um indicador do bem-estar mental e um mediador do comportamento humano* (Fox, 1988, *cit in* Cruz, 1998: 32). É considerada como um produto da personalidade ou associada a alguns dos

seus traços, sendo a responsabilidade do indivíduo uma manifestação de um elevado nível de auto-estima. As teorias psicológicas afirmam ainda que as estruturas de personalidade que mantêm a auto-estima originam-se cedo na vida e vão sendo gradualmente interiorizadas (Vasconcelos, 1989, *cit in* Cruz, 1998).

Tem-se vindo a dar grande relevância ao desenvolvimento da auto-estima, uma vez que se acredita que os jovens detentores de autoconfiança e de uma visão positiva acerca de si mesmos possuem maior capacidade de aumentar a sua auto-eficácia, de resistir às pressões de grupo para comportamentos de risco para a saúde. Desta forma, a construção de uma auto-estima positiva proporciona aos jovens a oportunidade de desenvolverem auto-eficácia positiva e a sua crença na capacidade de controlar vários aspectos da sua vivência educacional ou da sua vida (Scriven & Stiddard, 2003).

A filosofia subjacente ao conceito de Escola Promotora de Saúde implica a criação de condições favoráveis para que os alunos e a comunidade educativa alargada desenvolvam as suas potencialidades e adquiram competências para tomar decisões saudáveis. Assim, a Escola Promotora de Saúde é geralmente caracterizada por quatro dimensões: curricular, ecológica, comunitária e psico-social. A Dimensão Curricular da Escola Promotora de Saúde assume uma importância crucial a este nível, na medida em que consiste no desenvolvimento da capacidade de reflexão dos alunos acerca dos seus ideais e motivações, potenciando em simultâneo a sua auto-estima e fazendo com que os conceitos de saúde e função do corpo permitam interiorizar uma imagem corporal positiva (Navarro, 1995).

A Imagem Corporal tem sido definida em vários sentidos: auto-percepção de atracção física ou aparência, sentimentos positivos ou negativos acerca do corpo, ou a visão mantida acerca do próprio corpo. Uma imagem corporal positiva pode ser interpretada como significado de atracção física, um certo somatotipo, musculatura, magreza, entre outras características. O somatotipo e o peso têm emergido como dois dos mais importantes aspectos para os adolescentes, tendo sido estudadas as influências de factores tais como o sexo, a idade, o estadio maturacional e os valores sociais (Duke-Duncan, 1991).

A imagem corporal é especialmente significativa durante a adolescência, em virtude das mudanças físicas que acompanham a puberdade e do ajustamento que os jovens têm de fazer para se adaptarem a estas mudanças. O papel que a imagem corporal representa para a auto-estima reflecte a sua importância no desenvolvimento adolescente saudável (*Ibid*).

Este estudo teve como objectivo avaliar a satisfação dos adolescentes com a sua imagem corporal, bem como a sua auto-estima.

Metodologia

Neste trabalho apresentam-se os dados relativos à satisfação com a Imagem Corporal e à Auto-estima, recolhidos aquando da realização de um estudo mais vasto, com adolescentes em ambiente escolar. A amostra estudada era constituída por 408 adolescentes, 183 do sexo masculino e 225 do sexo feminino, que frequentavam desde o 7º ao 12º anos de escolaridade. A média de idades era de 15.57 anos. Em meio rural residiam 85.8% dos adolescentes e em meio urbano 12.7%.

Para recolher os dados utilizaram-se questionários já validados para a faixa etária que se pretendia estudar, como a seguir se especifica. Os questionários foram aplicados a 18 turmas (sendo 3 de cada ano de escolaridade) em sala de aula, pelos professores que leccionavam em cada turma no momento da aplicação. Deste modo, não houve qualquer intervenção directa da parte dos investigadores.

Para avaliar a satisfação com a Imagem Corporal, utilizou-se o *Body Image Satisfaction Questionnaire* - Raust-von Wright (1989), que foi validado por Vasconcelos (1995, *cit in* Cruz, 1998). Este questionário é constituído por 25 itens, sendo os itens 1 a 23 avaliados por uma escala que varia de 1 (*muito insatisfeito*) a 5 (*muito satisfeito*). Os itens 24 e 25 dizem respeito à percepção da altura e do peso, respectivamente, com três alternativas de resposta.

