

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS PSICOLÓGICOS E RENDIMENTO ESCOLAR EM ADOLESCENTES OBESOS

Campos “(...) identificou as seguintes características psicológicas em adultos obesos por hiperfagia: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa” (1993, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005, 39).

Se num indivíduo obeso as alterações físicas são múltiplas e importantes, as alterações psicossociais também não devem ser descuradas. Guerreiro (2000b) afirma que a gravidade da obesidade não está apenas relacionada com as doenças directamente associadas, mas também com as consequências psicológicas concomitantes, uma vez que são muitos os obesos com problemas de auto-estima. Lemos (2002) refere como alterações psicossociais a dificuldade ou incapacidade na actividade sexual e afectiva, a insatisfação com o próprio corpo, a frustração em relação ao vestuário, a perda de emprego ou a dificuldade em ingressar no mercado de trabalho. Cerqueira (1999) acrescenta que, regra geral, os obesos são mais ansiosos e menos optimistas, exteriorizando um total desinteresse pelo seu peso devido, em parte, às atitudes discriminatórias a que são sujeitos. Esta autora acrescenta ainda que as complicações psicológicas ou psicossomáticas traduzem-se por uma auto-imagem negativa, isolamento social e limitação da vida social (Lemos, 2002).

Uma pesquisa realizada por Matos, Aranha, Faria, Ferreira, Bacaltchuck e Zanella (2002) procurou avaliar, entre outros, a ansiedade, depressão e distúrbios na imagem corporal em pacientes com obesidade grau III em tratamento. Para tal, foram avaliados 50 pacientes dos 18 aos 56 anos com obesidade mórbida, verificando-se que todos os indivíduos manifestavam sintomas depressivos, 84% destes com sintomatologia grave. Quanto à frequência de ansiedade-traço foi de 70% e de

ansiedade-estado 54%. A preocupação com a imagem corporal esteve presente em 76% dos pacientes.

Uma reflexão importante veiculada por Ballone (2002b) é que a sociedade tende a exprimir duas opiniões sobre as pessoas com excesso de peso: uma delas diz respeito à discriminação estética e outra à culpabilização do obeso pelo seu estado. Estes preconceitos fazem com que os indivíduos sintam maior dificuldade no relacionamento social, afectivo e na aquisição de emprego. Em consequência, esta marginalização aumenta o risco do obeso apresentar quadros de distúrbios psiquiátricos. Esta marginalização é tão frequente que existem estudos clássicos (pediu-se para colocar por ordem decrescente de desvalorização física crianças normais, sem braços, cegas e obesas) que encontraram uma percentagem significativamente elevada de casos em que as crianças obesas eram preteridas e colocadas em último lugar (Allon, 1979, in Carmo et al., 1989). Alguns investigadores têm-se também dedicado ao estudo das atitudes dos profissionais de saúde face aos obesos, concluindo que muitos apresentam uma atitude de desprezo para com eles. Esta atitude pode ser favorecedora do agravamento dos factores psíquicos patológicos associados à obesidade. Os mais afectados por estes estigmas parecem ser as mulheres, motivo pelo qual estas frequentam mais as consultas de obesidade (Carmo et al., 1989).

De facto, os prejuízos a nível psicossocial são os que maior ênfase possuem na vida do indivíduo, podendo marcar de forma negativa o desenvolvimento do adolescente (Carvalho, 2001). Estas alterações são exacerbadas pelos adolescentes, pois estes estão muito direccionados para a observação do corpo (o seu e o dos outros), dado que este está em transformação, contribuindo para a formação da sua identidade e para a preparação da sexualidade (Carmo, 1999). Também Thompson e Ashwill (1996) afirmam que a obesidade é manifestada de um modo peculiar na adolescência, visto que nesta etapa do ciclo da vida os sentimentos de inadequação são pronunciados e tende-se a sobrevalorizar a aparência. Tal irá convergir numa maior susceptibilidade dos adolescentes obesos, uma vez que estes possuem uma aparência diferente (por exemplo, os rapazes obesos parecem ter desenvolvido mamas, estrias no abdómen e o pénis parece pequeno) dos restantes membros do seu grupo, sendo submetidos muitas vezes ao ridículo. Tudo isto se reflecte na vida social do adolescente que poder-se-á sentir rejeitado e feio, incapacitando-o de participar em determinadas actividades sociais, a

uma maior propensão para sofrer acidentes, à limitação da vida afectiva (têm menos namoradas) e a uma maior restrição na escolha profissional.

A estigmatização da obesidade inicia-se sobretudo na adolescência, período de alto risco para o desenvolvimento de uma imagem corporal desequilibrada. Assim sendo, o adolescente com excesso de peso apercebe-se, por si só, da sua diferença, o que não impede que entre os adultos e colegas existam frases indelicadas e até ofensivas. Isso fará com que limitem as suas actividades desportivas, porque não se querem despir em frente dos colegas, face ao risco de serem “gozados” e porque têm maior dificuldade na execução dos exercícios que os seus colegas. Tudo isto contribui para que grande parte dos adolescentes obesos revelem um grande desgosto e desconforto com a sua obesidade, apresentando dificuldade no relacionamento com os seus pares. Assim, são muitas vezes excluídos e gozados pelos companheiros (Carvalho, 2001). Também a UEC (1997) acrescenta que a obesidade persistente durante a idade escolar leva o jovem a desenvolver problemas psicológicos em função de comentários e piadas a que é sujeito por parte de colegas. Esta situação leva a um círculo vicioso: a pouca aceitação grupal fortalece a baixa de auto-estima e a desvalorização pessoal implica um afastamento das actividades desportivas. A obesidade está, também, associada a uma limitação do desempenho individual e social, problemas estéticos, impossibilidade de usar roupas da “moda” e problemas de locomoção. Já Cruz (1983) afirma que algumas das consequências sociais são a discriminação, a dificuldade de integração cultural e a deterioração da imagem de si próprio.

Andrade (1995, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005), num estudo com 134 crianças obesas, constatou que 76.8% apresentavam uma forte componente emocional associada ao desenvolvimento da obesidade. Quanto a Zeller, Saelens, Roehrig, Kirk e Daniels (2004) conseguiram comprovar numa amostra de 121 crianças e jovens obesos que a obesidade estaria relacionada de modo significativo com um desajustamento psicológico. De facto, os indivíduos obesos parecem apresentar evidências de depressão, imagem corporal distorcida, problemas familiares e com os pares, bem como um menor rendimento escolar. No que concerne às crianças obesas, Campos (1993, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005) considera que estas são mais regredidas e infantilizadas, apresentando dificuldade em lidar com as experiências de forma simbólica, no relacionamento social e na sexualidade, além de manifestarem uma auto-

-estima diminuída e dependência materna. Por sua vez, Stotland e Zuroff (1990, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005) encontraram uma relação significativa entre locus de controle e perda de peso. Já anteriormente, num estudo de Aldersberg e Mayer (1949, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005) constatou-se que indivíduos com excesso de peso possuíam crenças que caracterizavam a denominada atribuição de causalidade externa.

No entanto, os dados da literatura não são conclusivos quanto aos aspectos emocionais relacionados com a obesidade. De facto, existe uma fracção que defende que nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo. Esses sentimentos seriam mais comuns em pessoas com o início da obesidade na infância, cujos pais e amigos depreciem o seu corpo (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005). O distúrbio da imagem corporal desenvolvido na adolescência representaria, então, uma internalização da censura dos pais e dos pares, persistindo com a contínua desvalorização. Venturini (2000, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005), utilizando o Desenho da Figura Humana com 15 crianças obesas verificou que suas produções evidenciaram perturbações no esquema corporal, ansiedade, insegurança, insatisfação consigo mesmas, sinais de agressividade, entre outros. Quanto a Ackard, Neumark-Sztainer, Story e Perry (2003), numa pesquisa com 4746 adolescentes dos EUA verificaram que os indivíduos com síndrome de hiperfagia apresentavam índices elevados de compromissos psicológicos. Constataram ainda que entre estes adolescentes seria mais prevalente o humor depressivo, a auto-estima reduzida, as tentativas e ideação suicida.

Assim, parecem haver evidências de que os indivíduos obesos apresentam um maior risco de depressão, ansiedade, auto-estima reduzida, relacionamento social pobre, menor saúde mental e uma qualidade de vida e funcionamento psicossocial mais pobres. Todavia, tais resultados são ainda inconsistentes surgindo estudos contraditórios (Ball, Crawford, & Kenardy, 2004). Por outro lado, estudos realizados em países desenvolvidos sugerem que os adolescentes obesos apresentam também desvantagens socioeconómicas na vida adulta (Monteiro et al., 2000), destacando o absentismo, as reformas precoces e o aumento do consumo médico. Também Maham e Escott-Stump (1998) referem que as consequências sociais e económicas parecem ser maiores que as consequências físicas ou aquelas experimentadas por adolescentes com doenças

crónicas (asma, diabetes, anomalias músculo-esqueléticas, epilepsia). Já um estudo realizado nos EUA com 10.000 indivíduos acompanhados durante 7 anos concluiu que as raparigas obesas apresentavam uma taxa de casamento, número de anos de estudo e rendimento menores. Nos rapazes observou-se uma tendência similar, embora menos acentuada (Jouret, 2002).

Por sua vez, Travado et al. (2004) realizaram um estudo com 212 indivíduos candidatos a cirurgia bariátrica por obesidade mórbida, avaliados de Fevereiro de 2002 a Maio de 2004 em consulta no Hospital S. José. Da análise dos dados constatou-se que, apesar de não apresentarem perturbação psicopatológica e de personalidade com significado clínico, em termos estatísticos possuíam algumas alterações de personalidade sugestivas de instabilidade psicológica, entre as quais se salienta a personalidade compulsiva. Acresce a presença de alterações emocionais ligeiras de ansiedade como precipitantes do comportamento compulsivo de comer. Não se verificou a existência de psicoticismo como esperado, mas a ideação suicida estava presente em cerca de 25% dos casos associada a uma elevação significativa da morbidade psicológica. Verificou-se ainda que o IMC se correlacionava de modo negativo com a escolaridade e de modo positivo com as alterações emocionais de ansiedade (HADS) e com a maior parte das subescalas de personalidade e psicopatologia (MCMI-II) (Travado et al., 2004).

Em suma, a obesidade, além das inúmeras repercussões a nível físico, envolve também alguns aspectos psicológicos e até de índole pedagógica. De facto, a obesidade é uma patologia complexa e de difícil entendimento, pelo que é necessário uma abordagem multidisciplinar do problema. *“Maybe even more importantly, obesity also affects children’s psychosocial outcomes, such as low self-esteem and depression, resulting from overweight concerns.”*³ (Datar, Sturm, & Magnabosco, 2004, 58). Todavia, é preciso cautela no encaminhamento psicológico, pois a necessidade não é generalizada: ser gordo não significa ter problemas psicológicos. É preciso desmistificar esta crença, sobretudo junto dos pais que, talvez por dificuldade em administrar uma alimentação mais equilibrada aos seus filhos, procuram encontrar problemas de ordem

³ “Talvez até mais importante, a obesidade também afecta os aspectos psicossociais da criança, tais como a baixa auto-estima e a depressão, resultantes do excesso de peso.”

emocional como factores de explicação para a ocorrência do excesso de peso (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005).

Desta forma, parece ser pertinente o estudo pormenorizado desta problemática, direccionando a investigação na área da obesidade para a especificidade das relações que se estabelecem com o domínio psicológico do indivíduo (nomeadamente com o autoconceito, a ansiedade e a depressão) e o seu rendimento escolar.

1. Obesidade e autoconceito

Como foi referido, a obesidade envolve um conjunto de aspectos que ultrapassam a esfera do domínio biológico do indivíduo. De facto, hoje parece incontornável que o autoconceito tem um papel preponderante na obesidade. Todavia, a dúvida persiste se o seu papel será o de catalisador da obesidade ou se será apenas uma consequência desta. Neste sentido, analisemos com maior pormenor o constructo do autoconceito.

1.1. Caracterização do autoconceito

A compreensão do *self* tem sido um dos objectivos mais antigos e persistentes da Psicologia. O interesse pela análise do autoconceito desenvolveu-se no contexto da fenomenologia existencial e depressa surgiram inúmeras pesquisas e publicações. O primeiro a analisar de modo sistemático a noção de autoconceito foi William James, constituindo uma ruptura com a abordagem filosófica da época ao introduzir a dimensão social no autoconceito. É nos princípios do séc. XX, com o advento do segundo momento da cientificação da Psicologia dominado por concepções monolíticas, que a perspectiva de William James sobre o *Eu* vem ganhar pertinência (Simões, 1997). No entanto, o seu desenvolvimento pleno só viria a ocorrer no 3º momento de cientificação (revolução cognitivista) baseado nas insuficiências do comportamentalismo, nas contribuições de Chomsky, Piaget e do Modelo de Processamento da Informação (Costa, 2001). Assim, em 1890 James apresenta na sua obra emblemática "*The Principles of Psychology*" um modelo que assenta em quatro componentes (*self*

espiritual, material, social e corporal) de importância decrescente para a auto-estima do indivíduo. Ao atribuir-lhes categorias descritivas e avaliativas, James antecipa concepções futuras, propõe uma estrutura multidimensional e hierárquica para o conceito de *self* e teve o mérito de realçar a sua natureza social (Albuquerque & Oliveira, 2002). Vaz Serra (1986a) refere mesmo que o autoconceito passa a ser associado a aspectos cognitivos, afectivos e motores.

William James, considerado o precursor dos estudos empíricos na área de autoconceito (Albuquerque & Oliveira, 2002; Costa, 2001; 2002; Giavoni & Tamayo, 2003) definiu o autoconceito como o conjunto de tudo o que o sujeito pode chamar de “seu” ou fazer parte de “si” (corpo, capacidades físicas, os seus pertences, amigos, parentes e trabalho), possuindo uma propriedade reflexiva, uma dualidade entre o *I-self* (o que é o indivíduo) e o *Me-self* (o que pertence ao indivíduo). O primeiro é considerado como o sujeito, o conhecedor, enquanto que o segundo é o objecto, o conhecido, um integrador de coisas e conceitos que são considerados como pertinentes ao *self*. O *I-self* refere-se à consciência daquilo que se está a pensar ou a perceber quanto aos processos físicos, enquanto que o *Me-self* é mais subjectivo, visto ser um fenómeno mais psicológico e referente às ideias que as pessoas têm sobre como elas são e o que elas gostariam de ser (Albuquerque & Oliveira, 2002; Costa, 2002). “Se o Me é uma teoria do *self* criada pelo I, facilmente se deduz que as características desenvolvimentais da capacidade de pensar do último influenciam a visão do primeiro.” (Costa, 2001, 106).

Desta forma, a definição de autoconceito foi sofrendo algumas transformações em virtude das correntes ideológicas vigentes na época. Epstein defendia que o autoconceito seria uma auto-teoria que o indivíduo elaborava a respeito de si mesmo. Assim, a sua finalidade seria otimizar o equilíbrio entre o prazer e o sofrimento durante o curso da vida; proteger e conservar a auto-estima e organizar as experiências (Epstein, 1973, in Giavoni & Tamayo, 2003). Epstein afirma mesmo que “(...) para os fenomenologistas, o autoconceito é o constructo central da Psicologia, proporcionando a única perspectiva através da qual o comportamento humano pode ser compreendido.” (1973, 404, in Albuquerque & Oliveira, 2002, 80).

Devido à sua importância, o autoconceito tem sido estudado nas diversas áreas da Psicologia, podendo destacar-se a Psicologia da Educação (Veiga, 1989), a

Psicologia Clínica (Vaz Serra, 1986a; Vaz Serra, Matos, & Gonçalves, 1986) e Psicologia Social (Gecas, 1982, Neto, 1986, in Albuquerque & Oliveira, 2002). Todavia, é possível encontrar alguns pontos de consenso entre os vários autores ou pelo menos referir algumas das posições que maior destaque alcançaram entre a comunidade científica.

Segundo Burns (1986, in Albuquerque & Oliveira, 2002), o autoconceito é constituído por imagens daquilo que pensamos que somos, que conseguimos realizar, que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Segundo este prisma, o autoconceito baseia-se no modo como o indivíduo se vê nos seus julgamentos, nas suas avaliações e tendências de comportamento. Isto leva a que o autoconceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do *Eu* e únicas de cada indivíduo. Para Wells e Marwell (1976, in Vaz Serra, 1986a), o autoconceito seria um constructo hipotético, inferido ou elaborado com base em acontecimentos pessoais. Tal constructo seria útil para descrever, explicar e prever o comportamento humano, conhecendo como o ser humano se percebe e considera a si próprio. Este conceito permite a noção de que o comportamento humano goza de uma continuidade que lhe confere a identidade pessoal, com coerência e consistência. Já Markus (1977, in Vaz Serra, 1986a) refere-se ao autoconceito como sendo um conjunto de generalizações cognitivas que organizam o processamento das informações relevantes para o sujeito. Existiria uma espécie de conservadorismo cognitivo, organizador de percepções, recordações e esquemas pessoais que seria muito importante na afirmação da identidade pessoal. Já Vaz Serra (1986a) define autoconceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nas suas múltiplas facetas, sejam elas de índole social, emocional, física ou académica.

Deste modo, o autoconceito é concebido como uma construção teórica que o indivíduo realiza sobre si, partindo da sua interacção com o meio social. Esta autoconstrução reflectirá as percepções, conjecturas e imaginações que o indivíduo realiza sobre a influência que a sua imagem exerce nos outros e no julgamento que estes realizam sobre si. Acresce ainda o facto de subsistir uma espécie de sentimento pessoal (orgulho ou vergonha) resultante desta interacção social (Giavoni & Tamayo, 2003; Simões & Vaz Serra, 1987). Transversalmente a estas interacções sociais, o indivíduo vai construindo de forma gradual a sua identidade. Todavia, esta identidade própria e singular que o distingue dos demais, não se desliga do social.

Embora o autoconceito seja um constructo já muito explorado por diversas pesquisas psicológicas, alguns aspectos carecem ainda de melhor esclarecimento. De facto, parece haver uma certa confusão terminológica entre os termos autoconceito, auto-imagem e auto-estima (Costa, 2001, 2002). “Se considerarmos que a conceptualização do autoconceito tem variado em função do quadro de referência dos autores, é fácil concluir que a investigação teórica, nesta área se caracteriza por uma grande imprecisão da terminologia e discordância das definições.” (Albuquerque & Oliveira, 2002, 81). Ainda no preâmbulo da definição do autoconceito geral, Burns (1982, in Albuquerque & Oliveira, 2002) refere uma vasta gama de designações (auto-imagem, auto-descrição e auto-estima) que têm vindo a ser utilizadas para referenciar a imagem que o indivíduo tem de si, contudo estes termos seriam designações demasiado estáticas para uma estrutura dinâmica e avaliativa como o autoconceito. Este, deveria englobar uma descrição individual de si próprio (enquanto auto-imagem) e uma dimensão avaliativa (auto-estima). Também Shavelson, Hubner e Stanton referem que as pesquisas sobre autoconceito carecem de “(...) concordância na sua definição devido à falta de validação adequada das mensurações do mesmo e também por falta de dados empíricos equivalentes entre elas.” (1976, in Costa, 2002, 76). Assim, estes autores propuseram um modelo estrutural para o autoconceito, concluindo que o autoconceito geral deveria ser dividido em diferentes dimensões, como por exemplo, habilidades físicas, habilidades sociais e relações emocionais.

Segundo Byrne (1986, in Albuquerque & Oliveira, 2002), apesar da literatura científica não apresentar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite existe uma certa concordância em redor da definição geral do autoconceito como sendo a percepção que o indivíduo tem de si. A testemunhar isto mesmo, Vaz Serra (1986a) refere que o autoconceito é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa, da sua coerência e consistência. Partindo destas deficiências terminológicas e da multiplicidade de conceitos, Shavelson e Bolus (1982, in Simões, 1997) apresentam uma definição operacional onde defendem que o autoconceito se poderá definir como um constructo hipotético, cujo conteúdo seria a percepção que um indivíduo tem do seu *Eu*. Essa percepção formar-se-ia tanto por intermédio de interacções estabelecidas com os outros significativos, como através das atribuições do seu próprio comportamento. A carência de consensos no que se refere ao universo

conceptual do autoconceito não é, contudo, recente, pois já em 1967 Shavelson e colaboradores identificaram 17 dimensões conceptuais para este constructo, enquanto que em 1971, Zirkel referia a existência de 15 (Costa, 2001). Além da diversidade conceptual, Costa refere que “(...) os problemas no estudo do autoconceito incluem ainda: (1) a importância da distinção entre o *I* e o *Me*; (2) a discrepância entre o *self* ideal e o real; (3) as origens sociais da auto-avaliação; (4) a existência de um ou de múltiplos *selfs*; (5) os verdadeiros e falsos *selfs*; e (6) a uni ou multidimensionalidade das descrições e avaliações do *self*.” (2001, 105).

Em 1984, Piers direcciona a sua investigação para as crianças e adolescentes, definindo o autoconceito como o conjunto das percepções conscientes que estes indivíduos possuem de si, dos seus comportamentos e dos seus atributos. Tais percepções desempenhariam um papel fulcral na organização e motivação do comportamento, originando atitudes auto-avaliativas (cognições) e sentimentos (afectos) que são essenciais para a compreensão da personalidade e para a previsão de comportamentos futuros. Outro aspecto importante a salientar é que o desenvolvimento normal na adolescência parece incluir “falsos” comportamentos relativos ao *self*, que fazem parte integrante da experimentação normativa de papéis precursora da consolidação da identidade. Já Selman (1980, in Costa, 2001) destaca a distinção que os adolescentes fazem entre o verdadeiro *self* (sentimentos e pensamentos mais profundos) e o *self* periférico (sentimentos e pensamentos expressos). Segundo Costa (2001), esta problemática é importante, uma vez que provoca a discussão sobre a desiderabilidade social e os efeitos distorcedores das respostas dos sujeitos nas diversas situações de auto-análise.

Quanto às componentes do autoconceito, Vaz Serra (1986a) salienta a auto-estima, as auto-imagens, a auto-eficácia, as identidades, o autoconceito real e o autoconceito ideal. A auto-estima é um dos constituintes do autoconceito mais importantes e com grande impacto na prática clínica, sendo entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. Desta feita, é o constituinte afectivo do autoconceito em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do “bom” e do “mau”. A auto-estima parece, então, reportar-se a uma atitude valorativa do indivíduo em relação a si mesmo (Costa, 2002). Já a auto-imagem surge como um sinónimo de autoconceito,

no entanto a sua ênfase recai sobretudo no aspecto social. Vaz Serra defende que “A auto-imagem corresponde ao conjunto de percepções, quando a pessoa se constitui, ela própria, o objecto percebido. As várias auto-imagens que o indivíduo percebe, ajudam a constituir o autoconceito.” (1986a, 60). Estas auto-imagens resultariam das observações em que o indivíduo é ele mesmo objecto da sua própria observação. Outro constituinte do autoconceito é a auto-eficácia, cuja origem remonta à teoria da aprendizagem social de Bandura. A auto-eficácia refere-se às auto-percepções em que o indivíduo acredita, confiando na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio com êxito (Albuquerque & Oliveira, 2002). Por sua vez, Mischel (1977, in Albuquerque & Oliveira, 2002) encara-a como um constructo motivacional cognitivo em que o indivíduo se auto-avalia como eficaz, para enfrentar o meio ambiente. Sobre a quarta componente do autoconceito (identidades), Vaz Serra (1986a) apenas refere que qualquer pessoa pode ter dentro de si várias identidades, estando na posição hierárquica mais elevada aquela a que dedicar mais tempo e atenção.

