

**U.** PORTO



FACULDADE DE DESPORTO  
UNIVERSIDADE DO PORTO



# Obesidade, Actividade Física e Percepção da Imagem Corporal na Adolescência

Tânia Manuela dos Santos Oliveira

Porto, 2008





## Obesidade, Actividade Física e Percepção da Imagem Corporal na Adolescência

Monografia realizada no âmbito da disciplina de Seminário do 5º ano da licenciatura em Desporto e Educação Física, na área de Recreação e Tempos Livres, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Orientador: Prof. Doutor Maria Paula Santos  
Tânia Manuela dos Santos Oliveira

Porto, 2008

Oliveira, T. (2008). *Obesidade, Actividade Física e Percepção da Imagem Corporal na Adolescência*. Porto: T. Oliveira. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

**Palavras-chave:** OBESIDADE, CORPO, PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, ACTIVIDADE FÍSICA

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Paula Santos pela ajuda, paciência e disponibilidade demonstrada.

À Professora Doutora Maria Olga Vasconcelos, que mesmo não sendo minha orientadora, demonstrou disponibilidade e auxílio, sendo essencial no esclarecimento de dúvidas.

À Rosinha, que demonstrou grande disponibilidade, auxílio esse imprescindível para a realização deste estudo.

Aos adolescentes inquiridos, pois sem eles este estudo não teria sido possível.

Às minhas amigas por estes 5 anos de profundo companheirismo, amizade, compreensão e boa disposição. Sobretudo por todos os bons momentos passados neste percurso académico, os quais nunca esquecerei e recordarei com imensa saudade.

Aos meus pais, com especial carinho, pelo apoio transmitido ao longo de toda a minha vida, pelo amor e afecto, e por todos os valores que me transmitiram, os quais me permitiram ser quem sou.

À minha irmã, pelo acompanhamento permanente e por estar presente em todos os momentos da minha vida.

Ao meu avô pelos bons momentos passados...

Ao Nuno por ter estado sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos, sem nunca me ter deixado desistir. Por todo o seu amor, paciência e compreensão,..., simplesmente por existir.



# ÍNDICE GERAL

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	III
<b>ÍNDICE DE GERAL</b> .....	V
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	VII
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	IX
<b>RESUMO</b> .....	XI
<b>ABSTRACT</b> .....	XIII
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	XV
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
<b>2. REVISÃO LITERATURA</b>	7
<b>2.1 Obesidade</b>	9
2.1.1 Definição e caracterização	9
2.1.2 Prevalência da Obesidade	12
2.1.3 Etiologia da Obesidade	13
2.1.4 Consequências da Obesidade	17
2.1.5 Estratégias de Prevenção e Tratamento da Obesidade	18
<b>2.2 Educação para a Saúde na Escola</b>	22
<b>2.3 O Corpo</b>	26
2.3.1 O Corpo na sociedade actual	26
<b>2.4 Imagem Corporal</b>	28
2.4.1 Percepção da Imagem Corporal	28
<b>2.5 Actividade Física</b>	34
2.5.1 Relação entre Actividade e IMC	35
2.5.2 Benefícios da Actividade Física	36
2.5.3 Recomendações para a prescrição de Actividade Física	37

2.5.4	Recomendações para a promoção de Actividade Física	42
<b>3.</b>	<b>OBJECTIVOS E HIPÓTESES</b>	<b>47</b>
3.1	<b>Objectivo Geral</b>	49
3.1.1	Objectivos Específicos	49
3.2	<b>Hipóteses</b>	49
<b>4.</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>51</b>
4.1	<b>Descrição e Caracterização da Amostra</b>	53
4.2	<b>Procedimentos Metodológicos</b>	53
4.2.1	Avaliação por questionário, das Modalidades Preferidas	53
4.2.2	Avaliação do Índice de Massa Corporal	54
4.2.3	Avaliação, por questionário, da Percepção da Imagem Corporal	54
4.3	<b>Procedimentos Estatísticos</b>	56
4.3.1	Estatística Descritiva	56
4.3.2	Estatística Inferencial	56
<b>5.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>57</b>
5.1	<b>Modalidades Desportivas Preferidas</b>	59
5.2	<b>Percepção da Imagem Corporal</b>	70
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>77</b>
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>99</b>
8.1	<b>Anexo 1</b>	101
8.2	<b>Anexo 2</b>	103



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Tríade epidemiológica aplicada à obesidade. Traduzido de Swinburn e Egger (2002).....	15
<b>Figura 2 –</b> Frequências das Modalidades seleccionadas, por sexo.....	59
<b>Figura 3 –</b> Frequências das Modalidades seleccionadas, segundo o IMC. ....	62
<b>Figura 4 –</b> Opções dos adolescentes quanto à preferência por desporto competitivo ou não competitivo, em função do sexo.....	65
<b>Figura 5 –</b> Local de prática eleito pelos adolescentes, em função do sexo. .....	67



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Sistema de classificação da obesidade (Wallace, 1997).....	10
<b>Quadro 2</b> - Classificação da obesidade segundo o IMC (OMS, 2000).....	11
<b>Quadro 3</b> – Classificação da obesidade através do IMC, segundo valores de corte específicos, para idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).....	12
<b>Quadro 4</b> – Actuação da actividade Física na redução do peso (Barata, 1997, p.274).....	36
<b>Quadro 5</b> – Recomendações para a prescrição de exercício (ACSM, 2003, p.139; Wallace, 1997, p. 111).....	39
<b>Quadro 6</b> – Caracterização da amostra relativamente ao sexo e à idade. ....	53
<b>Quadro 7</b> – Exemplo se resposta no BIQ.....	55
<b>Quadro 8</b> – Itens do BIQ.....	55
<b>Quadro 9</b> – Frequências por sexo, de futebol.....	60
<b>Quadro 10</b> – Valor do teste qui-quadrado, em função do sexo, para a modalidade de futebol.....	60
<b>Quadro 11</b> – Frequências por sexo, de natação.....	61
<b>Quadro 12</b> – Valor do teste qui-quadrado, em função do sexo, para a modalidade de natação.....	61
<b>Quadro 13</b> – Frequências por IMC, de natação.....	63
<b>Quadro 14</b> – Valor do teste qui-quadrado, em função do IMC, para a modalidade de natação.....	63
<b>Quadro 15</b> – Frequências por IMC, de futebol.....	63
<b>Quadro 16</b> – Valor do teste qui-quadrado, em função do IMC, para a modalidade de futebol.....	63
<b>Quadro 17</b> – Percepção da Imagem Corporal em função do sexo. Média e desvio padrão, valores de z e de p.....	71
<b>Quadro 18</b> – Percepção da Imagem Corporal em função do IMC. Média e desvio padrão, valores de z e de p.....	73



## RESUMO

O presente estudo tem como objectivo conhecer quais as modalidades preferidas, assim como avaliar a percepção da imagem corporal, através dos sentimentos e atitudes induzidas pelo próprio corpo, dos adolescentes com excesso de peso e obesos. A amostra foi constituída por 45 adolescentes, sendo 18 do sexo feminino e 27 do sexo masculino. Desta amostra 18 têm excesso de peso, enquanto de 27 adolescentes são obesos. Os adolescentes têm idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos, sendo a média de idades de  $11,89 \pm 1,09$  anos. A recolha de dados foi realizada através de dois questionários. Um questionário permitia conhecer quais as modalidades preferidas dos adolescentes, se preferiam que fosse ou não desporto de competição e qual o local eleito para a prática desportiva. Para a avaliação da percepção da Imagem Corporal foi utilizado o questionário *Body-Image Questionnaire* de Bruchon-Shweitzer (1987). Foi utilizada a estatística descritiva, a média e o desvio padrão, para a análise dos dados. Da estatística inferencial foram utilizados o teste do qui-quadrado e o teste não paramétrico *Mann Whitney*. Os resultados obtidos nesta investigação mostram que as modalidades preferidas pelas adolescentes do sexo feminino foram natação, canoagem, dança e desportos de luta/combate, enquanto que os adolescentes do sexo masculino elegeram futebol, seguido de basquetebol, canoagem e andebol. Relativamente à percepção da imagem corporal, após a comparação das adolescentes do sexo feminino com o sexo masculino, assim como para o grupo de adolescentes com excesso de peso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, à excepção de dois itens. As principais conclusões do nosso estudo demonstram alguma concordância na selecção de algumas modalidades, em função do sexo. Contudo, os adolescentes não apresentaram uma visão tão negativa como seria de esperar pela revisão da literatura, não diferindo muito em função do sexo nem do IMC.

**Palavras-chave:** OBESIDADE, CORPO, PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, ACTIVIDADE FÍSICA



## ABSTRACT

The purpose of the following study is to know what are the preferred sport activities, as well as assessing the body image perception through feelings and induced attitudes by the body of the overweight and obese teenagers. The sample was consisted of 45 teenagers, 18 female and 27 male. From this sample 18 are overweight while the other 27 are obese. The teenagers are between 10 and 15 years old, being the average of age of  $11,89 \pm 1,09$  years. The data collection was performed with the use of two questionnaires. A questionnaire allowed knowing which were the sport activities that teenagers preferred, if they preferred them as a competition sport or not, and what the place elected for the sport's practice. The *Body-image Questionnaire from Bruchon-Sweitzer (1987)* was used to evaluate the perception of body image. The descriptive statistic, the average and the standard deviation were used for the data analysis. From the inferential statistic were used the chi-square test and the non-parametric *Mann Whitney* test. The results obtained in this research show that the activities preferred by female teenagers were swimming, canoeing, dancing and fight / combat sports, while male teenagers elected football followed by basketball, canoeing and handball. Regarding the perception of body image, after the comparison of female and male teenagers as well as for the groups of overweight teenagers, there weren't found statistically significant differences, with the exception of two items. The main conclusions of our study show some consistency in the selection of some sports activities regarding the gender. However, young people didn't show such a negative vision as it would be expected by the literature review, not differing much based on sex or the BMI.

**Key words:** OBESITY, BODY, BODY IMAGE PERCEPTION, PHYSICAL ACTIVITY.





## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ACSM** – American College of Sports Medicine

**BIQ** - *Body-Image Questionnaire*



# **INTRODUÇÃO**



## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade tem-se traduzido num problema de saúde pública e um dos infortúnios da nossa civilização, sendo definida como uma condição anormal de excesso de gordura acumulada no tecido adiposo, que coloca em perigo a saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2000).

A prevalência da obesidade em todas as faixas etárias é entendida, pela OMS, como um problema sério, descrevendo-a como uma “epidemia global” (British Medical Association, 2005).

A etiologia da obesidade é multifactorial, pois envolve agentes como o comportamento alimentar, mecanismos de armazenamento de gordura, balanço de energia, assim como influências genéticas, fisiológicas, ambientais e medicamentosas (Baranowski et al., 2000). O excesso de massa gorda está associado a múltiplos factores, como a má nutrição, ausência de actividade física, factores genéticos e metabólicos, e pelo desequilíbrio do balanço energético (Hill & Melanson, 1999).

A obesidade deve ser por si só encarada como uma doença, que predispõe outras doenças (Barata, 1997). A obesidade é um factor de risco para doenças crónicas como a hipertensão, dislipidemia, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, apneia de sono, cálculos biliares e desordens musculo-esqueléticas (Rossner, 2002). Na obesidade infantil e na adolescência, as principais sequelas são a hipertensão, a dislipidemia, dores nas costas e problemas psicossociais (Kiess et al., 2001).

É necessário identificar os factores de risco, para que se actue na prevenção da obesidade (Dietz, 1995), devendo posteriormente subsistir uma abordagem integrada, que envolva acções em todos os sectores da sociedade, uma vez que este deve ser encarado como um problema da população (OMS, 2000).

A adolescência representa uma etapa importante para o controlo e para a prevenção da acumulação excessiva de gordura corporal, impedindo o surgimento e desenvolvimento da obesidade através do controlo alimentar e do comportamento físico activo (Dietz, 1994). A prevenção da obesidade deve iniciar-se em idades jovens, focalizando-se no encorajamento para a

adopção de dietas saudáveis, e na promoção de um estilo de vida não sedentário, encorajando a actividade física nas escolas e em ambientes extra-escolares (Rossner, 2002). Devem ser organizados programas dirigidos aos jovens, em locais como as salas de aula, que visem a educação sobre o controlo de peso (Rees, 1991).

A escola é assim o local ideal para a Educação para a saúde, pelo ambiente pedagógico que contempla e pelos prestígios dos professores. Estes são trunfos importantes nesta acção educativa. Não podemos esquecer que é na infância e na adolescência que se desenvolvem com mais facilidade todas as capacidades (Santos, 1989).

Além de todos os problemas de saúde física associados à obesidade, é ainda importante referir os diversos problemas sociais e psicológicos que desta advêm. Deve também existir uma preocupação pela discriminação e vitimização, a que estão sujeitas as crianças obesas (Must & Strauss, 1999).

Os adolescentes são dos que mais sofrem com as pressões exercidas pela sociedade para a aquisição de um corpo socialmente aceitável.

Ao longo dos tempos, o corpo tem vindo a ser entendido de forma diferenciada, sendo valorizado de acordo com os códigos culturais vigentes. Enquanto produto da biologia e da cultura, o corpo retrata com fidelidade a sociedade em que se insere (Garcia, 1997).

Pertencemos a uma sociedade onde a imagem e a aparência, a beleza, a juventude e perfeição física, são fundamentais. A obesidade é uma condição que não tem lugar na actual época, podendo esta alterar a imagem dos indivíduos (Bento, 2004).

O conceito de imagem corporal foi definido por Schilder (1935, cit. por Vasconcelos, 1995), que o considera como sendo a representação que formamos mentalmente do nosso próprio corpo, a forma como o vemos, podendo esta imagem ser alterada com o tempo e segundo as situações. É frequente os obesos possuírem um imagem corporal distorcida, uma depreciação da própria imagem, que resulta do facto de se sentirem inseguros em relação aos outros, imaginando que estes o vêem com hostilidade e desprezo (Correia, 2003).

A actividade física deve fazer parte de um plano de prevenção e tratamento da obesidade. Sallis e Patrick (1994), sugeriram que deveria

haver um aumento da promoção da actividade física nas idades pediátricas de forma a prevenir os riscos de mortalidade, bem como contributo para um estilo de vida saudável, aumentando assim a probabilidade de se tornarem adultos activos. Deste modo, com o desenvolvimento de um estilo de vida activo nas crianças obesas, é possível alcançar múltiplos benefícios, actuando nos problemas físicos e psicológicos (Bouchard & Blair, 1999).

A escola e os clubes são fundamentais para promoção da prática desportiva em todos os jovens (Mesquita, 2004). Para o encaminhamento dos jovens para a prática desportiva extra-escolar, devem ser tidos em consideração os gostos e motivações dos alunos (Telama & Yang, 2000).

Vários estudos demonstraram que é o prazer, o bem-estar e o divertimento, mais que a melhoria da aptidão física, ou mesmo os factores estéticos, que condicionam a prática e as escolhas de participação nas actividades físicas desportivas (Mota & Sallis, 2002).

A escola deve assim assumir um papel fundamental junto dos adolescentes, proporcionando oportunidade para a prática desportiva. Com este trabalho, pretende-se conhecer quais as modalidades preferidas dum grupo de adolescentes com excesso de peso e obesos, na Escola EB 2,3 de Olival.

Tendo em consideração a realidade da actual sociedade, será importante perceber quais as percepções, os sentimentos e as atitudes que estes possuem do próprio corpo.

Conhecidos os gostos e motivações dos alunos, bem como os sentimentos em relação ao próprio corpo, talvez seja mais acessível consciencializar os adolescentes, acerca da importância da adopção de um estilo de vida activo.





# **REVISÃO DA LITERATURA**



## **1. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Obesidade**

#### **2.1.1 Definição e Caracterização**

A análise do conceito de obesidade tem sido alvo da atenção da comunidade científica internacional, sendo conhecida como a doença nutricional mais séria e preponderante nos países industrializados, e considerada como um problema clínico difícil (Rocchini, 1993).

A obesidade é definida como uma condição anormal de excesso de gordura acumulada no tecido adiposo, que coloca em perigo a saúde (OMS, 2000).

De acordo com o American College of Sports Medicine ([ACSM], 2006), a obesidade define-se como a quantidade percentual de gordura corporal acima do qual o risco de doença aumenta, ou de uma forma simples, a obesidade corresponde a um aumento exagerado de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo.

Segundo a International Obesity Task Force, a obesidade é uma condição complexa de dimensões sociais, biológicas e psicossociais consideráveis, podendo eventualmente afectar qualquer pessoa de qualquer idade ou grupo socioeconómico, em qualquer parte do mundo (Santos, 2004).

Bar-Or e Barnowski (1994), definem adiposidade como sendo a quantidade de gordura corporal, apresentada como massa (peso) ou como uma percentagem de massa corporal total. Assim, obesidade é entendida como o estado acima da adiposidade anormal, a partir da qual há maior probabilidade de ocorrer problemas de saúde.

É possível falar num sistema de classificação da obesidade (quadro 1) fenotípico, na morfologia da gordura celular e o estado de saúde (Wallace, 1997)

**Quadro 1** – Sistema de classificação da obesidade (Wallace, 1997).

<b>Fenotípica</b>
Tipo I: Excesso de massa corporal ou percentagem de gordura
Tipo II: Excesso de gordura subcutânea tronco-abdominal (andróide)
Tipo III: Excesso de gordura abdominal visceral
Tipo IV: Excesso de e gordura glúteo-femoral (andróide)
<b>Morfologia Celular</b>
Obesidade hiperplásica
Obesidade hipertrófica
<b>Estado de saúde</b>
Obesidade Leve
Obesidade Mórbida

Os indivíduos obesos diferem não apenas pelo excesso de peso mas também pela distribuição de gordura pelo corpo. Esta distribuição afecta o risco associado à obesidade e aos tipos de doença que daí resultam. É possível distinguir entre os que têm elevado risco, resultado da distribuição da gordura na região abdominal, denominada de obesidade andróide, com a obesidade ginóide, em que a gordura é mais uniformemente e periféricamente distribuída por todo o corpo, estando associada a um menor risco de doença (OMS, 2000; Hills & Wahlqvist, 1994).

Pretende-se com a definição de excesso de peso e obesidade, prever os riscos para a saúde e fornecer as comparações entre as populações (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Utiliza-se comumente o IMC na população adulta, sendo reconhecido o ponto de corte de  $25\text{kg/m}^2$  para adultos com excesso de peso, e de  $30\text{ kg/m}^2$  para adultos obesos (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000; OMS, 2000).

O IMC é simplesmente uma relação entre o peso e o quadrado da altura (peso-Kg/altura<sup>2</sup>-m<sup>2</sup>). Por exemplo, um adulto que pese 70Kg e meça 1,75m, terá um IMC de 22,9 (OMS, 2000).

A classificação de excesso de peso ou obesidade, de acordo com o IMC, é demonstrada no quadro seguinte:

**Quadro 2** - Classificação da obesidade segundo o IMC (OMS, 2000)

<b>Classificação</b>	<b>IMC</b>	<b>Risco de doenças</b>
Baixo peso	<18,5 0	Baixo
Peso normal	18,50 – 24,99	Médio
Excesso de peso:	≥25,00	-
Pré-obeso	25,00 – 29,99	Aumentado
Obeso grau I	30,00 – 34,99	Moderado
Obeso grau II	35,00 – 39,99	Elevado
Obeso grau III	≥40,00	Muito elevado

A OMS (2000) refere a falta de coerência e de acordo entre os estudos e a classificação da obesidade na infância e na adolescência, salientando a necessidade de um sistema de classificação padronizado mundialmente. Durante a infância e a adolescência é mais complicado classificar a obesidade, uma vez que a altura ainda está a aumentar e a composição corporal está em contínua mutação (OMS, 2000).