Para avaliar a auto-estima global utilizou-se a *Self-Esteem Scale* (RSE, 1965), validada por Raposo e Freitas (1989, *cit in* Cruz, 1998), e que é constituída por dez itens, uns positivos e outros negativos, cujas opções de

resposta variam de 1 (*concordo plenamente*) a 4 (*discordo plenamente*). Para calcular a auto-estima global tratámo-la como uma escala de Likert, tendo invertido e recodificado os itens negativos e depois somado a totalidade.

Os dados obtidos foram alvo de tratamento estatístico por meio do programa SPSS, versão 11.0. De acordo com o tipo de variáveis independentes, seleccionámos o Teste T para comparar dois grupos e a ANOVA One-way, seguida do teste *Post Hoc* de múltiplas comparações de Scheffe, sempre que o número de grupos a comparar era superior a dois. Para estes testes o nível de significância foi fixado em 0,05. Posteriormente testou-se a existência de correlações significativas para as variáveis dependentes Auto-estima e Satisfação com a Imagem Corporal.

Resultados

Os dados recolhidos permitiram obter os resultados que agora se apresentam para a Imagem Corporal e para a Auto-estima. Para cada uma destas variáveis, inicia-se com uma análise descritiva à qual se seguem as análises de variância e as correlações significativas encontradas.

Resultados para a Imagem Corporal

Para a satisfação com a *Imagem Corporal* global praticamente não se registaram diferenças entre os sexos, sendo a média registada pelos rapazes aproximadamente igual à registada pelas raparigas, como consta no Quadro 1.

Quadro 1: Média da *Imagem Corporal* para rapazes e raparigas.

sexo	n	M	DP
masculino	183	81,88	17,15
feminino	225	81,86	18,16

Legenda: n = dimensão da amostra
M = média amostral
DP = desvio padrão

Ao comparar a satisfação com a *altura* em função do sexo verificou-se que tanto a maioria dos rapazes (77,5%) como a maioria das raparigas

(74,3%) se sentiam satisfeitos com a sua altura. As frequências apresentam-se no Quadro 2 e as percentagens no gráfico da Figura 1.

Quadro 2: Frequências para a satisfação com a altura em função do sexo.

sexo	demasiado alto	demasiado baixo	altura ideal	Total
masculino	9	27	124	160
feminino	14	42	162	218
Total	23	69	286	378

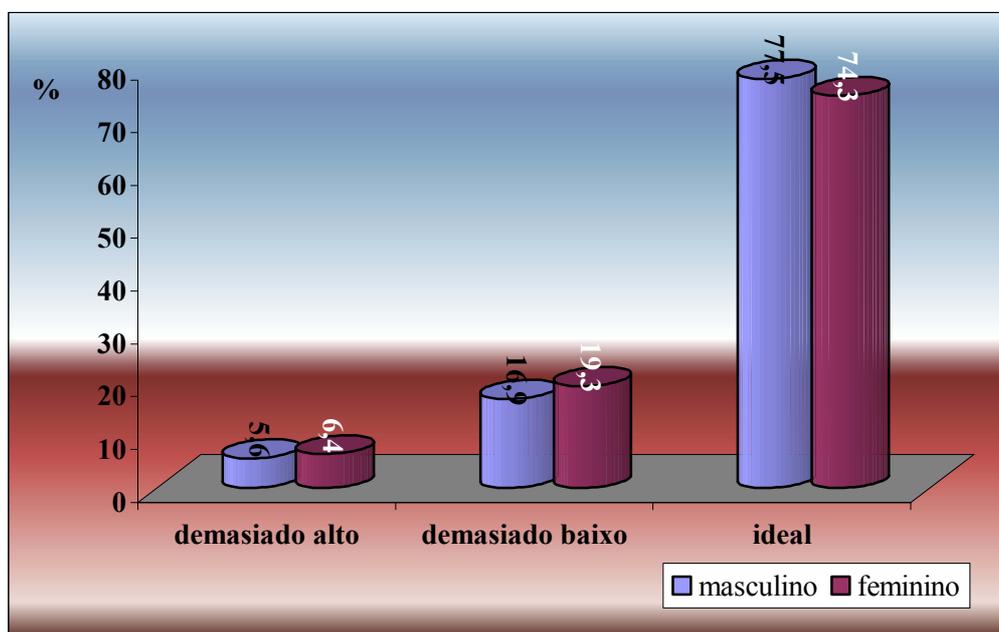


Figura 1: Percentagens relativas à Satisfação com a *altura* em função do sexo.