Além desta diferenciação entre autoconceito, auto-imagem, auto-percepção e auto-estima é ainda possível distinguir o autoconceito real do ideal. Enquanto que o primeiro reporta-se ao modo como o indivíduo se percebe e se avalia, o autoconceito ideal refere-se à forma como ele sente que deveria ou gostaria de ser. Este parece relacionar-se sobretudo com as normas culturais e os valores pessoais que determinado meio tenta impor. Assim, esta discrepância entre o autoconceito real e o ideal traduzir-se-á no índice de aceitação, de satisfação pessoal e de ajustamento pessoal (Vaz Serra, 1986a), discrepância esta que estaria aumentada no início da adolescência (Costa, 2001) e que com a idade iria diminuindo. Este autor defende que, enquanto a discrepância entre o *self* real e o *self* ideal está na origem de sentimentos depressivos, as diferenças entre o *self* real e o *self* desejado provocam sentimentos relacionados com a acção (preocupação, ameaça ou sentir-se no limite).

Comumente, consideram-se três componentes no autoconceito: o avaliativo, o cognitivo e o comportamental. O primeiro é designado de auto-estima e consiste na avaliação global que a pessoa faz do seu próprio valor, manifestando-se pela aceitação de si mesmo como pessoa e por sentimentos de valor pessoal e de autoconfiança. Ela constitui um dos determinantes mais importantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social (Tamayo et al., 2001). Já o componente cognitivo consiste nas

percepções que o indivíduo tem dos traços, características e capacidades que possui ou que pretende possuir. Quanto ao componente comportamental compõe-se das estratégias de auto-apresentação utilizadas pelo indivíduo, com a finalidade de transmitir aos outros uma imagem positiva de si mesmo. Estes três componentes (avaliativo, cognitivo e comportamental), apesar de diferentes relacionam-se entre si. Assim, um indivíduo que se percebe como tendo características indesejáveis, avaliar-se-á de forma desfavorável, mas tentar-se-á apresentar de forma positiva. Recentemente, Nezlek e Plesko (2001, in Tamayo et al., 2001) demonstraram que o conteúdo do autoconceito é determinado tanto pela situação social em que se encontra o sujeito, como pelos seus interesses, metas e motivações do momento.

Desta feita, pode afirmar-se que o autoconceito possui múltiplas facetas: é estável (diminuindo essa estabilidade à medida que vai descendo na hierarquia), avaliativo, diferenciável e tem capacidade para se desenvolver e organizar numa hierarquia. O aspecto avaliativo do autoconceito permite que o indivíduo auto-avalie de forma retrospectiva os seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais os mais adequados para daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações.

Para além dos aspectos já assinalados, o autoconceito possui determinadas características que são fundamentais para uma definição mais precisa (Simões, 1997). O autoconceito actua como impulsionador da motivação, tendo Gecas (1982, in Albuquerque & Oliveira, 2002) indicado três motivos que lhe estão associados: o motivo de auto-estima ou auto-saliência, o motivo de autoconsistência e motivo de auto-eficácia. O motivo de auto-estima é universal, na medida em que os aspectos positivos de cada indivíduo são, em geral, realçados (Vaz Serra, 1986a). Este motivo apresenta-se sob uma perspectiva de "auto-saliência", tendo como objectivo o melhoramento da auto-estima e a perspectiva de "auto-manutenção", virado para a preservação da pessoa (estas duas perspectivas determinam as seguintes estratégias comportamentais: disputa pelo êxito e medo do fracasso). No que se refere ao motivo de consistência, Markus e Wurf (1986, in Albuquerque & Oliveira, 2002) apresentam o autoconceito como um conjunto de "generalizações cognitivas" que estruturam a forma como se elabora a informação para o indivíduo. Tais esquemas tornam-se progressivamente resistentes à informação que lhes é inconsistente, havendo uma espécie de conservadorismo

cognitivo, organizador de percepções, memórias e esquemas pessoais (Vaz Serra, 1986a).

Outra das funções do autoconceito é a de auto-regulação, que consiste sobretudo nas crenças relativas ao controle do comportamento (Thompson, 1981, in Tamayo et al., 2001). Várias pesquisas têm analisado esta função do autoconceito sendo apontada uma distinção entre o controlo primário e o secundário. O controlo primário baseia-se nas tentativas de adaptação do ambiente externo aos próprios desejos e interesses. Engloba o controlo do comportamento, o controlo cognitivo, o controlo da informação e o controlo da decisão. Já o controlo secundário visa a adaptação do *self* ao meio ambiente e recorre a mecanismos de controlo peditivo, ilusório e interpretativo.

Outro aspecto importante é que a natureza do autoconceito é dinâmica, uma vez que o autoconceito estrutura-se através dos vários períodos do desenvolvimento do indivíduo e muda em função das modificações no ambiente externo, social e profissional. Por outro lado, a construção do autoconceito parece ser influenciada pela cultura, tendo já sido estudado o impacto do individualismo e do colectivismo, visto que há indícios de que o indivíduo tende a manter e promover a sua imagem social através da auto-afirmação (Tamayo et al., 2001). O autoconceito modifica-se e reestrutura-se de acordo com o desenvolvimento do indivíduo, pelo que podem ocorrer certas incoerências e variações consoante a situação e o tempo. Contudo, apesar de ser um aspecto essencial é importante destacar que o autoconceito não é apenas uma simples reprodução da forma como o indivíduo é percebido pelos outros, pelo contrário, é uma variável dinâmica que se modifica em função das experiências do indivíduo e que as influencia (Costa, 2002). De facto, enquanto que os psicólogos clínicos apontam para a unicidade do *self*, os psicólogos sociais defendem a multiplicidade de papéis que o sujeito desempenha (Costa, 2001). A adolescência parece ser acompanhada de uma proliferação de *selves* relacionados com os novos papéis que são solicitados ao indivíduo, incluindo a expressão do *self* para com os pais, amigos próximos, pares, parceiro amoroso, para consigo enquanto estudante, profissional, ou atleta. Deste modo podem surgir conflitos no início da adolescência devido à consciência de diferenças comportamentais apesar das semelhanças contextuais (pode sair com os amigos mas ser tímido num encontro a dois). “A questão da multiplicidade do *self* pode ser considerada como uma característica não patológica, solidária do desenvolvimento e que é suportada

por esforços de diferenciação, no início da adolescência, seguidos por momentos de integração, no seu final, que suportam uma visão enriquecida e complexa do *self*.” (Costa, 2001).

Quanto à multidimensionalidade, originalmente distinguiam-se três dimensões no *self*: o *self*-material, o *self*-social e o *self*-espiritual, modelo este que foi seguido por muitos investigadores (Costa, 2001; 2002). Hoje, são consideradas como dimensões e subdimensões fundamentais do autoconceito, o *self*-material (*self*-somático e *self*-possessivo), o *self*-social (preocupações e atitudes sociais e referência ao género), o *self*-pessoal (imagem e identidade do *self*), o *self*-adaptativo (valor e actividade do *self*) e *self* e *não self* (referência aos outros e opinião dos outros sobre si) (Novaes, 1985, in Costa, 2002). Uma abordagem fulcral neste âmbito e que convém referir é o Modelo Integrado de L'Écuyer (1978, in Costa, 2002). Este modelo é considerado integrado por derivar de uma análise detalhada de diversos modelos de autoconceito com o objectivo de identificar alguns elementos fundamentais e organizá-los, integrando-os num único modelo. Este modelo apresenta as suas estruturas e categorias com pormenor, o que proporciona uma análise evolutiva do autoconceito do indivíduo.

Não se pode deixar de referir ainda o modelo do autoconceito de Marsh e Shavelson (1976, in Lobo, 2003) que define o autoconceito em sete tópicos principais: é organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, desenvolvimental, avaliativo e diferenciável. No que concerne ao aspecto desenvolvimentista do autoconceito, Marsh e Shavelson (1985, in Albuquerque & Oliveira, 2002) consideram que este se torna cada vez mais específico e diferenciado à medida que a idade avança. Por último, os autores referem que o autoconceito é diferenciável de outras variáveis (por exemplo, estado de saúde), permitindo a comparação entre si, de forma a averiguar possíveis relações.

Uma outra vertente que importa analisar reporta-se ao autoconceito académico, uma vez que tem sido apontado como uma das variáveis que influencia o rendimento escolar na motivação para o estudo e no comportamento na sala de aula. Sendo um constructo complexo, o autoconceito é composto por várias dimensões, pelo que Shavelson et al. (1976, in Simões & Vaz Serra, 1997) defende que existe um autoconceito escolar (subdividido em áreas específicas como matemática, leitura e

história) subordinado ao autoconceito geral e um autoconceito não escolar (que compreende aspectos físicos, emocionais e sociais). Também Shavelson, Hubner e Stanton (1976, in Costa, 2001) defendem a bidimensionalidade do autoconceito que se divide em académico e não académico. Por sua vez, o autoconceito académico subdividir-se-ia em facetas mais específicas como o autoconceito para a história ou a matemática.

O autoconceito académico é descrito “(...) como o universo de representações que o aluno tem das suas capacidades, das suas realizações escolares, bem como a avaliação que faz dessas mesmas capacidades e realizações.” (Simões, 1997, 202). Uma das definições possíveis do autoconceito académico aponta para a existência de uma dimensão descritiva e avaliativa, tendendo a centrar-se na competência académica. Quanto às suas dimensões, surgem algumas diferenças entre autores. Em 1985, Marsh e Shavelson apontavam para um autoconceito para a língua materna e outro direccionado para a matemática, enquanto que em 1988, Marsh defendeu que a existência de uma autoconceito académico para a matemática (física e biologia) e um autoconceito académico verbal (geografia, história e línguas). “O autoconceito escolar refere-se assim às percepções e avaliações das capacidades que o aluno julga possuir para realizar as tarefas escolares, em comparação com outros alunos da mesma classe.” (Simões & Vaz Serra, 1997, 236)

Burns (1982, in Simões & Vaz Serra, 1997) defende que o autoconceito escolar está quase definido no final da escolaridade primária, sendo um factor importante no envolvimento voluntário em actividades escolares e um bom índice de prognóstico em actividades não intelectuais. Por seu turno, Stevanato, Loureiro, Linhares e Marturano (2003) defendem que o autoconceito positivo não está necessariamente associado com um ajustamento adequado, bem como o autoconceito negativo não implica um ajustamento pobre. Carneiro, Martinelli e Sisto (2003) defendem que o êxito ou fracasso escolar reforçarão um determinado autoconceito académico que por sua vez determina, em grande parte, as próprias possibilidades do aluno, os riscos que enfrenta e os resultados que obtém. Assim, as crianças com juízos positivos sobre as suas capacidades referentes às tarefas escolares obtêm resultados melhores que aquelas cujos julgamentos sobre suas próprias habilidades são duvidosos ou negativos.

Desta forma, a repetição de experiências negativas por um longo período diminui o autoconceito escolar das crianças, as suas expectativas de auto-eficácia, a sua motivação e o seu esforço, provocando um retraimento ou um comportamento não adaptativo e inadequado. Assim, o autoconceito integra e organiza a experiência do indivíduo, regula os seus estados afectivos e actua como motivador e guia do comportamento (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003). É de salientar que a inserção na escola contribui para a formação do autoconceito escolar, referente às características que o aluno acredita possuir relativamente ao seu desempenho académico e que se desenvolve com base nas avaliações que recebe dos seus professores, colegas e pais sobre o seu desempenho escolar.

No entanto, a presença de uma correlação entre autoconceito e rendimento escolar não define por si só a existência de uma relação causal e, muito menos, a sua direcção ou natureza. O que é possível afirmar é que “(...) alguns estudos revelam que é possível aumentar o autoconceito dos alunos e, não menos importante, que os níveis de rendimento escolar dos alunos com insucesso aumentam depois do uso de programas orientados para a melhoria do seu autoconceito.” (Simões & Vaz Serra, 1987, 239).

Por sua vez, Oerter (1989, in Simões, 1997) defendeu a existência de 4 níveis no desenvolvimento do autoconceito escolar: 1º) o Eu é capaz de integrar os padrões do rendimento escolar no autoconceito (idade pré-escolar); 2º) o autoconceito integra os conceitos de esforço e capacidade, reforçando a sua autonomia e confiança; 3º) recorre-se à comparação social com o seu grupo de referência, sendo importante o papel do sistema escolar; 4º) o indivíduo apercebe-se que as funções da escola se assemelham às da sociedade em geral, existindo uma relação dialéctica entre o indivíduo e a sociedade, cujo sistema social seria integrado pelos diferentes indivíduos.

Uma dimensão desta problemática que merece ser analisada refere-se aos efeitos adversos do fracasso escolar sobre o autoconceito do indivíduo. São vários os estudos que salientam o facto das causas do insucesso escolar se deverem não só à ausência de capacidades intelectuais, mas a outros factores como um autoconceito pobre ou mesmo negativo. De forma idêntica, um autoconceito pobre e fraco pode intervir na progressão ou êxito de uma carreira profissional, dificultar as relações interpessoais ou mesmo intervir na prática de determinados comportamentos de saúde e de risco (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Já Simões e Vaz Serra ressaltam que “Os resultados de várias investigações relativas às associações entre o autoconceito geral e o rendimento escolar são, aparentemente, ambíguos e contraditórios.” (1997, 234). Assim, importa dissecar o que está subjacente à discrepância de valores encontrados para a correlação entre autoconceito e desempenho acadêmico, pelo que Byrne (1996b, in Costa, 2001) aponta quatro motivos principais: a) diferenças na operacionalização do autoconceito e desempenho acadêmico; b) diversidade na forma, pontuação, número e especificidade dos itens dos instrumentos de análise do autoconceito; c) validade de constructo desses instrumentos variável; d) as amostras têm sido muito diversas em tamanho, gênero, idade, nível de ensino, capacidade acadêmica, etnia e estatuto socioeconómico.

Assim, de um modo geral o autoconceito pode definir-se como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controla o processo informativo relacionado consigo próprio e exerce uma função de auto-regulação (Tamayo et al., 2001). Ou seja, o autoconceito é um constructo complexo e multidimensional que engloba holisticamente todo o indivíduo, reflectindo o seu passado, o presente e o futuro. Outro aspecto a destacar é a existência de um autoconceito académico e um autoconceito não académico. Observou-se, assim, a importância de um desempenho académico satisfatório para as crianças no que se refere ao autoconceito e também no que concerne à aceitação por parte dos colegas, professores, familiares e de si própria.

1.2. Génesse do autoconceito

O desenvolvimento do autoconceito como constructo fundamental da personalidade é influenciado por vários factores, como o aspecto físico, nível de inteligência, emoções, padrões culturais, escola, família e *status* social. No âmbito da génesse do autoconceito, importa compreender o modo como o sujeito se vai conhecendo ao longo de etapas fundamentais da sua vida como a infância e, em particular, a adolescência. Assim, o desenvolvimento social da criança é marcado pela integração (fundamental para que o indivíduo se integre na sociedade e se desenvolva) e pela

diferenciação (essencial para que a criança se diferencie progressivamente dos outros e se distinga entre si e os restantes elementos da sociedade).

Para Simões, “Tanto o sentido de separação, como a identidade estável, que a criança vai construindo desde a infância, representam os dois aspectos básicos do autoconceito nos quais o Eu-Como-Sujeito se apoia para dar um sentido à sua experiência pessoal.” (1997, 201). Neste sentido, de acordo com o modelo de desenvolvimento da autocompreensão da infância até à adolescência (Damon, 1983, in Simões, 1997) o sujeito desenvolve o seu autoconceito devido à interacção entre o Eu-Como-Sujeito e o Eu-Como-Objecto. Este modelo defende também que os constituintes do Eu e as dimensões mais características da infância são o conhecimento corporal, pertencente à componente física do Eu-Como-Objecto enquanto que na adolescência os aspectos mais predominantes são a filosofia pessoal e um sistema de crenças.

A formação do autoconceito é um processo lento que se desenvolve com base nas experiências pessoais e na reacção dos outros ao seu comportamento. Desse modo, a maneira como os outros reagem ao seu comportamento, aprovando-o ou desaprovando-o, influencia as características do autoconceito que a criança desenvolverá. As pessoas que interferem nesse processo são, em geral, os adultos importantes na vida da criança (como os pais e professores) que, na maioria, exercem algum controle sobre a criança e cujas opiniões têm influência sobre ela. Se a criança sofrer experiências de fracasso, provavelmente incorporará esse insucesso no seu autoconceito, mesmo que não seja condizente com o real. Por outro lado, se as suas qualidades positivas forem ressaltadas tenderá a ter uma auto-estima elevada (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003).

As percepções criadas pelo indivíduo sobre si próprio resultam da sua experiência, das avaliações que lhe são feitas, dos reforços, das atribuições que faz do seu comportamento, da comparação que estabelece com os seus pares, dos resultados do seu comportamento, das normas e grupos de referência, bem como de outras influências socioculturais (Vaz Serra, 1986a). Assim, o autoconceito é o produto final de juízos de valor relativos, importantes no ajustamento do indivíduo ao seu meio. Segundo Tamayo et al. (2001), o autoconceito forma-se e desenvolve-se pela internalização do modo como os membros do grupo o percebem e avaliam. Estas pessoas formam um “espelho”

no qual, a partir das imagens sociais que reflecte, o indivíduo descobre-se, estrutura-se e reconhece-se.

Mota Cardoso et al. (1986, in Lobo, 2003) defendem que este constructo será o fruto do processo de atribuição que o sujeito faz de si, com características de estabilidade e unidade no espaço e no tempo. Fica assim patente que a génese do autoconceito é interpessoal, incluindo tanto os pensamentos, sentimentos e acções do indivíduo, como os de interacção social (Vaz Serra, 1986a). Uma vez que a auto-avaliação do indivíduo depende das avaliações dos outros, depreende-se o seu significado na educação em geral, no rendimento escolar e na interacção social. Isto porque um autoconceito pobre é uma estrutura psicológica vulnerável que pode conduzir o sujeito a auto-depreciar-se e a culpabilizar-se. Consequentemente, assistir-se-á à diminuição da auto-estima, podendo instalar-se algum tipo de morbilidade. De facto, “(...) somos levados a concluir que a maneira como uma pessoa se percebe e avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe.” (Wells & Marwell, 1976, in Vaz Serra, 1986a, 58).

O autoconceito é influenciado por inúmeras outras variáveis de natureza diversa, predominando as de base relacional e social, algumas destas com efeito negativo sobre o autoconceito, como o neuroticismo, a psicopatia e o alcoolismo. Além disso, várias características pessoais influenciam de modo significativo o autoconceito como a idade, o estado civil e a ordem ocupada na família em função do nascimento. Por seu turno, as variáveis que apresentam uma dimensão social mais evidente têm sido bastante estudadas, verificando-se uma associação quase sempre positiva com o autoconceito, como a popularidade com os colegas e amigos, a opinião e feedback do outro significativo, a beleza e aparência física, a frequência de actividade sexual pré-marital, a aceitação social e a atitude positiva dos outros. O autoconceito é também influenciado por variáveis situacionais como a situação socio-económica, posse de carro e índice de acidentes de viação, raça e etnia, região e cidade de origem, e religiosidade (Tamayo et al., 2001).

Um estudo desenvolvido por Vaz Serra, Matos e Gonçalves (1986) demonstrou a existência de uma correlação negativa e significativa entre os sintomas depressivos e o autoconceito. Assim sendo, quanto melhor for o autoconceito do sujeito, menor será a

sua tendência para apresentar sintomas depressivos. Por outro lado, numa outra pesquisa, verificou-se que existirá uma correlação negativa, altamente significativa, entre o autoconceito e a ansiedade social (Vaz Serra, Gonçalves & Firmino, 1986). Desta forma, parece ser patente que o autoconceito de um indivíduo é influenciado pelo seu comportamento social, pelo que um autoconceito reduzido e uma auto-avaliação social desfavorável podem desencadear a ansiedade sentida nas situações sociais.

No que se refere à relação do género e da identidade sexual com o autoconceito, os resultados ainda não são conclusivos, subsistindo investigações contraditórias (Tamayo et al., 2001). Todavia, é de destacar alguns estudos importantes como o de Tamayo (1986, in Tamayo et al., 2001) que, com uma amostra de estudantes universitários, verificou que os homens apresentaram índices superiores em autoconfiança e autocontrolo, enquanto que as mulheres manifestaram índices superiores no *self* ético-moral. Já Josephs, Markus e Tafarodi (1992, in Tamayo et al., 2001) concluíram que existirá uma diferença importante na natureza do conteúdo do autoconceito de homens e mulheres. O autoconceito masculino estaria mais associado com a própria autonomia e unicidade, enquanto o feminino incluiria, como elemento básico, a referência aos outros significativos.

No âmbito da associação entre a actividade física e o autoconceito, também se têm realizado diversas pesquisas. A sua influência parece depender não só da acção benéfica sobre o funcionamento fisiológico do organismo, mas também da dimensão social presente na actividade física. De facto, várias pesquisas têm demonstrado o efeito positivo da actividade física regular sobre a saúde física e mental. Todavia, no que se refere às crianças, os resultados têm sido contraditórios (Tamayo et al., 2001). Zaharopoulos e Hodge (1992, in Tamayo et al., 2001) realizaram um estudo onde utilizaram uma amostra de homens e mulheres entre 13 e 27 anos, sendo parte deles praticante de actividades desportivas. Os resultados revelaram que a prática desportiva não tem impacto sobre o autoconceito global mas sobre componentes específicos do mesmo, particularmente o *self* somático. Também Delaney e Lee (1996, in Tamayo et al., 2001) confirmaram o efeito benéfico do exercício físico sobre o autoconceito dos participantes. Por sua vez, Kirshon e Dixon (1995, in Tamayo et al., 2001) encontraram resultados favoráveis para os sujeitos de género masculino em dois dos seis factores avaliados. Já o género feminino apresentou um certo declínio dos índices de

autoconceito, algo que os autores interpretaram como consequência do stress provocado pelas competições. Ford et al. (1989, in Tamayo et al., 2001) analisaram a influência das actividades desportivas sobre o autoconceito de estudantes universitários, não observando diferenças estatísticas significativas.

No final da adolescência o adolescente será capaz de integrar os diversos aspectos de si próprio num autoconceito bem organizado, resolver muitas das contradições e irregularidades das representações que tem de si, consolidando a estrutura da sua identidade no momento em que consegue antecipar qualquer decisão importante para o seu autoconceito (Simões, 1997). Em suma, tal como Fitts considerava “(...) quanto melhor o autoconceito, melhor é o desempenho de um indivíduo, desde que esteja em pé de igualdade, em termos de aptidões, com outros que lhe sirvam de comparação.” (1972, in Vaz Serra, 1986a, 58).