As crianças são um grupo populacional, onde será de esperar que os efeitos de uma intervenção estratégica, sobre a obesidade, seja aparente. Neste grupo existe um potencial superior para retornar a um crescimento saudável, com parâmetros normais. Habitualmente as crianças aprendem a partir de um estilo de comportamentos, sendo estas mais flexíveis na sua capacidade de mudança de comportamento, relativamente aos adultos (Steinbeck, 2001).

Dado que na infância o IMC muda substancialmente, foi proposto por Cole e colaboradores (2000), o estabelecimento de uma definição standard, com pontos de corte específicos para idades compreendidas ente os 2 e os 18 anos, baseada nos valores de IMC de 25 e 30 kg/m<sup>2</sup>, para excesso de peso e obesidade respectivamente (quadro 3).

**Quadro 3** – Classificação da obesidade através do IMC, segundo valores de corte específicos, para idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000)

Idade (anos)	IMC 25 kg/m <sup>2</sup>		IMC 30 kg/m <sup>2</sup>	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.34
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.34	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

### 2.1.2 Prevalência da Obesidade

O excesso de gordura tornou-se num dos principais problemas de saúde infantil nos países desenvolvidos, e noutras partes do mundo

(Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002). Esta afirmação ganha relevo quando observamos as prevalências no mundo, e particularmente, em Portugal. Durante as últimas duas décadas, a prevalência de obesidade em crianças tem aumentado consideravelmente (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002).

A obesidade é hoje considerada uma epidemia do século XXI (Rossner, 2002). Esta afirmação pode ser reforçada pelos valores que nos são apresentados pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade. Esta entidade afirmou que em 2000, 35% da população portuguesa entre os 18 e os 65 anos tinha excesso de peso e 14.4% eram obesos (Nobre, Jorge, Macedo, & Castro, 2003)

Carmo et al. (2008), realizaram um estudo sobre a prevalência de obesidade, entre 2003 e 2005, sendo a amostra constituída por 8116 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, a partir da qual foi possível fazer o levantamento dos valores de IMC. Os autores concluíram, que 2,4% da amostra total apresentou baixo peso (IMC <18,5), 39,4% estavam com excesso de peso (IMC entre 25,0% e 29,9%), e 14,2% apresentavam obesidade (IMC de 30). Os valores totais demonstram que o total de excesso de peso aumentou de 49,6% (em 1995-1998) para 53,6% (em 2003-2005).

Num estudo realizado em Portugal, com 4511 crianças com idades entre os 7 e os 9 anos, de várias regiões do país, foram determinadas prevalências de 19,1% e 10,3% nos rapazes e 21,4% e 12,3% nas raparigas, respectivamente, de sobrepeso e obesidade (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira, & Rosado., 2004), definidos de acordo com os valores de corte de índice de massa corporal propostos por Cole et al. (2000). No mesmo estudo foi verificado que as crianças portuguesas apresentavam os segundos valores médios mais altos em sobrepeso/obesidade, comparativamente com os outros países europeus (31.5%).

### **2.1.3 Etiologia da Obesidade**

Para Jebb e Moore (1999), a etiologia do excesso de peso e da obesidade é claramente multifactorial, envolvendo factores como o

comportamento alimentar, mecanismos de armazenamento de gordura, influências genéticas, fisiológicas, ambientais e medicamentosas, sendo ainda reforçada a importância dos factores sociais por Rossner (2002).

De acordo com Hill e Melanson (1999), a explicação provável para a alta prevalência de obesidade é um envolvimento que produz uma pressão constante sobre o balanço energético e que desencoraja a actividade física, referindo também que os factores ambientais serão os principais responsáveis pela doença.

A obesidade é uma condição que tem complexos factores que actuam em vários níveis. Para compreender o impacto desses factores, é importante identificar níveis próximos a cada cidadão, sendo eles: factores individuais (por exemplo, consumo alimentar), interpessoal (crenças parentais e/ou conhecimentos), de organização (menus escola/almoço), e do governo/política (rotulagem dos alimentos orientações). Embora nem todos os factores possam estar relacionados com os níveis mencionados, este é um instrumento útil para o entendimento deste complexo síndrome. Este modelo implica que as intervenções deverão resultar da interacção de pelo menos dois níveis (British Medical Association, 2005).

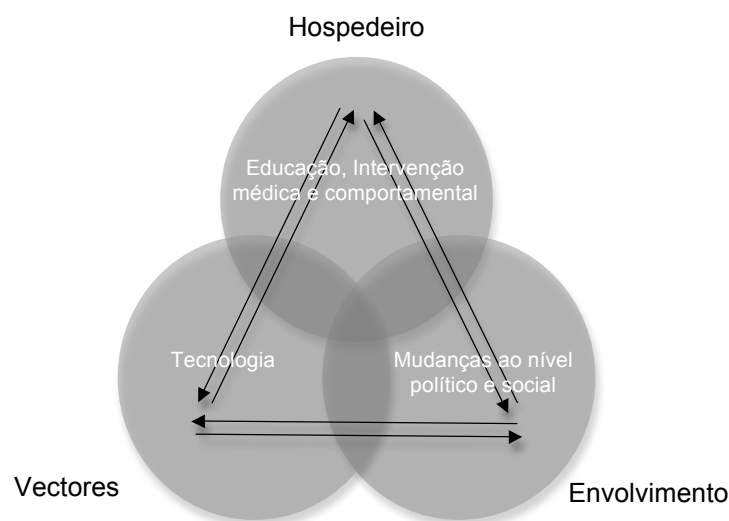
Pode ser errado atribuir como única causa da obesidade a inactividade física, uma vez que esta pode ser resultado da inapropriada energia ingerida. Assim, a obesidade resulta não apenas da inactividade física, mas também da falta de correspondência entre a energia ingerida e a dispendida (Bouchard, Shephard & Stephens, 1993).

Sabe-se que o acúmulo de gordura se dá pelo balanço energético positivo, ou seja, mais energia ingerida do que gasta. Contudo existe um conjunto de razões individuais – fisiológicas, psicológicos, hormonais, sociais e ambientais (Nahas, 1999).

O balanço energético que explica a obesidade tem sido incluído no “Modelo Ecológico”, explicado por Swinburn e Egger (2002). Este modelo permite identificar o papel das influências do envolvimento no balanço energético. Neste modelo o agente simboliza a via final, definida como equilíbrio de energia positiva, que leva ao ganho de peso. Os elementos deste modelo ecológico podem ser convertidos na tríada epidemiológica clássica – hospedeiro, vector e envolvimento. Esta tríada epidemiológica



(conforme demonstra a figura 1) é considerada como norteadora no controlo desta epidemia e nas estratégias contra o aumento do peso. Nesta tríada podemos observar (i) os vectores, que representam o gasto de energia, aparecendo como mediadora a inactividade física e todas as máquinas que diminuem o trabalho físico, bem como os alimentos e bebidas de elevado teor calórico; (ii) o hospedeiro, que inclui todos os factores relacionados com os indivíduos, incluindo os factores biológicos e metabólicos, conhecimentos, comportamentos e atitudes; por último (iii) o envolvimento que incorpora os aspectos económicos, políticos e socioculturais. Embora esta tríada englobe diferentes estratégias de intervenção, todas elas estão interligadas, sendo necessário tratar de todas em conjunto para que seja alcançado o sucesso (Swinburn & Egger, 2002).



**Figura 1.** Tríade epidemiológica aplicada à obesidade. Traduzido de Swinburn e Egger (2002)

Alguns estudos têm demonstrado que os factores genéticos desempenham um papel importante no desenvolvimento da obesidade. No entanto, a interacção da genética com factores ambientais é igualmente importante, ou seja, a susceptibilidade à obesidade é em parte determinada pelos factores genéticos, mas é necessário um ambiente obesogénico para a sua expressão fenotípica (Loos & Bouchard, 2003).

Egger e Swinburn (1997), salientam a importância das influências ambientais para o desenvolvimento da obesidade. Os autores classificam o

ambiente em macro, que determina a prevalência da obesidade numa população, e em micro, que aliado ao comportamento biológico e às influências comportamentais, irá determinar se um indivíduo é ou não obeso. Este ambiente influencia na quantidade e no tipo de alimentos ingeridos e na quantidade e tipo de actividade física adoptados. As influências ambientais representam o braço da saúde pública do problema da obesidade, isto é, se o macro ambiente for obsogénico então a obesidade torna-se mais prevalente e os programas, com objectivo de influenciar o comportamento individual, podem vir a ter um efeito limitado. Tem-se verificado que o problema da obesidade apenas é controlado após terem sido modificados os factores ambientais.

O aumento da obesidade tem sido demasiado rápido para indicar os factores genéticos como causa primária. Assim, a epidemia deve reflectir sobretudo nas mudanças dos padrões alimentares e nos níveis de actividade física. Vivemos num ambiente que incentiva e promove a alta ingestão calórica (Egger & Swinburn, 1997), o que muitas vezes pode condicionar os pais de darem aos seus filhos uma alimentação equilibrada e um estilo de vida saudável (British Medical Association, 2005).

Dietz (1998), afirma que a maturação na puberdade, por si só, pode representar uma determinante biológica adicional.

O estilo de vida actual, sedentário, parece ser tão importante como a dieta no desenvolvimento da obesidade (Rossner, 2002), sendo esta condição um factor de risco para o ganho de peso com a idade (Bouchard, 2000).

O aumento do excesso de peso e da obesidade entre os jovens pode estar associado à diminuição da actividade física (Hill e Melanson, 1999). Um estudo de Epstein et al. (1991), revelou que crianças obesas escolheram actividades sedentárias independentemente do custo. Crianças magras e moderadamente obesas substituíram a actividade vigorosa, aumentando o sedentarismo.

São vários os autores que referem a influência dos meios de comunicação social, mais concretamente da televisão, como causa da obesidade. Existe uma forte relação entre ver televisão e o índice de massa corporal, convidando esta a um estilo de vida sedentário. O aumento da

adiposidade tem sido em grande parte atribuído ao elevado número de horas a ver televisão e a um estilo de vida sedentário. A exposição à publicidade com comida, em especial sobre *fast-food*, pode influenciar as escolhas dos espectadores para comidas ricas em energia e gordura (Rossner, 2003; Treuth et al., 2001).

A televisão está directamente relacionada com a obesidade infantil, não só pela inactividade física mas também pela energia consumida (Lumeng, Appugliese et al. 2006, cit. Malecka-Tendera & Mazur, 2006). Esta afirmação é reforçada pelos números que nos são apresentados em alguns estudos, que demonstram que a preferência por determinadas comidas é influenciada em 30% pela exposição aos anúncios da televisão (Wilson; Quigley; Mansoor, 1999, cit. Malecka-Tendera & Mazur, 2006). A *fast-food* é exposta às crianças através dos brinquedos e eventos sociais. É importante estimular hábitos alimentares saudáveis e a prática de actividade física, bem como limitar a exposição à televisão (Malecka-Tendera & Mazur, 2006).

#### **2.1.4 Consequências da Obesidade**

A obesidade infantil era apenas contemplada como um problema cosmético, uma vez que os problemas de saúde apenas surgiam se esta permanece-se na idade adulta (Dietz, 2002). Contudo, entende-se que a obesidade e o estilo de vida sedentário, são dois factores de maior risco de doenças no mundo ocidental, suportando enormes custos económicos e de saúde. Ambos são reconhecidos como importantes factores de risco para doenças cardiovasculares, hipertensão e outras condições debilitadoras (Bouchard, 2000).

A obesidade é um factor de risco variável das doenças cardiovasculares (Bar-Or & Barnowski, 1994), sendo que muitas das consequências cardiovasculares que caracterizam a obesidade adulta, são precedidas de anormalidades que começam na infância, como hiperlipidemia, hipertensão e tolerância anormal à glicose, que ocorre com maior frequência em crianças e adolescentes obesos (Dietz, 1998).

Dietz (1995), enumera algumas das sequelas provenientes da obesidade: mudanças no crescimento, consequências psicossociais,

problemas ortopédicos, dificuldades respiratórias, metabolismo de glicose anormal, hipertensão, hiperlipidemia e persistência da obesidade em adulto.

Outros riscos para a saúde provenientes da obesidade são, a hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, osteoartrites, cancro (útero, próstata, mama, cólon) e doenças da vesícula (Dishman, Washburn & Heath, 2004).

Segundo Barata (1997), é possível classificar os inconvenientes associados à obesidade, em três grupos: malefícios clínicos, diminuição da capacidade desportiva e problemas estéticos e psíquicos. Nas consequências clínicas, são descritas variadas patologias agregadas à obesidade, entre as quais podemos destacar o maior risco à hipertensão arterial, hiperinsulinismo, insulino-resistência, diabetes tipo 2, perturbações ortopédicas, entre outras. As doenças metabólicas e as cardiovasculares estão normalmente associadas à obesidade andróide, enquanto que as ortopédicas e reumatismas são causadas pelo excesso de massa corporal total (Barata, 1997).

O mesmo autor refere ainda consequências em termos estéticos e psíquicos, tendo em consideração que os ideais de beleza são sinónimo de magreza, estando associados a formas de sucesso, definidos por tendências que não se enquadram com a natureza e com os genes da grande parte dos indivíduos. Este conceito e contexto “estético”, proporciona nos jovens saudáveis um sentimento de infelicidade em relação à sua auto-imagem, conduzindo à adopção de práticas prejudiciais, sejam elas alimentares ou medicamentosas (Barata, 1997).

A discriminação para com as crianças obesas começa na infância. Estas por serem mais altas que os seus pares tendem a ser vistas como mais maduras, levando à criação de expectativas inadequadas que podem ter um efeito adverso sobre a socialização (Dietz, 1998).

### **2.1.5 Estratégias de Prevenção e Tratamento da Obesidade**

A obesidade não é apenas um problema individual, trata-se de um problema da população, devendo por isso ser abordada como tal. Eficazes estratégias de prevenção e de gestão da obesidade exigem uma abordagem

integrada, envolvendo acções em todos os sectores da sociedade (OMS, 2000). Assim, o primeiro passo para a prevenção da obesidade deve incidir na identificação dos factores de alto risco (Dietz, 1995).

Os casos de excesso de peso e de obesidade moderada, devem ser tratados com terapias comportamentais, ou seja, com a alimentação e actividade física. Em casos graves, deve haver um acompanhamento médico, de forma a serem utilizados outros recursos, como medicamentos ou até cirurgias, sendo fundamental o acompanhamento psicológico. A maioria dos casos de sobrepeso e obesidade moderada pode ser tratada com terapias comportamentais, nomeadamente, alimentação e exercício físico (Nahas, 1999). Uma estratégia eficaz para a prevenção de excesso de peso, será a promoção e incremento dos índices de actividade física diária, através de programas estruturados (Rego et al., 2004).

A actividade física contribui para a perda de peso e ajuda a minimizar o ganho do mesmo, que ocorre comumente com o avanço da idade (Dishman, Washburn & Heath, 2004). É importante a actividade física regular, uma vez que a obesidade infantil, tem maior correlação com a pouca actividade física, do que com a ingestão calórica (Dubois, Hill & Beaton, 1979).

A abordagem preventiva e terapêutica da obesidade, passa por múltiplas intervenções, que vai desde a família à escola, e pela acção de múltiplos profissionais, como o agente de saúde e o professor de educação física. É fundamental estimular mudanças de atitudes e proporcionar condições, sociais e materiais, para que as intervenções ao nível dos hábitos alimentares e da actividade física envolvam mudanças de comportamentos, sendo assim realizadas transformações nos estilos de vida (Sallis & Owen, 1999).

Dietz (1995), salienta a importância das crianças serem acompanhadas pelos seus pediatras desde muito cedo, para que mantenham o peso certo. O aconselhamento preventivo deve incidir nos comportamentos que reduzem o gasto energético, podendo a redução de cerca de 1 a 2 horas diárias, do tempo a ver a televisão, ser uma medida de prevenção. Pretende-se com esta medida, ampliar o tempo disponível em actividades que aumentem o gasto energético.

O exercício por si só pode ser ineficaz no tratamento da obesidade, da mesma forma que a perda de peso conseguida através do exercício não produz um declínio do gasto energético, se não for acompanhado por uma restrição alimentar (Bouchard, Shephard & Stephens, 1993).

Steinbeck (2001), propõe um conjunto de estratégias que devem ser impostas para a prevenção da obesidade: (1) deve ser promovida na infância uma redução de actividades sedentárias, com especial atenção para a televisão. Para a aplicação desta estratégia devem estar envolvidos os pais assim como a escola; (2) as escolas devem promover actividades físicas e a aprendizagem de competências que permitam a sua manutenção ao longo da vida, sendo novamente crucial o apoio na escola e dos pais para a conservação de qualquer alteração; (3) é necessário ocorrer uma revisão e mudança de todo o envolvimento, de modo a permitir a que as crianças e família sejam mais activas fisicamente fora do horário escolar; (4) devem ser implementadas estratégias para aumentar a actividade física e diminuir comportamentos sedentários, quer em famílias com crianças obesas como para pais de crianças obesas. Tal aproximação requer um aumento de competências nos profissionais de saúde; (5) as estratégias deverão incluir sempre uma avaliação das ferramentas utilizadas para a avaliação da actividade física, e uma apreciação de diferenças potenciais do género. Qualquer que seja a actividade física empregue, deve ter como alicerce o divertimento, a aptidão e o bem-estar. O divertimento é um factor essencial, como ambiente, que necessita de ser alterado para as crianças, ambiente esse que deve ser divertido, emocionante e interactivo.

Sallis e Patrick (1994), sugeriram que deveria haver um aumento da promoção da actividade física nas idades pediátricas de forma a prevenir os riscos de mortalidade, bem como contributo para um estilo de vida saudável, aumentando assim a probabilidade de se tornarem adultos activos.

Um dos locais mais privilegiados para atingir este objectivo são as aulas de Educação Física, uma vez que são a única experiência de actividades física regular e organizada para muitas crianças (Mckenzie et al., 2004).

Carmo (2001, cit. por Gonçalves, 2007), afirma que a escola deve assumir a responsabilidade de levar a todos os jovens vivências de lazer. Em todos os espaços disponíveis pela escola, deverão acontecer actividades dinamizadas com o intuito de contribuir para o desenvolvimento humano.

As características dos espaços de lazer, disponibilizados pelas escolas, assumem-se como uma variável estruturante no acesso ao lazer activo (Gonçalves, 2007).

Embora se assista à democratização da prática desportiva, que permite que um maior número de jovens participe no desporto, observamos também a influência da televisão e do computador, que têm marcado negativamente a participação desportiva dos jovens, devendo por isso serem tomadas medidas para que se previna a proliferação desta tendência no futuro (De Knop et al., 1999).

É fundamental que as instituições responsáveis pelo desenvolvimento desportivo, como a escola e os clubes, promovam a prática desportiva, e actividades que correspondam às necessidades e motivações de todos os jovens (Mesquita, 2004).

Em muitas escolas está implantando o desporto escolar, que possui objectivos específicos relativos à organização, sendo um deles “Promover o combate à inactividade física e a luta contra a obesidade” (Ministério da Educação, 2007). A educação física e o desporto escolar não devem ter apenas como objectivos o desenvolvimento das competências motoras, de valores e atitudes, devem ainda assumir a função de fomentar nas crianças o gosto e o entusiasmo pela prática desportiva, assumindo-a como actividade integrante dum estilo de vida activo (Jones & Cheetham, 2001).

Na opinião de Marques (1999), a escola deve ser parceira do clube, no sentido de proporcionar a formação desportiva pedagógica e motora dos jovens, conseguida através da formação pedagógica do professor de educação física.

Assim sendo, segundo Mota e Sallis (2002), a actividade física em colaboração com uma dieta alimentar, são fundamentais para a manutenção de um peso corporal equilibrado.

## 2.2 Educação para a Saúde na Escola

Segundo a OMS (1993), a saúde é um estado completo de bem estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou a enfermidade. Esta definição constitui uma declaração de princípios que aporta uma concepção integral de saúde, sobre a qual se compreendem a dimensão psicológica e social. Assim, o conceito de saúde extravasa os processos de enfermidade e vincula-se a processos individuais, de grupo e culturais da pessoa (Bañuelos, 1996).