Relativamente à *gordura* ou peso também se constatou que a maior parte dos adolescentes se sentiam satisfeitos. As frequências apresentam-se no Quadro 3.

Quadro 3: Frequências para a satisfação com a gordura ou peso em função do sexo.

sexo	demasiado gordo	demasiado magro	peso ideal	Total
masculino	19	29	113	161
feminino	43	28	143	214

Total	62	57	256	375
-------	----	----	-----	-----

Embora não se registassem diferenças significativas entre os sexos, a percentagem de raparigas que se sentiam demasiado gordas (20,1%) foi superior à dos rapazes (11,8%), enquanto para a percepção de ser demasiado magro foi a percentagem de rapazes (18,0%) que superou a das raparigas (13,1%) (Figura 2).

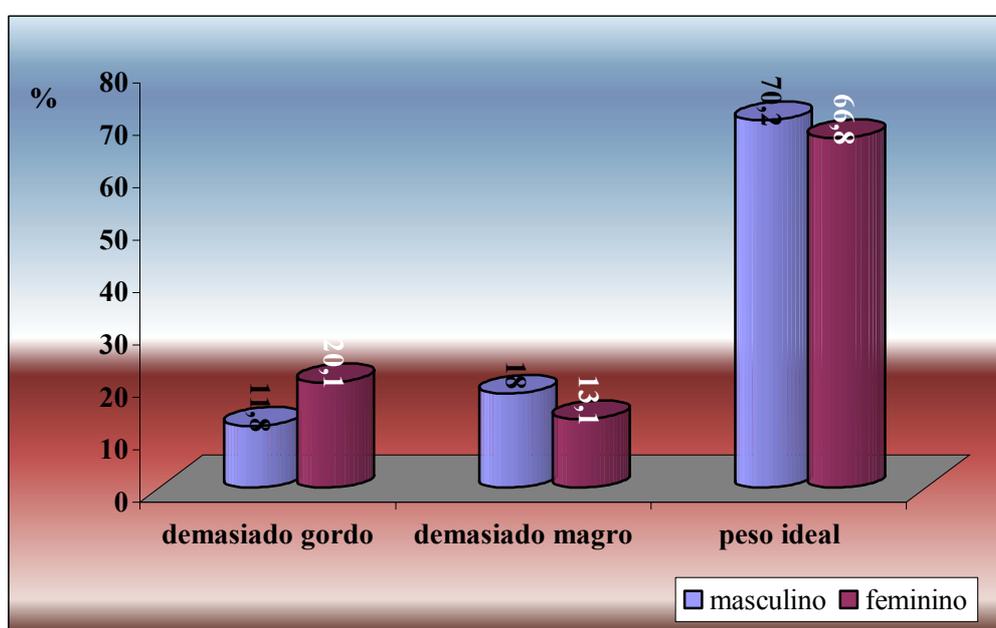


Figura 2: Percentagens relativas à satisfação com a *gordura* ou peso em função do sexo.

Tanto para a satisfação com a *altura* como para a satisfação com a *gordura* (ou peso) as diferenças entre os sexos não se revelaram significativas.

Para a satisfação com a *Imagem Corporal* global a análise de variância (ANOVA) em função do *ano* permitiu observar diferenças significativas, $F(5, 402) = 2,62$, $p=0,024$ (Quadro 4). Os resultados do teste *Post Hoc* Scheffe não evidenciaram tal significado estatístico, contudo os adolescentes de 8º

ano registaram a média mais elevada (M = 88,00) e os de 11º ano a média mais baixa (M = 78,89).

Relativamente à *altura* a ANOVA também indicou diferenças significativas em função do ano de escolaridade, $F(5, 372) = 3,59$, $p = 0,003$ (Quadro 4). O teste *Post Hoc* Sheffe revelou que tais diferenças se estabelecem entre os estudantes de 10º ano, que registaram a média mais baixa (M = 2,5) e os de 12º ano que evidenciaram a média mais elevada (M = 2,84) (Quadro 5).

Para a *gordura* ou peso as diferenças, embora não sendo significativas, aproximaram-se do nível de significância ($p = 0,58$). Os adolescentes de 9º ano foram os que revelaram a média mais elevada para a satisfação com o peso (M = 2,64) enquanto os de 10º ano registaram a média mais baixa (M = 2,26).