1.3. Instrumentos de avaliação do autoconceito

Actualmente existem já inúmeros instrumentos de avaliação do autoconceito, utilizando processos de medida padronizada, objectiva e quantificada.

“*Padronizada*, no sentido de que os processos de avaliação são equivalentes para todas as pessoas cujo autoconceito se quer medir, em quaisquer condições em que seja efectuada. *Objectiva*, porque os resultados obtidos são independentes da pessoa que administra a escala. E *quantificada*, porque tais escalas costumam subordinar-se a regras que atribuem valores quantitativamente diferentes à apreciação de cada atributo.” (Vaz Serra, 1986b, 67).

Tais escalas são de auto-avaliação e não de avaliação por observador externo, uma vez que o autoconceito é um fenómeno íntimo e pessoal (Marsh, Smith & Barnes, 1983, in Vaz Serra, 1986b). Podem ser escalas de descrições verbais, onde o indivíduo se classifica de acordo com um determinado valor em cada atributo definido pelo item da escala, ou podem ser não verbais, recorrendo a respostas geométricas, simbólicas ou pictóricas. Todavia, mesmo estas escalas designadas não verbais, comportam na sua essência algo de verbal, nem que seja pelas instruções necessárias à resposta. Quanto à pontuação, Vaz Serra (1986b) refere que o mais comum é que o indivíduo se classifique em cada item de 0 a 4, ou de 1 a 5, chegando a haver casos de um máximo de 11 pontos.

Um aspecto a reter é que o número de questões deve estar equilibrado com a pontuação atribuída.

De entre as escalas mais comuns, pode referir-se a *Tennessee Self-Concept Scale*, elaborada em 1965 por Fitts e colaboradores. Esta escala permite a obtenção de diversos índices de avaliação do sujeito, que vão da autocrítica à autoconsideração positiva. Fitts terá verificado empiricamente a existência de agrupamentos de itens sensíveis ao mau ajustamento geral do indivíduo, às situações de neurose, psicose e distúrbios de personalidade. No entanto, por ser uma escala extensa (cem itens) e face à exigência do tempo de preenchimento, a sua aplicabilidade não é muito prática (Vaz Serra, 1986b).

Já o *Self Descriptive Questionnaire* construído por Marsh e colaboradores em 1983, é constituído por 66 questões direccionadas para a avaliação do autoconceito de acordo com as suas multi-facetas, em particular o autoconceito académico, emocional, social e físico. Segundo a sua análise factorial existirão 8 factores explicativos de 51% da variância, correspondentes às dimensões definidas por Shavelson e mais tarde por Fleming e Courtney. Segundo Vaz Serra (1986b), esta escala tem sido utilizada, sobretudo, em populações escolares.

Datada de 1978, existe uma outra escala construída por Williams e Workman após observação prévia de comportamentos de crianças na escola. Esta escala comportamental do autoconceito foi projectada para a população escolar infantil, sendo composta por 36 pares de actividades colocadas de forma verbal ou pictórica (Vaz Serra, 1986b).

Além destas escalas de tipo *Likert* existem diferenciais semânticos desenvolvidos por diversos autores, escalas de estímulos múltiplos, extracção de cartões ou respostas a “*Who am I?*”. Os diferenciais semânticos têm dois aspectos negativos principais: impedimentos na *comparabilidade* (dificuldade de equivalência entre as diferentes medidas utilizadas na investigação) e na correspondência dos termos quando se trata de idiomas diferentes do original (Vaz Serra, 1986b). Quanto à extracção de cartões, os indivíduos irão colocar os cartões por ordem segundo a forma como o definem, devendo realizar um número específico de agrupamentos. Todavia a sua capacidade de selecção é restrita e pode não traduzir resultados reais, ao seleccionar aquele que da o relato mais aproximado e não aquele que verdadeiramente o descreve.

Por último, importa descrever a escala de Autoconceito de Piers-Harris – EAPH (de 1984), direccionada para a população infanto-juvenil. Esta escala foi desenvolvida pelo psicólogo Piers e adaptado para a população portuguesa por Veiga (1989), sendo um dos instrumentos de medida do autoconceito mais utilizados na literatura científica sobre este constructo. A escala original era constituída por 80 itens, cada um com duas respostas possíveis: Sim e Não, podendo ser aplicada em indivíduos dos 8 aos 18 anos. A versão reduzida validada por Veiga (1989) é composta apenas por 58 itens e é atribuído um ponto a cada resposta indicadora de um autoconceito positivo. A obtenção de um resultado elevado pode sugerir uma auto-avaliação positiva, a necessidade de transmitir uma imagem positiva de si, ou uma incapacidade de auto-avaliação crítica. Por outro lado, resultados reduzidos indicam um autoconceito negativo, ou um elevado nível de exigência de si próprio – auto-avaliação excessivamente crítica (Paiva, 2003). A estrutura factorial da escala sugere ainda que o autoconceito não é uma dimensão unitária, comprovando-se a estrutura dos seis factores da versão original: Aspecto comportamental, Ansiedade, Estatuto Intelectual e Escolar, Popularidade, Aparência e Atributos Físicos, Satisfação-Felicidade.

Ou seja, existem já diversos instrumentos de avaliação do autoconceito à disposição dos investigadores, cabe a cada um seleccionar aquele que melhor se adequa, atendendo à população, variáveis e objectivos do estudo. Devem ainda ser tidos em consideração os dados psicométricos das escalas e a existência de estudos prévios de validação/aferição cultural.

1.4. Obesidade e autoconceito: estudos realizados

Quanto ao papel do autoconceito na obesidade, existem já alguns estudos realizados a nível internacional. Todavia, verifica-se uma grande diversidade de instrumentos, nomenclaturas e critérios, pelo torna difícil a comparação de resultados.

Falkner, Neumark-Sztainer, Story, Jeffery, Beuhring e Resnick (2001) referem que os resultados dos estudos da associação entre auto-estima global e obesidade são inconsistentes, talvez devido a limitações metodológicas. Todavia, a auto-estima

específica para a aparência física é mais consistentemente referida como estando associada de forma negativa com a obesidade. Já Bruch 1975 (in Strauss, 2000, 1) tinha referido que *“There is no doubt that obesity is an undesirable state of existence for a child. It is even more undesirable for an adolescent, for whom even mild degrees of overweight may act as a damaging barrier in a society obsessed with slimness.”*⁴ Todavia, a prevalência e a magnitude desta problemática têm sido alvo de controvérsia. Se, por um lado, são vários os estudos que encontraram índices inferiores de auto-estima em crianças obesas, por outro lado existem também pesquisas que apresentam índices de auto-estima normais (Strauss, 2000). Tais discrepâncias poderão dever-se a diferenças de idade, região, nível socioeconómico e de etnia.

De facto, um estudo realizado por Gortmaker et al. (1993, in Strauss, 2000), não encontrou diferenças significativas na auto-estima durante um período de 7 anos em indivíduos obesos de 16 a 24 anos. Anos depois, French, Story e Perry (1995) realizaram uma revisão dos resultados obtidos por 35 estudos que analisaram a relação entre a auto-estima e a obesidade, em crianças e adolescentes. Destes estudos, 13 mostraram claramente uma diminuição da auto-estima em crianças e adolescentes obesos, sendo de salientar que 5 estudos mais específicos apontavam uma menor auto-estima corporal nestes indivíduos. Por outro lado, os resultados de 6 dos 8 estudos de tratamento revelaram que os programas terapêuticos de perda de peso parecem melhorar a auto-estima.

Já Strauss (2000) realizou um estudo onde correlacionou auto-estima e obesidade, numa amostra de 1520 crianças. Da análise dos dados sobressaiu que os hispânicos obesos e as mulheres de etnia caucasiana apresentavam níveis inferiores de auto-estima na adolescência, resultados que poder-se-ão dever à percepção negativa do seu peso. Além disso, as crianças obesas com níveis de auto-estima reduzidos manifestavam índices superiores significativos de tristeza, solidão, nervosismo e uma maior propensão para comportamentos de risco como o tabagismo e o alcoolismo. Todavia, neste estudo verificou-se que a auto-estima na pré-adolescência (9-10 anos) não estaria relacionada com a obesidade, contrariamente ao que se constatou aos 13-14 anos.

⁴ “Não há dúvida que a obesidade é um estado de existência indesejável para uma criança. Para um adolescente é até mais indesejável, para mesmo os níveis médios de excesso de peso podem ser uma barreira nefasta numa sociedade obcecada com a magreza.”

Enquanto isso, Falkner et al. (2001) realizaram uma pesquisa com o intuito de correlacionar os aspectos social, educacional e psicológico com o IMC de uma amostra adolescente de 4742 rapazes e 5201 raparigas estudantes numa escola pública (do 7º, 9º e 11º anos). O IMC foi calculado com base nas medidas antropométricas auto-referidas e categorizado em quatro grupos: falta de peso, peso médio, excesso de peso e obesidade. Após se proceder ao ajustamento para o nível de escolaridade, raça e nível socioeconómico, verificou-se que:

- as raparigas obesas tinham 1.63 vezes menos probabilidade de sair com amigos na última semana, 1.49 vezes mais probabilidade de referir sérios problemas emocionais no último ano, 1.79 vezes mais probabilidade de referir falta de esperança, 1.73 vezes mais probabilidade de referir tentativas suicidas no último ano e 2.09 vezes mais probabilidade de se considerarem piores alunos;
- os rapazes obesos apresentavam 1.91 vezes menos probabilidade de sair com amigos na última semana, 1.34 vezes mais probabilidade de sentir que os seus amigos não se importam com eles, 2.18 vezes mais probabilidade de esperarem desistir da escola e 1.46 vezes mais probabilidade de se considerarem piores alunos.

Através da avaliação do autoconceito e da avaliação comportamental da criança, Braet, Mervielde e Vandereycken (1997, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005) compararam três grupos de crianças de 9 a 12 anos: 92 crianças obesas em tratamento, 47 obesas que não estavam em tratamento e 150 não obesas. Observaram-se diferenças significativas entre os três grupos, constatando-se que as crianças em tratamento apresentavam um autoconceito mais negativo e as suas mães relatavam mais problemas comportamentais.

Um estudo realizado por Barton, Walker, Lambert, Gately e Hill (2004) em 61 adolescentes obesos com uma média de idades de 14.1 anos, procurou-se analisar as alterações cognitivas ocorridas após perda de peso. Assim, verificou-se que estes adolescentes não só diminuíram o seu peso, como melhoraram a sua auto-representação, especialmente em termos de pensamentos automáticos sobre exercício e aparência. Apesar de serem transformações cognitivas a curto prazo, denotaram-se reflexos

positivos no âmbito da experiência, bem como o valor das melhorias psicológicas na aferição dos resultados do tratamento da obesidade.

Por sua vez, Galindo et al. (2002, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005) investigaram um grupo de 23 crianças obesas, com idades entre os 10 e os 13 anos, analisando-as quanto ao factor “Aparência Física e Atributos” (da escala de Autoconceito de Piers Harris) e à sub-escala “Imagem Corporal” (do *Eating Behavior and Body Image Test*). Verificou-se que nem sempre predominou uma imagem negativa dos corpos e nem todos se consideravam gordos, embora a maioria expressasse sinais de descontentamento com a própria aparência física.

Já Cataneo, Carvalho e Galindo (2005), no seu estudo, não encontraram diferenças significativas entre crianças obesas e não obesas quanto à variável Locus de Controle, parecendo não haver uma tendência à externalidade ou à internalidade associada a ser ou não obeso. Também no que se reporta à avaliação do autoconceito não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos. Tal verificou-se em todos os sub-componentes da escala de Piers-Harris, especialmente para Aparência Física e Atributos.

Em Portugal foi realizada uma pesquisa correlacional por Gomes, Ferreira, Rocha, Almeida e Sousa (2004) onde se avaliou a relação existente entre o IMC de 1198 adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu e o índice de autoconceito avaliado através do Inventário Clínico de Autoconceito de Vaz Serra. Constatou-se que os adolescentes obesos têm um maior índice de autoconceito (64,44) que os não obesos (63,83). Todavia, a relação entre o autoconceito e a obesidade não é estatisticamente significativa. O mesmo também se verifica nas dimensões F1, F2 e F3 do inventário constatando-se que os obesos apresentam maiores índices de autoconceito (relação estatisticamente não significativa). Já na dimensão F4 os resultados foram opostos, pois os adolescentes não obesos possuíam um autoconceito superior (relação estatisticamente não significativa).

Em suma, o autoconceito de um indivíduo, embora seja influenciado pela comunidade na qual o sujeito vive é sobretudo uma "decisão pessoal", o que faz com que não seja previsível. A nível internacional existem já contributos válidos, embora controversos, que procuram analisar a associação existente entre a obesidade e o

autoconceito. Todavia, a nível nacional, não foi possível encontrar nenhum estudo publicado que analisasse a especificidade deste constructo em adolescentes obesos ou com excesso de peso.

2. Obesidade e ansiedade

Um factor muito referido como estando presente na dinâmica da personalidade do indivíduo obeso é a ansiedade. Segundo Cataneo, Carvalho e Galindo (2005), níveis elevados de ansiedade podem conduzir à obesidade e encobrir dificuldades internas, afectivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico urgente. Por outro lado, um diagnóstico de obesidade pode ser um factor desencadeante de uma perturbação da ansiedade. Para que se compreenda melhor esta relação complexa, analisemos sucintamente este constructo.

2.1. Caracterização da ansiedade

O termo “ansiedade” só começou a surgir na literatura internacional após a 2ª metade do século XIX. Remontando ao século XIII, existem indícios de termos sinónimos como *afan*, *coyta* e *coytado*, enquanto que no século XV é possível encontrar os termos *angustura* e *pressa* e no século seguinte surge *estreita* como conceito sinónimo (Lobo, 2003; Vaz Serra, 1980). Mesmo no século XIX, a ansiedade não era ainda um termo muito utilizado, sendo designadas as situações ansiosas de fobias ou medos. Neste contexto, Lalane (1902, in Vaz Serra, 1980) terá sido pioneiro na valorização da ansiedade enquanto manifestação frequente das neuroses e psicoses.

As definições actuais de ansiedade variam muito consoante o modelo teórico considerado. No entanto, de um modo geral, todas se referem de forma implícita ou explícita a um sentimento de inquietação que se traduz no plano fisiológico (taquicardia, náuseas, sudorese), motor (hiperactividade, fuga, evitamento), cognitivo (atenção, antecipações), afectivo (medo, pânico, fobias) e motivacional (querer afastar-se da situação traumática). Desta forma, a ansiedade constitui um estado incomodativo em

que todo o sistema é afectado (Vaz Serra, 1980). A ansiedade pode ser definida como uma resposta psicológica e física face à ameaça do autoconceito, caracterizada por um sentimento subjectivo de apreensão que é interpretado pela consciência e por uma hiperactividade do sistema nervoso autónomo. Assim, níveis elevados de ansiedade podem afectar a aprendizagem e o rendimento escolar, pois perante uma situação desconhecida de realizar um procedimento novo, o estudante torna-se inseguro, assustado e ansioso (Carvalho, Farah & Galdeano, 2004).

“Na literatura, observam-se diversas maneiras de conceituar a ansiedade. Em 1962, Neylan definiu-a como um sentimento de antecipação, geralmente desagradável, psicologicamente manifesto por mecanismo de ‘luta e fuga’ e expresso fisiologicamente com a liberação de adrenalina na corrente sanguínea. Suas manifestações dependem de factores como: idade, temperamento, experiências passadas e estado físico.” (Lobo, 2003, 135).

Outra definição de ansiedade apontada encara-a como uma sensação de perigo iminente, associada a uma atitude de expectativa que provoca uma perturbação mais ou menos profunda (Costa & Boruchovitch, 2004). Será, então, um estado de estímulo caracterizado por um medo vago cujo propósito ou função é de facilitar a detecção do perigo ou ameaça em potencial. Segundo Andrade e Gorenstein, “A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcciona” (1998, 285). Já May (1980, in Peniche & Chaves, 2000) definiu ansiedade como uma relação existente entre o indivíduo, o ambiente ameaçador e os processos neurofisiológicos resultantes desta relação. Por seu turno, Dratcu e Lader (1993, in Peniche & Chaves, 2000) consideram a ansiedade como um fenómeno adaptativo com duração e intensidade adequadas e necessárias ao homem na superação das situações que lhes são impostas pela vida. Tal duração e intensidade podem ser expressas num gráfico por uma curva de Gaus obtida através de pesquisas realizadas por Yerkes-Dodson em 1908, cuja forma varia de indivíduo para indivíduo.

Convém referir que Freud contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das pesquisas sobre a ansiedade, pois antes dele este constructo apenas tinha sido estudado no campo da Filosofia (Costa & Boruchovitch, 2004). Baseado em

fenómenos clínicos observáveis, Freud considerou que a ansiedade integra o instinto de conservação do indivíduo e é herdada filogeneticamente, estando a sua origem associada ao trauma do nascimento e ao medo da castração. É então que classifica a ansiedade em normal e neurótica, estando a primeira relacionada com a consciência de um perigo externo e real como a morte, enquanto que a ansiedade neurótica ocorreria em situações de ausência de ameaça de perigo real. No entanto, ela não seria percebida de modo consciente, mas sim reprimida. Ao definir a ansiedade como patológica, Freud centrou o seu interesse nos efeitos neuróticos da ansiedade, repercutindo-se nos estudos desenvolvidos à posteriori.

Após uma extensa revisão sobre a origem e o significado da palavra ansiedade, Aubrey Lewis enumera as seguintes características:

- “1. é um estado emocional, com a experiência subjectiva de medo ou outra emoção relacionada, como terror, horror, alarme, pânico;
2. a emoção é desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso iminente;
3. é direccionada em relação ao futuro. Está implícita a sensação de um perigo iminente. Não há um risco real, ou se houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa;
4. há desconforto corporal subjectivo durante o estado de ansiedade. Sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas e outras sensações subjectivas.” (1979, in Andrade & Gorenstein, 1998, 285).

Lewis (1979, in Andrade & Gorenstein, 1998) apresenta alguns outros atributos que podem ser incluídos na descrição da ansiedade. Este autor defende que a ansiedade é um fenómeno complexo que pode ser normal ou patológica, leve ou grave, prejudicial ou benéfica, episódica ou persistente, ter uma causa física ou psicológica, ocorrer isolada ou associada a outra perturbação, bem como afectar ou não a percepção e a memória.

Um passo decisivo no desenvolvimento do estudo da ansiedade foi a distinção entre ansiedade e medo. Este é encarado como um processo cognitivo referente à avaliação do estímulo ameaçador, enquanto que a ansiedade seria a reacção emocional face a essa avaliação. Ou seja, ao passo que o medo é latente, a ansiedade reporta-se à vivência de um estado emocional de desconforto, “(...) caracterizado por sentimentos subjectivos de mal-estar, como tensão e nervosismo e por sintomas fisiológicos, como palpitações, tremor, náuseas e tonturas. Esta variedade de sintomas está relacionada com a reacção do sistema autónomico.” (Beck, 1985, in Lobo, 2003,139).

Outro aspecto importante é que no nosso quotidiano sentimos níveis normais de ansiedade úteis para nos estimular e impelir para a acção. A ansiedade é, assim, uma constante universal indispensável a um determinado grau de empenho e inibe comportamentos inadequados (Lobo, 2003). Fonseca (1998b, in Lobo, 2003) refere mesmo que níveis moderados de ansiedade surgem em todos os indivíduos, sendo uma característica fulcral do seu processo de desenvolvimento normal, ao fornecer meios ao sujeito para se adaptar a situações novas, perigosas ou inesperadas. Este estado de alerta caracteriza-se pelo aumento do metabolismo, dispersão da atenção e hipervigilância. Contudo a ansiedade pode ser benéfica: “(...) pode melhorar a nossa capacidade em várias actividades, desde a realização de exames, até mesmo à excitação sexual.” (Lobo, 2003, 140). A grande dificuldade consiste em discernir quando a ansiedade deixa de ser normal e passa a ser patológica. Segundo Lobo (2003) a diferença não reside em aspectos qualitativos, mas sim na gravidade e no modo como os comportamentos ansiosos afectam e limitam a vida do sujeito, quer pelo desconforto, quer pelos prejuízos causados na escola, família e relacionamentos sociais. Deste modo a ansiedade será patológica caso o perigo seja desproporcional à reacção desencadeada, ou se persistir além do esperado.

A ansiedade tem, assim, uma função adaptativa, uma vez que mobiliza os recursos individuais para fazer face às demandas do quotidiano de modo mais adequado. Desta forma, a ansiedade é esperada nas interacções humanas e funciona como um alerta, proporcionando maior esforço, atenção, prontidão e um investimento maior em situações que ameacem o indivíduo. Todavia, também pode ser um sintoma patológico como no hipertiroidismo, sintoma de quadros psiquiátricos (depressão) ou pode ser uma doença nos diferentes tipos de ansiedade patológica, como pânico e fobia (Chaves & Cade, 2004). A percepção de que a ansiedade tem uma função adaptativa remonta já a 1872, altura em que evolucionistas como Darwin se apercebem de que a ansiedade preparava o indivíduo para atacar e defender, quer dos predadores, quer do próprio ambiente.

“Como, actualmente, já não temos contacto com estes perigos, somos, nas palavras de Beck (1985), como animais enjaulados pelas limitações sociais e do ambiente, que nos inibem de usar as tendências para a acção geneticamente preparadas (luta/fuga). Esta condição torna-nos predispostos a experienciar níveis maladaptativos

de ansiedade que podem interferir na nossa capacidade de funcionar adequadamente.” (Lobo, 2003, 141-2).

As manifestações de ansiedade podem surgir associadas a acontecimentos específicos ou constituir uma forma estável e permanente de reagir. Todavia, os níveis de intensidade podem ser variáveis, oscilando desde quase imperceptíveis até profundamente perturbadores do funcionamento do indivíduo. Deste modo, existem formas muito diversas de ansiedade quanto à natureza, frequência e gravidade dos sintomas, bem como às reacções ao tratamento e à evolução a médio e longo prazo. Todavia, de uma forma geral o fenómeno da ansiedade pode ser decomposto em três componentes principais (Vaz Serra, 1980):

- *Componente cognitiva*, caracterizada pela subjectividade referente aos pensamentos e sentimentos desenvolvidos por um indivíduo ansioso, como: problemas de concentração, dificuldades de memória, distorções cognitivas, hipersensibilidade face ao perigo, etc.
- *Componente vegetativa ou fisiológica*, que reflecte a activação fisiológica variável experimentada pelo indivíduo ansioso, como taquicardia, hipertensão, transpiração, secura da boca, náuseas, tremores, palidez, dor de barriga, tiques, etc.
- *Componente motora*, referente às respostas de fuga e evitamento. Nas crianças pode surgir irrequietude, choro, dependência excessiva de adultos, ou imobilidade.