A saúde concebe-se como uma dimensão física, social e psicológica, cada uma delas situada num *continuum* com um pólo positivo e outro negativo (Sánchez, 2001).

Os comportamentos positivos de saúde devem ser promovidos cada vez mais cedo, de forma a consolidá-los e torná-los imunes às pressões do contexto social (Hamburg, 1999).

Bento (1991a, p. 25), define saúde como “consequência de uma relação, flexível, situativamente ajustada e ordenada, entre sujeito e envolvimento; traduz um equilíbrio dinâmico entre as exigências do envolvimento e as possibilidades da pessoa”.

Guedes (2004), identifica o conceito de saúde com uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano voltados para o bem-estar físico, mental, social e espiritual, sendo fundamental apresentar evidências ou atitudes que procurem afastar ao máximo os comportamentos de risco. A mesma autora associa o conceito de saúde ao conceito de bem-estar, definindo que bem-estar implica a capacidade individual em viver com alegria e satisfação e poder oferecer significativos contributos à sociedade, logo representa também uma importante componente associada à qualidade de vida, sendo essencial para a manutenção da saúde positiva.

A saúde positiva deve ser enquadrada quer em termos individuais como interpessoais e ambientais, pois o significado de saúde/bem-estar varia acordo com o grupo e com a cultura (Matos et al., 2006).

Na educação para a saúde não devem estar implicados apenas os critérios médicos, uma vez que não será suficiente para a obtenção do objectivo. A intervenção médica aumentará o conhecimento racional dos



destinatários (o conhecimento dos factores de risco), no entanto, não permitirá obter uma mudança duradoira do seu comportamento. Para tornar possível a alteração dos comportamentos devem ser utilizadas estratégias de acção, de comportamento, que permitam motivar as pessoas para uma mudança da sua vida (Bento, 1991a). O mesmo autor afirma que a saúde deixou de ser um problema exclusivamente médico, para ser um problema cultural, mais do que um objecto da medicina é um aspecto de educação.

A promoção da saúde não deve estar dependente do sector de saúde, devendo ter uma participação activa de outras estruturas da comunidade. Esta é uma tarefa para qual todos devemos contribuir, através da acção de cada um de nós, nos diferentes contextos ambientais. Este processo que se desenvolve com as pessoas, visa contribuir para a capacitação e desenvolvimento de recursos individuais e colectivos, no sentido da obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida (Matos et al., 2006).

Ter saúde é um objectivo de cada comunidade, não só saúde física, mas também mental e interpessoal. Esta característica não está apenas subordinada à escolha individual de comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente no qual estão inseridos os intervenientes e da capacidade deste possibilitar escolhas saudáveis. Por este motivo, é essencial que haja neste processo um papel participativo e capacitivo de todos os intervenientes (Matos et al., 2006). Deve-se ter em consideração que as ameaças à saúde dos adolescentes são consequência de factores sociais, ambientais e comportamentais (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

De acordo com o Ministério da Educação (s.d.), Educar para a saúde, no contexto escolar, “consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores, que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, social e mental”. A abordagem da Educação para a saúde em meio escolar é de extrema importância, uma vez que a ausência de informação pode incapacitar e/ou dificultar a tomada de decisão.

A promoção da educação para a saúde em meio escolar, é um procedimento em constante desenvolvimento, estando envolvidos os sectores da Educação e da Saúde. Este processo “contribui para a aquisição

de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis”. Esta acção tem também como incumbência a criação de ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício da cidadania activa (Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2008, p. 1). Estas duas entidades estabeleceram uma parceria, em 1994, propendendo a colaboração entre as escolas e os centros de saúde, assumindo assim responsabilidades complementares, relativas à promoção de saúde da comunidade educativa.

Marques e Gaya (1999), entendem que a escola pode situar-se no centro das preocupações com a educação para a saúde, principalmente pelo facto, de grande parte das crianças e jovens terem acesso à escola, e nela participarem nas aulas de educação física. Esta razão torna assim a escola numa instituição privilegiada de intervenção.

A escola de onde provém a nossa amostra, demonstra uma preocupação neste sentido, tendo já estatuído um protocolo com o centro de saúde local, o qual tem como objectivo estabelecer o contacto do nutricionista com os alunos. Deste modo, será possível criar uma maior consciencialização nos alunos, acerca da importância da alimentação saudável, para a saúde de cada um.

Devem ser garantidas, pela escola, estratégias que permitam ao aluno reconhecer as bases de apoio à manutenção da sua saúde. A escola deve ser uma fonte de informação, e conceder meios que suportem a manutenção da saúde no futuro (Mota, 1999).

Tendo em consideração a realidade do problema da obesidade infantil em Portugal, são necessárias preocupações com a alimentação das crianças (sem esquecer a inactividade física), uma vez que uma alimentação equilibrada e saudável é determinante para obter ganhos na saúde. Efectivamente, é na escola que as crianças passam a maior parte do seu tempo, o que leva a que o Ministério da Educação, conceba um referencial dirigido às escolas, o qual possui como objectivos: o melhoramento do estado global de saúde dos jovens; inverter a tendência crescente de doenças, onde está concluída a obesidade; colmatar carências nutricionais; e por último,

promover a saúde dos jovens através da educação para a saúde, especificamente em matéria de Alimentação Saudável e Actividade Física (Ministério da Educação, 2006).

O Ministério da Saúde (1997), defende que informar e educar para a saúde é condição necessária mas não suficiente para a adopção de um estilo de vida saudável. É necessário promover simultaneamente a criação de ambientes físicos, sociais, culturais e económicos, que facilitem e suportem as decisões saudáveis. A escola deve assumir um papel fundamental, pois é neste espaço que se adquirem e consolidam novos conhecimentos e se desenvolvem capacidades e competências.

A promoção e educação para a saúde, possui mais relevância na infância e adolescência, porque nestas idades adquirem-se os hábitos de estilo de vida, que serão mais difíceis de modificar na vida adulta (Ruiz, Balaguer & Garcia-Mérita 1999).

Devem ser adoptadas medidas integradas de saúde pública, envolvendo principalmente as escolas, assim como organismos públicos ligados à área de saúde, do desporto e da actividade física, para que se actue na redução da prevalência da obesidade. Estas medidas, devem promover acções que visem a diminuição do consumo energético, através do aumento da actividade física e da diminuição da ingestão calórica (Mota, 2002a).

É fundamental a consciencialização dos pais, escola e comunidade em geral, para a promoção de actividades físicas simples, que determinem um estilo de vida activo e reduzam comportamentos sedentários, atitudes essas que devem ser encaradas como medidas de promoção de saúde e prevenção de doença (Mota, 2002a).

## 2.3 Corpo

### 2.3.1 O corpo na sociedade actual

O corpo parece regressar de um exílio, reavendo o lugar de suporte da identidade, ultrapassando o entendimento como objecto, permanecendo no centro da identidade pessoal, tal como Merleau-Ponty o situa (Bento, 1991).

De acordo com Bento (1991), o corpo é constante e mutável, devendo ser vivido e interpretado à luz de um corpo social.

Goellner (2003, p.28) afirma que o corpo é histórico, “Isto é, mais do que um dado natural cuja materialidade nos presentifica no mundo, o corpo é uma construção sobre a qual são conferidas diferentes marcas em diferentes tempos, espaços, conjunturas económicas, grupos sociais, étnicos, etc. Não é portanto algo dado *a priori* nem mesmo é universal: o corpo é provisório, mutável, susceptível a inúmeras intervenções consoante ao desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura”.

Merleau-Ponty (1964, cit. por Bento, 1991), retira o corpo da coisificação, instituindo-lhe um contíguo de símbolos e significados, sendo ele um universo cultural, um artefacto sócio-cultural. O corpo congrega o sentido da existência humana e da qualidade de vida, nós somos o nosso corpo, do mesmo modo que este representa o que nós somos.

Nesta sociedade de consumo imediato, o corpo aparece como um referencial palpável, necessário para um suporte individual e social, pelo que os indivíduos tentam imitar os modelos corporais que lhe são veiculados através dos meios de comunicação social (Bento, 1991).

É na superfície do nosso corpo que está tudo, e não para além dessa visibilidade. O que nos é visível através do corpo é mais importante do que todas as características individuais que não são visíveis (Goethe, s.d., cit. Bento, 2007).

Lipovetsky (1989), afirma que há um corpo que se vê, um corpo que se sente e um corpo que se toca, sendo que o corpo que está na moda é o corpo que se vê.

O corpo é cada vez mais, nos dias de hoje, um acessório, que pode ser trabalhado e moldado para os outros o verem (Le Breton, 1999).

A sociedade a que pertencemos vive da imagem e da aparência, onde a beleza, a juventude e perfeição física, são ambições da actual época. O sucesso é definido por um aspecto padronizado pelo culto da beleza, lugar esse onde a obesidade não tem lugar. A obesidade altera a imagem dos indivíduos, além de originar marginalidade, que conduz a consequências negativas no plano social, afectivo e psicológico (Bento, 2004).

O mundo ocidental está sujeito à acção de estereótipos culturais, sendo o excesso de peso associado à fealdade. Para a afirmação da mulher na sociedade, é necessário que atinja o peso imposto pelos cânones de beleza, sendo também fundamental para a construção da sua identidade. Os *media* constroem a idolatria e a glorificação de um corpo anormalmente esbelto, fazendo com que a mulher tenha a obrigação social de alcançar um corpo artificialmente magro (Apfeldorfer, 1997).

Na actualidade a conjuntura corporal é estigmatizada pela estética e pelo culto da imagem, produzindo nos obesos uma progressiva perda de humor, de auto-estima, um descontentamento e um sentimento de inferioridade e de falta de confiança em si e nos outros. Esta condição torna-se assim a sua nova identidade e única companhia (Bento, 2004). O mesmo autor menciona Merleau-Ponty (1964), que define o corpo como um constructo sócio-corporal, ou seja, nós somos o nosso corpo, sendo este a expressão do nosso ser.

A condição dos obesos é coligada a significados negativos de rejeição social, devido ao preconceito e discriminação, sendo categorizadas em função dos meios que são estabelecidos pela sociedade. O Homem sente necessidade de ser aceite socialmente, logo os obesos, ao serem excluídos directa ou indirectamente, passam a cultivar sentimentos negativos em relação à sua própria imagem (Moreira & Ramos, 2001).

Com o objectivo de serem aceites pela sociedade, os obesos exibem comportamentos pouco exigentes, tornam-se passivos ou sociáveis, tornando-se comum a exclusão de tipos de actividades sociais e de lazer nas suas vidas (Moreira & Ramos, 2001).

O obeso é assim objecto de contradição, pois se a sociedade encoraja à super alimentação, através da veiculação da propaganda de produtos

alimentares, por outro lado, vivem em constante apelo, quer pelos médicos ou por anúncios, para emagrecerem (Moreira & Ramos, 2001).

Actualmente ser obeso é pertencer a uma categoria social distinta (Moreira & Ramos, 2001). Segundo Gitovake (1986, cit. por Moreira & Ramos, 2001), significa usar vestimentas adequadas, feitas por medida ou compradas em lojas especializadas, chamar a atenção e ser criticado. Ser obeso é pertencer a uma classe inferior, ser sexualmente desinteressante e ter que ser grato e servil para ser aceite, podendo esta condição ser sinónimo de atracção de risos e de nomeação por apelidos depreciativos.

## **2.4 Imagem Corporal**

### **2.4.1 Percepção da Imagem Corporal**

O conceito de imagem corporal foi definido pela primeira vez por Schilder (1935, cit. por Vasconcelos, 1995), que o considera como sendo a representação que formamos mentalmente do nosso próprio corpo, a forma como o vemos, podendo esta imagem ser alterada com o tempo e segundo as situações.

Na formação da imagem corporal, são importantes as relações sociais, culturais, psicológicas e fisiológicas (Schilder, 1968).

A imagem corporal não é somente a imagem que o indivíduo percepção sobre o seu próprio corpo, mas também a forma como outros indivíduos o vêem (Fallon, 1990).

Fisher (1970), menciona que o indivíduo consciente ou inconsciente, estrutura a sua imagem corporal, realizando-o através de uma avaliação do quanto atractivo é o seu corpo, desenvolvendo um conceito sobre a quantidade de espaço que ele ocupa, formula conclusões sobre a força do seu corpo, decidindo até que ponto a sua corporalidade apresenta padrões de masculinidade ou de feminilidade.

Em 1981, foi introduzido por Collins, um conceito de imagem corporal mais dinâmico, assumindo-a como uma representação mental ou uma constelação de representações do próprio corpo, que mudam gradualmente ao longo da vida à medida que este se desenvolve e modifica. A precisão da

imagem depende da medida do ajustamento entre a realidade e o ritmo de mudança corporal.

O indivíduo não forma apenas a sua auto-imagem, mas várias auto-imagens, que estão de acordo com o papel desempenhado pelo sujeito ao longo do seu percurso de vida (Seraganian, 1993).

Bruchon-Schweitzer (1987), considera que as diversas definições do termo de imagem corporal se podem agregar, em duas categorias: uma, que se reporta a aproximações neurológicas, psiquiátricas ou genéticas, que descrevem a imagem corporal como um processo integrado subjacente às diversas competências e aquisições; e outra que se inscreve nas teorias de orientação clínica, psicanalítica, psicossociológica ou psicogenética, e que evocam mais a configuração global do corpo, formando as representações, percepções, os sentimentos ou as atitudes que o indivíduo vai elaborando ao longo da sua vida. A autora considera que o termo “imagem corporal”, se refere às atitudes, sentimentos e experiências que o indivíduo acumula em relação ao seu corpo e que são integrados numa percepção global.

A imagem corporal pode ser entendida como uma idealização multidimensional definida e influenciada por indicadores físicos, pelos outros e pelo estatuto socioeconómico (Cash & Brown, 1987). Os mesmos autores, em 1989, reforçam ainda a definição anterior, ao referirem que a imagem corporal é um constructo multidimensional definido pelo indivíduo, como as percepções e atitudes (afectivas, cognitivas, comportamentais) que têm em relação ao seu corpo.

É importante entender o conceito da imagem corporal, uma vez que é essencial para um correcto entendimento psicológico e social do indivíduo (Batista, 1995),

No final dos anos 80, concluiu-se que os métodos de avaliação da percepção da imagem corporal, medem as atitudes, crenças, pensamentos, e influências de como as pessoas vêem o seu corpo (Schwartz & Brownell, 2003).

A imagem corporal pode ser caracterizada como sendo uma construção multifacetada, baseada na componente perceptiva (percepção directa da aparência física) e na componente subjectiva ou de atitude

(pensamentos, sentimentos e atitudes sobre o corpo - aparência geral, partes corporais, peso, idade, força e sexualidade) (Cash, Wood, Phelps & Boyd, 1991), sendo esta última a referenciada no nosso estudo.

Tendo em consideração as duas componentes, podem ser estudados dois aspectos da imagem corporal. O aspecto perceptivo, a percepção do tamanho corporal, e o aspecto subjectivo, que inclui as atitudes acerca do tamanho, peso, partes corporais e aparência física geral (Cash e Brown, 1987, cit. por Cash & Pruzinsky, 1990).

Podemos considerar que a imagem corporal possui uma componente subjectiva, pelo facto se ser construída através de cognições afectivas, baseadas na comparação com os outros (McPherson & Turnbull, 2005). Os *media* têm um papel considerável neste sentido, pela exaltação de corpos atraentes (Cameron & Ferraro, 2004). As imagens difundidas pelos *media*, do corpo magro, como sendo o ideal, influenciam os comportamentos alimentares e as atitudes dos jovens, para com os seus corpos (Harrison, 1997).

O esquema corporal, é formado tendo como base o modelo que é reproduzido na sociedade em que estamos inseridos, onde os homens e as mulheres, tentam incessantemente alcançar corpos jovens e atractivos (Becker, 1999).

Bruchon-Schweitzer (1990), referiu que aspectos referentes às atitudes, sentimentos e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo, são integrados numa percepção global da imagem corporal. Para a autora, a imagem corporal desenvolve-se e altera-se pela percepção que o indivíduo tem de si próprio, e pelo “feedback” que retém do contexto social.

Podemos considerar a percepção da imagem corporal, como a pintura mental que o sujeito tem do seu corpo, produto de percepções conscientes e inconscientes, atitudes e sentimentos (Fowler, 1989, cit. por Batista, 1995).

Segundo a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (2001), a obesidade pode causar problemas a nível psicológico, nos quais pode estar incluída a alteração da imagem corporal. Alguns estudos acerca da percepção da dimensão corporal, demonstram que as pessoas obesas sobrestimam o seu tamanho corporal (Schwartz & Brownell, 2003).



É frequente os obesos possuírem um imagem corporal distorcida, uma depreciação da própria imagem, que resulta do facto de se sentirem inseguros em relação aos outros, imaginando que estes o vêem com hostilidade e desprezo (Correia, 2003). Na imagem corporal, o peso é, talvez, o aspecto predominante (Hesse-Biber, Clayton-Mathews & Downey, 1988, cit. por Vasconcelos, 1995).

As crianças e os adolescentes obesos são submetidos a rejeição social, discriminação e estereótipos negativos. Estas experiências podem conduzir a consequências negativas em termos de auto-imagem, auto-estima e do humor, existindo um pressuposto generalizado de que a obesidade tem custos psicológicos profundos (Wardle & Cooke, 2005). Após a revisão de estudos efectuados nesta área, as autoras concluíram que os níveis de insatisfação corporal, são superiores nas amostras de crianças com excesso de peso e obesas.

Galindo e colaboradores (2002, cit. Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005) analisaram as respostas de um grupo de crianças obesas e verificaram que nem sempre predominou uma imagem negativa dos seus corpos e nem todos se achavam obesos, embora a maioria expressasse sinais de descontentamento com a própria aparência física.

As crianças e adolescentes obesos são normalmente estereotipados como preguiçosos, não proficientes, pouco asseados e com elevado grau de insucesso (Staffieri, 1967; Tiggemann & Anesbury, 2000; Hill & Silver, 1995). Outra consequência negativa própria da obesidade é a fraca auto-imagem (Davison & Birch, 2001), e níveis baixos de auto-estima, os quais se associam à tristeza, solidão, nervosismo e elevados comportamentos de risco (Strauss, 2000).

Num estudo sobre o peso corporal e a imagem corporal, realizado por Cash e Green (1986), com adolescentes do sexo feminino (com excesso de peso, obesas e com peso normal), foi demonstrado pelos resultados que a componente perceptual, afectiva e cognitiva da imagem corporal, difere em função do peso corporal.

Para os jovens, é o aspecto corporal que mais sofre alterações, a vários níveis, durante a adolescência, sendo ao mesmo tempo um aspecto fundamental para este e para os que o rodeiam (Jacob, 1994).

Estão por vezes associadas às mudanças corporais, problemas e complexos, que alteram muitas vezes a imagem corporal do adolescente (Jacob, 1994). De acordo com Vasconcelos (1995), as alterações corporais mais relevantes, durante o processo de maturação, enraízam numa imagem diferente do seu corpo. Ou seja, a dificuldade de adaptação à mudança, a incapacidade de produzir uma nova imagem de si, pode induzir um sentimento negativo ou inadequado entre o corpo imaginário (ideal) e o corpo real.

Segundo Williams (1983), a percepção da imagem do corpo como uma entidade pequena ou grande, gorda ou magra, forte ou fraca, calma ou nervosa, é resultado das interações sociais que a criança experimenta e estabelece à medida que se desenvolve. Para considerar o seu corpo como “atractivo” ou “não atractivo”, “coisa que se olha”, ou “que não se olha”, “socialmente desejável” ou “não desejável”, a adolescente tem de se comparar com os outros ou com um determinado padrão de referência. As adolescentes têm como referência padrões morfológicos e de beleza, de grupos majoritários, e quando dessa comparação resulta uma grande diferença, surge um sentimento de desadaptação que se associa a uma distorção na percepção da imagem corporal.