Quadro 4: ANOVA One-way para a *Imagem Corporal* em função do *ano*.

		n	M	DP	df	F	P
Imagem corporal global	ano	408	81,87	17,69	5	2,62	0,024*
altura		378	2,70	0,58	5	3,59	0,003*
gordura		375	2,52	0,76	5	2,16	0,058

* $p < 0,05$

Quadro 5: Teste de Scheffe para a *Imagem Corporal* entre grupos de *ano*.

	ano	M	ano	M	Diferença de Médias	Erro Padrão	P
altura	12º	2,84	10º	2,50	0,344	.101	0,044*

* $p < 0,05$

Foram encontradas correlações positivas significativas entre a satisfação com a *Imagem Corporal* global e a satisfação com a *altura* ($r=0,14$) e com a *gordura*, ou peso, ($r=0,26$) e correlações negativas significativas entre a satisfação com a *Imagem corporal* e o *ano de escolaridade* ($r=-0,11$) e a idade ($r=-0,11$), como se apresenta no Quadro 6. Confirmou-se assim que os adolescentes iniciais têm maior satisfação com a Imagem Corporal que os adolescentes médios a finais.

Quadro 6: Correlações para a *Imagem Corporal*

		altura	gordura	ano	idade
Imagem corporal global	Correlação de Pearson	0,14**	0,26**	-0,11*	-0,11*
	p	0,006	0,000	0,031	0,029
	n	378	375	408	388
altura	Correlação de Pearson	1,000	0,20**	0,13*	0,19**
	p	.	0,000	0,013	0,000
	n	378	373	378	362

* Correlação significativa para o nível 0,05 (2-entradas)

** Correlação significativa para o nível 0,01 (2-entradas)

Resultados para a Auto-estima

Para a variável *Auto-estima* a análise de variância revelou a existência de diferenças com significado estatístico para os factores *ano de escolaridade*, $F(5, 402)=4,29$, $p=0,001$; *idade do pai*, $F(3, 391)=2,68$, $p=0,047$; *habilitação da mãe*, $F(6, 394)=2,87$, $p=0,01$; e *religião*, $F(2, 405)=3,41$, $p=0,034$, como mostra o Quadro 7.

Quadro 7: ANOVA One-way para a *Auto-estima*

	n	M	DP	df	F	p
Ano de escolaridade	408	28,48	4,53	5	4,29	0,001*
idade do pai	395	28,47	4,48	3	2,68	0,047*
habilitação da mãe	401	28,46	4,55	6	2,87	0,010*
religião	408	28,48	4,53	2	3,41	0,034*

* $p<0,05$

Para o *ano de escolaridade* as múltiplas comparações efectuadas pelo teste de *Post Hoc* Scheffe estabeleceram diferenças significativas entre os alunos de 7º ano e os de 9º, 11º e 12º anos, conforme se apresenta no Quadro 8. Os alunos de 7º ano revelaram uma auto-estima significativamente mais baixa que os de 9º, 11º e 12º anos.

Quadro 8: Teste Post Hoc Scheffe para a *Auto-estima* entre grupos de *ano*

	Ano	M	Ano	M	Diferença de Médias	p
Auto-estima	7º	26,43	9º	29,26	-2,83	0,017*
			11º	29,41	-2,98	0,011*
			12º	29,15	-2,73	0,037*

* $p < 0,05$

Para a variável *idade do pai*, o teste de *Post Hoc* Scheffe não averiguou diferenças com significado estatístico, mas demonstrou que entre os filhos do grupo de pais mais jovens (30-39 anos; $M=27,44$) e os filhos do grupo de pais mais velhos (60-85 anos; $M=30,64$) as diferenças eram mais acentuadas (diferença de médias = -3,20).

Em função da *habilitação da mãe*, o teste de *Post Hoc* Scheffe não estabeleceu diferenças significativas entre os vários grupos. No entanto, foi entre os adolescentes cujas mães eram analfabetas e os adolescentes cujas mães tinham o ensino unificado que a diferença de médias foi mais acentuada (-5,50). Os filhos das analfabetas apresentaram a média de auto-estima mais baixa ($M=25,00$) enquanto os das que tinham o ensino unificado evidenciaram a média mais elevada ($M=30,50$).

Para a variável *religião* as diferenças significativas estabeleceram-se entre o grupo de outra religião que não a católica e o de nenhuma religião, sendo $p=0,035$ (Quadro 9).