No entanto, a diferenciação dos componentes da ansiedade é bastante ampla, divergindo de autor para autor. Eysenck (1992, in Costa & Boruchovitch, 2004) identificou três sistemas de respostas: comportamental, fisiológica e verbal. Já Buss (1966, in Costa & Boruchovitch, 2004) distinguiu quatro sistemas compondo a ansiedade: sistema somático (suor, palpitação cardíaca, ruborização), sistema afectivo (agitação, pânico, irritabilidade), sistema cognitivo (inquietação, distração, esquecimento) e sistema motor (tensão muscular, tremores, calafrios). Contudo, de uma forma geral tais diferenciações parecem poder sintetizar-se em dois componentes principais: cognitivo e somático. “Perante uma ameaça, o componente cognitivo faz uma avaliação selectiva do meio e das aptidões do sujeito para lidar com a situação,

para determinar se está, efectivamente, na presença de um perigo, activando os restantes subsistemas afectivo, comportamental e fisiológico.” (Lobo, 2003, 145).

Por sua vez, o contributo de Spielberger foi fulcral na diferenciação da ansiedade como estado e da ansiedade como traço de personalidade. Segundo Spielberger (1979, in Peniche & Chaves, 2000), se um estímulo interno ou externo ao sujeito for percebido como perigoso ou ameaçador, desencadeará uma reacção emocional descrita como um estado de ansiedade. Deste modo, estado de ansiedade seria uma reacção emocional transitória interpretada pela consciência e caracterizada por sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a actividade do sistema nervoso autónomo (Andrade & Gorenstein, 1998). Desta forma, a maneira como o indivíduo percebe a ameaça será mais importante do que a própria ameaça. É de relevar que as diferenças individuais na percepção dos estímulos e na reacção às situações são influenciados pelas experiências prévias dos indivíduos.

Para Spielberger (1972, in La Rosa, 1998), encarar a ansiedade como traço refere-se às diferenças relativamente estáveis entre os indivíduos no que concerne à ansiedade, gerando um aumento maior ou menor do estado de ansiedade consoante a exposição a situações percebidas como ameaçadoras, quer do ponto de vista físico quer psicológico. Spielberger et al. (1979, in Peniche & Chaves, 2000) compararam o traço de ansiedade a uma energia potencial que lhe confere a qualidade de energia latente existente em cada indivíduo e que pode ou não ser libertada em determinadas situações. Além disso, é esperado que pessoas com traço de ansiedade elevado apresentem um aumento do estado de ansiedade, uma vez que tendem a considerar as situações como ameaçadoras. Estes indivíduos concebem o mundo como mais perigoso que as pessoas com traço de ansiedade inferior, reagindo de forma mais intensa ao estímulo. Ao responder às percepções de ameaça, o homem recorre a mecanismos inconscientes e conscientes de defesa. Este processo está ilustrado na figura 1 que aponta como ponto crítico o acto de avaliação.

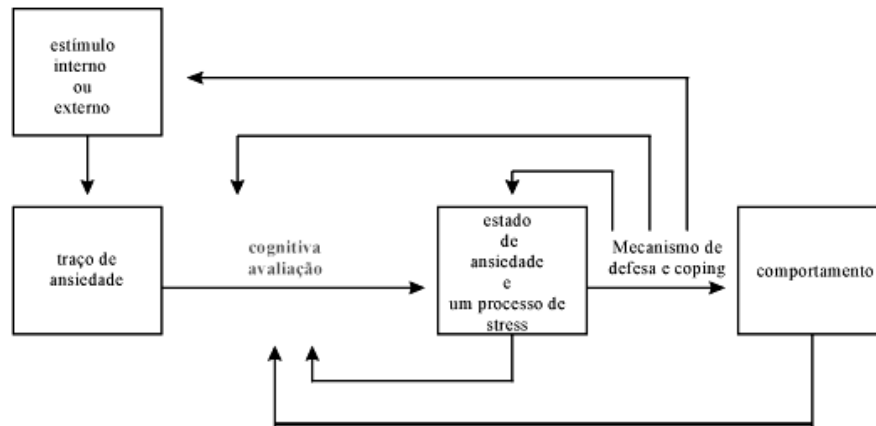


Figura 1 - Esquema modificado a partir do proposto por Spielberger (Peniche & Chaves, 2000, 48)

Por sua vez, as crianças com perturbações de ansiedade são afectadas de modo particular, uma vez que revelam ter menos amigos e apresentam comprometimento/atraso no desenvolvimento das aptidões sociais, face à escassez de experiências de interacção e à falta de apoio dos seus pares. Assim sendo, estas crianças possuem um risco acrescido de depressão, solidão e afastamento, tornando-se pouco assertivas e frustradas. “É importante, ainda, referir que estas perturbações na infância passam, muitas vezes, despercebidas, pois as crianças sofrem em silêncio. Os pais nem colocam a hipótese de tratamento, porque o seu comportamento não é considerado um problema é, somente a sua maneira de ser.” (Rappe et al., 2000, in Lobo, 2003, 143).

Asbahr (2004), no seu artigo, reviu as características clínicas e epidemiológicas das diversas perturbações ansiosas em adolescentes, bem como as estratégias actuais utilizadas nos tratamentos medicamentosos e psicológicos. É referido que as perturbações ansiosas se encontram entre as condições psiquiátricas mais comuns na população pediátrica, estimando-se que cerca de 10% da população possa apresentar algum quadro patológico de ansiedade durante a infância ou adolescência. A identificação e o tratamento precoces destas perturbações podem evitar repercussões negativas na vida da criança (como absentismo elevado na escola, evasão escolar, a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, a ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta).

Como ficou patente, também a ansiedade é um constructo complexo e que muito tem sido analisado e debatido pelos mais diversos autores e correntes teóricas. De um forma geral, pode considerar-se que a ansiedade é algo de inerente ao ser humano que se manifesta em todos os domínios do indivíduo: quer no plano físico, quer psicológico. Desta forma, parece verosímil que a ansiedade se expresse de um modo peculiar nos adolescentes, sobretudo quando surge associada uma patologia como a obesidade.

2.2. Génese da ansiedade

A ansiedade tem sido objecto de inúmeras pesquisas nos diversos continentes e relacionada com as mais diferentes variáveis. O volume de estudos publicados dissipa qualquer dúvida quanto à importância do constructo e ao interesse dos investigadores. Desta feita, existem estudos que relacionam a ansiedade com a maturidade de julgamento moral, o uso de drogas, a depressão, o desempenho escolar negativo, a obesidade mórbida, a criatividade, o currículo escolar, as preocupações e a primeira relação sexual (La Rosa, 1998).

Hill (1991, in Peniche & Chaves, 2000) enfatiza a importância dos neurotransmissores como moduladores das emoções, referindo-se em específico à ansiedade. É destacado o facto de que o aumento da actividade do ácido gama-aminobutírico está associado aos níveis reduzidos de ansiedade. Este autor refere ainda o papel da serotonina como um dos elementos que interagem na modulação da ansiedade. Também Dratcu e Lader (1993, in Peniche & Chaves, 2000) defendem que os mecanismos de mediação da ansiedade incluem diferentes vias de neurotransmissão, em especial os sistemas gabaérgico e serotoninérgico, assim como os dopamínicos, neuropeptidérgicos, entre outros. Todavia, será a dimensão cognitiva que acrescenta ao homem a peculiaridade da reacção de alarme quando comparado aos demais animais. Ao invés, Nardi et al. (1996, in Peniche & Chaves, 2000) alertam que o desejo de simplificar o funcionamento cerebral a um ou dois neurotransmissores pode resultar no afastamento entre a realidade bioquímica e as evidências clínicas.

Guida e Ludlow (1989, in La Rosa, 1998), num estudo transcultural com 1690 alunos norte-americanos e chilenos de níveis sócio-económicos diferentes, utilizaram o *Test Anxiety Scale for Children* para avaliar a ansiedade da amostra. Encontraram

diferenças na ansiedade face aos testes entre rapazes e raparigas (estas com índices de ansiedade superiores) e nas respectivas culturas (num mesmo estrato social). Constatou-se que os indivíduos com nível sócio-económico mais alto manifestaram menos ansiedade de teste e registou-se uma interacção entre o nível sócio-económico e a cultura (os norte-americanos negros de nível sócio-económico baixo obtiveram maiores resultados que os chilenos de mesmo nível sócio-económico, o que indica que os negros nos Estados Unidos enfrentam problemas especiais em educação, podendo levá-los a maiores níveis de ansiedade quando comparados com sujeitos caucasianos, ainda que de países menos desenvolvidos).

Por sua vez, Silverman et al. (1995, in La Rosa, 1998) realizaram um estudo com 273 crianças brancas, hispânicas e norte-americanas-africanas de 7 a 12 anos, com o objectivo de explicitar as suas preocupações e possíveis relações com a ansiedade. Verificou-se a existência de uma relação directa entre as preocupações e a ansiedade, de modo que quanto maior a preocupação, maior a ansiedade. Tais resultados foram obtidos através de quatro instrumentos: *Social Anxiety Scale for Children-Revised*, *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, *Test Anxiety Scale for Children* e *Childhood Anxiety Sensitivity Index*. Também Inderbitzen e Hope (1995, in La Rosa, 1998) analisaram este constructo numa pesquisa com 428 adolescentes, onde examinaram as relações entre ansiedade social e ansiedade, segundo escalas de auto-relato. Constataram que os sintomas de ansiedade social são distintos dos sintomas de uma ansiedade não específica. Observaram, ainda, que as adolescentes, quando comparadas com os pares masculinos, apresentaram índices mais elevados de ansiedade social e ansiedade.

Asthana (1993, in La Rosa, 1998), num estudo com 400 meninas de 13 a 15 anos, verificou que as meninas com criatividade elevada eram menos ansiosas, embora apresentassem um nível moderado de ansiedade. Verificou ainda que entre as raparigas com criatividade elevada, as que possuíam nível socio-económico elevado eram as menos ansiosas. Os resultados parecem evidenciar uma associação positiva entre uma ansiedade moderada e a criatividade, o que estará de acordo com a posição de Spielberger (1980, in La Rosa, 1998) que defende a necessidade de existir uma determinada ansiedade para impulsionar o indivíduo para a acção. As raparigas menos criativas são mais ansiosas, pelo que se pode especular que menos criatividade

implicará menos flexibilidade, mais rigidez e menos tolerância à ambiguidade e factores produtores de stress.

Num estudo com 404 crianças de 7 a 12 anos, Gates et al. (1988, in La Rosa, 1998) verificaram a relação existente entre a ordem de nascimento e a ansiedade. Os primogénitos apresentaram menor traço de ansiedade do que os terceiros filhos e uma auto-estima mais elevada que os segundos e que os mais jovens. Verificou-se ainda que os resultados da pesquisa associam características mais saudáveis aos primogénitos, quando comparados com os outros irmãos. Kushnir (1984, in La Rosa, 1998) estudou uma amostra de 351 crianças e respectivos pais, observando que a inexperiência destes com o primogénito ocasionava uma maior ansiedade em comparação com os pais mais experimentados e tranquilos dos filhos nascidos posteriormente. Neste estudo sugere-se que tal preocupação e os comportamentos protectores decorrentes podem predispor os primogénitos a perceberem as doenças e as situações dolorosas como mais *stressantes* e a tornarem-se mais preocupados a respeito do seu bem-estar físico geral.

Devido à sua especificidade e atendendo ao volume de investigações e publicações científicas que abordam este tema, justifica-se um olhar em pormenor sobre a relação entre ansiedade e stress.

Ansiedade e stress

A relação etiológica entre a exposição a acontecimentos geradores de tensão e o desenvolvimento de sintomas/perturbações de ansiedade em geral, apesar de plausível, tem sido pouco estudada. Sabe-se que os sintomas de ansiedade podem surgir anos antes do surgimento de uma perturbação definida e completa em resposta a eventos *stressores*, como por exemplo desavenças interpessoais. Tais acontecimentos são responsáveis pelo surgimento de perturbações mentais a curto, médio e longo prazo, bem como pela precipitação da recorrência de quadros psiquiátricos (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Reuter et al. (1999, in Margis et al., 2003), numa pesquisa prospectiva com 303 adolescentes entre os 12 e 13 anos, avaliados anualmente durante quatro anos, testou a relação entre os conflitos pais-filhos (evento de vida *stressor*), os sintomas de ansiedade e o desenvolvimento desta perturbação aos 19 e 20 anos. Entre os adolescentes, a presença persistente ou crescente de conflitos com os pais foi preditiva de sintomas de

ansiedade. Por sua vez, a presença de sintomas crónicos ou crescentes de ansiedade foi preditiva de perturbações deste tipo (6.9% nas raparigas e 5.6% nos rapazes). Foi, então, demonstrada uma associação positiva entre a mudança no padrão de stress relacionada com a mudança no padrão dos sintomas, ou seja, quanto maior for a exposição ao stress, mais intensa será a sintomatologia.

Os indivíduos adultos deparam-se com frequência com diferentes situações potencialmente *stressoras*, como a criação dos filhos, o relacionamento enquanto casal, as relações interpessoais, a necessidade de manutenção do emprego, etc. Já a reforma, podendo ocorrer na meia-idade, pode ser vivenciada como uma perda, tanto financeira como social, afectando o seu autoconceito. Considerando como acontecimentos de vida *stressores* a infidelidade, a ameaça de separação e as agressões físicas, Cano e O'Leary (2000, in Margis et al., 2003) avaliaram a sua relação com sintomas ansiosos. Verificou-se que os indivíduos envolvidos em situações maritais humilhantes referiam mais sintomas não específicos de ansiedade que os restantes indivíduos.

Deve-se salientar também a importância de avaliar as situações *stressoras* e suas manifestações entre os indivíduos da terceira idade. Nesta faixa etária, acontecimentos de vida *stressores*, como perdas do companheiro, dos amigos, do trabalho e a diminuição das capacidades físicas, podem desencadear sintomatologia psiquiátrica. Beurs et al. (2000, in Margis et al., 2003), ao avaliarem idosos com e sem sintomas de ansiedade, não identificaram acontecimentos de vida *stressores* específicos directamente relacionados a cronicidade de sintomas ansiosos. Todavia, observaram que o principal acontecimento *stressor* na terceira idade associado à ansiedade foi a morte do parceiro.

Ou seja, a origem da ansiedade parece ser multifactorial, pelo que será impossível apontar uma relação de causalidade directa com qualquer factor. De facto, na sua génese parecem influir aspectos fisiológicos, genéticos, sociais, económicos e psicológicos, entre outros.

2.3. Classificação das perturbações ansiosas

As perturbações ansiosas podem ser classificadas em diversos tipos de ansiedade, consoante as formas de apresentação e as respostas às intervenções terapêuticas. Uma das classificações mais comuns, completas e consensuais é a apresentada pela DSM-IV-TR que distingue: Agorafobia, Ataque de Pânico, Perturbação de Pânico Sem Agorafobia, Perturbação de Pânico Com Agorafobia, Agorafobia Sem História de Perturbação de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbação Aguda de Stress, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, Perturbação de Ansiedade Induzida por Substância e Perturbação de Ansiedade Sem Outra Especificação (American Psychiatric Association, 2002).

No entanto, existe uma outra classificação internacional, muito semelhante, apresentada pela CID-10 (Ballone, 2005) que distingue os vários tipos de perturbações fóbicas-ansiosas. Estas constituem um grupo de perturbações nas quais a ansiedade é desencadeada sobretudo por determinadas situações que não apresentam nenhum perigo real. Tais situações são, portanto, evitadas ou suportadas com temor. Por outro lado, as preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais, como palpitações ou impressão de desmaio, e surgem com frequência associadas ao medo de morrer, perda do autocontrole ou de perder a sanidade mental. A simples evocação de uma situação fóbica poderá desencadear a ansiedade antecipatória, a qual está, com frequência, associada a uma depressão. Desta classificação fazem, então, parte: “Agorafobia, Fobias Sociais, Fobias Específicas, Outros Transtornos Fóbico-Ansiosos, Transtorno Fóbico-Ansioso Não Especificado, Outros Transtornos Ansiosos, Transtorno de Pânico (Ansiedade Paroxística Episódica), Ansiedade Generalizada, Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, Outros Transtornos Ansiosos Mistos, Outros Transtornos Ansiosos Especificados, Transtorno Ansioso Não Especificado e Transtorno Obsessivo-Compulsivo.” (Ballone, 2002,1). Seguidamente, serão discriminadas e aprofundadas algumas destas perturbações.

Agorafobia

Este grupo de distúrbios é constituído por fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, de lojas, multidões e locais públicos, ou medo de viajar sozinho de comboio, autocarro ou avião. Entre as características associadas encontram-se os sintomas depressivos ou obsessivos, como fobias sociais e condutas de evitação (certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia) (Ballone, 2005).

Perturbação da ansiedade de separação

Esta perturbação caracteriza-se pela presença de uma ansiedade excessiva e não adequada ao nível de desenvolvimento, devido ao afastamento dos pais ou seus substitutos, persistindo, no mínimo, por 4 semanas. Os sintomas podem traduzir-se em sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente (Asbahr, 2004). Na DSM-IV-TR esta perturbação é descrita como uma perturbação característica da infância e da adolescência, pelo que não surge na classificação geral das perturbações ansiosas, mas sim num capítulo à parte (American Psychiatric Association, 2002).

“As crianças ou adolescentes, quando sozinhas, temem que algo possa acontecer a seus pais ou a si mesmas, tais como doenças, acidentes, sequestros, assaltos, etc., algo que os afaste definitivamente deles. Como consequência, apegam-se excessivamente a seus cuidadores, não permitindo seu afastamento. Em casa, resistem a dormir, necessitando de companhia constante. Frequentemente têm pesadelos que versam sobre seus temores de separação. A recusa a frequentar a escola também é comum nesses pacientes. A criança deseja ir à escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta intenso sofrimento quando necessita afastar-se de casa.” (Asbahr, 2004,30).

Este quadro de ansiedade é ainda acompanhado das manifestações somáticas habituais (como dor abdominal, dor de cabeça, náusea, vômitos). Tais sintomas prejudicam a autonomia da criança e podem restringir as suas actividades académicas, sociais e familiares, agudizando o *stress* pessoal e familiar. Por se sentirem humilhadas e medrosas, vai também coexistir uma baixa auto-estima. Asbahr (2004) refere ainda que diversos estudos retrospectivos sugerem que a presença de ansiedade de separação na infância é um factor de risco para o desenvolvimento de diversas perturbações de ansiedade na vida adulta.

Perturbação do pânico (ansiedade paroxística episódica)

A característica essencial desta perturbação são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico) que não ocorrem apenas em determinadas circunstâncias mas são, de facto, imprevisíveis. Como noutras perturbações ansiosas, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação, taquicardia, sudorese, dores torácicas e abdominais, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou falta de sentido do real). Todavia, não se deve fazer um diagnóstico principal de perturbação de pânico quando o sujeito apresenta uma perturbação depressiva no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que estes podem ser secundários à depressão neste caso (American Psychiatric Association, 2002; Asbahr, 2004; Ballone, 2005).

“Pouco observado em crianças pequenas, sua frequência aumenta bastante no final da adolescência. Em 30 a 50% dos pacientes, observa-se o desenvolvimento de agorafobia (esquiva de situações/locais de difícil saída em caso de mal-estar ou ataque de pânico: locais fechados como cinemas, aglomerações como entrada/saída da escola).” (Asbahr, 2004, 30).

Perturbação de Ansiedade Generalizada

De acordo com a CID-10 (Ballone, 2005), esta perturbação engloba a ansiedade generalizada e persistente que não ocorre de modo preferencial numa determinada situação (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas incluem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Concomitantemente, são expressos medos de que o paciente ou um dos seus próximos irá em breve ficar doente ou sofrer um acidente.

Para a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), a principal característica da Perturbação de Ansiedade Generalizada é uma ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva) sobre diversas actividades que ocorre na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses. Por outro lado, o indivíduo com esta perturbação considera difícil controlar a preocupação, sendo acompanhadas de pelo menos três destes sintomas adicionais: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em

concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (apenas um sintoma adicional é exigido em crianças).

É também importante referir que o foco da ansiedade e preocupação pode incluir aspectos de uma outra perturbação, como ter um ataque de pânico, sentir-se embaraçado em público, sentir-se contaminado, estar separado de parentes próximos, sentir múltiplas queixas físicas ou uma doença séria, possuir *stress* pós-traumático, etc. No entanto, embora os indivíduos com Perturbação de Ansiedade Generalizada nem sempre considerem as suas preocupações como "excessivas", eles relatam sofrimento subjectivo, têm dificuldade em controlar a preocupação e podem experimentar prejuízo no funcionamento social/ocupacional e em outras áreas importantes.

A intensidade, duração ou frequência da ansiedade são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do evento temido. Os adultos com Perturbação de Ansiedade Generalizada preocupam-se com circunstâncias quotidianas como possíveis responsabilidades no emprego, finanças e a saúde dos membros da família. Por sua vez, as crianças com Perturbação de Ansiedade Generalizada tendem a exibir uma preocupação excessiva com a competência ou a qualidade do seu desempenho (American Psychiatric Association, 2002). Nos adolescentes com Perturbação de Ansiedade Generalizada, a ansiedade afecta a qualidade do seu desempenho na escola ou em eventos desportivos, mesmo quando seu desempenho não está a ser avaliado por outros. Pode, ainda, haver preocupação excessiva com a pontualidade, ou com eventos catastróficos. As crianças com esta perturbação podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, demonstrando excessivo zelo na busca de aprovação e de garantias sobre o seu desempenho.

Outro aspecto relevante é que existe uma considerável variação cultural na expressão da ansiedade (por ex., em algumas culturas, a ansiedade é expressada predominantemente por sintomas somáticos, em outras, por sintomas cognitivos). Desta forma é importante considerar o contexto cultural ao determinar se as preocupações com determinadas situações são excessivas.

Fobia social

A fobia social é uma perturbação de difícil diagnóstico pelos clínicos, o que incentiva o desenvolvimento de instrumentos que permitam o seu reconhecimento

precoce. Apesar deste distúrbio ser a mais frequente perturbação de ansiedade e de ser passível de terapia, tanto medicamentosa como psicoterapia, a procura de tratamento é reduzida, subestimada e até sub-reconhecida pelos clínicos (Osório, Crippa & Loureiro, 2005). Desta forma, considera-se de extrema importância a sua identificação precoce e adequada, minimizando o sofrimento e prevenindo o desenvolvimento de comorbidades associadas a um pior prognóstico.

A vivência ocasional de ansiedade social é uma reacção emocional normal que a maioria dos indivíduos apresenta em algum momento da sua vida. A ansiedade social é vivenciada quando o indivíduo está em situações sociais, aumentando com o nível de formalidade da situação e com o grau de exposição, sendo acompanhada por um desejo de fuga da situação (Picon, Gauer, Fachel, & Manfro, 2005). A definição actual de fobia social é a de um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais, em que a pessoa sente-se exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação dos outros. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar a sua ansiedade e fazer com que este comportamento seja humilhante ou embaraçoso para si. No entanto, a perturbação de ansiedade social (mais conhecida como fobia social) é uma categoria diagnóstica recente, muito prevalente e crónica, incapacitante e com altas taxas de comorbidade. A fobia social atinge indivíduos muito jovens (o pico de incidência é aos 15 anos) e a sua prevalência é estimada entre 2.4 a 16% em estudos populacionais norte-americanos e europeus.