Foi realizado um estudo por Vasconcelos (1995), com 1194 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, de grupos étnicos diferentes (caucasóides, negróides portuguesas e negróides cabo-verdianas). A autora, verificou que as caucasóides apresentaram valores superiores na percepção do corpo como algo que se pode tocar, do corpo como veículo de ternura, de expressividade e de fonte de energia; as negróides portuguesas destacaram apenas a percepção do corpo como elemento de coragem ou audácia e por último entre as negróides cabo-verdianas os restantes itens tiveram maior destaque.

Podemos também referir a satisfação com a imagem corporal, como a avaliação subjectiva predominante, espécie de “gestalt” percebido de um corpo globalmente amado ou não, globalmente conformado ou não às

normas ideais, de onde se tira maior ou menor prazer ou sofrimento (Bruchon-Schweitzer, 1990).

A insatisfação corporal surge aliada à comparação social e às expectativas culturais de possuir um corpo segundo o que é idealizado (Shih & Kubo, 2005). Outros factores relacionados com a satisfação com a imagem corporal, são o índice de massa corporal e o sexo (Markey & Markey, 2005). Em alguns estudos efectuados foi verificado que à medida que aumentava o IMC, diminuía o nível de satisfação com a imagem corporal, sendo os homens os que apresentavam maior satisfação comparativamente com as mulheres (Markey & Markey, 2005; Killion, Rodriguez, Rawlins, Miguez & Soledad, 2003). No entanto, Bearman, Presnell, Martinez e Stice (2006) observaram que o IMC não predizia insatisfação corporal para adolescentes de ambos os sexos.

Smolak (2003), refere que a imagem corporal é um fenómeno fortemente ligado ao género. Assim, a natureza, os factores de risco, os resultados e os cursos de desenvolvimento da insatisfação, diferem do género.

Num estudo realizado com 63 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, verificou-se que as adolescentes tinham como referencial estético as mulheres que estavam em evidência nos meios de comunicação social. Grande parte das adolescentes sentia vontade de alterar algo no seu corpo, insatisfação essa que pode ser explicada pelos apelos exercidos, pelos meios de comunicação social, para a aquisição de um corpo “perfeito” (Sanches, Costa & Gomes, 2006).

A insatisfação corporal perante o sexo feminino, reflecte as preocupações, inquietações e as pressões dos padrões de beleza feminino da nossa cultura (Bruchon-Schweitzer, 1990).

Bruchon-Schweitzer (1990), desenvolveu e aplicou o questionário “*Body-Image Questionnaire*”, em 619 indivíduos, com a finalidade de explorar as dimensionalidades das percepções, sentimentos, e atitudes expressas em relação ao próprio corpo, questionário esse que será utilizado no presente estudo.

Num estudo realizado em 2002, por Koleck, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Gilliard e Quintard, em 1222 indivíduos, foi verificado que a satisfação corporal estava directamente relacionada com a afectividade positiva, e inversamente com a afectividade negativa. Uma favorável imagem do corpo, está associada à adaptação emocional do sujeito, estando a satisfação corporal aliada à boa saúde.

Os nossos corpos são vitimizados por políticas de saberes, que nos identifica, classificam, recalcam, estigmatizam, formando e deformando as imagens que temos nós e dos outros. O Homem está constantemente a experienciar momentos de aprovação social, o que leva a que viva o seu corpo não à sua maneira, mas sim conforme as regras estabelecidas pela sociedade, e pelo modelo estético padronizado comercialmente (Russo, 2005).

Devido à pressão exercida pela sociedade nos adolescentes, na obtenção de corpos socialmente aceitáveis, pretendemos verificar neste estudo, qual a influência da percepção da imagem corporal, na escolha de um desporto para praticar.

## **2.5 Actividade Física**

A actividade física é entendida como qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em dispêndio energético para além do metabolismo de repouso (Caspersen, Powell & Christenson, 1985; Bouchard & Shephard, 1993). Assim, qualquer movimento realizado em actividades de trabalho, lazer e desporto contribuem para gasto energético diário total (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

No entanto, os mesmos autores distinguem o conceito de actividade física do conceito de exercício físico. Segundo Casperson et al. (1985), exercício é entendido como uma subcategoria de actividade física que é planeada, estruturada e repetitiva, tendo como objectivo final ou intermédio a melhoria ou manutenção da aptidão física.

Bento (2004), refere ainda o conceito de prática desportiva, como sendo o bastião na formação pedagógica e cultural. É nela que se revêem

aspectos relevantes da formação da pessoa, da construção de relações interpessoais gratificantes da afirmação pessoal e conhecimento social do desportista.

A Actividade Física é um comportamento de natureza complexa e, por esse motivo, difícil de medir. É caracterizada por quatro dimensões básicas: frequência, intensidade, duração e tipo, (Bouchard, Shephard & Stephens, 1993).

### **2.5.1 Relação entre Actividade Física e IMC**

Não é ainda conhecida a relação de causalidade, entre actividade física e obesidade, uma vez que ainda não foi determinada se é a obesidade que provoca a falta de actividade física ou se é esta que conduz à obesidade (Bar-Or & Baranowski, 1994). No entanto, alguns estudos demonstram uma relação de causalidade entre os dois agentes.

Um estilo de vida sedentário é considerado um factor de risco para o ganho de peso com a idade. Os indivíduos obesos são, na generalidade, muito sedentários, sendo o excesso de peso o maior obstáculo para a adopção de um estilo de vida activo (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Acredita-se que as pessoas com IMC elevado, têm mais barreiras na realização de exercício físico como consequência da obesidade (Martinez-Gonzalez et al., 2001), estando mais pessoas obesas envolvidas em baixos níveis de actividade física habitual, comparativamente às pessoas não obesas (Bouchard, Shephard & Stephens, 1993).

Segundo Dishman e seus colaboradores (2004), uma das barreiras físicas para a realização de exercício físico é o próprio excesso de peso.

Num estudo realizado por Grundy et al (1999), com 700 crianças, confirmou-se que baixos níveis de actividade física estão associados a elevados níveis de gordura corporal.

Mota et al. (2002), efectuaram um estudo em 157 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, no qual apenas verificaram diferenças significativas na actividade física diária entre raparigas obesas e não obesas.

### 2.5.2 Benefícios da Actividade Física

O desenvolvimento de um estilo de vida activo nas crianças obesas tem potencial para múltiplos benefícios na obesidade, como problemas físicos e psicológicos e na aquisição de um estilo de vida activo que pode produzir benefícios para a saúde ao longo da vida (Bouchard & Blair, 1999)

Os jovens deveriam realizar pelo menos 60 minutos de actividade física de intensidade moderada a vigorosa, para que fosse garantido um desenvolvimento saudável, obtendo benefícios quer a nível físico, mental como social. Uma adequada prática de actividade física auxilia os jovens a um desenvolvimento saudável dos tecidos, ossos e músculos, do sistema cardiovascular, ajuda a desenvolver consciência neuromuscular e a manter um peso saudável. Outros indícios demonstram que a actividade física pode contribuir para efeitos positivos na saúde, por exemplo sobre a hipertensão arterial, o peso e a composição corporal, na saúde mental, entre outros (OMS, 2008).

A actividade física também tem sido associada a benefícios psicológicos nos jovens. A participação na actividade física pode ajudar no desenvolvimento social dos jovens, proporcionando oportunidades para a auto-expressão, a busca da auto-confiança, interacção social e de integração. Também foi sugerido que os jovens fisicamente activos mais facilmente adoptam outros comportamentos saudáveis (OMS, 2008a).

O exercício físico é um agente fundamental no processo de redução do peso, pelas razões apresentadas no quadro a seguir:

**Quadro 4** – Actuação da actividade Física na redução do peso (Barata, 1997, p.274).

---

- Pelo dispêndio energético durante a sua correcção;
  - Porque pode aumentar a termogénese alimentar;
  - Porque aumenta o metabolismo de repouso após o final do exercício;
  - Porque potencializa a acção da restrição calórica;
  - Porque pode aumentar a aderência à correcção alimentar, na medida que esta poderá ser menos restritiva;
  - Porque faz que uma dada perda ponderal seja menos à custa da massa magra e mais à custa de massa gorda;
  - Porque pode ser benéfico sobre situações e combater factores de risco frequentemente associados à obesidade e que a modificação alimentar isolada, só por si, não consegue modificar.
-

O aumento da actividade física provoca efeitos benéficos e importantes na redução da gordura corporal. A actividade física combinada com uma modificação dietética adequada, possui um papel efectivo no tratamento da obesidade nos jovens (Bar-Or & Baranowski, 1994).

### **2.5.3 Recomendações para a prescrição de Actividade Física**

As recomendações devem ter em conta os padrões de actividade física e os estilos de vida dos jovens, de modo a que não representem metas inatingíveis a serem alcançadas pelos mesmos (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001).

Os profissionais do exercício devem ter em consideração que os indivíduos obesos são na generalidade sedentários, sendo que grande parte dos mesmos já tiveram experiências desagradáveis com o exercício. Deste modo, antes de iniciar qualquer actividade devem conhecer o indivíduo, de forma a perceber qual a sua relação com o exercício, as suas dificuldades, bem como os locais de prática eleitos (p. ex. clube desportivo, casa, rua, ginásio da escola ou pista). Esta atitude poderá aumentar a adesão e a concordância com o programa de exercícios (ACSM, 2003).

O objectivo primário do exercício no tratamento da obesidade, deve ser o gasto de calorias, devendo a sua prescrição otimizar o aumento do dispêndio energético e ainda minimizar as lesões. Contudo, o exercício físico deve ser agradável e prático, devendo encaixar-se facilmente na vida do indivíduo (Wallace, 1997).

Para que o objectivo, perder peso, seja obtido, devem ser eleitos exercícios lipolíticos, como a marcha, a corrida, o ciclismo, a dança, entre outros. O importante, nesta população, é o trabalho realizado na sua totalidade, e não a intensidade do esforço. Alguns indivíduos apenas conseguem realizar exercícios de baixa intensidade, como caminhar, o que é já um excelente exercício, desde que seja realizado de forma prolongada e com regularidade (Barata, 1997).

As alterações da composição corporal estão um pouco dependentes do grau de obesidade, assim como do modo do exercício, o tipo, a intensidade, a frequência e a duração do exercício, uma vez que todas estas

variáveis afectam o perda de peso. A diminuição da gordura corporal ocorre simultaneamente com exercício aeróbio e treino de resistência (Bouchard, Shephard & Stephens, 1993).

A prescrição de exercício deverá progredir de forma gradual e com base na resposta de cada pessoa. Assim, inicialmente deve-se utilizar exercício de baixa intensidade e longa duração, podendo aumentar a intensidade, diminuindo a duração das sessões ou o número de sessões por semana. Para alguns indivíduos obesos pode não se justificar a adopção de um programa intenso, podendo pretender apenas actividades de intensidade moderada (ACSM,2003).

(Cavill, Biddle, & Sallis, 2001), realçam duas recomendações relativas à prática de actividade física para jovens. A primeira afirma que as crianças e os jovens devem participar em actividades físicas moderadas e intensas pelo menos uma hora por dia. A segunda explica que as crianças mais sedentárias devem participar em actividades físicas moderadas a intensas, pelo menos 30 minutos por dia. Para além destas recomendações é ainda apresentada uma subsidiária, que refere que em pelo menos duas vezes por semana, algumas actividades devem servir para apoiar o reforço e/ou manutenção da força muscular e da flexibilidade e promover o desenvolvimento da densidade mineral óssea.

De seguida, serão apresentadas algumas recomendações para a prescrição de exercícios em indivíduos obesos (Quadro 4).



**Quadro 5** – Recomendações para a prescrição de exercício (ACSM, 2003, p.139; Wallace, 1997, p. 111).

<b>Modo</b>	<b>Objectivo</b>	<b>Frequência/Intensidade e Duração</b>
<b>Aeróbio</b> Actividades com grandes grupos musculares	- Reduzir o peso - Aumento da performance funcional - Redução do risco de doença arterial coronária	Frequência: 5 dia/sem. ou diariamente Duração: 40-60 min/sessão (ou 2 sessões/dia de 20-30 min) Intensidade: 40/50-70% do $VO_{2máx}$
<b>Flexibilidade</b> Stretching	- Aumentar a amplitude do movimento	Diariamente ou 5 sessões por semana.
<b>Funcional</b> Actividades, exercícios específicos	- Aumentar a facilidade de realizar actividade na vida diária. - Aumento do potencial profissional - Aumento da auto-confiança física	

#### **Precauções para com o exercício**

Inicialmente enfatizar o aumento de duração e não de intensidade com o objectivo de otimizar o dispêndio calórico

Uso de modalidades de actividades de baixo impacto

O treino de força pode funcionar como um coadjuvante valioso para o treino aeróbio

Maior risco de lesão ortopédica, de doença cardiovascular e de hipertermia; adoptar as precauções apropriadas.

Poderá ser necessária a modificação do equipamento, p. ex., assentos largos nas bicicletas ergométricas e nas máquinas de remo.

Um programa destinado à perda de peso deve ter em consideração o equilíbrio entre intensidade e duração do exercício, de modo a que este promova um alto dispêndio energético. Contudo, pode ser necessário ter algumas precauções, como exigir que a intensidade do exercício seja mantida ao nível ou abaixo do que é recomendada para conseguir uma melhoria na resistência cardio-respiratória. Devido ao risco aumentado de lesões ortopédicas, poderão ter que ser restringidas actividades com sustentação do peso corporal, tal como alterações na frequência e duração das mesmas (ACSM, 2003), devendo para as últimas haver uma progressão gradual (Wallace, 1997). É sempre aconselhado conhecer o historial das lesões (Wallace, 1997).

Wallace (1997), sugere que deverão ser prescritos exercícios sem sustentação do peso corporal, deve haver um aumento de actividades na vida diária e deve realizar-se treino de resistência. O mesmo autor, afirma que as actividades aeróbias tenham mais potencial para diminuir a gordura corporal, comparativamente ao treino de resistência, uma vez que a primeira pode ser sustentada por um longo tempo, permitindo um maior dispêndio energético.

Por outro lado, se não existirem contra-indicações do foro ortopédico ou reumatológico, são preferidos exercícios com sustentação do peso corporal, como a marcha, a corrida, o ciclismo e a marcha na piscina, uma vez que quanto maior o peso corporal, maior será o dispêndio energético (Barata, 1997). Contudo, mesmo nesta última condição, existem ainda limitações no momento da prescrição de exercício, pois os indivíduos com excesso de peso estão, normalmente, sujeitos a um maior impacto a nível articular. Tendo em conta estas circunstâncias, agregada à possibilidade de os sujeitos possuírem patologia reumatisal degenerativa, é aconselhada actividade física de baixo impacto. A corrida, sobretudo em estrada, sendo uma actividade de alto impacto, poderá ter que ser substituída por marcha (actividade de baixo impacto). A marcha quando efectuada de forma rápida pode corresponder, em termos de gastos calóricos a uma corrida lenta. Outras actividade de baixo impacto são as aquáticas, no entanto, poderão não ser adequadas a estes indivíduos, sobretudo pela postura a adoptar dentro de água. A natação pressupõe uma prévia aprendizagem das técnicas de nado, podendo a hidroginástica não ser suficientemente lipolítica, quando feita a uma baixa intensidade (Barata, 1997).

Os exercícios físicos de resistência parecem ser mais eficazes, na perda de gordura corporal, nos homens comparativamente às mulheres (Després, 1994).

Podemos assim afirmar que os exercícios aeróbios dinâmicos são a base de um programa de emagrecimento, podendo ainda estar congregados a este, exercícios localizados, preferencialmente na sua componente resistência muscular. Embora o trabalho localizado origine um menor dispêndio energético, deve ser incluído no programa, uma vez que permite um maior consumo de energia em repouso (Barata, 1997).

Sabia, Santos e Ribeiro (2004), realizaram um estudo com 28 adolescentes obesos, com o objectivo de comparar o efeito do exercício aeróbio contínuo e anaeróbio intermitente, associado a uma orientação alimentar, em dois grupos distintos. O exercício aeróbio contínuo, consistia na realização de 10 minutos de aquecimento, seguidos de 20 a 40 minutos de caminhada contínua, sendo realizado por último, um desporto com bola, em cerca de 15 minutos; no treino anaeróbio era utilizado o método intervalado, sendo realizada corrida intermitente de alta intensidade e circuito com peso. A amostra esteve submetida ao estudo 16 semanas, estando a orientação alimentar introduzida uma vez por semana. No final do estudo os autores concluíram que os dois tipos de exercício, aeróbio e anaeróbio, aliados à orientação alimentar, tiveram efeitos satisfatórios em promover alterações corporais e comportamentais importantes.

Num outro estudo, pretendeu-se verificar as influências do exercício aeróbio e anaeróbio, na composição corporal de 28 adolescentes obesos, do sexo masculino, também este contemplando a orientação alimentar. Os voluntários foram distribuídos aleatoriamente por três grupos: no grupo I, era realizado o treino intervalado, com séries, no cicloergómetro; o grupo II realizava treino aeróbio, perfazendo cerca de 50 minutos no cicloergómetro; por fim o grupo III não realizava qualquer tipo de actividade física. No final do estudo os dados demonstraram que tanto o exercício físico aeróbio como anaeróbio, aliado à orientação alimentar, promovem uma redução ponderal, quando comparado à orientação nutricional por si só. Foi revelado que o exercício anaeróbio foi mais eficaz para promover a diminuição da gordura corporal e da percentagem da gordura, enquanto que o exercício aeróbio foi mais eficaz no sentido de preservar e/ou aumentar a massa magra e a massa livre de gordura (Fernandez, Mello, Tufik, Castro, & Fisberg, 2004).

Todos os jovens que praticam pelo menos 30 minutos de actividade física por dia, devem encarar essa actividade como mínima, uma vez que para representar um nível mais favorável e mais apropriado, as crianças deviam realizar pelo menos uma hora por dia (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001). Os mesmos autores referem alguns exemplos de actividades de intensidade moderada, para jovens, tais como caminhar rápido, pedalar nadar, dançar, isto é, a maioria dos desportos. Estas actividades podem ser aplicadas como

meio de transporte, educação física, desporto, jogos, lazer, trabalho ou como exercício estruturado. Para as crianças mais novas, as actividades podem fazer parte activa de uma jogo, podendo ser realizada em forma contínua ou de forma intermitente, acumulando durante o dia. Tendo em consideração que as pessoas demonstram padrões de actividade física intermitente, ao longo do dia, parece ser mais acessível este tipo de abordagem, em oposição à actividade física contínua.

Alguns métodos de recomendação de exercício estão de acordo com o estágio de maturação. As crianças mais novas podem conseguir aplicar as recomendações durante os jogos, alternando sessões curtas e intensidade moderada a vigorosa, com períodos de descanso, ou sessões de actividade com uma intensidade mais baixa. Os adolescentes são mais propensos a actividades estruturadas, através de sessões contínuas de actividade física de intensidade moderada, a desportos vigorosos, entre outros. Os jovens devem ser fisicamente activos quase todos os dias, podendo variar a actividade física ao longo dos dias, quer no tipo, no cenário, na duração e na quantidade (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001).

É importante que exista uma variedade de actividades, que permitam desenvolver em larga escala, a força dos músculos e dos ossos (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001).

#### **2.5.4 Recomendações para a promoção de Actividade Física**

É provável que uma estratégia de promoção de saúde encoraje a participação das crianças e jovens, com excesso de peso e obesidade, em estilos de vida activos, de forma a alcançar pesos corporais mais saudáveis (Bouchard & Blair, 1999).

Sallis e Owen (1999), referem que as intervenções devem ocorrer precocemente para que exista a possibilidade de impedir o aumento de prevalência de inactividade física.

Pate (1995a), acredita que se deveria julgar os programas de actividade física para crianças, de acordo com o padrão de como podem influenciar o comportamento a longo prazo da actividade. Os objectivos gerais dos programas das actividades dos jovens, devem ser o de

proporcionar às crianças uma exposição agradável de actividades, que podem ser usadas por toda uma vida, dando-lhes a oportunidade de desenvolver competências nessas áreas.