Quadro 9: Teste de Scheffe para a *auto-estima* entre grupos de *religião*.

	religião	M	religião	M	Diferença de Médias	p
Auto-estima	outra	23,75	nenhuma	31,60	-7,85	0,035*

* $p < 0,05$

À variável *religião* associa-se a variável *prática religiosa* e, embora não se tenham verificado diferenças com significado estatístico, parece importante salientar que o grupo de adolescentes muito praticantes registou a média de auto-estima mais baixa ($M=28,00$) enquanto o grupo de

adolescentes nada praticantes registou a média de auto-estima mais alta (M=30,53).

Foram encontradas correlações positivas entre a *auto-estima* e a *imagem corporal* global ($r=0,28$), a satisfação com a *altura* ($r=0,21$) e a satisfação com a *gordura* ou peso ($r=0,25$), como consta no Quadro 10.

Quadro 10: Correlações entre a auto-estima e a Imagem corporal, a altura e a gordura.

		Imagem corporal global	altura	gordura
Auto-estima	Correlação de Pearson	0,28**	0,21**	0,25**
	p	0,000	0,000	0,000
	N	408	378	375

** $p < 0,01$ (2-entradas).

Discussão

Na amostra em que este estudo incidiu, os adolescentes revelaram-se de um modo geral satisfeitos com a sua imagem corporal global, com a altura e com o peso e revelaram ter uma auto-estima média.

Ao analisar os resultados para a imagem corporal global verificámos que a média obtida pelos rapazes foi próxima da média obtida pelas raparigas. Este dado surpreendeu-nos, na medida em que a maioria dos estudos apontam para uma maior satisfação dos rapazes com a sua imagem corporal, comparativamente às raparigas (Duke-Duncan, 1991). Encontrámos, pois, alguma coincidência destes nossos dados com os obtidos por Lerner e colaboradores (1980, *cit in* Duke-Duncan, 1991) que, não tendo verificado diferenças entre rapazes e raparigas japoneses na atracção física auto-avaliada, levantaram a questão do impacto cultural. Julgamos que esta poderá constituir uma explicação para os nossos dados, uma vez que a amostra era na maioria proveniente de meio rural, onde os estereótipos sociais de atracção física feminina poderão, provavelmente, estar menos vincados pela comunicação social. Outra explicação de domínio cultural pode advir do facto da prática religiosa conduzir a um ascetismo que permita aceitar o corpo de acordo com os desígnios transcendentais. Esta ideia baseia-se na evidência da média de satisfação mais elevada ter sido obtida

pelos jovens moderadamente praticantes, que constituíam a maioria da nossa amostra, embora, como já referimos, as diferenças não fossem significativas.

Ao analisar a satisfação com a altura, apesar da maioria dos adolescentes considerarem que tinham a altura ideal, já se notaram algumas diferenças, sendo a percentagem de raparigas satisfeitas inferior à de rapazes. Esta diferença acentuou-se ao comparar os valores obtidos para a satisfação com a gordura ou peso. De facto, a percentagem de raparigas que afirmou sentirem-se demasiado gordas foi quase o dobro da percentagem de rapazes que assim se auto-percepcionaram. Consequentemente, a percentagem de rapazes que considerou ter o peso ideal ou ser demasiado magro foi superior à de raparigas. Embora as diferenças por nós encontradas não fossem significativas, os dados que obtivemos coincidiram com os já relatados por outros autores noutros estudos. Por exemplo, Duncan e colaboradores (1985, *cit in* Duke-Duncan, 1991) verificaram que os rapazes estavam satisfeitos com o seu peso, enquanto as raparigas em cada estágio de desenvolvimento pubertário desejaram ser mais magras. Koslow (1988, *cit in* Duke-Duncan, 1991) também verificou que raparigas de onze a doze anos tendiam a avaliar excessivamente o seu nível de gordura corporal comparativamente à sua prega cutânea, enquanto os rapazes o faziam com precisão.

Esta diferença no desejo das raparigas de serem mais magras e a maior satisfação dos rapazes com o seu peso pode explicar-se ainda com base nas transformações corporais que se desencadeiam na puberdade, pois no corpo feminino há realmente um ganho de gordura, enquanto o aumento de peso do corpo masculino traduz o desenvolvimento da massa muscular.