Em adolescentes, a ansiedade pode ser expressa através do choro, acessos de raiva, ou afastamento de situações sociais onde haja pessoas não familiares. Quanto às crianças com esta perturbação, relatam desconforto em inúmeras situações: falar em sala de aula, comer na cantina próximo de outras crianças, ir a festas, escrever na frente de outros colegas, usar quartos de banho públicos, dirigir a palavra a figuras de autoridade como professores e treinadores, ser o centro das atenções, interagir com o género oposto, etc. (American Psychiatric Association, 2002; Asbahr, 2004).

Perturbação de Stress Pós-Traumático

Tanto as crianças como os adolescentes são vulneráveis à violência e abuso sexual, podendo estas experiências traumáticas ter um impacto grave e duradouro sobre eles. Considera-se esta perturbação como um factor de risco para o desenvolvimento

posterior de patologias psiquiátricas e caracteriza-se pela presença de medo intenso, sensação de impotência ou horror em consequência a exposição a trauma extremo, como ameaça de morte ou abuso sexual. A probabilidade do desenvolvimento desta perturbação está relacionada com a gravidade, duração e tempo de exposição ao evento traumático (American Psychiatric Association, 2002; Asbahr, 2004).

“Evidenciam-se modificações intensas de comportamento, como inibição excessiva ou desinibição, agitação, reactividade emocional excessiva, hipervigilância, além de pensamentos obsessivos com conteúdo relacionado à vivência traumática (em vigília e como conteúdo de pesadelos). Observa-se, comumente, comportamento de esquiva a estímulos associados ao evento traumático, juntamente com comprometimento das actividades do paciente. O paciente evita falar sobre o ocorrido, o que parece perpetuar os sintomas, (...)” (Asbahr, 2004, 32).

Quanto às crianças, sobretudo as mais novas, apresentam a dificuldade acrescida de não compreender com clareza e nem discorrer sobre o ocorrido. Em crianças menores, os temas relacionados com o trauma são manifestados com frequência em brincadeiras repetitivas.

Ansiedade escolar

Apesar desta categoria taxionómica não ser considerada nem na classificação da DSM-IV-TR, nem da CID-10, parece pertinente a sua análise. Considerando a importância da ansiedade como variável fundamental da personalidade humana é essencial proceder a uma análise da ansiedade escolar no âmbito da Psicologia Cognitiva. De facto, estudos realizados nos últimos 30 anos corroboram a hipótese de que a ansiedade elevada interfere de forma negativa no rendimento escolar (Costa & Boruchovitch, 2004). Após a década de 70, a maioria das investigações realizadas no contexto académico têm sido desenvolvidas pela Psicologia Cognitiva baseada no Processamento da Informação, defendendo o uso adequado de estratégias de aprendizagem e a manutenção de um estado interno satisfatório para promover o desempenho escolar. Esse estado interno satisfatório reporta-se ao controle de múltiplas variáveis, como motivação para a aprendizagem, atribuições causais para o sucesso/fracasso escolar, controle da ansiedade, entre outras.

A ansiedade é assumida por este modelo teórico como um constructo multidimensional constituído por dois aspectos distintos mas relacionados: a

preocupação e a emotividade. Enquanto a preocupação referir-se-á à componente cognitiva (expectativas negativas sobre si mesmo e preocupações com as consequências potenciais), a emotividade inclui a parte fisiológica (sintomas físicos, sentimentos de desprazer, nervosismo e tensão).

Para Wigfield e Eccles (1989, in Costa & Boruchovitch, 2004), a ansiedade pode afectar tanto os alunos com alto como com baixo rendimento escolar. Os estudantes bem-sucedidos podem tornar-se ansiosos devido às expectativas não realistas dos pais, colegas ou mesmo suas, que devem ter um óptimo desempenho em todas as disciplinas. No caso de alunos com baixo desempenho, se as situações de insucesso na escola se repetirem, a ansiedade pode aumentar como consequência do baixo rendimento.

A ansiedade vivenciada pelos alunos numa situação de exame tem sido o aspecto mais investigado. Duas interpretações complementares tentam explicar o baixo desempenho de alunos ansiosos em exames (Costa & Boruchovitch, 2004). O primeiro modelo, designado de interferência, defende que a ansiedade vai interferir na capacidade de recordar ou recuperar um conteúdo aprendido anteriormente, num momento de tensão como o de exame. É apontada a hipótese dos alunos com ansiedade elevada fracassarem na situação de inventário devido à divisão da atenção entre as exigências da tarefa e os sentimentos de auto-depreciação, diminuindo o nível de concentração e o desempenho. Presume-se que a aprendizagem ocorreu, mas que o aluno não seja capaz de o demonstrar devido à ansiedade causada pela situação de avaliação. Já o segundo modelo, designado de défice, defende que o baixo rendimento de alunos muito ansiosos pode ser explicado por dois aspectos: deficiências nos hábitos de estudo e nas estratégias de aprendizagem utilizadas na preparação para as situações de avaliação. Tais défices ocorreriam tanto no momento da aquisição, como no armazenamento do conhecimento ou na recuperação do conteúdo (Costa & Boruchovitch, 2004). A ansiedade dos alunos aumentaria perante à consciência de que não dominam o conteúdo e de que não possuem estratégias de aprendizagem que possam usar de forma adequada nas situações de avaliação escolar.

Desta forma, constata-se que proceder à categorização de uma perturbação ansiosa nem sempre é uma tarefa fácil. De facto, não existe uma classificação universalmente aceite com critérios claros e rigorosos e as que existem apontam uma

vasta panóplia de perturbações que muitas vezes colidem, tornando difícil o diagnóstico diferencial. Todavia, antes de se poder classificar é fulcral proceder a uma correcta avaliação da situação, sendo fulcral a escolha de um instrumento de avaliação adequado.

2.4. Instrumentos de avaliação da ansiedade

Como ficou patente, o termo ansiedade abrange um imenso leque de sensações, sentimentos, cognições, comportamentos e uma variedade de desconfortos somáticos decorrentes da hiperactividade do sistema nervoso autónomo. Foi com o intuito de tentar abarcar todos esses aspectos da ansiedade que se construíram diversas escalas de medida, apesar da maioria enfatizar uma ou outra dimensão.

Assim, na escolha do instrumento mais adequado devem ter-se em consideração os aspectos a avaliar, isto porque existem escalas direccionadas para a ansiedade normal e outras para a ansiedade patológica. Por outro lado, convém distinguir quais os instrumentos com finalidade diagnóstica e quais os que são utilizados para avaliar os tratamentos. Nesse sentido, foram-se realizando numerosos esforços na tentativa de definir operacionalmente e avaliar o constructo “ansiedade”. Segundo Keedwell e Snaith (1996, in Andrade & Gorenstein, 1998), as escalas de ansiedade medem vários aspectos que podem ser agrupados de acordo com os seguintes tópicos: humor, cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas somáticos, ou outros.

No seguimento deste estudo, Keedwell e Snaith (1996, in Andrade & Gorenstein, 1998, 286) fizeram um levantamento das escalas de ansiedade mais utilizadas nos últimos anos, destacando:

“A. escalas de avaliação clínica:

- escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A; Hamilton, 1959); escala de ansiedade de Beck (Beck *et al.*, 1988); escala clínica de ansiedade (Clinical Anxiety Scale - CAS; Snaith *et al.*, 1982); escala breve de ansiedade (BAS; Tyrer *et al.*, 1984); escala breve de avaliação psiquiátrica (BPRS; Overall *et al.*, 1962).

B. escalas de auto-avaliação:

- o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE; Spielberger *et al.*, 1970, STAI); escala de ansiedade de Zung (Zung, 1971); escala de ansiedade manifesta de Taylor (Taylor, 1953); subescala de ansiedade do Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis *et al.*, 1973);

POMS (Profile of Mood States—POMS; Lorr e McNair, 1984); escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS; Zigmond e Snaith, 1983).”

Uma das dificuldades encontradas com frequência na avaliação da ansiedade reside na sobreposição deste constructo com sintomas depressivos. De facto, vários pesquisadores manifestaram dificuldade em separar ansiedade e depressão tanto em amostras clínicas (Prusoff & Kerman, 1974, in Andrade & Gorenstein, 1998), como em não-clínicas (Gotlib, 1984, in Andrade & Gorenstein, 1998), sugerindo que os dois constructos podem ser componentes de um processo de *stress* psicológico geral. Por outro lado, esta sobreposição pode também ser devida a limitações psicométricas das escalas utilizadas, aspecto verificado no estudo de Endler et al. (1992, in Andrade & Gorenstein, 1998), onde se encontrou uma correlação elevada entre depressão e ansiedade medidas pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e pelo IDATE, correlação esta que diminuiu consideravelmente quando se substituiu o IDATE por uma escala multidimensional de ansiedade (EMAS). Clark e Watson (1990, in Andrade & Gorenstein, 1998, 287) resumem assim as limitações encontradas na avaliação da ansiedade e da depressão:

“1. escalas de auto-avaliação de ansiedade e depressão apresentam uma correlação que está entre 0,40 e 0,70, tanto em amostras de pacientes como em normais; 2. escalas de ansiedade correlacionam-se tanto com escalas de depressão como com outras escalas de ansiedade e as escalas de depressão também apresentam essa falta de especificidade; 3. a avaliação clínica de ansiedade e depressão também mostra essa superposição; 4. somente a metade dos pacientes com ansiedade e depressão apresenta quadros puros.”

O modelo que parece explicar melhor a alta correlação e a baixa validade discriminante das escalas que quantificam ansiedade e depressão é o modelo de três partes proposto por Watson e Clark (1984, in Andrade & Gorenstein) que propõe a inclusão do diagnóstico da perturbação mista depressivo-ansiosa nas classificações. Utilizando o conceito de modelo de três partes, algumas escalas foram desenvolvidas para avaliar ansiedade, levando-se em conta a multidimensionalidade da ansiedade e da superposição de sintomas ansiosos com sintomas depressivos. Entre elas, podem destacar-se a MASQ (*Mood and Anxiety Symptom Questionnaire* – Watson et al., 1995), a PANAS-X (*Positive and Negative Affect Schedule, Expanded form* – Watson e Clark,

1994), a EMAS (*Endler Multidimensional Anxiety Scales* – Endler et al., 1991) e a DASS (*Depression anxiety stress scales* – Lovibond e Lovibond, 1995).

Feitas estas considerações, verifica-se que uma etapa fundamental de qualquer estudo que envolva a avaliação da ansiedade concerne à escolha do instrumento mais adequado face aos objectivos do estudo, às características da população, ao contexto da investigação e à natureza dos dados em análise. Tendo esta reflexão como ponto de partida, importa agora analisar os principais contributos da comunidade científica internacional no estudo da relação existente entre a obesidade e a ansiedade.

2.5. Obesidade e ansiedade: estudos realizados

De facto, existem já alguns estudos realizados no domínio da obesidade que procuram analisar o papel da ansiedade no desenvolvimento desta patologia. Todavia, esta vertente parece ter sido ainda pouco explorada, carecendo de um olhar mais pormenorizado.

Com o intuito de estudar o locus de controle, ansiedade, maturidade cognitiva e emocional, Carvalho et al. (2001, in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005) avaliaram 26 crianças com idades entre os 9 e os 13 anos, com percentis igual ou superior a 95 e inseridas num programa de atenção multiprofissional à obesidade infantil. Em comparação com os resultados padronizados, constata-se que quanto ao locus de controle o grupo não mostrou qualquer tendência de externalização ou internalização. Quanto à ansiedade, maturidade cognitiva e indicadores emocionais, não se verificaram resultados significativamente distintos da norma.

Já Vila, Zipper, Dabbas, Bertrand, Robert, Ricour e Mouren-Simeoni (2004) realizaram um estudo onde se verificou que 83 crianças obesas (num total de 155) apresentaram perturbações psicológicas, sendo a mais frequente a ansiedade (63 casos). Estas perturbações seriam mais pronunciadas nas crianças obesas cujos pais apresentavam distúrbios. Todavia, não foi encontrada correlação entre a gravidade da obesidade nas crianças ou nos pais e a frequência das perturbações psiquiátricas.

No estudo de Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) foram avaliadas 54 crianças duma escola brasileira com a versão culturalmente adaptada da escala de ansiedade RCMAS. Quanto à ansiedade, também não se verificaram diferenças entre os grupos, apesar deste descritor emocional estar muito presente nos relatos de mães que afirmam que os seus filhos são ansiosos e por isso comem muito. Concluiu-se ainda que não há uma maior proporção de indicadores de problemas emocionais em crianças obesas, pelo que a linha de pesquisa que visa explorar as relações entre obesidade e psicopatologia se mantém em aberto.

Por último, pode referir-se ainda o estudo de Costa (1997, in Biaggio, 1998) que investigou a relação entre obesidade e ansiedade em 60 sujeitos obesos e 60 não obesos. Os resultados revelaram relações significativas entre a obesidade e as seguintes variáveis: ansiedade-estado (estado transitório de ansiedade, no momento de aplicação do teste) e ansiedade-traço (traço estável de ansiedade crónica).

Em suma, a relação existente entre a obesidade e a ansiedade ainda não está suficientemente analisada, havendo indícios contraditórios que apontam quer a existência de diferenças significativas, quer a sua ausência. Desta forma, parece pertinente o incremento da investigação neste domínio, com o intuito de clarificar relações e obter uma visão mais pormenorizada do contexto nacional.

3. Obesidade e depressão

“A depressão infantil espelha-se nos olhos tristes da criança. Se todas as pessoas olhassem com mais atenção para os olhos dos filhos, ou dos meninos com quem se cruzam na rua, talvez pudessem haver menos lágrimas na inocência...” (Strecht, 1997, in Pires, 2004, 11).

Partindo da premissa que a obesidade afecta a componente psíquica e emocional do indivíduo, importa analisar ainda a relação entre a obesidade e a depressão. Longe de estar esgotada esta problemática, encara-se com urgência a necessidade de explorar de

modo afinado a natureza desta associação, para que se possa intervir atempadamente no desenvolvimento destas patologias.

3.1. Caracterização da depressão

O termo “Depressão” provém do latim *deprimere* que significa fazer descer ou ir para baixo, tendo sido utilizado para designar uma imensa panóplia de emoções, sintomas e perturbações de duração e gravidade variáveis. “Em termos gerais é um estado de desânimo e ansiedade, tornando-se patológico quando os sintomas se prolongam por mais de duas semanas.” (Lobo, 2003, 113).

De facto, mais conhecida e identificada pelos seus sintomas, a depressão é um estado psicológico caracterizado por um quadro clínico que pode incluir também ansiedade, prostração intelectual, moral e física, letargia, *stress*, perturbação da homeostase, ou debilidade geral e melancolia (Oliveira, 2004). Embora não exista uma definição consensual da depressão, pode afirmar-se que se trata de um distúrbio que sofre a influência de variáveis biológicas, psicológicas e sociais e que se manifesta através de sintomas emocionais (desânimo, baixa autoestima e perda de interesse em actividades que dêem prazer), cognitivos (pessimismo e desespero), motivacionais (adinamia, apatia e aborrecimento) e físicos (perda de apetite, insónias e perda de energia) (Dell’Aglia & Hutz, 2004).

Matos descreve como “o mais lúcido enunciado da depressão” a carta de Freud a Abraham, em que afirma que a “(...) depressão é a persistência do investimento inconsciente na representação do objecto” (2001, in Pires, 2004, 3). Matos continua referindo que a personalidade depressiva (ou *depressividade*) apresenta características como: baixa auto-estima, culpabilidade, super-Eu severo, vulnerabilidade à perda, tendência à adinamia, idealização do passado e através da identificação imago-imagética, induz a culpa atribuída pelo objecto. O mesmo autor “(...) define a depressão como uma estrutura, situando-se entre a estrutura neurótica e psicótica. A problemática da depressão, reside mesmo na perda de uma boa relação com o objecto de amor (mãe ou substituto).” (Matos, 1986, in Pires, 2004, 2). No entanto, seria o modelo da distorção cognitiva de Beck e Kovacs que viria a alcançar maior preponderância na

comunidade científica ao defender que os distúrbios da motivação e dos afectos resultariam da exacerbação de conceptualizações negativas, o que originaria stress patológico e predisporia à depressão (Pires, 2004).

É importante referir ainda o contributo de Spitz que, em 1946, definiu o conceito de depressão anaclítica na criança como consequência do luto precoce, devido à perda da figura maternal com a qual existia uma boa relação. Essa depressão seria caracterizada por rigidez facial, olhar distante e inexpressivo, reacções esporádicas com choro agressivo e gritos. Na sua continuidade, Bowlby refere-se à angústia de separação e suas consequências depressivas, começando, gradualmente, a encarar-se a existência de depressão infantil numa perspectiva psicanalítica (vulnerabilidade depressiva consequente à incapacidade de elaborar “lutos”, por impossibilidade de investimento total na relação objectal devido à frustração a nível das relações precoces) (Coelho, 1993). Já Morais e Confraria referem que “A depressão é um diagnóstico muito frequente na infância e na adolescência: cerca de 40% dos doentes em Psiquiatria da Infância e da Adolescência têm quadro clínico compatível com depressão major.” (1997, 54).

À luz dos conhecimentos actuais considera-se que a perturbação depressiva *major* na infância e na adolescência possui uma natureza duradoura e pervasiva, afectando diversas funções e causando danos psicossociais significativos. Todavia, só após 1975 o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA reconhece oficialmente a existência da depressão em crianças e adolescentes (Bahls, 2002). No entanto, Pires (2004) refere que a depressão infantil só foi reconhecida como distúrbio mental em Agosto de 1979, no IV Congresso de Pedopsiquiatras Europeus realizado na cidade de Estocolmo, com o tema “Estados Depressivos na Infância e na Adolescência”. Apesar desta aparente discrepância, o importante a reter é que o interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é muito recente, uma vez que até à década de 70 acreditava-se que tal fenómeno fosse raro ou inexistente.

Por ser a perturbação psiquiátrica mais comum, tem sido muito referida como um dos maiores problemas de saúde. Segundo Fennell (1995, in Lobo, 2003), 75% das hospitalizações psiquiátricas são devidas a perturbações depressivas, considerando-se que cerca de 15 a 20% dos adultos experienciam, em determinada altura da vida, sintomatologia depressiva e pelo menos 12% têm depressão grave ao ponto de

necessitar de tratamento. A sua evolução tem sido de tal ordem que a própria OMS considera que a depressão irá ser, em 2020, a segunda causa de incapacidade global. Estima-se que em Portugal afecte cerca de 20% da população, enquanto que em todo o mundo serão cerca de 340 milhões (Lobo, 2003).

Por outro lado, é de destacar que existem algumas semelhanças entre a depressão e certos estados de humor pelos quais todos os indivíduos passam em determinada fase da vida.

“Aliás, a depressão é considerada como um desvio da normalidade, podendo ser medida através de um contínuo, que vai de leve a grave e, para que possa ser diagnosticada, tem, sobretudo, que ter uma duração de acordo com os critérios de diagnóstico, implicar perda da capacidade de funcionamento normal do indivíduo e verificar-se a recorrência da sintomatologia.” (Compas & Hammen, 1996, in Lobo, 2003, 114).

É importante ter presente que a depressão clínica difere do mero estado de humor abatido como reacção a alguma perda ou acontecimento que perturba o nosso dia. Um indivíduo deprimido pode chegar a perder a capacidade de reagir emocionalmente, desinteressando-se das actividades normais. A sua energia é reduzida pelo que qualquer tarefa é concretizada com esforço, contribuindo para a fuga às actividades normais. Outro aspecto importante a considerar é que estes indivíduos experimentam dificuldades de concentração e podem também ter a memória afectada (Fennell, 1995, in Lobo, 2003). Durante o Episódio Depressivo *Major* é comum que os indivíduos se apresentem com choro fácil, preocupados, irritáveis, com ruminações obsessivas, fobias, ansiosos, com preocupações excessivas sobre a sua saúde física, dores e até crises de pânico. Podem também ser afectadas as relações sociais e inclusivamente surgir problemas no funcionamento sexual (American Psychiatric Association, 2002). Já Morais e Confraria defendem que os pontos fundamentais da síndrome depressiva são: “(...) a diminuição da auto-estima e a auto-acusação; as perturbações psicomotoras, sendo mais frequente a lentificação psicomotora mas podendo também existir hiperactividade ou até agitação; as perturbações somáticas, sobretudo alterações do apetite ou do sono.” (1997, 54).

Apesar de não haver consenso em torno deste ponto, existem ainda estudos que apontam para o facto da prevalência da depressão ser superior na mulher, uma vez que “(...) é provável que, por factores genéticos e bioquímicos e com o forte reforço

cultural, o homem se organize de uma outra forma quanto à patologia depressiva, com as inevitáveis consequências intrapsíquicas.” (Prats, 1994, in Lobo, 2003, 120). Por sua vez, a American Psychiatric Association (2002) defende que esta diferença entre os dois géneros pode estar enviesada em virtude da maior pressão social que é exercida sobre os homens para que escondam os sintomas. Já no género feminino existirá uma maior facilidade, de uma forma geral, em procurarem auxílio e manifestarem os seus problemas. De facto, estudos recentes revelam que as adolescentes investem mais nos seus relacionamentos como fonte de apoio emocional e de identidade pessoal, o que as leva a sentir mais o *stress* interpessoal como uma ameaça ao seu próprio bem-estar, mostrando-se mais vulneráveis e reagindo com respostas depressivas ao *stress* (Dell’Aglío & Hutz, 2004; Malpique, Lima, Dulce, & Confraria, 2003). No entanto, durante a infância parece passar-se o inverso, sendo os sentimentos depressivos mais comuns entre os rapazes. Por sua vez, Steinberg (1999, in Dell’Aglío & Hutz, 2004) refere que há uma maior prevalência de desordens internalizantes (depressão) entre as raparigas e desordens externalizantes (comportamentos agressivos e abuso de drogas ou álcool) entre os rapazes. Já Baron e Campbell (1993, in Dell’Aglío & Hutz, 2004) destacam que as raparigas relatam mais sintomas subjectivos (como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade) e costumam ter mais preocupação com a popularidade, menos satisfação com a aparência e menos auto-estima, enquanto que os rapazes relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, demonstrando problemas de conduta (falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias).

Para Bahls (2002), na actualidade as perturbações depressivas em crianças e adolescentes são compreendidas como entidades fenomenológicas idênticas, facto resultante de estudos que definiram critérios diagnósticos semelhantes para estas faixas etárias. Já a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) considera que os sintomas básicos de um episódio depressivo *major* são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças, embora existam dados sugerindo que a predominância de sintomas característicos pode mudar de acordo com a idade. Também a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) considera as perturbações depressivas de forma idêntica em todos os grupos etários, ressalvando apenas a possibilidade de surgirem apresentações atípicas particularmente comuns no episódio depressivo na adolescência.