O autor supracitado acredita que para se obter sucesso num programa de actividade física, devem estar presentes os seguintes elementos essenciais: (1) o programa deve ter um desenvolvimento sólido e bem relacionado com as habilidades específicas da idade e com o interesse próprio da criança; (2) deve ser fornecido um ambiente seguro e favorável, que recompense a participação e o esforço, sem que se enfatize demasiadamente a competição e a vitória; (3) o programa deve ser suficientemente variado para dar às crianças uma introdução agradável, muitos tipos de aptidão da vida e actividades recreativas. Pate (1995), entende que não devem ser aplicadas às crianças, as estratégias de prescrição de exercícios para adultos, uma vez que dessa forma as actividades não seriam naturais nem agradáveis.

A criança entende como significado da prática a competição e desporto. Para esta, o sentido primordial do desporto é o jogo e a competição. É neste sentido que a criança tem a possibilidade de avaliar as suas próprias capacidades, comparando-as com as dos outros e consigo própria, mostrando aos outros do que é capaz, e obter sucesso. Se assim for, o desporto permite à criança criar uma boa imagem social (Marques, 2004).

Contudo, é importante pensar na actividade humana em função dos interesses, expectativas e necessidades da criança, devendo esta competição ser compatível com as suas aptidões e competências. Pode ainda, ser associado às actividades desportivas um valor educativo, uma vez que a competição é um elemento estruturante na formação desportiva da criança, sendo também determinante na sua educação (Marques, 2004).

Tal como é mencionado anteriormente, no tópico referente às Estratégias de Prevenção e Tratamento da Obesidade, a escola e os clubes são fundamentais para promoção da prática desportiva em todos os jovens (Mesquita, 2004).

No encaminhamento dos jovens para a prática desportiva extra-escolar, devem ser tidos em consideração os gostos e motivações dos alunos, tanto para aqueles que têm um talento especial, como para os alunos

que apenas demonstram interesse numa prática desportiva. As actividades em programas comunitários e as sustentadas pelos clubes, são as relatadas pelos jovens como sendo as preferidas, comparativamente às actividades escolares (Telama & Yang, 2000).

Os interesses dos sujeitos, as suas necessidades, aspirações, capacidades e envolvimento físico e afectivo que os rodeia, vão condicionar a natureza, a intensidade e a frequência do exercício. É importante depreender na actividade física o conceito de saúde, salientando assim as variáveis psicológicas e sociais que estão associadas à prática (Pate et al., 1995, cit. por Mota, 2004).

Tendo em consideração que a obesidade está habitualmente associada a um estigma social negativo, muitas vezes o objectivo de muitos participantes de programas de exercícios, está baseado na redução da adiposidade corporal. A prescrição de exercício deve ter em consideração a concretização desse objectivo (ACSM, 2003).

Alguns estudos relacionados com a adesão às práticas de actividade física nos jovens, e na população em geral, apontam dois tipos de perspectivas: (a) a que enfatiza os efeitos do exercício, sobre organismo humano, efeitos esses na aptidão física e estado físico e mental dos indivíduos; (b) e a perspectiva que observa a actividade física como resultado final de uma acção e/ou comportamento, procurando identificar os factores de influência que o determina (Dishman & Sallis, 1994).

Por outro lado, a não aderência à actividade física, pode ser explicada ao facto de estas não corresponderem aos interesses e/ou aos níveis de competência dos indivíduos (Mooper & Leoni, 1996).

Muitas crianças e adolescentes têm uma visão negativa da actividade física, encarando-a como pouca atractiva. Esta visão pejorativa, pode ser causada pela fraca percepção de competência, falta de suporte dos pares e dos familiares, assim como experiências desagradáveis, resultantes da prática de actividade física, sobretudo no domínio escolar (Sallis & Owen, 1999).

Se se pretende encorajar os jovens para a adopção de uma vida activa, a ênfase transfere-se dos resultados para a qualidade da experiência durante a participação. Para que os jovens mantenham a actividade para o

resto da vida, a experiência deve ser positiva, divertida, devendo valorizar as percepções da criança (Mota, 2004).

A actividade física lúdica pode ajudar a criança tanto a reverter o processo da obesidade, como também a colaborar no envolvimento desta com a actividade física. O exercício físico pode deixar de estar conotado como ultrajante para a criança, uma vez que com o lúdico esta pode sentir satisfação e, conseqüentemente, mais vontade de exercitação. O maior benefício desta condição poderá ser a permanência da actividade física na criança (Borba, 2006).

De acordo com Alves (2003), a criança não deve entender a actividade física como punitiva, não tendo esta que ser necessariamente competitiva. A criança deve sim entender a actividade com prazer, sendo fundamental a adesão que esta promove. O exercício físico regular além de tornar da vida da crianças mais saudável, torna-a também mais alegre.

No seio da população adulta, verifica-se que os tipos de actividades físicas mais populares são aqueles que podem ser realizados individualmente, em pequenos grupos, sem uma classe formal. A percentagem da participação em programas formais e organizados é reduzida, comparativamente à participação em actividades em que se exercita sozinha e de forma espontânea (Iverson et al., 1985, cit. por Mota, 2004).

Segundo Sallis e Owen (1999), as actividades físicas ou desportivas informais, considerados na literatura como actividades não organizadas (não patrocinadas por escolas, clubes, entidades patronais, empresas ou qualquer organização comercial ou outra), têm aumentado substancialmente de frequência na população em geral.

Mota e Sallis (2002), reconhecem que existe necessidade de dar alternativas às tradicionais propostas de prática de actividades físicas das crianças e adolescentes, uma vez que os estudos concluem que os sujeitos com hábitos de actividade física recreativa parecem ter mais oportunidades de manutenção ao longo da vida, do que os sujeitos com envolvimento em actividades físicas competitivas.

Alguns estudos revelam que os rapazes estão envolvidos em mais actividades moderadas a vigorosas (e.g. mais 16 a 25 minutos diários de

actividades) do que as raparigas (Janz, Witt & Mahoney, 1995; Raudsepp e Pall, 2000, cit. por Mota & Sallis, 2002), praticando mais actividades de grupo/equipa, enquanto que as raparigas praticam actividades menos intensas e individualmente ou em pares (Faucette, Sallis, McKenzie, Alcaraz, Kolody & Nugent, 1995; cit. por Mota & Sallis, 2002). A intensidade da actividade física, é uma característica que surge habitualmente relacionada com o género e a idade dos jovens. É comum surgir em literatura sobre a matéria, a conclusão de que os rapazes se envolvem mais significativamente em actividades intensas/vigorosas do que as raparigas (Janz et al., 1995 cit. por Mota & Sallis, 2002).

A partir de uma perspectiva de saúde, existem três principais razões para incentivar os jovens a participar na actividade física regular. Primeiro porque optimiza a aptidão física, a saúde e o bem-estar, o crescimento e desenvolvimento; e porque permite desenvolver um estilo de vida activo, que poder ser mantido durante toda a vida adulta. Segundo porque reduz o risco de doenças crónicas na vida adulta (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001).

Está comprovado que o mais problemático não é perder peso, mas sim manter essa perda, principalmente nas obesidades iniciadas na infância. Após obtida a melhoria do peso e da composição corporal, o argumento principal para uma recaída, é a não aderência, a longo prazo, ao novo estilo de vida, às mudanças alimentares e ao exercício. Logo, todo este processo deve representar uma mudança de comportamentos e de novos hábitos, devendo para isso ser dado tempo para a aquisição de um novo estilo de vida (Barata, 1997).



## **OBJECTIVOS E HIPÓTESES**



### 3. OBJECTIVOS E HIPÓTESES

#### 3.1 Objectivo Geral:

O objectivo do trabalho é estudar as modalidades desportivas preferidas, assim como a percepção da imagem corporal, num grupo de adolescentes obesos.

##### 3.1.1 Objectivos Específicos

- ⇒ Verificar se existem diferenças nas opções dos adolescentes, em função do sexo;
- ⇒ Verificar se existem diferenças nas opções dos adolescentes, em função do IMC;
- ⇒ Verificar a percepção da Imagem Corporal em função do sexo;
- ⇒ Verificar a percepção da Imagem Corporal em função do IMC;

#### 3.2 Hipóteses

As hipóteses levantadas para este estudo são:

**H<sub>1</sub>.** Os adolescentes do sexo masculino seleccionam mais desportos colectivos e de competição, enquanto as raparigas elegem actividades individuais ou a pares, menos intensas.

**H<sub>2</sub>.** As raparigas têm uma percepção da imagem corporal mais negativa, quando comparada à imagem corporal dos rapazes.

**H<sub>3</sub>.** Quanto maior o valor de IMC, mais negativa será a percepção da sua imagem corporal.



## **MATERIAL E MÉTODOS**



## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Descrição e Caracterização da Amostra

O presente estudo realizou-se com uma amostra de 45 adolescentes, com excesso de peso e obesos, sedentários. A amostra é constituída por alunos da Escola EB 2,3 de Olival, pertencente ao conselho de Vila Nova de Gaia, distrito do Porto.

Os adolescentes têm idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos, sendo a média de idades de  $11,89 \pm 1,09$  anos.

**Quadro 6** – Caracterização da amostra relativamente ao sexo, IMC e à idade.

	n	Excesso de Peso	Obesos	Idade (M $\pm$ SD)
<b>Sexo Feminino</b>	18	10	8	11,78 $\pm$ 1,10
<b>Sexo Masculino</b>	27	8	19	11,96 $\pm$ 1,10
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>11,89 <math>\pm</math> 1,09</b>

### 4.2 Procedimentos Metodológicos

#### 4.2.1 Avaliação, por questionários, das Modalidades Preferidas

Foi elaborado um questionário (Anexo 1), para se conhecerem as modalidades que os adolescentes seleccionariam se iniciassem a prática desportiva.

Para facilitar uma posterior análise, as modalidades foram divididas em diferentes categorias (desportos colectivos, desportos individuais, actividades de exploração à natureza, actividades rítmicas expressivas, jogos tradicionais, actividades aquáticas e desportos de luta / combate).

As modalidades incluídas no questionário, foram as seguintes: andebol, futebol, voleibol, basquetebol, hóquei em patins, rãguebi, natação, hidroginástica, dança moderna, desportos luta / combate, hipismo, orientação, canoagem, escalada, ginástica de solo, ginástica de aparelhos, ginástica acrobática, ginástica rítmica, atletismo, patinagem, badminton, ténis,

danças de salão, remo, surf, jogos tradicionais, montanhismo e vela. Para além destas modalidades, tinham a possibilidade de referir mais dois desportos, nas opções outros.

Cada indivíduo teria que escolher cinco modalidades numerando-as de 1 a 5, ou seja, colocando as diferentes modalidades por ordem de preferência. A modalidade preferida deveria assim corresponder ao 1, e a que escolheria como última opção teria que corresponder ao 5.

#### **4.2.2 Avaliação do Índice de Massa Corporal**

Para a avaliação do índice de massa corporal, foi realizada uma relação entre o peso e o quadrado da altura (peso-Kg/altura<sup>2</sup>-m<sup>2</sup>).

Conhecido o IMC, foi estabelecida a classificação de excesso de peso ou obesidade, de acordo com os valores obtidos. Esta classificação seguiu uma definição standard, determinada por Cole, Bellizzi, Flegal e Dietz (2000), que possui pontos de corte específicos para idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos, baseada nos valores de IMC de 25 e 30 kg/m<sup>2</sup> para excesso de peso e obesidade respectivamente.

#### **4.2.3 Avaliação, por Questionário, da Percepção da Imagem Corporal (BIQ)**

*Body-Image Questionnaire* – Bruchon-Shweitzer (1987) (Adaptado e traduzido por Vasconcelos, 1995) (Anexo 2)

Bruchon-Schweitzer (1990), desenvolveu um questionário, validado com indivíduos dos 10 aos 40 anos, que consiste em 19 pares de itens antónimos, e pretende avaliar as percepções, os sentimentos e as atitudes induzidas pelo próprio corpo.

O indivíduo deve, perante a lista que lhe é apresentada, situar-se entre duas afirmações, sendo estas contraditórias entre si. Ele deverá colocar uma cruz na coluna escolhida, como demonstra o exemplo:



**Quadro 7 – Exemplo se resposta no BIQ.**

Consideras o teu corpo como:

	Muito Frequentemente	Com alguma frequência	Nem um, nem outro	Com alguma frequência	Muito Frequentemente	
Em má saúde					x	Em boa saúde
Alegre	x					Triste

Foi considerada uma escala de Likert variando de 1 a 5 pontos, atribuindo-se o 1 ao elemento "negativo" do par (em má saúde; fisicamente não atractivo; fonte de desprazer; triste;...) quando a escolha era *Muito frequentemente* e o 5 ao elemento "positivo" do par (em boa saúde; fisicamente atractivo; fonte de prazer; alegre;...) quando a escolha era *Muito frequentemente*.

Este questionário contém 4 factores significativos: acessibilidade/isolamento, satisfação/insatisfação, actividade/inactividade, relaxação/tensão (Bruchon-Schweitzer, 1990).

**Quadro 8 – Itens do BIQ.**

Factor	Itens
<b>Acessibilidade / Isolamento</b>	Mostrar / Não mostrar
	Olhar / Não prestar atenção
	Erótico / Não erótico
	Tocar / Não tocar
	Atraente / Não atraente
	Prazer / Desagrado
	Expressivo / Não expressivo
<b>Satisfação / Insatisfação</b>	Terno, caloroso / Frio, indiferente
	Puro, limpo / Impuro, sujo
	Alegre / Triste
	Terno, caloroso / Frio, indiferente
	Jovem / Velho
	Prazer / Desagrado
	Expressivo / Não expressivo
<b>Actividade / Inactividade</b>	Enérgico / Não enérgico
	Boa saúde / Má saúde
	Audacioso / Medroso
	Masculino / Feminino
	Atraente / Não atraente
	Resistente, forte / Frágil, fraco
<b>Relaxação / Tensão</b>	Enérgico / Não enérgico
	Boa saúde / Má saúde
	Audacioso / Medroso
<b>Relaxação / Tensão</b>	Masculino / Feminino
	Alegre / Triste
<b>Relaxação / Tensão</b>	Exprimindo calma / Exprimindo cólera
	Calmo, sereno / Nervoso, inquieto

### **4.3 Procedimentos Estatísticos**

Foi utilizada estatística descritiva para a análise dos dados e a inferência estatística, recorrendo ao programa SPSS 16.0 para o Windows.

#### **4.3.1 Estatística Descritiva**

Recorreu-se à análise descritiva onde se utilizaram medidas e tendência central, tais como a média, o desvio-padrão (SD) e as frequências.

#### **4.3.2 Estatística Inferencial**

Foi utilizado o teste do Qui-quadrado, à modalidade mais escolhida pelos adolescentes, do sexo feminino e masculino, com o propósito de perceber se as variáveis são ou não independentes.

Para testar a normalidade dos dados recorreremos ao teste Shapiro-Wilk que permite testar se a população segue uma distribuição normal. Pela facto de se verificar a ausência de normalidade, recorreremos ao teste não paramétrico *Mann Whitney*, que se aplica a populações independentes, e permite testar relações entre medidas de tendência central, nomeadamente as médias.

O nível de significância assumido nos testes estatísticos foi de  $p \leq 0,05$ .

**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS  
RESULTADOS**



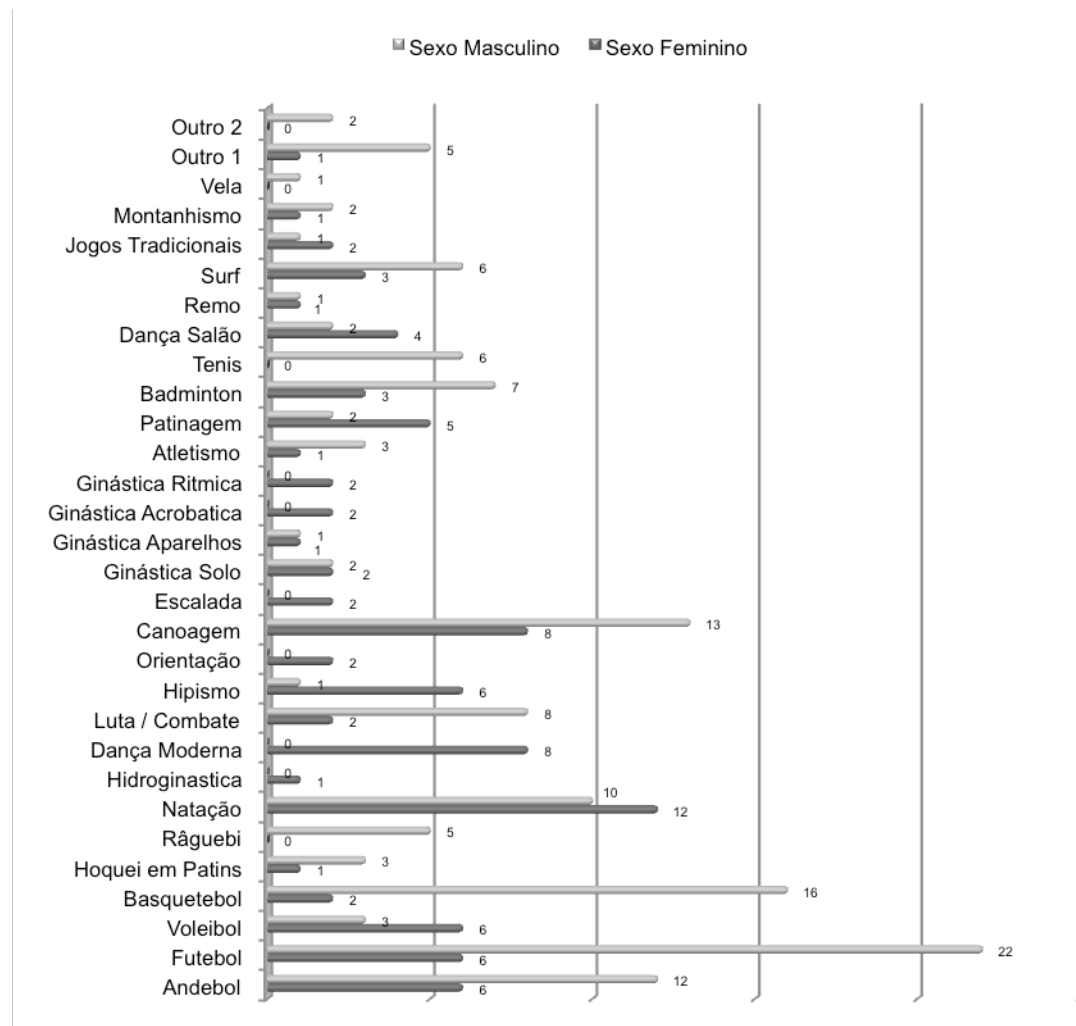
## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.3 Modalidades Desportivas Preferidas

No sentido de perceber quais as modalidades preferidas dos adolescentes, recorreremos à frequência, tendo dividido a amostra inicialmente por sexo, e posteriormente por IMC.

Foi ainda aplicado o teste do Qui-quadrado, à modalidade mais escolhida pelos adolescentes, do sexo feminino e masculino, com o propósito de perceber se as variáveis são ou não independentes.

Na figura 2, observam-se quais as modalidades seleccionadas pelos adolescentes, em função do sexo.



**Figura 2** – Frequências das Modalidades seleccionadas, por sexo.

Como podemos observar na figura 2, as modalidades mais referenciadas pelas adolescentes do sexo feminino foram natação, canoagem, dança e desportos de luta/combate, sendo a primeira a modalidade seleccionada em maior número (66,7). Este grupo elegeu modalidades muito distintas, os quais pertencem a diferentes categorias: desportos aquáticos, actividades de exploração à natureza, rítmicas expressivas e luta/combate.