Comparando a satisfação com a imagem corporal global em função do ano de escolaridade, constatou-se que os adolescentes iniciais (8º ano) eram os mais satisfeitos e os de 11º ano eram os mais insatisfeitos. Quanto à satisfação com a altura, verificou-se que os adolescentes médios (10º ano) eram os mais insatisfeitos, diferindo significativamente dos adolescentes finais (12º ano) que eram os mais satisfeitos. Estes dados sugerem-nos que a satisfação com a imagem corporal é positiva até ao momento em que as transformações corporais começam a tornar-se visíveis, decaindo

sucessivamente até meio da adolescência para depois retomar a percepção positiva, a qual se restabelece já no final da adolescência.

O facto da satisfação com a imagem corporal global se ter correlacionado positiva e significativamente com a altura e com a gordura e negativamente com o ano de escolaridade e com a idade parece reforçar esta ideia da insatisfação desencadeada pelos desequilíbrios biológicos característicos da puberdade. Por outro lado, a correlação negativa encontrada com o ano de escolaridade e com a idade aponta ainda para o facto dos adolescentes sentirem algum desajustamento causado pelo efeito do grupo de pares, uma vez que a observação do desenvolvimento corporal dos colegas, se este estiver desfasado do seu, pode originar angústia e insatisfação do adolescente relativamente ao seu corpo.

Ao avaliar a auto-estima verificou-se que esta variável também é influenciada significativamente pelo ano de escolaridade. Os alunos de 7º ano registaram os valores mais baixos para a auto-estima, seguindo-se-lhes os de 10º ano. Como estes anos coincidem com o início de ciclos de ensino (3º ciclo de ensino básico e ensino secundário, respectivamente), parece-nos que estamos mais uma vez perante o efeito do grupo de pares. Talvez a integração e adaptação inicial a um novo grupo possa influenciar negativamente a auto-estima global, mas, à medida que a aceitação vai tendo lugar a auto-estima poderá ir aumentando, como se constatou nos anos sucessivos, onde os alunos já revelaram uma auto-estima mais alta. Outros autores têm verificado um decréscimo contínuo de auto-estima ao longo da adolescência e também o explicam com base nas mudanças de contextos sociais associadas à transição escolar, para além das mudanças maturacionais pubertárias e cognitivas bem como de pensamento operacional formal (Harter, 1998; Simmons, Blyth Van Cleave & Bush, 1979; Wigfield *et al.*, 1991; *cit in* Robins *et al.* 2002).

A idade do pai foi outro factor que denotou influência na auto-estima dos adolescentes. Tendo-se verificado que os filhos do grupo de pais mais jovens tinham a média inferior, e que os filhos do grupo de pais mais velhos obtiveram o valor médio mais elevado, julgamos que a experiência de vida dos pais e/ou a sua experiência na educação de filhos anteriores aos que integraram a amostra, pode ser importante para potenciar a auto-estima

destes adolescentes. Por outro lado, este dado vai de encontro a um outro que também constatámos no decorrer do estudo: os filhos de pais mais velhos eram também mais autónomos que os de pais mais jovens (Anastácio, 2001). Assim, ocorre-nos como explicação que a conquista de autonomia pode contribuir para aumentar a auto-estima. Esta ideia é ainda corroborada pelo facto da amostra apresentar auto-estima média em vez de alta, o que poderá dever-se ao facto do actual prolongamento da adolescência criar dependência, podendo dificultar a consecução de níveis elevados de auto-estima global.

Tendo constatado que a habilitação da mãe também influencia significativamente a auto-estima dos adolescentes, apresentando os filhos das analfabetas a média mais baixa e os das que possuem o ensino unificado a média mais elevada, pensamos que estas últimas associam alguma instrução a maior disponibilidade para dialogar com os filhos.

A religião revelou-se outro factor com influência significativa na auto-estima dos adolescentes, sendo os que afirmaram não ter religião nenhuma os que apresentaram a média mais elevada e os que tinham outra religião que não a católica os que evidenciaram a média de auto-estima mais baixa. Conjugando este factor com a prática religiosa também constatámos que os mais praticantes registavam o valor médio mais baixo enquanto os nada praticantes atingiram a média superior. Estes dados levam-nos a pensar que a adesão e frequência ao culto espiritual surgem de uma necessidade intrínseca ao indivíduo para procurar o seu bem estar, o que lhe poderá ser proporcionado momentaneamente pelo culto, mas provavelmente não induz mudanças a nível do *self*, da autoconfiança e da auto-eficácia, capazes de aumentar a sua auto-estima.