Todavia, são vários os autores que consideram que os sintomas variam com a idade, salientando a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento nos sintomas e comportamentos depressivos (Goodyer & Cooper, 1993; Kessler & Walters, 1998; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Sadler, 1991).

Contudo, os elementos ligados às manifestações depressivas na infância e puberdade escapam, muitas vezes, às malhas da observação pela diversidade e diferenças existentes entre a sintomatologia apresentada quando comparada com a do adulto (Fernandes, Ferronha & Machado, 1998; Passos & Machado, 2002). Segundo Compas e Hammen (1996, in Lobo, 2003), nas crianças e adolescentes é difícil encontrar uma perturbação depressiva “pura”, sendo muito comum estar associada à ansiedade. Também Kovacs (1985, in Lobo, 2003) corrobora esta tese, afirmando mesmo que a ansiedade é a patologia com a qual possui maior comorbilidade. Há mesmo quem defenda que a ansiedade não deve ser separada da depressão, em crianças e adolescentes, pelo que estas duas formas de afecto negativo não dever-se-iam distinguir.

A depressão nas crianças

Por tratar-se de um estado de solidão marcado pela falta de esperança, a depressão é vivenciada pelas crianças sem que ninguém se aperceba. O estado depressivo da criança leva a que os outros a encarem como sossegada e calma, características socialmente aceites e que encobrem a sua real condição. A ausência de manifestações exteriores faz com que nem sempre seja diagnosticada esta patologia, conduzindo à desvalorização da situação e à sua protelação pelos pais e professores. Isto porque a criança depressiva guarda para si sentimentos de falta de valor e esperança, pensamentos negativos, falta de motivação, sentimentos destrutivos e perigosos que podem conduzir à ideação suicida (Lobo, 2003).

Quanto às aptidões de socialização também se verifica uma acentuada diminuição, visto que estas crianças já não se divertem com as outras pessoas, sentindo-se diferentes. Concomitantemente, assiste-se à perda de apetite, problemas de sono, dificuldades de concentração e confusão de raciocínio. Não obstante, estas crianças podem tentar esconder os seus sentimentos, tornando-se demasiado activas e inquietas. Na tentativa de obter atenção podem até enveredar por comportamentos de “vadiagem”.

“Estes sintomas são completamente negados, sendo o objectivo provocar uma reacção nos outros, mesmo que negativa, na medida em que qualquer atenção é considerada melhor que nada.” (Lobo, 2003, 116). É importante também ter presente que os comentários negativos e as críticas nefastas podem funcionar quer como reforços (caso a criança já esteja deprimida), quer como focos de vulnerabilidade para toda a vida. Por outro lado, a repetição de experiências de insucesso/fracasso prejudica a auto-estima fazendo com que a criança encare a vida como um pesadelo.

De facto, a depressão não se manifesta do mesmo modo, de acordo com a idade da criança. Sá (2001, in Pires, 2004) refere que mesmo os fetos podem deprimir, devido à ansiedade maternal na gravidez pelo atraso no desenvolvimento fetal ou após o nascimento. Relativamente à primeira infância (0 a 2 anos), a depressão nos bebés manifesta-se pela recusa em alimentar-se, atraso no crescimento, no desenvolvimento psicomotor, da linguagem, perturbação do sono e afecções somáticas. Já na idade pré-escolar (2 a 6 anos), a perturbação depressiva apresenta-se através de perturbações de humor e perturbações vegetativas, incluindo comportamentos regressivos a todos os níveis, em particular a nível esfícteriano, motor e de linguagem.

Na idade pré-escolar (6-7 anos), a manifestação clínica predominante é representada pelos sintomas físicos, como dores (sobretudo de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Os sintomas físicos são seguidos por ansiedade (sobretudo ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperactividade, irritabilidade, alterações do sono e diminuição do apetite associada a um peso inadequado (Bahls, 2002; Pires, 2004). Alguns autores ainda referem, com menor frequência, a ocorrência de enurese e encoprese, fisionomia triste, comunicação deficiente, choro frequente, movimentos repetitivos e auto e hetero-agressividade. Assiste-se, então, à diminuição do prazer de brincar ou de ir para a pré-escola, o que se reflecte numa carência na aquisição de habilidades sociais próprias da idade. Embora a maioria dos autores considere que neste período não ocorrem ideação ou tentativas de suicídio, Shafii e Shaffi (1992, in Bahls, 2002) salientam que o comportamento auto-destrutivo como bater na cabeça repetidamente, morder-se, engolir objectos perigosos e a propensão para acidentes pode ser um equivalente ao suicídio em crianças que não verbalizam emoções. Todavia, a ideação suicida nesta faixa etária é considerada de ocorrência rara, podendo acontecer em casos especiais.

Na idade escolar (6/7 aos 12 anos), o humor depressivo já é verbalizado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Estas crianças apresentam uma aparência triste, choro fácil, fadiga, apatia, isolamento, rendimento escolar reduzido, ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer. Também podem manifestar dificuldade de concentração, queixas somáticas, perda de peso, insónia e sintomas psicóticos (alucinações auditivas depreciativas ou até delírios de culpa/pecado). A diminuição do desempenho poder-se-á dever ao decréscimo de concentração e interesse próprios do quadro depressivo. No domínio social é comum a criança não ter amigos, dizer que os colegas não gostam dela ou apresentar um apego exclusivo e excessivo a animais (Bahls, 2002; Pires, 2004). Pode surgir ainda uma inabilidade em divertir-se (anedonia), haver uma pobreza de relacionamento com os seus pares e uma baixa auto-estima.

É importante salientar que os professores são frequentemente os primeiros a perceber as modificações decorrentes da depressão nessas crianças. De facto, numa pesquisa sobre o rendimento escolar em crianças de nove a doze anos com sintomas depressivos, Bandim, Roazzi e Doménech (1998, in Bahls, 2002) constataram um prejuízo significativo no rendimento escolar em todas as disciplinas (sobretudo em Português e Ciências) quando comparados com crianças sem sintomas depressivos. Mas tanto em crianças na idade pré-escolar como escolar, a depressão pode tornar-se evidente através da observação dos temas das fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, onde os conteúdos predominantes são de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocríticas e morte (Shaffi & Shaffi, 1992, in Bahls, 2002).

A depressão nos adolescentes

A manifestação da depressão em adolescentes (após os doze anos), embora costume apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, também encerra importantes características fenomenológicas típicas da perturbação depressiva nesta fase da vida. Os adolescentes deprimidos nem sempre estão tristes, mas apresentam-se sobretudo irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva no seu comportamento.

Um estudo realizado em 1991 por Compas e seus colaboradores refere que se “(...) encontraram níveis mais baixos na percepção subjectiva de valor global, de adequação de comportamento e de aparência física em adolescentes de uma amostra

clínica (também com depressão), do que em adolescentes sem problemas.” (Lobo, 2003, 117). Tais resultados parecem indicar que a reduzida percepção subjectiva de competência, bem como um estilo atribucional de hostilidade, são características do estilo cognitivo de adolescentes com sintomas depressivos. Já Kazdin e Marciano (1998, in Bahls, 2002, 361) referem que “(...) mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado e ainda perda de energia, apatia e desinteresse importante, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, principalmente hipersonia, alterações de apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração”.

Outras características próprias desta fase são a diminuição do rendimento escolar, uma auto-estima negativa, ideias e tentativas de suicídio, bem como graves problemas de comportamento como o uso abusivo de álcool e drogas. O desenvolvimento do pensamento abstracto traz uma compreensão mais clara do fenómeno da morte, pelo que nos adolescentes depressivos ir-se-ão agudizar as ideias e tentativas de suicídio face à sua maior vulnerabilidade. Também Morais e Confraria (1997) referem que o jovem deprimido sofre habitualmente uma diminuição do desempenho escolar, uma vez que o rendimento académico é afectado pela falta de motivação, dificuldade de concentração, anedonia e lentificação psicomotora. Tudo isto conduz a uma maior dificuldade em consolidar a memória a longo prazo, dificultando a resolução dos testes, potenciando o agravamento da depressão e a diminuição da auto-estima.

“A exibição de sintomas [depressivos] refere-se predominantemente a sentimentos de rejeição, auto-desvalorização, negativismo, ideação e/ou intenção suicida, bem como alterações nas funções biológicas (sono e alimentação), desprazer e sentimentos de saturação escolar. Não parece existir, como manifestação de primeira linha nos referenciais depressivos nesta fase do desenvolvimento, nem a disforia do estado de ânimo, nem a conduta de isolamento com retroactividade relacional (...)” (Passos & Machado, 2002, 231).

Sadler (1991) chama a atenção para a diferença entre a manifestação depressiva em adolescentes do género feminino e masculino, salientando que as raparigas relatam mais sintomas subjectivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. Estas costumam apresentar maior preocupação com a popularidade, menor satisfação com a aparência e menor auto-estima, enquanto que os rapazes manifestam mais

sentimentos de desprezo, desafio e desdém, demonstrando problemas de conduta (absentismo às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias). É de destacar que o abuso de substâncias etílicas na adolescência pode ser um forte indicador de depressão.

No que concerne às consequências da depressão é de referir que as perturbações associadas mais comuns em crianças são as perturbações de ansiedade (sobretudo de separação), a perturbação de conduta, a perturbação “desafiador opositivo” e a perturbação de défice de atenção. Quanto aos adolescentes acrescentam-se as perturbações relacionadas com substâncias e as perturbações alimentares (Bahls, 2002; Goodyer & Cooper, 1993). Já Morais e Confraria (1997) ressaltam que a ansiedade, o abuso de drogas concomitantes e a falta de suporte familiar podem ser encarados quer como causas quer como consequências da depressão. Segundo Vieira (1995), 4.7% dos adolescentes dos 14 aos 16 anos desenvolvem uma perturbação afectiva, sendo que 20% destes possuem história de abuso de substâncias. Vieira aponta ainda quatro consequências de uma depressão na adolescência: “1) Baixo rendimento Escolar. 2) Dificuldades e pobreza na vida de relação na família, no grupo, na ligação heterossexual o que forçosamente se reflectirá na estruturação da personalidade. 3) Abuso de drogas e álcool. 4) Suicídio.” (Vieira, 1995, 56). Sabe-se também que a probabilidade de existirem perturbações associadas aumenta com a gravidade do quadro depressivo. Por outro lado, a sua presença costuma indicar uma evolução mais grave, bem como um prognóstico mais pobre (Shafii & Shaffi, 1992, in Bahls, 2002).

É de referir também o suicídio na criança e no adolescente, manifestação particularmente dramática e grave. Na actualidade observa-se a tendência para se denominar a tentativa de suicídio de comportamento auto-destrutivo deliberado (*Deliberate Self-Harm*). A ocorrência do comportamento suicida entre jovens parece estar a aumentar nas últimas décadas, destacando-se a adolescência como o período mais relacionado com a morte por causas violentas (Bahls, 2002). Segundo Morais e Confraria (1997) é notória a tendência das depressões na adolescência para a cronicidade e recorrência, sendo um factor de risco para a persistência da sintomatologia na idade adulta, bem como de morbilidade psicossocial a longo prazo.

Em suma, apesar de toda a subjectividade inerente, podem referir-se alguns sinais de alerta para a provável presença de quadro depressivo durante a adolescência: estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivos, períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com família e amigos, afastamento da escola ou diminuição abrupta do rendimento escolar, afastamento de actividades de grupo, abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, actividade sexual imprudente e fugas de casa (Sadler, 1991).

3.2. Génese da depressão

Por ser um fenómeno complexo e de natureza multifactorial, na génese da depressão concorrem inúmeros aspectos de índole genética, biológica, psicológica, social, entre outros. A influência dos factores genéticos é cada vez mais evidenciada, já que se tem encontrado uma maior incidência de perturbações do humor em famílias onde já existem antecedentes psicopatológicos (Fernandes, Ferronha & Machado, 1998). Um estudo de Gershon de 1980 encontrou uma incidência entre pais e filhos de 12 a 16%. Nos gémeos monozigóticos a concordância é de cerca de 70%, enquanto que nos gémeos dizigóticos se situa nos 25%. Estudos mais recentes têm encontrado uma associação significativa entre perturbações do humor e certos marcadores genéticos, no entanto o modo de transmissão e o conteúdo do que é herdado permanecem por esclarecer (Persad, 1988, in Meireles & Cameirão, 2005). “Num estudo familiar orientado por Elizabeth e Ronald Weller, 62% dos pais das crianças deprimidas tinham doença afectiva o que os torna pouco sensíveis ao despiste da depressão nos filhos.” (Fernandes, Ferronha & Machado, 1998, 42). De facto, de um modo geral o factor de risco mais importante para a depressão em crianças e adolescentes é a presença de depressão num dos pais (a existência de história familiar para depressão aumenta o risco em pelo menos três vezes), seguida por *stressores* ambientais como abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (Bahls, 2002).

Quanto aos factores biológicos, o estudo do papel dos neurotransmissores tem ocupado um lugar de destaque. Na actualidade, pensa-se que as monoaminas cerebrais alteradas (dopamina norepinefrina, serotonina e acetilcolina) estão envolvidas nas

perturbações do humor. Neste contexto, destaca-se que os estudos neuroendócrinos demonstram que os pacientes deprimidos tendem a possuir um nível diferente de actividade hipotalâmica (Meireles & Cameirão, 2005). No que concerne à influência da idade da maturação sexual, Malpique et al. (2003) realizaram um estudo com 46 adolescentes do género feminino (dos 11 aos 16 anos, utentes do Hospital Maria Pia do Porto, Hospital de Aveiro e de uma clínica privada), cuja puberdade fora precoce (menarca entre os 8 e os 11 anos), verificando que estas seriam mais vulneráveis à sintomatologia depressiva, teriam um autoconceito menor e uma percepção mais negativa do seu comportamento, estatuto intelectual, aparência física e desenvolvimento físico.

Meireles e Cameirão (2005) referem ainda que os factores psicológicos desempenham um papel importante na génese das perturbações do humor, sobretudo o sentimento de separação. No entanto, convém referir que por si só a separação não é suficiente para desencadear perturbações depressivas. Isto é, a separação é apenas um dos factores predisponentes ao aparecimento de *stress* e doenças depressivas.

“Ela [a depressão] pode também ser precipitada pela perda ou falha em obter amor, pelo experienciar de comportamentos ou sentimentos que podem fazer com que o sujeito se sinta culpado ou sem valor, ou até pelo falhanço em atingir metas realistas ou irrealistas. Há evidência clínica de que a separação do objecto amado pode favorecer o aparecimento da depressão, podendo-se destacar dois tipos fundamentais: a separação na idade adulta pode precipitar a depressão; a separação durante a infância pode predispor para o desenvolvimento da depressão na idade adulta.” (Meireles & Cameirão, 2005, 5)

Por outro lado, considera-se que os factores sociais têm influência na manifestação da depressão, estando esta correlacionada de forma positiva com acontecimentos como ser pai/mãe solteiro/a, desemprego e a ausência de relações íntimas (Meireles & Cameirão, 2005). O aspecto de maior relevo neste domínio é a falta de apoio familiar durante a infância e adolescência que tem sido relacionada com manifestações depressivas (Morais & Confraria, 1997). Nesse sentido, diversos estudos apontam para o fato de que vivências traumáticas na infância (como perda de vínculos afectivos devido à morte de pais ou irmãos, ou ainda, a privação de um ou de ambos os pais por separação ou abandono) seriam importantes factores associados à depressão na vida adulta (Bahls, 2002; Dell’Aglia & Hutz, 2004). Por outro lado, um contexto

familiar que se caracterize por trocas afectivas, intimidade e comunicação apropriada, tem sido identificado como um importante factor de protecção, auxiliando as crianças e adolescentes a manterem um senso de estabilidade e rotina frente a mudanças, mesmo que o relacionamento positivo seja apenas com um dos pais. Num estudo longitudinal com 550 adolescentes entre os 11 e 17 anos de idade dos EUA, Garrison et al. (1990, in Bahls, 2002) concluíram que no início da adolescência o ambiente familiar é um preditor mais importante de sintomas depressivos que os eventos *stressores* de vida.

Outro aspecto importante destacado por vários autores é o papel do grupo de amigos na instalação e remissão de um quadro depressivo. “Na adolescência, há uma relação directa entre depressão e diminuição da competência social. Assim, estudos mostram que adolescentes deprimidos passam menos tempo com amigos, têm menos ‘melhores amigos’ e que o humor depressivo dificulta o companheirismo e estabelecimento de relações íntimas.” (Morais & Confraria, 1997, 58).

Já Murphy et al. (1991, in La Rosa, 1998) apontaram para a importância do nível sócio-económico ao examinar a sua relação com a depressão, utilizando dados longitudinais obtidos com 593 adultos. Observaram que a depressão era maior nos sujeitos de nível sócio-económico baixo, quando comparados com os de classes sociais mais altas. Notaram ainda que a relação entre pobreza e depressão não só permanecia estável através do tempo, mas tendia a incrementar-se. De um modo similar, também Morais e Confraria (1997) referem que os adolescentes deprimidos provenientes de níveis sócio-económicos inferiores parecem ter uma maior tendência à recorrência do episódio depressivo.

Também o rendimento escolar pode trazer influir no desenvolvimento da depressão, na medida em que um bom desempenho ajuda a criança a melhorar a sua auto-estima, dando-lhe um sentimento de valor pessoal. Porém, se os pais ou outros adultos significativos a pressionam exigindo perfeição, esse mesmo desempenho escolar pode constituir um factor de vulnerabilidade. De igual modo, as experiências *stressantes* associadas ao ambiente escolar (situações de provas, competições, conflitos com companheiros ou professores) podem conduzir a resultados não saudáveis, como fobias, queixas somáticas e episódios depressivos (Dell’Aglia & Hutz, 2004). Já Abou-Nazel et al. (1991, in Bahls, 2002) tinham chegado a conclusões semelhantes quando investigaram 1.561 adolescentes estudantes no Egipto entre os 11 e os 17 anos de idade,

verificando que o rendimento académico baixo é um marcador de alto risco para a depressão nesta faixa etária.

Mas como surge a depressão?

Visando integrar os dados que iam emergindo das investigações realizadas foi-se assistindo à eclosão de inúmeros modelos cognitivo-comportamentais da depressão. Em 1953, Skinner analisou a depressão como um fenómeno de extinção resultante da interrupção de comportamentos que eram suportados por reforços sociais positivos – modelo de Skinner (Pinto Gouveia, 1990, in Lobo, 2003). Partindo destes pressupostos, os autores comportamentalistas procuraram desenvolver técnicas comportamentais de tratamento, surgindo em 1962 a primeira publicação sobre esta temática por Shapiro e colaboradores.

O modelo comportamental viria então a adquirir vários adeptos, como Wolpe que em 1971 definiu a depressão como resultante de ansiedade prolongada, fracasso em controlar situações interpessoais e do prolongamento de reacções normais de perda. Em 1973, Ferster concluía que esta perturbação teria origem na reduzida emissão de comportamentos operantes, algo que desorganizaria o sistema de reforços positivos do sujeito. Desta forma, o indivíduo iria colocar o seu comportamento em extinção, gerando um círculo vicioso que conduziria à depressão. Já em 1975, Lewinsohn iria defender que o indivíduo teria capacidade para emitir comportamentos interpessoais que originem um máximo de reforço social positivo e um mínimo de punição. “Os défices em aptidões deste tipo seriam, portanto, um factor de vulnerabilidade à Depressão, que surgiria quando, por qualquer razão, o sistema de reforços se desorganizasse e o indivíduo fosse menos capaz de originar fontes alternativas de reforço interpessoal.” (Pinto Gouveia, 1990, in Lobo, 2003, 122).

No mesmo ano, em 1975, seria descrito o modelo do desespero aprendido, quando Seligman propôs que a depressão resultaria da percepção do indivíduo da não contingência entre as suas respostas e as consequências. Perante a percepção de falta de controlo sobre os resultados, instalar-se-ia o desespero, entrando o sujeito em défice motivacional, o que levaria a que, gradualmente, deixasse de emitir respostas e se tornasse passivo face às estimulações (Rijo, 1996, in Lobo, 2003). Partindo destes pressupostos, em 1978, Abramson e colaboradores acrescentaram o facto dos

deprimidos tenderem a fazer atribuições internas, estáveis e globais para acontecimentos negativos e atribuições externas, instáveis e inespecíficas para acontecimentos positivos. Desta forma, as primeiras seriam explicações plausíveis para a vulnerabilidade face à depressão.

No entanto, é em 1977 que surge o modelo de autocontrolo da depressão defendido por Lynn Rehm, segundo o qual a vulnerabilidade à depressão resultaria do modo como o sujeito se auto-monitoriza, avalia e reforça o seu comportamento.

“(…) Depressão resultaria de problemas de autocontrolo em diversas áreas: monitorização selectiva dos acontecimentos negativos; monitorização selectiva das consequências imediatas do comportamento em oposição à monitorização das consequências a médio ou a longo prazo; utilização de critérios para a auto-avaliação demasiado restritos, atribuições incorrectas de responsabilidade; auto-reforço insuficiente; auto-punição excessiva.” (Pinto Gouveia, 1990, in Lobo, 2003, 123).

Todavia, na década de 70 assiste-se à *Revolução Cognitivista*, começando a valorizar-se mais a dimensão cognitiva no tratamento de perturbações mediadas pela ansiedade e pela depressão, o que reavivou a Teoria Cognitiva de Beck até então ignorada. Neste contexto, a depressão era entendida mais como um distúrbio do pensamento do que do afecto, ou seja, é um estado subjectivo que resulta da análise e avaliação dos estímulos internos e externos (Beck & Clark, 1999, in Lobo, 2003). Outro aspecto importante a reter refere-se ao facto da teoria cognitiva da depressão se fundamentar no Paradigma do Processamento da Informação que se baseia em esquemas para o funcionamento humano. Deste modo, a depressão era considerada como resultante “(…) da activação de esquemas depressogénicos por acontecimentos de vida negativos. Uma vez activados, estes esquemas vão levar a erros no processamento da informação, originando uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (Tríade Cognitiva), que seria a responsável por muitos outros sintomas.” (Lobo, 2003, 127). Destacam-se assim três conceitos fulcrais: tríade cognitiva, esquemas e erros no processamento da informação. Quanto à tríade cognitiva, esta será a característica fundamental da organização cognitiva na depressão, baseando-se em três padrões cognitivos que caracterizam o deprimido:

- Visão negativa de si mesmo, que está relacionada com o modo como o sujeito se percebe como desadequado, defeituoso, doente, incapaz, carente ou privado de atributos físicos, intelectuais e morais. Isto é, o

indivíduo assume que não tem valor, subestimando-se e considerando-se incapaz de ser feliz e se realizar pessoalmente.

- Visão negativa do mundo, pois a pessoa deprimida tende a avaliar as experiências de modo negativista, atribuindo-lhe um sentido de depreciação, frustração, perda ou fracasso. Desta forma, as interações com o meio são mal interpretadas e encaradas como demonstrações de derrota ou privação.
- Visão negativa do futuro, uma vez que o indivíduo deprimido, ao fazer projectos a longo prazo irá antecipar as dificuldades e o sofrimento. Isto é, “O futuro é conceptualizado como uma extensão e continuação do sofrimento e vai trazer-lhe somente fracassos, frustrações e privações.” (Lobo, 2003, 128).