Os adolescentes do sexo masculino seleccionaram em maior número, futebol (81,5%), seguido de basquetebol, canoagem e andebol. Este grupo foi mais coeso na eleição das modalidades, pois as seleccionadas em maior número, à excepção de canoagem, pertencem à categoria de desportos colectivos.

Sendo o futebol o desporto mais escolhido pelos rapazes e a natação pelas raparigas, podemos conferir se estas variáveis (modalidade e sexo) são ou não independentes. De seguida são apresentadas as frequências, por sexo, para a modalidade de futebol, seguido do valor do teste do qui-quadrado e o valor de p.

**Quadro 9** – Frequências por sexo, de futebol.

Futebol	Sexo feminino		Sexo masculino		Total
Sim	6	33,3%	22	81,5%	28
Não	12	66,7%	5	18,5%	17
Total	18	100%	27	100%	45

**Quadro 10** – Valor do teste qui-quadrado, em função do sexo, para a modalidade de futebol.

	valor do teste	p
Pearson Chi-Square	10,651	0,001

Pela análise dos quadros apresentados, verificamos que há diferenças significativas nas proporções de jovens que escolhem cada modalidade. Observa-se que uma maior percentagem de rapazes refere preferir a modalidade futebol.

Seguidamente são exibidas as frequências, por sexo, para a modalidade de natação, seguido do valor do teste do qui-quadrado e o valor de p.

**Quadro 11** – Frequências por sexo, de natação.

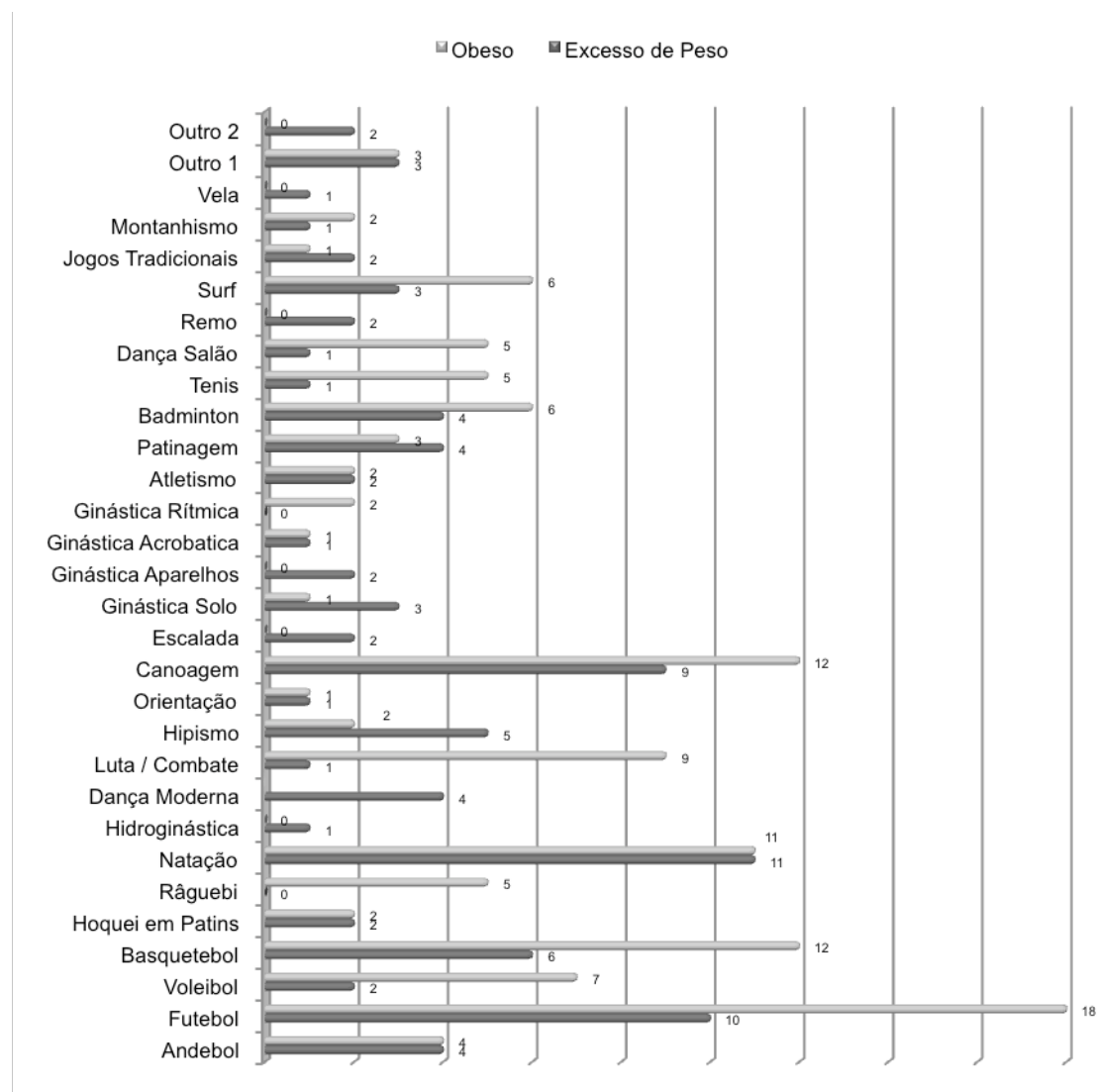
<b>Natação</b>	<b>Sexo feminino</b>		<b>Sexo masculino</b>		<b>Total</b>
Sim	12	66,7%	10	37,0%	22
Não	6	33,3%	17	63,0%	23
Total	18	100%	27	100%	45

**Quadro 12** – Valor do teste qui-quadrado, em função do sexo, para a modalidade de natação.

	<b>valor do teste</b>	<b>p</b>
Pearson Chi-Square	3,794	0,051

Apesar de serem as raparigas a referir maior preferência pela modalidade natação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Seguidamente, podemos observar na figura 3, quais as modalidades seleccionadas pelos adolescentes, em função do IMC.



**Figura 3** – Frequências das Modalidades seleccionadas, segundo o IMC.

Pela análise da figura 3, podemos constatar que os adolescentes com excesso de peso seleccionam em maior número natação (61,1%), seguido de futebol (55,6%), canoagem (50,0%) e basquetebol (33,3%). Relativamente às escolhas dos adolescentes obesos, podemos verificar que grande parte escolheu futebol (66,7%), canoagem (44,4%), basquetebol (44,4%) e natação (40,7%).

À semelhança do que sucedeu entre os grupos sexo feminino e sexo masculino, as modalidades mais escolhidas por mais adolescentes foram natação e futebol, pelos adolescentes com excesso de peso e obesos respectivamente.



Para verificarmos se a escolha do desporto está relacionado com o grupo de IMC, procede-se à aplicação do teste qui-quadrado, valores que são apresentados nos quadros a seguir.

**Quadro 13** – Frequências por IMC, de natação.

<b>Futebol</b>	<b>Excesso de peso</b>		<b>Obeso</b>		<b>Total</b>
Sim	11	61,1%	11	40,7%	22
Não	7	38,9%	16	59,3%	23
Total	18	100%	27	100%	45

**Quadro 14** – Valor do teste qui-quadrado, em função do IMC, para a modalidade de natação.

	<b>valor do teste</b>	<b>p</b>
Pearson Chi-Square	1,793	0,181

Natação foi o desporto mais escolhido pelos adolescentes com excesso de peso, contudo como podemos verificar não existem diferenças significativas relativamente à preferência pela natação

De seguida são apresentadas as frequências, por IMC, para a modalidade de futebol, seguido do valor do teste do qui-quadrado e o valor de p.

**Quadro 15** – Frequências por IMC, de futebol.

<b>Futebol</b>	<b>Excesso de peso</b>		<b>Obeso</b>		<b>Total</b>
Sim	10	56,6%	18	66,7%	28
Não	8	44,4%	9	33,3%	17
Total	18	100%	27	100%	45

**Quadro 16** – Valor do teste qui-quadrado, em função do IMC, para a modalidade de futebol.

	<b>valor do teste</b>	<b>p</b>
Pearson Chi-Square	0,567	0,451

Como podemos verificar pelos resultados, não existem diferenças significativas quanto à preferência de futebol em função do IMC.

Alguns autores referem que os rapazes estão mais envolvidos em actividades moderadas a vigorosas (Janz, Witt & Mahoney, 1995; Raudsepp e Pall, 2000, cit. por Mota & Sallis, 2002), praticando mais actividades de grupo/equipa, enquanto que as raparigas participam em actividades menos intensas e normalmente, individualmente ou em pares.

Os nossos resultados reflectem um pouco esta tendência para a prática desportiva, pois os rapazes escolhem maioritariamente desportos colectivos, enquanto que as opções das raparigas são mais variadas. Estas seleccionam quer actividades realizadas em grupo (dança), quer actividades que podem ser realizadas em pares ou individualmente.

Num estudo realizado por Matos, Simões, Carvalhosa e Canha (1998), em relação às modalidades praticadas de forma regular durante seis meses, foi verificado que as raparigas referem mais frequentemente ter praticado ginástica, voleibol e patinagem. Os rapazes referem ter praticado futebol, ténis, râguebi, karaté, judo, vela, ciclismo, B.T.T., canoagem, surf, golfe, remo, boxe, hóquei e culturismo.

Como podemos verificar, os adolescentes da nossa amostra, seguem uma tendência habitual dos congéneres da sua idade, pois na escolha das modalidades preferidas, tendem a referir os desportos que são habitualmente mais praticados.

Obviamente não é objectivo do trabalho explicar as escolhas dos jovens, contudo estas opções parecem ir de encontro às modalidades de maior destaque para os adolescentes. As ofertas de actividades desportiva disponibilizadas pelos clubes da região, podem também ser um factor de influência na decisão dos adolescentes. Esta afirmação ganha evidência se pensarmos na localização da Escola EB 2,3 de Olival. Para a hegemonia da escolha de canoagem, em ambos os sexos, podemos considerar que pode ser influenciada pela tradição desta prática desportiva, pois desde cedo ficaram familiarizados com esta modalidade na sua região.

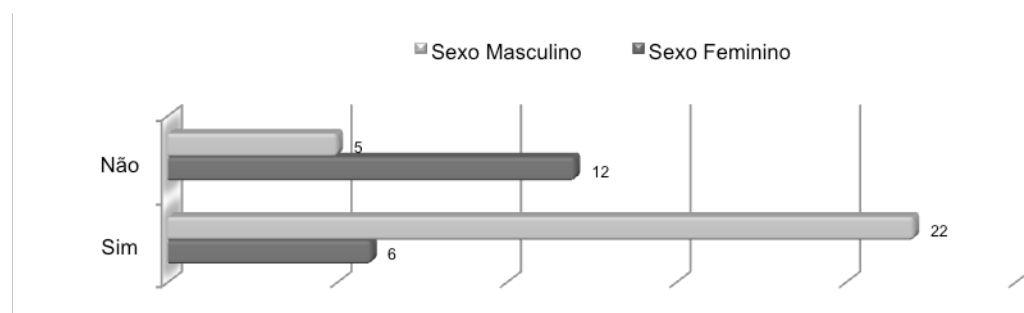
É importante identificar estratégias sobre como ampliar a prática desportiva na adolescência. Uma possibilidade seria focar as iniciativas nas actividades que, no momento, despertam o interesse e a curiosidade do público jovem (Júnior, Araújo & Pereira, 2006).

A escola de onde provem a nossa amostra deve conhecer os seus alunos, as suas motivações e gostos, de modo a conseguir uma maior adesão à prática desportiva por parte destes, ambicionando que esta seja duradoira.

De acordo com Sallis e Owen (1999), muitas crianças e adolescentes têm uma visão negativa e pejorativa da actividade física. Logo, devem-lhes ser proporcionadas às crianças actividades agradáveis, coincidentes com os seus gostos e motivações (Pate, 1995a; Telama & Yang, 2000). É fundamental conhecer a população alvo, pois a não aderência pode ser explicada pelo facto das actividades não corresponderem aos interesses dos indivíduos (Mooper & Leoni, 1996).

Como menciona Mota (2004), a actividade física deve ser encarada pelos jovens como uma experiência positiva e divertida, permitindo que sejam valorizadas as suas percepções. A criança deve entender a actividade como uma forma de prazer, sendo fundamental a adesão que esta promove (Alves, 2003).

Conhecidos os desportos, pretendemos saber qual a escolha dos adolescentes, quanto à possibilidade destes serem de competição ou não.



**Figura 4** – Opções dos adolescentes quanto à preferência por desporto competitivo ou não competitivo, em função do sexo.

Pela análise da figura 4, podemos constatar que grande maioria dos adolescentes do sexo masculino (81,5%), prefere que o desporto seja de competição. Contrariamente, das adolescentes do sexo feminino apenas 6 (33,3%) optam por desporto competitivo.

Facilmente depreendemos que a competição pode ser entendidas pelos adolescentes de duas formas diferentes. Se por um lado pode causar frustração na derrota, por outro pode significar sucesso na actividade.

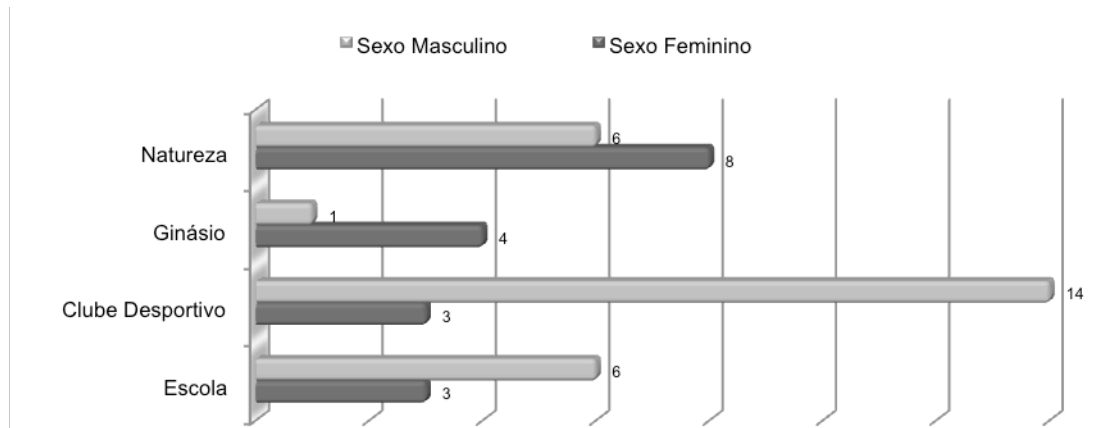
De acordo com Pate (1995a), num programa de actividade física deve ser fornecido um ambiente seguro e favorável, que recompense a participação e o esforço, sem enfatizar demasiadamente a competição e a vitória. Contudo, Marques (2004) advoga que a criança entende do significado da prática, o jogo e a competição. Esta dá a possibilidade da criança avaliar as suas próprias capacidades, permite-lhe mostrar aos outros do que é capaz e facultar a obtenção de sucesso. O autor afirma mesmo que quando assim é a criança tem a oportunidade de criar uma boa imagem social perante os outros.

Tendo em consideração estas afirmações, seria de esperar que as opções, quanto ao facto de a modalidade ser ou não de competição, fossem repartidas em cada grupo, o que se veio a comprovar com os resultados.

A maioria dos jovens, do sexo masculino, demonstra que a competição é um factor importante na prática desportiva, devendo esta estar presente nas actividades propostas. No grupo das adolescentes do sexo feminino, verifica-se o oposto. Neste grupo, estas escolhas podem estar relacionadas com o receio de sucesso, ou da falta de capacidades.

No momento de criar oportunidades de prática desportiva, será fundamental reflectir nos interesses, expectativas e necessidades da criança, devendo a competição ser compatível com as suas aptidões e competências (Marques, 2004).

Verificamos que o local de prática eleito pelos adolescentes, variou em função do sexo. A figura 5 demonstra essas diferenças nas opções, em função do sexo.



**Figura 5** – Local de prática eleito pelos adolescentes, em função do sexo.

Após a análise dos dados, verificamos que a maior parte dos adolescentes do sexo masculino elegeram como local de prática o clube desportivo (51,9%), seguido da escola (22,2%), da natureza (22,2%) e por último o ginásio (3,5%). As raparigas elegeram em maior número a natureza (44,4%), seguido de ginásio (22,2%), da escola (16,7%) e do clube desportivo (16,7%).

Segundo a ACSM (2003), antes de iniciar a actividade, é importante conhecer o indivíduo, a sua relação com o exercício, quais os seus obstáculos, assim como os locais de prática eleitos. Esta preocupação deverá ter sempre como finalidade a adesão ao programa de exercícios.

São vários os autores que salientam a importância do papel da escola, num plano de intervenção e prevenção da obesidade. Marques e Gaya (1999), reforçam mesmo que a escola deve situar-se no centro das preocupações com a educação para a saúde.

O facto de o indivíduo ter ou não saúde, não é só um objectivo individual mas um objectivo da comunidade, quer saúde mental como interpessoal. A adopção de comportamentos de saúde ou de risco, estão dependentes não só da escolha individual, mas também do meio ambiente no qual os indivíduos estão envolvidos, assim como das capacidades desse meio permitir escolhas saudáveis. Desta forma, um programa de educação para a saúde deve visar quer as acções dos indivíduos, como as acções do ambiente e do sistema social e político (Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 1998).

Os autores supracitados realizaram um estudo, em adolescentes entre os 11 e os 16 anos, sendo um dos objectivos conhecer quais as percepções destes em relação ao ambiente da escola. Neste parâmetro, foi avaliado o item “sentimento pela escola”, no qual se verificou que cerca de 84,9% da amostra referiu gostar da escola, sendo as raparigas e os mais novos os que o referem mais frequentemente. Num outro item, “a escola é um bom lugar para se estar”, averigua-se que apesar de ¼ dos jovens achar que a escola não é um bom lugar para se estar, a maioria acha o contrário. As raparigas são as que mais frequentemente referem que a escola é um bom lugar para se estar.

Estes dados reflectem a influência que a escola pode ter na educação para a saúde dos adolescentes. É na escola que estes passam a maior parte do seu tempo, sem esquecer que esta instituição deve assumir responsabilidade na acção educativa dos seus alunos. Esta deve, como afirma Mota (1999), ser uma fonte de informação e possuir bases de apoio que conceba meios que suportem a manutenção da saúde no futuro.

Tendo em consideração a realidade da prevalência da obesidade, devem ser tomadas medidas, quer pela escola como por outras entidades, que possibilitem aos jovens a formação de competências, que permitam a aquisição de hábitos (neste caso em particular, hábitos alimentares e de actividade física) desde a infância, sustentando na vida adulta.

Contudo, pela análise dos dados, observamos que os adolescentes do sexo masculino escolhem maioritariamente os clubes desportivos como local de prática.

Não só a escola, mas também os clubes desportivos, devem assumir-se como instituições responsáveis pelo desenvolvimento desportivo. Estas entidades devem promover a prática desportiva, devendo esta corresponder às necessidades e motivações dos jovens (Mesquita, 2004).

Marques (1999), alude que a escola deve ser parceira do clube, no sentido de proporcionar a formação desportiva pedagógica e motora dos adolescentes.

Nesta amostra em particular, poderia ser benéfico a escola possuir actividades direccionadas para estes adolescentes, sendo também importante estabelecer ligações com os clubes desportivos, ou outras

entidades. Assim, a escola poderá encaminhar os alunos para os clubes, para estes praticarem uma actividades desportiva, que se enquadre com a sua preferência pessoal.

Pela análise da figura 5 podemos verificar que as raparigas elegem, maioritariamente, como local de prática a natureza (44,4%). Este grupo aparenta preferir espaços no exterior, em detrimento dos espaços interiores. Assim, no momento da escola proporcionar actividades para este grupo, seria mais adequado propor modalidades que fossem praticada na natureza.

Após uma apreciação das primazias dos alunos, podemos concluir que talvez fosse apropriado a escola possuir actividades variadas. Como afirma Pate (1995a), um programa de actividade física deve ser suficientemente variado, sendo transmitidas experiências agradáveis e recreativas.