A auto-estima correlacionou-se positivamente com a satisfação com a imagem corporal global, com a altura e com a gordura. Este resultado é coincidente com os obtidos por outros autores noutras investigações. Misra e Aguillon (2001) num estudo com 124 adolescentes de meio rural com média de idades de 15,77 ($\pm 1,72$) anos ao averiguarem a relação entre as percepções e os conhecimentos de saúde e os comportamentos saudáveis (hábitos alimentares e actividade física) verificaram que as raparigas, que tinham uma auto-estima ligeiramente mais baixa que os rapazes, tinham

melhores hábitos alimentares do que eles e estavam mais interessadas em aprender sobre saúde. Os autores referiam o facto de as raparigas controlarem a alimentação e recorrerem à actividade física para combater as suas preocupações com o excesso de peso e com a aparência física. Encontraram também uma correlação positiva significativa entre a auto-estima, as características individuais autopercepcionadas (ser saudável, forte, bonito, sexy e líder) e o envolvimento desses adolescentes em actividades físicas.

Duke-Duncan (1991) também afirmou que alguma da importância do conceito adolescente de imagem corporal provém da sua estreita relação com a auto-estima e que a atracção física autopercepcionada tem sido relacionada com uma auto-estima positiva.

Conclusões

Os adolescentes apresentaram uma imagem corporal e uma auto-estima positivas, sendo o peso a característica que mais insatisfaz, sobretudo as raparigas.

As alterações na aparência física podem desencadear sentimentos negativos acerca de si próprios, o que muitas vezes impede os indivíduos de tomarem decisões e assumirem responsabilidades, diminuindo, conseqüentemente, a sua auto-eficácia e a sua auto-estima.

Os factores culturais, nomeadamente a religião, que neste estudo revelou influência na auto-estima dos adolescentes, devem ser alvo de reflexão e de futuras investigações, no sentido de se perceber se contribuem para aumentar a auto-estima ou para gerar conflitos interiores na fase da vida em que o adolescente está a edificar o seu sistema de valores.

Quando se restabelecem os equilíbrios maturacionais (biológicos, cognitivos e emocionais), no final da adolescência, atinge-se também uma imagem corporal e uma auto-estima positivas. Deste modo, os pais e as restantes pessoas que lidam com os adolescentes devem ser informados e estar preparados para ajudar os jovens a ultrapassar os sentimentos negativos acerca de si próprios. Esta deve ser, pois, uma tarefa também assumida pela escola, em especial pela Escola Promotora de Saúde.

Bibliografia

Anastácio, Z. (2001). *Educação Sexual: relacionamento entre pais e filhos adolescentes*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Cruz, T. M. (1998). *Imagem Corporal e Auto-estima numa população clínica: Implicações Para a Promoção / Educação para a Saúde*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Duke-Duncan, P. (1991). Body Image. In Lerner, R. Petersen, A., Brooks-Gunn, J. (eds). *Encyclopedie os Adolescence* (Vol I, pp. 90-94). New York and London: Garland Publishing, inc.

Gutierrez, L.M. (1990). Working with women of colour, an empowerment perspective. *Social Work*, Vol. 35 (2), pp. 149-53.

Koslow, R. (1988). Differences between personal estimates of body fatness and measure of body fatness in 11 and 12 year old males and females. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, pp.533-535.

Misra, R. & Aguillon, S. (2001). Predictors of health behaviors in rural adolescents. *Health Education*. Vol. 101 (1), pp. 22-30. [online] (02-03-2003)

Navarro, M. F.(1995). *Educação para a Saúde. Modelos de Intervenção em Saúde na Educação Pré-Escolar e nos Ensinos Básico e Secundário*. Lisboa: PPES

OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986 [online] http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html (15-05-2001 16:13)

Raust-von Wright, M. (1989). Body image satisfaction in adolescents girls and boys: A longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, pp. 71-83.

Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Gosling, S., & Potter, J.(2002). Global Self-Esteem Across the Life Span. *Psychology and Aging*, Vol. 17 (3), pp. 423-434. [online] (03-06-2003)

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: University Press.

Scriven, A. & Stiddard, L. (2003). Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education*, Vol. 103 (2), pp. 110-118. [online]

Tones, K. (1995). Editorial. *Health Education Research*, Vol. 10 (2), pp. I-V.