Os esquemas depressogénicos estariam de início inactivos, mas iriam assumindo um papel progressivamente mais fulcral na organização do pensamento consoante o aumento de intensidade da depressão. Desta forma, os esquemas mal-adaptativos constituiriam uma predisposição para que o indivíduo deprimido distorcesse os acontecimentos e detivesse uma visão negativa da realidade (Beck, 1979, in Lobo, 2003).

O terceiro conceito chave deste modelo é o de “erros no processamento da informação”, que estarão subjacentes às distorções e conceptualizações erróneas da realidade, uma vez que ao actuarem de modo sistemático, automático e involuntário irão manter a crença em constructos negativistas. Neste contexto, Beck et al. (1979, in Lobo, 2003) enumera seis erros lógicos que surgem com frequência em indivíduos deprimidos: inferência arbitrária, abstracção selectiva, sobregeneralização, magnificação e minimização, personalização e pensamento dicotómico absolutista. Desta forma, a depressão “(...) será, antes, o estado final de activação de um conjunto de variáveis biológicas, desenvolvimentais, sociais e psicológicas que existem enquanto predisponentes e precipitantes.” (Fennell, 1995, in Lobo, 2003, 131).

Um sexto modelo que também surgiu com o intuito de explicar a génese da depressão é o modelo de Young, com notórias influências construtivistas. Este modelo integrativo, também designado de “terapia focada nos esquemas”, procurou colmatar alguns pontos fracos da Teoria Cognitiva de Beck ao propor um subconjunto de esquemas maladaptativos precoces, com as seguintes características: a) a maior parte

dos esquemas são crenças individuais sobre si em relação com o meio; b) estes esquemas auto-perpetuam-se e são muito resistentes à mudança; c) são esquemas disfuncionais e recorrentes, podendo conduzir a sofrimento psicológico, como a depressão; d) são activados por acontecimentos do meio relevantes para o esquema em causa; e) parecem ser resultantes de experiências disfuncionais com pais, pares e outras pessoas significativas, nos primeiros anos de vida, e não meramente o resultado de acontecimentos traumáticos (Young, 1990, 1999, in Lobo, 2003).

Por último, importa referir o contributo do modelo cognitivo-interpessoal de Safran, que eclodiu na tentativa de superar as controvérsias suscitadas pelos modelos anteriores ao apresentar o conceito de esquema interpessoal. Esta noção aproxima-se da defendida por Bowlby de que os sujeitos desenvolvem modelos internos da interacção eu-outro, a partir da interacção com figuras significativas. Isto é, “(...) as experiências vincutivas precoces de cada indivíduo organizam e orientam a forma como este, posteriormente, irá orientar e organizar o seu relacionamento interpessoal (...)” (Safran, 1991, in Lobo, 2003,137). Estes esquemas, com a ocorrência de experiências menos adaptativas, podem originar esquemas disfuncionais que tornem o indivíduo mais vulnerável à depressão.

Em jeito de conclusão pode apontar-se o estudo de Mericangaas e Angst (1995, in Dell’Aglío & Hutz, 2004) que enumeram alguns factores de risco e de protecção para o desenvolvimento da depressão. Assim, podem apontar-se algumas características do indivíduo e do próprio ambiente que parecem potenciar o risco de depressão: aumento da idade, ser do género feminino, baixo nível sócio-económico, traços de personalidade específicos e a presença de factores ambientais desencadeantes como a perda ou afastamento dos seus pais.

“Entre os factores individuais que parecem proteger os adolescentes da depressão estão: sucesso na vida escolar, envolvimento em actividades extracurriculares, competência social, auto-percepção positiva, competência intelectual, relações sociais positivas e suportes sociais adequados. Assim, a maior ou menor probabilidade de surgimento da depressão é vista como o resultado da interacção de uma série de condições ambientais, especialmente *stress*, perda e predisposições individuais.” (Steinberg, 1999, in Dell’Aglío & Hutz, 2004, 351).

3.3. Classificação das perturbações depressivas

Segundo a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), a depressão está incluída nas Perturbações do Humor, onde se destacam os conceitos de Episódio Depressivo *Major*, Perturbação Depressiva *Major*, Perturbação Ciclotímica (que alterna episódios de humor deprimido com episódios hipomaniacos, durante um período de cerca de dois anos) e Perturbação Distímica (em que o humor se apresenta irritável ou deprimido com dois ou mais sintomas típicos: perdas de apetite; perdas de energia; auto-estima baixa; insónias).

A CID-10 (Ballone, 2005), por sua vez, apresenta uma classificação semelhante, destacando seis grupos principais dentro dos episódios depressivos: Episódio depressivo leve, Episódio depressivo moderado, Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, Outros episódios depressivos e Episódio depressivo não especificado. Quanto às Perturbações Depressivas Recorrentes, estas subdividem-se em: episódio actual leve, episódio actual moderado, episódio actual grave sem sintomas psicóticos, episódio actual grave com sintomas psicóticos, actualmente em remissão, outras perturbações depressivas recorrentes, perturbação depressiva recorrente sem especificação.

No entanto, outras classificações foram sendo sugeridas, como a de Cytryn e Mcknew que “(...) elaboraram o esquema seguinte: depressão mascarada, frequente em crianças associadas a uma psicopatologia familiar severa; depressão aguda, frequente em crianças bem adaptadas previamente e associadas a uma psicopatologia familiar leve; depressão crónica, frequente em crianças com um ajustamento pobre e mórbido, em que um dos pais (pelo menos) se encontra clinicamente deprimido.” (Pires, 2004, 3).

Por sua vez, Matos (2001, in Pires, 2004) refere a existência de uma depressão amorfa (caracterizada pela queda libidinal, impossibilidade de maturação genital, dependência afectiva, ou roptura relacional restituída através da somatização e da comunicação operacional), uma depressão narcísia ou de inferioridade (baseada em sentimentos de inferioridade, ruína narcísica, idealização do outro e *desidealização* do próprio, presente nas culturas de êxito), uma depressão de culpabilidade ou masoquista (reflecte sentimentos de culpa e a inflexão interna da agressividade, com desculpabilização e idealização do objecto) e uma depressão psicótica (sentimento de

inutilidade do investimento afectivo porque o objecto é sentido como incapaz de se relacionar, por indiferença, rejeição ou agressividade).

Todavia, os principais conceitos neste domínio e os mais referidos nos estudos consultados são o Episódio Depressivo *Major* e a Perturbação Depressiva, pelo que ir-se-ão aprofundar com maior pormenor.

Episódio Depressivo Major

A característica essencial de um Episódio Depressivo *Major* é cingir-se a um período mínimo de duas semanas durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse/prazer por quase todas as actividades. Contudo, em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso; perturbações do sono; alteração da actividade psicomotora; fadiga ou diminuição da energia; sentimentos de inutilidade ou culpa; dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2002). O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. É importante referir ainda que os sintomas não podem ser devido ao luto, a menos que após a perda de um ente querido, os sintomas persistam por mais de 2 meses ou sejam caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

É importante ter em consideração a influência da cultura na manifestação dos sintomas depressivos. Por exemplo, em determinadas culturas a depressão pode ser vivenciada em termos somáticos, ao invés de tristeza ou culpa. A experiência depressiva pode expressar-se através de queixas de "nervosismo" e dores de cabeça (nas culturas latinas e mediterrâneas), de fraqueza, cansaço ou "desequilíbrio" (nas culturas chinesa e asiáticas), de problemas do "coração" (nas culturas do Médio-Oriente) ou de "coração partido" (entre os índios hopi americanos).

Perturbações Depressivas

As perturbações depressivas são, também, um subtipo de perturbação do humor, podendo ser recorrentes ou resumir-se a um episódio único. Os critérios necessários para o seu diagnóstico são sumariamente apresentados nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 – Critérios diagnósticos para perturbação depressiva *major*, episódio único
(adapt. American Psychiatric Association, 2002, 375)

A. Presença de um único Episódio Depressivo <i>Major</i>
B. O Episódio Depressivo <i>Major</i> não é melhor explicado por uma Perturbação Esquizoafetiva nem está sobreposto a Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.
C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma condição médica geral.

Quadro 6 – Critérios diagnósticos para perturbação depressiva *major*, recorrente
(adapt. American Psychiatric Association, 2002, 376)

A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.
B. Os Episódios Depressivos Maiores não são melhor explicados por Perturbação Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.
C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma condição médica geral.

A Perturbação Depressiva *Major* está associada a uma alta mortalidade, verificando-se que 15% dos indivíduos com um grau severo deste distúrbio morrem por suicídio. As evidências epidemiológicas sugerem ainda que o índice de mortalidade em indivíduos com mais de 55 anos portadores desta patologia pode ser quatro vezes superior. Por outro lado, entre os indivíduos observados em contextos médicos gerais,

aqueles que apresentam esta patologia manifestam mais dores, doenças físicas, bem como uma redução do funcionamento físico, social e de papéis (American Psychiatric Association, 2002). A Perturbação Depressiva *Major* pode ainda estar associada a doenças crónicas e à dependência de substâncias (particularmente de álcool ou cocaína). De facto, cerca de 20 a 25% dos indivíduos com diabetes, enfarte do miocárdio, carcinomas ou acidente vascular cerebral desenvolvem esta perturbação, o que torna o tratamento mais complexo e o prognóstico menos favorável (American Psychiatric Association, 2002).

Por outro lado, a Perturbação Depressiva *Major* (episódio Único ou Recorrente) é duas vezes mais comum em mulheres que em homens, excepto quando se considera a fase antes da adolescência onde já não se verifica esta discrepância. Assim, o risco para Perturbação Depressiva *Major* durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. Constata-se ainda que os índices de prevalência para este distúrbio parecem não ter relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil. No entanto, constata-se um aumento da prevalência no grupo etário dos 25 aos 44 anos e uma diminuição após os 65 anos. Apesar disso, a Perturbação Depressiva *Major* pode começar em qualquer idade, situando-se a média em torno dos 25 anos. O dado mais alarmante é o facto dos estudos epidemiológicos sugerirem que a idade de início está a baixar para os indivíduos nascidos nos anos mais recentes (American Psychiatric Association, 2002). De facto, estima-se que cerca de 2% das crianças e 10% dos adolescentes estejam deprimidos.

Concluindo: as perturbações depressivas são de difícil classificação, obedecendo a critérios rigorosos e a uma avaliação precisa. As principais classificações são as apresentadas pela DSM IV-TR e pela CID-10, assentando em conceitos como Episódio Depressivo e Perturbação Depressiva. Apesar das discrepâncias diagnósticas existentes entre as duas situações clínicas, de um modo geral têm na sua origem um acontecimento *stressor* psicossocial grave, como a morte de um ente querido ou divórcio. Os estudos sugerem que estas situações podem exercer um papel mais significativo na precipitação do primeiro ou segundo episódio de Perturbação Depressiva *Major* e ter um papel menor no início de episódios subsequentes (American Psychiatric Association, 2002).

No desenvolvimento desta patologia influi também o factor hereditário, verificando-se que é 1.5 a 3 vezes mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau.

3.4. Instrumentos de avaliação da depressão

Diagnosticar depressão num indivíduo e avaliar a gravidade dos sintomas depressivos são tarefas distintas (Calil & Pires, 1998). A primeira situação é marcada pela intenção de determinar a presença ou a ausência de um conjunto de características clínicas descritivas daquela patologia, recorrendo-se à entrevista clínica (livre, semi-estruturada ou estruturada). Já na segunda situação, o propósito é estimar quantitativamente a gravidade dos sintomas do sujeito diagnosticado com depressão. No entanto, avaliar os sintomas depressivos é imprescindível para a elaboração do diagnóstico (por mais operacionalizados que estejam os seus critérios), pelo que as escalas de avaliação da depressão podem ser importantes contributos nesse sentido, além de auxiliarem o acompanhamento do paciente e o resultado dos tratamentos (Calil & Pires, 1998).

As primeiras escalas de avaliação remontam ao final do século XIX, sendo desenvolvidas nas ciências comportamentais e utilizadas em áreas do conhecimento como a Psicologia e a Educação (Calil & Pires, 1998). Em 1920 surgiram algumas escalas específicas para avaliar doentes do foro psiquiátrico hospitalizados, mas é com o início das terapias somáticas (década de 30) e da psicofarmacoterapia (década de 50) que se deu a proliferação desses instrumentos, a ponto de ser difícil a sua selecção para um estudo específico. Estas escalas de avaliação de depressão podem ser de auto-avaliação, aplicadas por observadores, de avaliação global ou mistas (auto-avaliação e observador). Desta forma, quer se recorra aos julgamentos do próprio paciente, quer seja alguém que o conheça bem ou mesmo um observador profissional é sempre necessário haver padronização para que possibilitem as análises estatísticas e seja possível a comparação. A vantagem das escalas de auto-avaliação em pacientes com transtornos do humor reside no facto deles estarem numa posição única para fornecer informações sobre os seus sentimentos e humor (Calil & Pires, 1998). Todavia, podem apontar-se-lhes desvantagens óbvias: confiabilidade difícil de analisar; pressupõe

pacientes com certo grau de educação, cooperantes e sem uma psicopatologia grave; são muitos os pacientes que consideram difícil a avaliação da gravidade dos seus sintomas. Não obstante, de entre as escalas mais utilizadas podem enumerar-se:

“Inventário de Beck (Beck et al, 1961); Zung (1965); Lista de adjetivos para depressão (Lubin, 1965); Questionário de Levine-Pilowsky (Pilowsky et al, 1969); Escalas analógicas visuais (Aitken, 1969); Inventário Wakefield (Snaith et al, 1971); Escalas de von Zerssen (von Zerssen et al, 1974); Desesperança (Bech et al, 1974); Escala de Leeds (Snaith et al, 1976); Lista de sintomas de Hopkins-90 (Derogatis e Cleary, 1977); Carrol (Carrol et al, 1981); Prazer (Fawcett et al, 1983)” (Calil & Pires, 1998, 241).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original é composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (Gorenstein & Andrade, 1998). De entre as escalas aplicadas por um observador, a Escala de Hamilton tem sido a mais utilizada, apesar de poderem referir-se outras:

“Cronholme-Ottoson (Cronholme et al, 1960, 1974 modificada); Breve de Avaliação Psiquiátrica (Overall e Gornham, 1962); Bunney-Hamburg (1963); Inventário do estado depressivo de Zung (1972); Montgomery-Asberg (1979); Melancolia de Bech-Rafaelsen (1980); Depressão atípica (1982); Esquema para transtornos afetivos e esquizofrenia – formulário de mudanças (SADS-C; Endicott et al, 1981)” (Calil & Pires, 1998, 242).

Existem ainda escalas de avaliação global como: a Escala de Avaliação de Depressão de Três Dimensões de Raskin e colaboradores (de 1969); a Escala de Avaliação Global (de Endicott e colaboradores, em 1976); a Impressão Clínica Global (de Guy, em 1976); e uma mista – observador e auto-avaliação (de Wechsler, em 1963) (Calil & Pires, 1998).

Importa explicar que a avaliação dos sintomas depressivos depende das várias categorias de sintomas como (Thompson, 1989, in Calil & Pires, 1998): humor, sintomas vegetativos ou somáticos, motores, sociais, cognitivos, ansiedade e irritabilidade. Na escala de Hamilton a categoria humor representa apenas 8% do total dessa escala, enquanto que considera mais os sintomas vegetativos/somáticos (28%), cognitivos (28%) e ansiosos (16%). Contrariamente, a escala de Montgomery-Asberg centra-se na avaliação do humor (30%), dos sintomas vegetativos/somáticos (30%) e ansiosos (10%); enquanto a escala de Bech-Rafaelsen dá uma preponderância superior aos sintomas cognitivos (27%). É de salientar que nenhuma dessas três escalas inclui avaliação da categoria irritabilidade (Calil & Pires, 1998). Por último, destaca-se o Inventário de Depressão de Beck que valoriza mais a categoria dos sintomas cognitivos (52%), pelo fundamento teórico que o reveste.

Dessa forma, torna-se explícito que as diferenças entre as escalas de avaliação da depressão reflectem o modo como foram construídas e a abrangência que têm das várias categorias dos sintomas depressivos. A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton parece ser a mais utilizada a nível mundial, considerando ainda o número elevado de escalas que derivam de modificações desta. De facto, segundo Calil e Pires (1998) essa escala tornou-se o "padrão de ouro" para avaliar a gravidade da depressão, ao ponto das escalas desenvolvidas à posteriori serem-lhe comparadas quanto à confiabilidade e à validade. De início, Hamilton terá identificado 21 itens, mas concluiu que a avaliação da depressão deveria incluir apenas 17 deles cuja gravidade é anotada em escalas de 3 ou 5 pontos. Na realidade, nas últimas décadas a escala de Hamilton vem sendo utilizada em diversas versões. Uma dessas versões contém 24 itens, incluindo também desesperança, desamparo e autodesvalorização. Outra versão mais recente incorporou itens adicionais para a avaliação de sintomas "atípicos", bem como um guião para a entrevista estruturada com a finalidade de obter informações e preencher a Escala de Hamilton para depressão (Calil & Pires, 1998).

Por último importa referir o "Children's Depression Inventory" – CDI, um inventário de auto-resposta constituído por 27 itens que pode ser aplicado na avaliação da depressão em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos (Simões, 1999 in Lobo, 2003). Foi elaborado por Kovacs em 1983, tendo-se baseado no Inventário de Depressão de Beck, apesar dos itens relativos à libido terem

sido substituídos por outros relacionados com o rendimento escolar e com o relacionamento com os colegas. De referir que esta escala está já aferida para a população portuguesa e apresenta dados psicométricos muito satisfatórios.

Em suma, são vários os instrumentos à disposição dos investigadores para avaliar um constructo complexo e multidimensional como a depressão, no entanto cabe a cada um discernir aquele que melhor se adequa às características do estudo e da população.

3.5. Obesidade e depressão: estudos realizados

Relacionar a obesidade com a depressão tem sido uma tarefa a que alguns pesquisadores se têm dedicado. De facto, existem já algumas investigações neste sentido, apesar dos seus resultados não serem totalmente conclusivos.

Segundo Borges et al. (2000), os adolescentes obesos tendem a ostentar uma baixa de auto-estima, isolamento social, depressão e distúrbios de conduta. Também a tese de mestrado do médico Bacellar mostra a existência de uma forte relação entre obesidade e depressão. Cerca de 80% dos adolescentes de ambos os géneros com peso em excesso sofriam de depressão, contra 21% dos adolescentes com peso “normal” (Galante, 2002). Também Erermis, Cetin, Tamar, Bukusoglu, Akdeniz e Goksen (2004) investigaram 30 adolescentes obesos (utilizando, entre outras, a escala de depressão CDI), onde verificaram que 16 deles possuíam um diagnóstico da DSM-IV, envolvendo com frequência perturbações depressivas *major* (10 casos). Estes resultados demonstram que a incidência de psicopatologias (depressão, problemas de comportamento, baixa auto-estima) é maior entre os adolescentes obesos que nos não obesos.

Por sua vez, McElroy, Kotwal, Malhotra, Nelson, Keck e Nemeroff (2004) realizaram uma pesquisa bibliográfica onde procuraram relacionar obesidade com perturbações do humor. Os resultados sugerem que: crianças e adolescentes com perturbações depressivas *major* podem apresentar um risco aumentado de desenvolver excesso de peso; os obesos que procuram tratamentos de perda de peso podem ter um

risco elevado de perturbações depressivas e bipolares; nas mulheres, a obesidade está associada com perturbações depressivas major; a obesidade abdominal pode estar associada com sintomas depressivos; no entanto, a maioria dos indivíduos obesos ou com excesso de peso na comunidade não apresentam distúrbios de humor. De um modo geral, foi encontrada uma associação entre obesidade e distúrbios de humor em estudos de fenomenologia, comorbilidade, história familiar, biologia e resposta ao tratamento farmacológico a estas patologias.

Já Dong, Sanchez e Price (2004) realizaram um estudo com 2103 indivíduos euro-americanos e afro-americanos, envolvendo as suas famílias. Verificou-se que a obesidade mórbida estaria associada com um risco aumentado de depressão, mesmo depois do controlo das doenças físicas crónicas, depressão familiar e factores de risco demográficos.

É de salientar ainda que, no seu estudo (com 46 adolescentes do género feminino, dos 11 aos 16 anos, utentes do Hospital Maria Pia do Porto, Hospital de Aveiro e de uma clínica privada), Malpique et al. verificaram que “(...) as obesas se apresentavam mais deprimidas mas tinham melhor autoconceito que as segundas.” (2003, 34).

Quanto à pesquisa levada a cabo por Daniels (2005) com 17985 adolescentes dos EUA, os resultados vão num sentido diferente, uma vez que não foi encontrada qualquer relação significativa entre o IMC e a incidência de sintomas depressivos. Contudo, a percepção do peso (quer de excesso de peso, quer de baixo peso) já estava relacionada com níveis elevados de sintomas depressivos. Este estudo parece indicar que mais importante que o IMC no desenvolvimento de quadros psicopatológicos será a forma como os adolescentes percebem o seu peso.

Ou seja, pode concluir-se que está ainda numa fase inicial a investigação na área da obesidade direccionada para a depressão. De facto, os resultados obtidos estão longe ainda de ser conclusivos, pelo que se impõe uma análise mais profunda desta temática, procurando usar critérios uniformes e amostras representativas. No entanto, é importante destacar que o interesse sobre sinais e sintomas depressivos infanto-juvenis tem vindo a crescer, mas não em paralelo com as necessidades de intervenção, uma vez

que os indicadores apontam para o aumento do mal-estar psíquico nesses grupos etários (Passos & Machado, 2002).

4. Obesidade e rendimento escolar

Após estas considerações, impõe-se ainda um último ponto de análise, pois tal como Datar, Sturm e Magnabosco (2004) referem, os mecanismos inerentes à obesidade podem afectar outros aspectos da vida da criança como o desempenho académico (possivelmente até com consequências sociais mais adversas a longo termo). Nesta medida, ir-se-á fazer uma breve análise do contexto escolar nacional e dos factores associados antes de se proceder à revisão dos principais dados bibliográficos sobre esta temática.

4.1 Rendimento escolar: abordagem conceptual

“Traduzido pelas notas escolares, reflectindo as avaliações dos professores e espelhando os níveis de (in)sucesso, dele [rendimento escolar] depende a progressão na escolaridade, a opção por uma carreira, a satisfação pessoal, o interesse, a motivação, em geral.” (Figueira, 1994, 5).