Quer sejam actividades realizadas na escola como em outras instituições, o fundamental será incidir na promoção de um estilo de vida activo, que se mantenha na vida adulta.

Deve-se promover a actividade física em colaboração com uma dieta alimentar, de modo a se ser capaz de manter um peso corporal equilibrado (Mota & Sallis, 2002).

A actividade física poderá causar nos jovens múltiplos benefícios, quer a nível físico como psicológico. Esta assume um papel determinante no tratamento e prevenção da obesidade, possibilitando a redução dos riscos a ela associados, assim como poderá possibilitar um incremento da auto-confiança e conseqüentemente uma melhor integração na sociedade.

A escola à qual pertence a nossa amostra caminha no bom sentido, na medida em que assume a responsabilidade de possibilitar que estes adolescentes obtenham acompanhamento com um especialista (nutricionista). Esta intervenção representa o início de um trajecto longo a percorrer, no sentido de contribuir para um conjunto de modificações de comportamentos e atitudes.

## 5.2 Percepção da Imagem Corporal

Foi aplicado o teste Shapiro-Wilk para analisar se os dados tinham ou não uma distribuição normal, verificando-se que nenhuma das distribuições obtidas, para cada item, era descrita como normal. Devido a este facto, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico *Mann Whitney*, que permite comparar as distribuições obtidas para cada grupo estudado.

No quadro...., são apresentadas as medidas descritivas média e desvio padrão, assim como a estatística z do teste e o valor de prova p, relativos à percepção da imagem corporal nas adolescentes do sexo feminino e no grupo dos adolescentes do sexo masculino.



**Quadro 17** – Percepção da Imagem Corporal em função do sexo. Média e desvio padrão, valores de z e de p.

Itens	Sexo Feminino Média ± SD	Sexo Masculino Média ± SD	z	p
Em má saúde / Em boa saúde	3,50 ± 1,38	3,63 ± 1,39	-0,413	0,680
Fisicamente atractivo / Fisicamente não atractivo	<b>2,67 ± 1,28</b>	<b>2,89 ± 1,19</b>	-0,488	0,625
Fonte de prazer / Fonte de desprazer	3,06 ± 1,21	3,33 ± 1,21	-0,679	0,497
Feminino / Masculino	4,78 ± 0,43	4,48 ± 1,01	-0,585	0,558
Puro, limpo / Impuro, sujo	4,50 ± 0,86	4,48 ± 1,01	-0,199	0,842
Medroso / Audacioso	3,11 ± 1,08	3,70 ± 1,24	-1,669	0,095
Vazio / Cheio	<b>2,22 ± 1,35</b>	<b>2,26 ± 0,98</b>	-0,409	0,683
Coisa que se pode tocar / Coisa em que não se pode tocar	3,44 ± 1,25	3,63 ± 1,12	-0,420	0,674
Indiferente, frio / Terno, caloroso	3,67 ± 1,33	4,37 ± 0,97	-1,873	0,061
Exprimindo cólera / Exprimindo calma	3,50 ± 1,51	3,41 ± 1,31	-0,393	0,694
Expressivo / Inexpressivo	3,78 ± 1,00	3,59 ± 1,31	-0,253	0,800
Coisa que se mostra / Coisa que não se mostra	3,00 ± 1,41	3,04 ± 1,40	-0,071	0,943
Calmo, sereno / Nervoso, inquieto	3,61 ± 1,34	3,26 ± 1,40	-0,798	0,425
Velho / Jovem	4,61 ± 0,70	4,59 ± 0,80	-0,216	0,829
Erótico / Não erótico	<b>2,22 ± 1,06</b>	<b>2,78 ± 1,37</b>	-1,312	0,190
Frágil, fraco / Resistente, forte	<b>3,22 ± 1,26</b>	<b>4,22 ± 1,09</b>	<b>-2,764</b>	<b>0,006</b>
Alegre / Triste	4,00 ± 1,41	4,11 ± 1,12	-0,077	0,939
Coisa para que se olha / Coisa para que não se olha	3,06 ± 1,21	3,67 ± 0,92	-1,530	0,126
Enérgico / Não enérgico	3,83 ± 1,43	3,89 ± 1,28	-0,172	0,864
Socialmente desejável / Socialmente não desejável	<b>3,06 ± 1,31</b>	<b>3,85 ± 0,95</b>	<b>-2,041</b>	<b>0,041</b>
<b>Valor médio da percepção da Imagem Corporal</b>	<b>3,44 ± 0,67</b>	<b>3,67 ± 0,53</b>		

Pela análise do quadro..., observamos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas para o item “frágil, fraco / resistente, forte”, havendo também no item “socialmente desejável / socialmente não desejável”. Para os restantes itens não existem diferenças estatisticamente

significativas, o que nos pode levar a concluir que as distribuições apresentadas pelos adolescentes não diferem em função do sexo.

Ao analisarmos as médias de cada item, e em cada grupo, podemos observar que os itens em que existe uma percepção da imagem corporal negativa foram “fisicamente atractivo / fisicamente não atractivo” e “erótico / não erótico”, não havendo no entanto diferenças entre os grupos.

Contudo, embora não exista diferenças entre os grupos, é possível conferir que apenas os itens “feminino / masculino”, “puro, limpo / impuro, sujo”, “velho / jovem”, “alegre / triste”, têm como média um valor positivo. Nos restantes itens a média reflecte que os indivíduos não possuem uma visão muito positiva do seu corpo, pois para esses itens os valores são reduzidos.

No quadro...., são apresentados os valores da percepção da imagem corporal, as medidas descritivas média e desvio padrão, assim como a estatística z do teste e o valor de prova p, para o grupo de adolescentes com excesso de peso e para os adolescentes obesos.

**Quadro 18** – Percepção da Imagem Corporal em função do IMC. Média e desvio padrão, valores de z e de p.

Itens	Excesso de Peso Média ± SD	Obeso Média ± SD	z	p
Em má saúde / Em boa saúde	3,67 ± 1,28	3,52 ± 1,45	-0,279	0,780
Fisicamente atractivo / Fisicamente não atractivo	<b>2,56 ± 1,15</b>	<b>2,96 ± 1,26</b>	-0,988	0,323
Fonte de prazer / Fonte de desprazer	3,06 ± 0,94	3,33 ± 1,36	-0,691	0,490
Feminino / Masculino	4,56 ± 0,71	4,63 ± 0,93	-0,955	0,340
Puro, limpo / Impuro, sujo	4,44 ± 0,98	4,52 ± 0,94	-0,256	0,798
Medroso / Audacioso	3,28 ± 0,96	3,59 ± 1,34	-1,061	0,289
Vazio / Cheio	<b>2,83 ± 1,20</b>	<b>1,85 ± 0,91</b>	<b>-2,755</b>	<b>0,006</b>
Coisa que se pode tocar / Coisa em que não se pode tocar	3,50 ± 0,86	3,59 ± 1,34	-0,612	0,540
Indiferente, frio / Terno, caloroso	4,00 ± 1,14	4,15 ± 1,20	-0,494	0,622
Exprimindo cólera / Exprimindo calma	3,44 ± 1,29	3,44 ± 1,45	-0,131	0,896
Expressivo / Inexpressivo	3,78 ± 0,88	3,59 ± 1,37	0,000	1,000
Coisa que se mostra / Coisa que não se mostra	<b>2,89 ± 1,18</b>	3,11 ± 1,53	-0,584	0,559
Calmo, sereno / Nervoso, inquieto	3,33 ± 1,33	3,44 ± 1,42	-0,322	0,748
Velho / Jovem	4,56 ± 0,71	4,63 ± 0,79	-0,802	0,423
Erótico / Não erótico	<b>2,67 ± 1,28</b>	<b>2,48 ± 1,28</b>	-0,454	0,650
Frágil, fraco / Resistente, forte	3,56 ± 1,10	4,00 ± 1,33	-1,613	0,107
Alegre / Triste	4,22 ± 1,06	3,96 ± 1,34	-0,409	0,682
Coisa para que se olha / Coisa para que não se olha	3,28 ± 0,96	3,52 ± 1,16	-0,809	0,419
Enérgico / Não enérgico	3,72 ± 1,36	3,96 ± 1,32	-0,772	0,440
Socialmente desejável / Socialmente não desejável	3,50 ± 1,30	3,56 ± 1,09	-0,036	0,971
<b>Valor médio da percepção da Imagem Corporal</b>	<b>3,54 ± 0,45</b>	<b>3,60 ± 0,68</b>		

Analisando o quadro..., que apresenta os resultados obtidos para a imagem corporal dos adolescentes com excesso de peso e dos obesos, no qual se verifica que no item “vazio / cheio”, as diferenças entre os grupos são significativas. Ou seja, embora ambos os grupos tenham uma percepção negativa, houve um maior número respostas negativa por parte do grupo de

adolescentes obesos. Estes sentem o seu corpo “vazio” muito frequentemente.

Embora não existam diferenças entre os grupos em mais nenhum item, podemos verificar que os adolescentes apresentam valores negativos da percepção da imagem corporal, nos itens “coisa que se mostra / coisa que não se mostra”, para o grupo com excesso de peso e “erótico / não erótico”, em ambos os grupos.

Mesmo não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nem se verificando valores negativos, podemos apurar que são vários os itens em que os indivíduos não apresentam valor positivo. Pois, os parâmetros “feminino / masculino”, “puro, limpo / impuro, sujo”, “indiferente, frio / terno, caloroso”, “velho / jovem”, “alegre / triste” são os únicos que possuem valor positivo (4).

Tendo em consideração o lugar que o corpo ocupa na sociedade actual, bem como os requisitos exercidos por esta para a obtenção de um corpo magro, seria de esperar uma percepção negativa por parte destes adolescentes, em relação aos seus corpos.

Moreira e Ramos (2001), afirmam que o facto de o Homem sentir necessidade de ser aceite socialmente, pode causar sentimentos negativos nos obesos, em relação à sua própria imagem.

Embora não existam muitos valores negativos, esta realidade está bem reflectida nos nossos resultados, pois na verdade os adolescentes também não demonstram uma percepção seguramente positiva da sua imagem corporal.

Tal como no estudo de Galindo e Colaboradores (2002, cit. Cataneo, Carvalho & Galindo), verificamos nos nossos resultados, que os adolescentes não evidenciam uma imagem negativa dos seus corpos. Contudo, são visíveis os desagrados face à sua aparência.

Após a análise dos quadros, verificamos que os itens com resultados negativos são o “fisicamente atractivo / fisicamente não atractivo”, o “vazio / cheio” e o “erótico / não erótico”.

Esta percepção pode ser explicada pela incessante influência que a sociedade, veiculada pelos meios de comunicação social, exerce nos indivíduos. Pois, como afirma Becker (1999), o esquema corporal ideal é

formado tendo como base o modelo que é retratado pela sociedade em que estamos inseridos, havendo uma preocupação contínua para obtenção de um corpo jovem e atractivo.

Os *media* disseminam imagens de corpos magros como sendo os ideais (Harrison, 1997), exibindo continuamente corpos atraentes (Cameron & Ferraro, 2004), o que pode influenciar os jovens a construir uma percepção depreciativa da sua imagem corporal.

Quando observados os corpos idolatrados da actualidade, os adolescentes percebem que não estão enquadrados com esses modelos, o que os leva a desenvolver sentimentos negativos e uma consequente distorção da imagem corporal.

Os adolescentes da nossa amostra não associam os seus corpos aos habitualmente considerados como esbeltos. Assim, têm desde logo tendência a considerar os seus corpos como sexualmente desinteressantes, tal como defende Gitovake (1986, cit. por Moreira & Ramos, 2001).

Bento (2004) menciona que a obesidade altera as imagens dos indivíduos, podendo esta causar marginalidade e consequências negativas no plano social, afectivo e psicológico. O mesmo autor reforça esta ideia, ao referir que na actualidade a conjuntura corporal é estigmatizada pelo culto da imagem, podendo originar nos obesos perda de humor, de auto-estima, um descontentamento e um sentimento de inferioridade.

Esta característica está reflectida do item “vazio / cheio”, pois os adolescentes sentem seu corpo como algo desprovido de sentido. Esta percepção pode estar relacionada com o facto de estes se sentirem num patamar inferior em relações aos outros.

No entanto, no item “alegre / triste”, os adolescentes apresentam um valor positivo, contrariando o pensamento do autor supracitado. Strauss (2000), afirma que estão associados à obesidade sentimentos como tristeza e nervosismo, sentimentos estes que não estão patentes nesta amostra em particular.

Num estudo efectuado por Matos, Simões, Carvalhosa, e Canha (1998), no parâmetro relativo à percepção de saúde e bem-estar, a maioria

dos jovens descreveu-se como saudável, sendo os rapazes os que se descreveram mais frequentemente como bastante saudáveis.

Pela análise dos nossos resultados verificamos que os adolescentes, embora não sintam o seu corpo em boa saúde, também não o sentem em má saúde. Este desfecho pode significar que os adolescentes não possuem uma boa percepção da sua saúde, não associando o excesso de peso a uma saúde menos positiva. Será importante os jovens serem consciencializados das consequências que advêm da obesidade, para que assim possam adoptar comportamentos e hábitos que modifiquem esta condição.

A imagem corporal é um fenómeno associado ao género (Smolak, 2003; Markey & Markey, 2005), sendo vários os autores que afirmam que os indivíduos do sexo masculino são os que possuem valores superiores de satisfação corporal.

O nosso estudo não revelou diferenças significativas entre o sexo feminino e o masculino, sendo sim apresentados valores muito semelhantes.

Outro factor relacionado com a satisfação com a imagem é o IMC, sendo que à medida que este aumenta, diminui a satisfação com a imagem corporal (Markey & Markey, 2005), logo podemos considerar o peso um aspecto predominante.

Após a análise dos resultados, aferimos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com excesso de peso e os obesos. Se por um lado se poderia predizer que este seria um factor determinante, podemos também considerar que são resultados coerentes, uma vez que se trata de uma amostra reduzida, e principalmente com características semelhantes. Pois embora tenham IMC diferente, todos se situam acima do peso ideal para sua idade.

Estando a obesidade coligada a estereótipos culturais e a significados de rejeição social é urgente uma intervenção direccionada aos adolescentes, para que estes não sejam vítimas destes preconceitos. Como refere Bento (1991), esta é uma sociedade de consumo imediato, onde corpo aparece como um referencial palpável, necessário para um suporte individual e social.

## **CONCLUSÕES**





## 6. CONCLUSÕES

Serão apresentadas as conclusões do trabalho relativas às modalidades seleccionadas, assim como dos resultados obtidos no BIQ tendo por base as hipóteses formuladas inicialmente.

**H<sub>1</sub>.** Os adolescentes do sexo masculino seleccionam mais desportos colectivos e de competição, enquanto as raparigas elegem actividades individuais ou a pares, menos intensas.

A hipótese foi confirmada.

A escolha das modalidades variou de acordo com o sexo, uma vez que os adolescentes do sexo masculino escolheram maioritariamente desportos colectivos, enquanto que as escolhas das adolescentes do sexo feminino apresentaram uma maior variedade.

Contudo, para as modalidades mais escolhidas pelos adolescentes, em função do sexo, apenas existem diferenças significativas na escolha de futebol.

As preferências dos adolescentes do sexo masculino recaem maioritariamente em desporto de competição, enquanto que nas adolescentes do sexo feminino são poucas as respostas positivas nesta opção.

**H<sub>2</sub>.** As raparigas têm uma percepção da imagem corporal mais negativa, quando comparada à imagem corporal dos rapazes.

A hipótese foi refutada.

Entre as adolescentes do sexo feminino e os adolescentes do sexo masculino não se verificaram diferenças significativas na percepção da imagem corporal, à excepção dos itens “frágil, fraco / resistente, forte” e “socialmente desejável / socialmente não desejável”.

**H<sub>3</sub>**. Quanto maior o valor de IMC, mais negativa será a percepção da sua imagem corporal.

A hipótese foi refutada.

A percepção da imagem corporal não variou em função do IMC, uma vez que entre o grupo de adolescentes com excesso de peso e o grupo de obesos, não existiram diferenças significativas.

Neste grupo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no item “vazio / cheio”.

De uma forma geral, podemos concluir que embora os adolescentes apresentem uma percepção da imagem corporal não muito positiva, não existem diferenças significativas entre os grupos definidos.

No seguimento deste estudo, deixamos algumas sugestões para futuros estudos:

- Estudar as mesmas variáveis utilizando uma amostra maior;
- Estudar as mesmas variáveis, realizando comparação entre adolescentes com excesso de peso e obesos, com adolescentes com o peso ideal para as suas idades.
- Realizar o estudo da relação das preferências das modalidades desportivas com a percepção da imagem corporal.

## **BIBLIOGRAFIA**



## 7. BIBLIOGRAFIA

- Alves, J. (2003). Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.*, 3(1), 5-6.
- American College of Sports Medicine. (2003). Outras condições clínicas que influenciam a prescrição de exercício. In American College of Sports Medicine (Ed.), *Directrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- American College of Sports Medicine. (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia, bulimia, obesidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bar-Or, & Baranowski, T. (1994). Physical Activity, Adiposity, and Obesity Among Adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6(4), 348-360.
- Baranowski, T., Mendlein, J., Resnicow, K., Frank, E., Cullen, K., & Baranowski, J. (2000). Physical Activity and nutrition in children and youth: an overview of obesity prevention. *Preventive Medicine*, 31, S1-S10.
- Barata, T. (1997). Excesso de Peso, Obesidade e Actividade Física. In T. Barata, J. Branco, M. Caetano, H. S. Clara, J. G. Pereira, L. Horta, P. Lisboa, N. Lynce & e. al. (Eds.), *Actividade Física e Medicina Moderna*. Odivelas: Europress.
- Batista, P. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e autoestima: estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividade física*. Porto: P. Batista. Dissertação de Mestrado em Desporto para Crianças e Jovens apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto

- Bearman, S., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on Body Dissatisfaction: A longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 229-241.
- Becker, B. (1999). El cuerpo y su implicancia en el area emocional. Consult. 10 Outubro de 2008, disponível em <http://www.efdeportes.com/efd13/bennoe.htm>
- Bento, J. (1991). *Discursos do Corpo no Desporto*. Évora: AEPEC.
- Bento, J. (1991a). *Desporto, saúde, vida: em defesa do desporto*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Bento, J. (2004). Desporto para Crianças e Jovens: das causas e dos fins. In A. Gaya, A. Marques & G. Tani (Eds.), *Desporto para Crianças e Jovens: razões e finalidades*. (pp. 21-56). Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Bento, J. (2007). Da conjuntura corporal e do ambiente obesogénico, relaxado e indolente. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 7(1), 5-7.
- Borba, P. (2006). A importância da atividade física lúdica no tratamento da obesidade infantil. [Versão electrónica] disponível em [http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/medicina\\_integral/atividade\\_infantil\\_patricia.pdf](http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/medicina_integral/atividade_infantil_patricia.pdf).
- Bouchard, C. (2000). *Physical Activity and Obesity* Champaign, IL: Humans Kinetics.
- Bouchard, C., & Blair, S. N. (1999). Introductory comments for the consensus on physical activity and obesity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), S498-S501.

- 
- Bouchard, C., & Shephard, R. (1993). Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts. In C. Bouchard, R. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement* (pp. 11-23). Champaign: Human Kinetics.
- Bouchard, C., Shephard, R., & Stephens, T. (1993). Physical Activity and Fitness in Disease. In C. Bouchard, R. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement* (pp. 61-83).
- British Medical Association. (2005). *Preventing childhood obesity*. London: BMA.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'image du corps de 10 à 40 ans. *Bulletin de Psychologie*, 382, 893-903.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cameron, E., & Ferraro, R. (2004). Body Satisfaction in College Women After Brief Exposure to Magazine Images. *Perceptual and Motor Skills*, 98(3), 1093-1099.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., et al. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9(1), 11-19.
- Cash, T., & Brown, T. (1987). Body Image in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Behavior Modification* 11(4), 487-521.
- Cash, T., & Brown, T. (1989). Gender and Body Images: Stereotypes and Realities. *Sex Roles*, 21(5/6), 361.
- Cash, T., & Green, G. (1986). Body weight and body image among college women: perception, cognition, and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50(2), 290-301.

- Cash, T., & Pruzinsky, T. (1990). *Body Images: development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T., Wood, K., Phelps, K., & Boyd, K. (1991). New assessments of weight-related body image derived from extant instruments. *Perceptual and Motor Skills*, 73(1), 235-241.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, E. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.
- Cavill, N., Biddle, S., & Sallis, J. (2001). Health Enhancing Physical Activity for Young People: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Science*, 13, 12-25.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240.
- Collins, J. (1981). Self-Recognition of the Body and Its Parts During Late Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 10(3), 243-254.
- Correia, J. (2003). *Percepção, Satisfação com a Imagem Corporal e Auto-Estima. Estudo comparativo em idosos de ambos os sexos praticantes e não praticantes de actividade física*. Porto: J. Correia. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Davison, K., & Birch, L. (2001). Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. *Pediatrics*, 107, 46-53.
- De Knop, Wylleman, P., Theeboom, M., Martelaer, K. D., Hoecke, J. V., & Heddegem, L. V. (1999). The Role of Contextual Factors in Youth



- Participation in Organized Sport. *European Physical Education Review*, 5(2), 153-168.
- Després, J.-P. (1994). Physical Activity and Adipose Tissue. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health: international proceedings and consensus statement*. Champaign: Human Kinetics.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Dietz, W. (1994). Critical periods in childhood for the development of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59(5), 955-959.
- Dietz, W. (1995). Childhood Obesity. In L. W. Y. Cheung & J. B. Richmond (Eds.), *Child Health, Nutrition and Physical Activity*. (pp. 155-169).
- Dietz, W. (1998). Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease [Versão electrónica]. *Pediatrics*, 101, 518-525. Consult. 3 de Setembro de 2008, disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/101/3/S1/518>.
- Dietz, W. (2002). Foreword. In W. Burniat, T. Cole, I. Lissau & E. Poskitt (Eds.), *Child and adolescent obesity: causes and consequences, prevention and management* (pp. xv-xvii). Cambridge: Cambridge university press.
- Dishman, R., & Sallis, J. (1994). Determinants and Interventions for Physical Activity and Exercise In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health: international proceedings and consensus statement*. Champaign: Human Kinetics.
- Dishman, R., Washburn, R., & Heath, G. (2004). Physical Activity and Obesity. In R. Dishman, R. Washburn & G. Heath (Eds.), *Physical Activity Epidemiology*. Champaign, IL: Humans Kinetics.

- Dubois, S., Hill, D., & Beaton, G. (1979). An examination of factors believed to be associated with infantile obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 32, 1997-2004.
- Ebbeling, C., Pawlak, D., & Ludwig, D. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 473-482.
- Egger, G., & Swinburn, B. (1997). An "ecological" approach to the obesity pandemic. *BMJ*, 315(7106), 477-483.
- Epstein, L., Smith, J., Vara, L., & Rodefer, J. (1991). Behavioral economic analysis of activity choice in obese children. *Health Psychology*, 10(5), 311-316.
- Fallon, A. (1990). "Culture in the mirror: sociocultural determinants of Body Image". In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images : development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- Fernandez, A., Mello, M., Tufik, S., Castro, P., & Fisberg, M. (2004). Influência do treinamento aeróbio e anaeróbio na massa de gordura corporal de adolescentes obesos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.*, 10(3), 152-158.
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Garcia, R. (1997). A evolução do homem a das mentalidades - uma perspectiva através do corpo. *Revista Movimento*, 4(6), 61-71.
- Gonçalves, V. (2007). *Actividade Física e Práticas de Lazer na Adolescência. Promoção e Manutenção em Função do Envolvimento*. Porto: V. Gonçalves. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Grundy, S. M., Blackburn, G., Higgins, M., Lauer, R., Perri, M. G., & Ryan, D. (1999). Physical activity in the prevention and treatment of obesity and

- its comorbidities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), S502-S508.
- Guedes, D. (2004). Actuação do professor de Educação Física no campo da saúde. In E. Lebre & J. Bento (Eds.), *Professor de Educação Física - Ofícios da profissão*. (pp. 93-104). Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Hamburg, D. (1999). Preparing for life: the critical transition of adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.), *Adolescent Behaviours and societú. A book readings*. New York: McGraw-Hill.
- Harrison, K. (1997). Does Interpersonal Attraction to Thin Media Personalities Promote Eating Disorders? *Journal of Broadcasting & Electronic Media/Fall*, 41, 478-500.
- Hill, A., & Silver, E. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity*, 19(6), 423-430.
- Hill, J., & Melanson, E. (1999). Overview of the determinants of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), S515-S521.
- Hills, A., & Wahlqvist, M. (1994). *Exercise and Obesity*. London: Smith-Gordon.
- Jacob, J. (1994). A imagem corporal e os factores socioculturais, performance motora e sexo. *Horizonte*, 10(60), 211-217.
- Jebb, S., & Moore, M. (1999). Contribution of a sedentary lifestyle and inactivity to the etiology of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), 534-541.

- Jones, R., & Cheetham, R. (2001). Physical educations in the national curriculum: its purpose and meaning for final year secondary school students. *European Journal of Physical Education*, 6, 81-101.
- Júnior, M., Araújo, C., & Pereira, F. (2006). Atividades físicas e esportivas na adolescência: mudanças de preferências ao longo das últimas décadas. *Revista Brasileira de Educação Física*, 20(1), 51-58.
- Kiess, W., Reich, A., Muller, G., Kapellen, T., Deutscher, J., Raile, K., et al. (2001). Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obesity Reviews*, 2(1), 29-36.
- Killion, L., Rodriguez, A., Rawlins, S., Miguez, A., & Soledad, K. (2003). Relation Between Body Image Satisfaction and Body Mass Index in a College Population. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 74(Suppl. 1), A-64.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gélie, F., Gilliard, J., & Quintard, B. (2002). The Body Questionnaire: an extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 189-196.
- Le Breton, D. (1999). *L' adieu au corps*. Paris: Éditions Métailié.
- Lipovetsky, G. (1989). *O império do efêmero: a moda e o seu destino nas sociedades modernas*. Lisboa: Dom Quixote.
- Loos, R., & Bouchard, C. (2003). Obesity - is it a genetic disorder? *Journal of Internal Medicine*, 254, 401-425.
- Malecka-Tendera, E., & Mazur, A. (2006). Childhood obesity: a pandemic of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, 30, S1-S3.
- Markey, C., & Markey, P. (2005). Reations Between Body Image and Dieting Behaviours: An Examination of Gender Differences. *Sex Roles*, 53(7-8), 519-530.
- Marques, A. (1999). Crianças e adolescentes atletas: entre a escola e os centros de treino...entre os centros de treino e a escola. In *Seminário*

- Internacional Treino de Jovens*. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva, Secretaria de Estado do Desporto.
- Marques, A. (2004). Fazer da competição dos mais jovens um modelo de formação e de educação. In A. Gaya, A. Marques & G. Tani (Eds.), *Desporto para crianças e jovens: razões e finalidades* (pp. 75-96). Porto Alegre: UFRGS
- Marques, A., & Gaya, A. (1999). Atividade Física, Aptidão Física e Educação para a Saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil. *Revista Paulista de Educação Física*, 13(1), 83-102.
- Martinez-Gonzalez, M. A., Varo, J. J., Santos, J. L., Irala, J. d., Gibney, M., Kearney, J., et al. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(7), 1142-1146.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Canha, L. (1998). *A saúde dos adolescentes de Lisboa. Estudo regional - Lisboa - da Rede Europeia HBSC / OMS*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., & Diniz, J. (2006). Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses. Um relatório preliminar HBSC 2006. [Versão electrónica]. Consult. 3 Novembro de 2008, disponível em [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores\\_de\\_Saude.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores_de_Saude.pdf).
- Mckenzie, T., Sallis, J., Prochaska, J., Conway, T., Marshal, S., & Rosengard, P. (2004). Evaluation of a Two-Year Middle-School Physical Education Intervention. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36(8), 1382-1388.
- McPherson, K., & Turnbull, J. (2005). Body Image Satisfaction in Scottish Men and Its Implications for Promoting Healthy Behaviors. *International Journal of Men's Health*, 4(1), 1-96.

- Mesquita, I. (2004). Refundar a Cooperação Escola-Clube no Desporto de Crianças e Jovens. In A. Gaya, A. Marques & G. Tani (Eds.), *Desporto para Crianças e Jovens: razões e finalidades*. (pp. 143-169). Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Ministério da Educação. (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direcção-geral da saúde.
- Ministério da Educação. (2006). Educação Alimentar em Meio Escolar. Referencial para uma oferta alimentar saudável. [Versão electrónica]. Consult. 30 de Outubro de 2008, disponível em [http://sitio.dgidec.min-edu.pt/recursos/Lists/Repositrio%20Recursos2/Attachments/602/educacaoalimentar\\_Meio\\_Escolar.pdf](http://sitio.dgidec.min-edu.pt/recursos/Lists/Repositrio%20Recursos2/Attachments/602/educacaoalimentar_Meio_Escolar.pdf).
- Ministério da Educação. (2007). Programa do Desporto Escolar. Anos lectivos de 2007/08 e 2008/09.
- Ministério da Educação. (s/d). Educação para a Saúde. *Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular*. Consult. 10 Outubro de 2008, disponível em <http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Educação, & Ministério da Saúde. (2008). Protocolo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. [Versão electrónica] disponível em [http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Documents/ProtocoloME\\_MS.pdf](http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Documents/ProtocoloME_MS.pdf).
- Mooper, J. M., & Leoni, E. (1996). A physical activity continuous and the surgeon General's Report. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 67(9).
- Moreira, L., & Ramos, R. (2001). Obesidade mórbida: um estudo exploratório sobre o percurso histórico do obeso mórbido até a gastroplastia. *Plural*, 2(1), 46-61.
- Mota, J. (1999). Educação e Saúde. In C. M. d. Oeiras (Ed.), *Desporto e saúde* (pp. 55-102). Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras.

- Mota, J. (2002). Actividade física e obesidade na população infanto-juvenil. Referências e reflexões, *A actividade física: do lazer a rendimento. A estética, a saúde e o espectáculo*. Lamego: Instituto Superior Politécnico de Viseu.
- Mota, J. (2004). Desporto como projecto de saúde. In A. Gaya, A. Marques & G. Tani (Eds.), *Desporto para Crianças e Jovens: razões e finalidades*. (pp. 171-185). Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Mota, J., & Sallis, J. (2002). *Actividade física e saúde: factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo das Letras.
- Mota, J., Santos, P., Guerra, S., Ribeiro, J. C., Duarte, J. A., & Sallis, J. (2002). Validation of a physical activity self-report questionnaire in portuguese pediatric population. *Pediatric Exercise Science*, 14, 269-276.
- Must, A., & Strauss, R. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23(Suppl 2), S2-S11.
- Nahas, M. (1999). *Obesidade, controle de peso e actividade física*. Londrina: Midiograf.
- Nobre, E., Jorge, Z., Macedo, A., & Castro, J. (2003). Tendências do peso em Portugal no final do século XX. Estudo de corte de jovens so sexo masculino. [Versão electrónica]. *Acta Médica Portuguesa*, 205-209. Consult. 8 de Maio de 2007, disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/3/205-210.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.

- Organização Mundial da Saúde. (2008). Benefits of Physical Activity. Consult. 20 de Outubro de 2008, disponível em [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_benefits/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/)
- Organização Mundial da Saúde. (2008a). Physical Activity and Young People. Consult. 20 Outubro de 2008, disponível em [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html)
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado., V. (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(6), 670-678.
- Pate, R. (1995). Recent Statements and Initiatives on Physical Activity and Health. *QUEST*, 47, 304-310.
- Pate, R. (1995a). Promoting Activity And Fitness. In L. W. Y. Cheung & J. B. Richmond (Eds.), *Child Health, Nutrition and Physical Activity*. (pp. 139-151). Champaign: Human Kinetics.
- Rees, J. (1991). Nutrição na adolescência. In M. Krause & L. Mahan (Eds.), *Alimentos, nutrição & dietoterapia: um livro-texto do cuidado nutricional* (pp. 304-316). São Paulo: Roca.
- Rego, C., Silva, D., Guerra, A., Fonseca, M., Mota, J., Maia, J., et al. (2004). Obesidade pediátrica: a doença que ainda não teve direito a ser reconhecida. A propósito do 1º Simpósio Português sobre Obesidade Pediátrica. In Grupo de Estudo da Obesidade Pediátrica da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (Ed.).
- Rocchini, A. (1993). Adolescent obesity and hypertension. *Pediatric clinic north am*, 1, 81-92.
- Rossner, S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, 26(4), S2-S4.



- Rossner, S. (2003). Media-freind or foe in health promotion and obesity prevention? *Journal of Science and Medicine in Sport*, 6, 61.
- Ruiz, Y., Balaguer, I., & Garcia-Mérita, M. (1999). *Estilo de Vida Y Salud*. Valência: Albastros Educación.
- Russo, R. (2005). Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, 5(6), 80-90.
- Sabia, R., Santos, J., & Ribeiro, R. (2004). Efeito da actividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.*, 10(5), 349-355.
- Sallis, J., & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. Thousand Oaks: SAGE.
- Sallis, J., & Patrick, K. (1994). Physical Activity Guidelines for Adolescents: Consensus Statement. *Pediatric Exercise Science*, 6, 302-314.
- Sanches, J., Costa, J., & Gomes, M. (2006). Auto-imagem corporal em adolescentes do sexo feminino: um estudo entre escolares do ensino fundamental. *Revista Científica da Faminas*, 2(1), 223.
- Sanchez, P. (2001). *Actividad física, condición física y salud*. Sevilla: Wanceulen.
- Santos, M. (1989). Educação para a Saúde na Escola. Algumas reflexões. *Saúde e Escola*, 2, 29-31.
- Santos, R. (2004). *Obesidade, Síndrome Metabólico e Actividade Física. Estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, da ilha de S. Miguel - Região Autónoma dos Açores*. Porto: R. Santos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Schilder, P. (1968). *L'Image du corps: étude des forces constructives de la psyché*. Paris: Gallimard.

- Schwartz, M., & Brownell, K. (2003). Obesity and body image. *Elsevier*, 1(1), 43-56.
- Seraganian, P. (1993). *Exercise psychology: the influence of physical exercise on psychological processes*. New York: Willey.
- Shih, M.-Y., & Kubo, C. (2005). Body shape preference and body satisfaction in Taiwanese college students. *Psychiatry Research*, 133, 263-271.
- Smolak, L. (2003). Body image in children and adolescents: where do we go from here? , 1(1), 15-28.
- Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade. (2001). *Relatório de Consenso: Obesidade e a sua terapêutica*.
- Staffieri, J. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of personality and social psychology*, 7(1), 101-104.
- Steinbeck, K. (2001). The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. *Obesity Reviews*., 2, 117-130.
- Strauss, R. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105(1), 1-5.
- Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 3(4), 289-301.
- Telama, R., & Yang, X. (2000). Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 1617-1622.
- Tiggemann, M., & Anesbury, T. (2000). Negative stereotyping of obesity in children: the role of controllability beliefs. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(9), 1977-1993.

- Treuth, S., Figueiroa-Colon, R., Hunter, R., Weinsier, L., Butte, F., & Goran, I. (2001). Energy expenditure and physical fitness in overweight vs non-overweight prepubertal girls. *International Journal of Obesity*, 22, 440-447.
- Vasconcelos, M. O. F. (1995). *A imagem corporal no período peripubertário. Comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural*. Porto: M. O. Vasconcelos. Dissertação de Douturamento em Ciências do Desporto apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Wallace, J. (1997). Obesity. In American College of Sports Medicine (Ed.), *ACSM's Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities* (pp. 106- 111). Champaign: Human Kinetics.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440.
- Williams, H. (1983). *Perceptual and motor development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.



**ANEXOS**



## ANEXO 1

O presente questionário pretende conhecer quais os desportos que seleccionarias, se iniciasses a prática desportiva. Lê atentamente as questões, procurando ser sincero(a) nas tuas respostas. Desde já agradeço a tua colaboração.

1. **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. **Sexo:** Feminino  Masculino
3. **Naturalidade:** \_\_\_\_\_
4. **Peso:** \_\_\_\_\_  
**Altura:** \_\_\_\_\_
5. **Coloca por ordem de preferência, de 1 (a que prefiro mais) a 5 os desportos que preferias praticar. Caso prefiras algum desporto que não esteja nesta lista, refere-a na opção "Outro".**

- |                             |                          |                        |                          |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Andebol                     | <input type="checkbox"/> | Ginástica de solo      | <input type="checkbox"/> |
| Futebol                     | <input type="checkbox"/> | Ginástica de aparelhos | <input type="checkbox"/> |
| Voleibol                    | <input type="checkbox"/> | Ginástica acrobática   | <input type="checkbox"/> |
| Basquetebol                 | <input type="checkbox"/> | Ginástica Rítmica      | <input type="checkbox"/> |
| Hóquei em patins            | <input type="checkbox"/> | Atletismo              | <input type="checkbox"/> |
| Râguebi                     | <input type="checkbox"/> | Patinagem              | <input type="checkbox"/> |
| Natação                     | <input type="checkbox"/> | Badminton              | <input type="checkbox"/> |
| Hidroginástica              | <input type="checkbox"/> | Ténis                  | <input type="checkbox"/> |
| Dança Moderna               | <input type="checkbox"/> | Danças de Salão        | <input type="checkbox"/> |
| Desportos de Luta / Combate | <input type="checkbox"/> | Remo                   | <input type="checkbox"/> |
| Hipismo                     | <input type="checkbox"/> | Surf                   | <input type="checkbox"/> |
| Orientação                  | <input type="checkbox"/> | Jogos Tradicionais     | <input type="checkbox"/> |
| Canoagem                    | <input type="checkbox"/> | Montanhismo            | <input type="checkbox"/> |
| Escalada                    | <input type="checkbox"/> | Vela                   | <input type="checkbox"/> |
| Outro _____                 | <input type="checkbox"/> | Outro _____            | <input type="checkbox"/> |

6. **Preferias que a modalidade fosse de competição?**

Sim  Não

7. **Qual o local de prática que preferias?**

Escola   
Clube Desportivo   
Ginásio   
Natureza   
Outro \_\_\_\_\_





## ANEXO 2

### Questionário: “A IMAGEM DO CORPO” de Bruchon-Schweitzer (Adaptado e traduzido por Vasconcelos, 1995)

Na lista abaixo, seguem-se várias afirmações opostas. **Para cada par de afirmações opostas, coloca uma cruz na coluna que te convém.**

Tenta responder de forma a traduzir como sentes realmente o teu corpo e não segundo a imagem que gostarias que os outros tivessem dele.

#### Consideras o teu corpo como:

	Muito Frequentemente	Com alguma frequência	Nem um, nem outro	Com alguma frequência	Muito Frequentemente	
Em má saúde						Em boa saúde
Fisicamente atractivo						Fisicamente não atractivo
Fonte de prazer						Fonte de desprazer
Feminino						Masculino
Puro, limpo						Impuro, sujo
Medroso						Audacioso
Vazio						Cheio
Coisa que se pode tocar						Coisa em que não se pode tocar
Indiferente, frio						Terno, caloroso
Exprimindo cólera						Exprimindo calma
Expressivo						Inexpressivo
Coisa que se mostra						Coisa que não se mostra
Calmo, sereno						Nervoso, inquieto
Velho						Jovem
Erótico						Não erótico
Frágil, fraco						Resistente, forte
Alegre						Triste
Coisa para que não se olha						Coisa para que se olha
Enérgico						Não enérgico
Socialmente desejável						Socialmente não desejável

Obrigada pela colaboração!