Antes de se proceder a uma análise mais pormenorizada é necessário definir o conceito de modo inequívoco. Uma leitura rápida de algumas obras alusivas a este tema revela de imediato uma falta de consenso na distinção de conceitos, remetendo para termos distintos como rendimento escolar, rendimento académico, aproveitamento escolar, desempenho escolar, desempenho académico, sucesso escolar e sucesso académico. Tal como Afonso refere, esta temática é “(...) frequentemente polissémica, isto é, podendo esconder um leque de significados muito diferentes (...) uma vez que estes não são necessariamente produzidos a partir do mesmo paradigma teórico.” (1988, 41, in Costa, 1990, 7). As fronteiras existentes entre estes domínios (se é que existem) parecem ser muito ténues, constatando-se com frequência que a maioria dos investigadores utiliza de forma indiscriminada estes conceitos nas suas obras. Face à

diversidade de conceitos possíveis numa mesma área de estudo, facilmente surgem sobreposições, ficando patente a falta de clareza na operacionalização e definição dos objectos de estudo. Assim, a análise desta temática depara-se com impedimentos logo na fase inicial, no âmbito da pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica, dificuldades estas que reflectem as ambiguidades teóricas e metodológicas existentes. O principal problema reside na escolha do conceito ou referencial teórico que se pretende utilizar, não se tratando de um mero preciosismo semântico. Neste sentido, o conceito de rendimento escolar parece ser o que melhor se adequa aos objectivos desta pesquisa, pelo que tentar-se-á evitar a dispersão por conceitos similares.

Por rendimento escolar entende-se o proveito ou resultado que os estudantes obtêm da escola, ou seja, está relacionado com as classificações obtidas nas unidades disciplinares do currículo escolar (Costa & Melo, 1999). Segundo Figueira (1994), o rendimento escolar pode ser avaliado a partir das notas escolares, salientando-se o facto de sofrer influência de inúmeras variáveis. Apesar das notas escolares não serem, do ponto de vista psicométrico, a melhor avaliação académica, poderão ser utilizadas como indicadores por se relacionarem com as realidades de instrução e de aprendizagem da maioria das escolas. Já Veiga (1989 in Lobo, 2003) afirma existirem dois parâmetros importantes no aproveitamento ou rendimento escolar: as notas e o número de reprovações. Para Simões (1988, in Costa, 1990), o sistema educativo procura alcançar três objectivos principais: promover a instrução, a socialização e a estimulação global do desenvolvimento dos educandos. No contexto desta pesquisa, ir-se-á privilegiar a sua dimensão instrutiva, traduzida nas classificações finais, aprovações ou reprovações no final do ano lectivo.

Devido à complexidade do problema foram surgindo diversas abordagens de análise a partir de uma perspectiva remediativa. Em virtude do seu elevado número e extensão, Costa (1990) apresenta uma proposta de organização estruturada em quatro grandes parâmetros: dimensionalidade, direcção de influência, objectivo e nível de abordagem. Quanto à dimensionalidade (referente ao número de variáveis consideradas no estudo do fenómeno), as investigações podem ser unidimensionais (relação entre o rendimento escolar e uma outra variável) ou multidimensionais. Além deste aspecto, importa também considerar a direcção de influência que se traduz no facto do rendimento escolar ser considerado como influenciador, influenciado, ou

simultaneamente ambos, numa perspectiva interaccionista. Podem também ser apontados três tipos de objectivos a estas pesquisas: a) avaliar as variáveis envolvidas no rendimento escolar; b) intervir numa situação através da optimização do rendimento escolar; c) ou combinar a avaliação das relações entre as variáveis com a intervenção numa situação concreta. Por último, estas investigações podem também caracterizar-se quanto ao nível de abordagem: sócio-cultural, familiar ou pessoal.

De facto, perante a importância de tamanho constructo, os estudos sobre o rendimento escolar têm sido inúmeros, sendo constante a tentativa de explicação das variações verificadas. Desta forma, vão-se sucedendo teorias e modelos explicativos, tendo sido os primeiros caracterizados por perspectivas causais, reducionistas e deterministas da realização escolar (Figueira, 1994). Neste âmbito, salientam-se as teorias inatistas (centradas nos aspectos biológicos ou factores inatos, onde as realizações são determinadas pelas características do sujeito, sensoriais, de atenção ou de inteligência), perspectivas ambientalistas (centradas nos aspectos sociológicos/adquiridos, onde as realizações dependem da organização económico-social), teoria dos dons ou meritocrática e teoria da privação cultural (responsabilizam os alunos e o ambiente familiar), teoria socio-institucional (responsabilizam a própria instituição escolar), teoria político-organizacional (responsabilizam o sistema político-social). Apesar de se reconhecer indubitavelmente a contribuição de todos estes factores no rendimento escolar, revela-se impossível determinar o peso específico de cada um (Formosinho, 1985, in Figueira, 1994).

A tese da primazia da influência genética ou familiar terá sido das primeiras a vingar nos EUA, salientando-se neste âmbito o célebre Relatório de James Coleman que em 1966 apontava para o efeito restrito do tipo de instituição escolar no rendimento escolar. Em 1972, Christopher Jencks corroborou esta tese, defendendo a prevalência dos factores genéticos. No Reino Unido, em 1967, surgiu o Relatório Plowden que afirmava que a influência da família superava a da escola na determinação do rendimento escolar (Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000).

Actualmente, esta visão reducionista, unidimensional e defectológica cedeu lugar a uma perspectiva interaccionista e relacional, onde é enfatizado o sistema de relações recíprocas que se estabelecem entre o organismo e o meio, o sujeito e a situação. Abreu et al. (1989, in Figueira, 1994) refere ainda que o rendimento escolar é

um fenómeno relacional, de carácter político, cultural, institucional, psicopedagógico e sociopedagógico, pelo que é lícito afirmar-se que é um constructo multifacetado e idiossincrático.

4.2 Contexto escolar português

O contexto actual é marcado por uma crescente preocupação na tentativa de explicar o insucesso escolar, o qual tem sido denunciado pelos elevados índices de reprovação e evasão ocorridos nos últimos anos. Os problemas experienciados pelas crianças nessa situação são, na maioria das vezes, vivenciados como situação de fracasso, pois acabam por se sentir incapazes por não conseguirem obter êxito nas demandas escolares, gerando sentimentos de frustração e comportamentos inadaptados, entre outros. Em última instância, o fracasso decorrente de situações específicas pode-se traduzir num fracasso geral, culminando com o próprio abandono da escola (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003).

Recentemente, os distúrbios comportamentais têm-se tornado cada vez mais frequentes nas escolas portuguesas. Segundo Abreu (1998), este facto parece coincidir com uma mudança quantitativa do sistema educativo (alargamento da escolaridade obrigatória até ao nono ano, com a correspondente permanência dos jovens na escola pelo menos até aos 15 anos). Se esta “educação de massas” não pode ser encarada como factor explicativo deste fenómeno, constitui, todavia, uma condição potenciadora da emergência de sentimentos de frustração e de insatisfação, cujo acumular pode levar ao germinar de condutas potenciadoras de riscos para a saúde. Esta ideia é corroborada por Santos (2004), que considera que as crianças são sujeitas desde cedo à necessidade de, sucessivamente, se ir adaptando a instituições escolares diferentes, a ritmos escolares desadequados e a um clima de constante exigência, controlo e concorrência. Camacho refere mesmo que tal situação se deve a “Programas dessintonizados das realidades profissionais (...) ministrados em escolas gigantescas, por professores com formação deficiente, a turmas demasiado numerosas de alunos mal preparados.” (1988, 28, in Costa, 1990, 7).

Segundo os dados do Gabinete de Informação e Avaliação do Sistema Educativo (GIASE, 2005), a taxa de transição/conclusão no ensino secundário para o ano lectivo de 2002/2003 foi de 66.3% e a taxa de reprovação de 33.7%. Os dados revelam ainda que parece haver uma ligeira tendência para o decréscimo dos índices de reprovação (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Taxa de transição/conclusão no ensino secundário (GIASE, 2005,1)

Ensino Secundário (%)								Portugal
1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
78.7	66.9	64.3	64.4	64.0	63.2	60.6	62.6	66.3

É neste contexto que se impõem algumas considerações, em particular sobre a crise do sistema educativo e sobre o papel das escolas. A situação insatisfatória a nível do ensino faz-se sentir em todas as regiões do mundo, embora com *nuances* específicas. Relativamente a Portugal, são conhecidas as elevadas percentagens de insucesso e de abandono escolar, indicadores que, adicionados à curta durabilidade dos conhecimentos adquiridos, são reveladores da ineficácia estrutural do sistema educativo. De facto, várias investigações mostraram que as aprendizagens escolares, avaliadas em exames e certificadas com diplomas, caducam de modo célere, sendo inexistentes e incapazes de resolver situações práticas do quotidiano. Mas existem muitos outros indicadores de ineficácia e de mau funcionamento dos processos de ensino e de aprendizagem, como os fracos resultados dos estudantes portugueses em concursos internacionais, multiplicando-se os sinais de insatisfação (Abreu, 1998).

Santos (2004) refere mesmo que o ensino surge cada vez mais separado do contexto sócio-cultural, repartindo os alunos em disciplinas e afastando as escolas do meio comunitário. A escola basear-se-ia, portanto, numa *cultura livresca*, onde a transmissão de conhecimentos teóricos seria o objectivo e se privilegiaria a repetição e memorização, em detrimento das áreas cognitivas e emocionais dos alunos, recorrendo a metodologias que não desenvolvem a autonomia, reflexão, sentido crítico, trabalho cooperativo ou a criatividade.

É sabido que não existe uma lógica linear de causa efeito que justifique todos os problemas das escolas portuguesas, mas sim uma lógica de interacção e plurideterminação de vários factores. Contudo, parece incontornável que a “(...) escola

é geradora de condições de violência, designadamente por intermédio de práticas omnipresentes de avaliação classificativa que conduzem à exclusão, à desvalorização pessoal e à acumulação de situações de fracasso.” (Abreu, 1998, 137). Estas situações podem originar fontes persistentes de frustração e são potencializadas pela carência de situações de reconhecimento ou apreço de competências e talentos pessoais que todos possuem. Segundo o mesmo autor, a escola encontra-se concebida de forma a assegurar a transmissão de conhecimentos e a classificar os alunos a partir do nível de reprodução dos conhecimentos transmitidos, afastando-se da sua função de socialização. Deste modo, não se colocaria em foco a análise das relações interpessoais e afectivas que ocorrem no quotidiano da sala de aula e que podem ter um impacto subjectivo nefasto, estando na origem de um fraco rendimento escolar.

Santos (2004) afirma que a escola não é capaz de responder às expectativas, motivações e projectos dos alunos, referindo até que quem se afastar da escola marginaliza-se. Esta autora mantém um tom severo nas suas críticas, acusando a instituição escolar de adulterar a identidade do ensino ao levar a competitividade a um ponto insustentável, onde o ingresso na universidade seria incompatível com crises de adolescência. As críticas continuam, acusando a escola de ser um local onde o vazio comunicativo e de pertença a transformam num espaço sem identificação e despersonalizado. “A escola é, na generalidade, produtora de violência e de insucesso escolar.” (Santos, 2004, 168).

Assim sendo, Abreu refere que “(...) a escola é um espaço cultural complexo constituído por redes de relações interpessoais de múltiplos protagonistas (...)” e que engloba processos complexos no âmbito do desenvolvimento da personalidade dos alunos (1998, 146). Uma outra definição de escola considera-a como uma unidade funcional vivencial, uma instituição social com um sistema complexo de comportamentos relacionais. É constituída por um conjunto de normas e circuitos de informação, com hierarquias e relações de força definidas que criam em si a potencialidade da disfunção e da transgressão (Santos, 1994, in Santos, 2004). Gera-se, assim, uma dinâmica relacional capaz de influenciar o comportamento dos alunos, nomeadamente no que se refere aos seus hábitos de estudo, leitura, alimentares, desportivos, entre outros.

Perrenoud (1995, in Santos, 2004) assegura que para se sobreviver na escola é necessário salvaguardar as aparências para se ter paz, sabendo que a vida é muito mais que isso. Desta forma, os alunos vivem uma vida dupla compreendendo que terão maior liberdade e facilidades se se tornarem alunos “aceitáveis”. Este autor declara que ao ingressarem numa escola, os alunos têm de esquecer o que sabem antes de aprender, ocultando hábitos e costumes. Parece então que a escola não se responsabiliza pelos percursos escolares dos seus alunos, desvalorizando o facto de uns aprenderem e outros não. Estes não são implicados na organização interna da escola, sentindo as regras disciplinares como exteriores, não negociáveis e, por vezes, inúteis.

No entanto, Abreu (1998) defende que é possível implementar medidas de mudança tanto a nível quantitativo como qualitativo, que passariam por estratégias inovadoras de motivação, novos métodos de ensino, aprendizagem e avaliação. Estas alterações nas práticas pedagógicas são fulcrais para que se retirem condições geradoras de frustrações e dos diferentes tipos de indisciplina. Segundo ele, existe um enorme desfasamento entre o enquadramento legal do sistema educativo (que aponta a escola como sendo uma instituição com o fim de promover o desenvolvimento da personalidade global dos alunos) e a prática corrente. As reformas vão-se sucedendo mas apenas incidem sobre os conteúdos a transmitir e não sobre o modo como esses conteúdos podem ser aprendidos e ensinados.

“Com efeito, não só as percentagens de insucesso escolar continuaram elevadas nos diversos níveis do sistema, como também se mantiveram altas taxas de desistência e de abandono escolares. Além disso, apareceram novos indicadores de disfuncionamentos graves, reveladores da ineficácia estrutural do sistema e respeitantes à curta durabilidade dos conhecimentos adquiridos na escola.” (Abreu, 1998, 135).

4.3 Rendimento escolar: factores associados

O rendimento escolar, por ser um constructo complexo, é multifactorial estando associado a diversos aspectos. Todavia, torna-se quase impossível estabelecer uma relação causal *à priori*, uma vez que são várias as variáveis que contribuem para a sua variação, incidindo sobre os inúmeros aspectos da vida do indivíduo.

Actualmente, reconhece-se que as alterações afectivo-emocionais, motivacionais e de relacionamento interpessoal contribuem para o desenvolvimento de problemas no processo de aprendizagem. O autoconceito é, também, apontado como um dos factores nesse processo devido à sua função na dinâmica da personalidade do indivíduo e do seu papel como um regulador dos estados afectivos e motivacionais do comportamento. Dessa forma, as pesquisas vêm apontando para o facto de que um aluno que já vivenciou várias experiências de fracasso escolar tem uma baixa expectativa de sucesso, pouca persistência na realização das tarefas e apresenta uma auto-estima rebaixada. Em consequência, estará pouco motivado e nutrirá sentimentos negativos relativamente à escola, às tarefas e a si mesmo, apresentando diferenças significativas com os que não vivenciaram a experiência do fracasso (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003).

Simões e Vaz Serra (1987) defendem que quanto maior for a história de insucesso escolar, mais elevados serão os sentimentos de desencorajamento e frustração, podendo ser acompanhados de distúrbios psicológicos como a ansiedade e a depressão. Estes autores consideram ainda que o insucesso escolar pode ser consequência de um autoconceito pobre.

Já Rogers e Saklofske referem que as relações entre as experiências de insucesso escolar e características afectivas negativas podem ser de interacção recíproca. “(...) os alunos com dificuldades de aprendizagem podem ser envolvidos em círculos viciosos onde o fracasso escolar e as características afectivas negativas são mutuamente reforçantes.” (1985, in Simões & Vaz Serra, 1987, 237).

Por sua vez, Chapman e Boersma apontam para a importância do processo de generalização das percepções, ou seja “(...) as percepções de uma capacidade reduzida relativas a uma área em que o aluno vai mal (...) generalizam-se, por vezes, a outras matérias escolares (...) contribuindo para o desenvolvimento de atitudes negativas em relação à escola.” (1980, in Simões & Vaz Serra, 1987, 238).

Quanto ao papel dos professores, Simões e Vaz Serra (1987) salientam que o seu comportamento pode ser determinante, em particular pela ausência de reforços positivos susceptível de produzir comportamentos de indiferença e afastamento das tarefas nos alunos com pior rendimento, ajudando a perpetuar desempenhos medíocres e a manter o sentimento de fracasso que esses alunos incorporam como parte da sua auto-imagem.

De acordo com Holt (1982, in Boruchovitch, 1999), para que um aluno tenha um bom rendimento escolar é necessário que se tenha em consideração a consciência dos seus próprios processos mentais e do seu próprio grau de compreensão. Um aluno com desempenho escolar satisfatório, além de ser mais eficaz no uso e na selecção de estratégias de aprendizagem é sempre capaz de dizer que não entendeu algo, pois ele está constantemente a monitorizar a sua compreensão. Assim, a aquisição do conhecimento para os psicólogos cognitivos adeptos da Teoria do Processamento da Informação, implica que os indivíduos sejam capazes de ir além do conhecimento factual em direcção ao desenvolvimento de uma capacidade de pensar sobre os próprios pensamentos: metacognição e auto-regulação da aprendizagem (Boruchovitch, 1999).

As investigações de Mello (1983, in Boruchovitch, 1999) e Leite (1988, in Boruchovitch, 1999) indicam que, quando indagados sobre as possíveis causas do fracasso escolar, os educadores apontam como factores principais certas características do aluno, tais como: QI reduzido, subnutrição, imaturidade, problemas emocionais, abandono dos pais, falta de condições económicas, desorganização familiar, entre outros. Por outro lado, alguns pesquisadores enfatizam que não existem evidências de que problemas físicos, biológicos e psicológicos sejam os responsáveis pelas reprovações, contrariando os mitos das deficiências físicas, da desintegração dos lares, do atraso intelectual e da falta de prontidão (Boruchovitch, 1999).

Já Collares (1995, in Boruchovitch, 1999) salienta o quanto a visão “medicalizada” da sociedade e da escola tem contribuído para transformar um número elevado de crianças “normais” em doentes. Segundo a autora, as crianças que fracassam ou irão fracassar são identificadas logo no primeiro período, sendo classificadas ou “rotuladas” como detentoras de dificuldades de aprendizagem. Os estudos de Souza (1997, in Boruchovitch, 1999) também demonstram que professores, no início do processo de alfabetização de seus alunos, já tendem a considerar que esses apresentam dificuldades de aprendizagem, fazendo um pré-diagnóstico que não acredita na capacidade das crianças para aprender, além de as responsabilizar pelas suas dificuldades escolares. Na realidade, parece existir um ciclo vicioso entre professor e aluno que precisa ser quebrado: o professor tende a entrar na sala de aula, cheio de expectativas e preconceitos, não acreditando que aquele aluno, daquela camada social mais desfavorecida, seja capaz de aprender.

De facto, se o processo de ensino-aprendizagem não se efectiva é no aluno que se acaba por procurar as causas do fracasso. Todavia, localizar o fracasso no aluno estigmatiza alunos sadios, afectando o autoconceito e a auto-estima dos mesmos, além de perpetuar a situação. O aluno, por sua vez, com o acúmulo de fracassos escolares acaba por usar estratégias ego-defensivas para cada vez mais se distanciar do seu próprio processo de aprender. Em suma, se por um lado as explicações tradicionais do fracasso escolar atribuem a culpa ao aluno, desvalorizando o papel da escola e das demais condições de vida do mesmo, por outro existem evidências sólidas de que os alunos que "*fracassam*" na escola não são incapazes de raciocinar e aprender (Boruchovitch, 1999).

Convém aqui reforçar que o rendimento escolar é determinado tanto por condições externas ao indivíduo (e que indirectamente o afectam), como por condições internas ao mesmo. De entre as situações externas podem citar-se os factores de ordem sócio-económica das famílias dos estudantes (conducente à necessidade do trabalho infantil) e os factores de ordem sócio-institucional que vão desde as condições da estrutura física da escola até às questões administrativas, salariais e pedagógicas passando também pela formação do professor. Quanto aos factores de ordem interna ao indivíduo, destacam-se os relacionados com o desenvolvimento cognitivo e os de ordem afetivo-emocionais, motivacionais e de relacionamento (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003).

Assim sendo, o mais correcto será considerar que o rendimento escolar é um fenómeno complexo, determinado tanto por factores intra como extra-escolares. Os factores intra-escolares estarão mais associados às condições socio-económicas da população, podendo referir-se: a) distância cultural entre a escola pública e a população que esta atende, b) inadequação dos cursos de formação de professores, c) expectativas irrealistas dos professores, d) ineficácia dos métodos e práticas escolares, e) burocracia pedagógica, entre outros (Boruchovitch, 1999). Desta forma, a acção dos educadores poderá incidir mais directamente sobre os factores intra-escolares.

No que se refere aos efeitos da dimensão do estabelecimento de ensino sobre o rendimento escolar, surgem resultados controversos. De facto, enquanto que alguns investigadores referem que uma menor dimensão da instituição conduziria a um menor absentismo e uma maior participação em actividades circum-escolares, outros

investigadores apresentaram resultados contrários. Este impasse seria depois esclarecido por Rutter et al. (1979, in Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000) que descobriram que o efeito desta variável não seria directo mas sim mediado por outros factores organizacionais concorrentes. Outro aspecto controverso reporta-se à extensão e composição da turma. De facto, verificou-se que a redução do número de alunos por turma nem sempre acarreta efeitos positivos sobre o rendimento escolar, dependendo mais do perfil de competências de cada aluno (Rutter & Madge, 1976, in Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000). Quanto ao modelo de agrupamento academicamente mais eficaz, os estudos de Passow, Lunn e Jencks e colaboradores (Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000) realizados nas décadas de 60-70, apontam para o facto de que o rendimento escolar médio, em termos globais, não difere entre turmas homogéneas e heterogéneas, verificando-se apenas diferenças pontuais a nível individual.

Por sua vez, o estudo de Fullan (1991, in Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000) confirmou o papel essencial da participação alargada do corpo docente nas decisões referentes ao funcionamento da escola. Assim, seria benéfico a promoção de um estilo democrático a par de uma liderança forte que promova a coesão institucional. Foi também analisada a associação existente entre o rendimento escolar, as expectativas dos professores e a importância que atribuem à aprendizagem dos alunos, verificando-se uma relação positiva entre estes aspectos (Mortimore et al., 1988, in Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000). Por outro lado, o rendimento escolar surge associado à auto-percepção dos docentes sobre as suas competências e eficácia pedagógica (Bandura, 1992, in Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000). No estudo longitudinal de Rutter et al. constatou-se que “(...) os alunos tendiam a progredir mais nos estabelecimentos em que era dada grande importância aos aspectos pedagógicos.” (1979, in Taborda Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000, 411). Verificou-se ainda a existência de uma associação positiva entre o rendimento escolar e a actividade dos docentes na sala de aula, traduzida pela interacção com a turma, exposição frequente dos trabalhos dos alunos nas paredes, etc.

De facto, o conhecimento das dificuldades de aprendizagem dos alunos tem sofrido um incremento considerável, embora muito ainda exista por descrever. Neste contexto, novas concepções sobre o processo de ensino e aprendizagem vêm reforçando

a importância da influência das variáveis internas como as escolhas, crenças, expectativas e emoções, tanto daqueles que ensinam como daqueles que aprendem (Okano et al., 2004). Ou seja, quando se aborda a temática da aprendizagem e do rendimento escolar é fulcral ter em consideração os aspectos relativos à dimensão cognitiva e emocional do indivíduo, como a ansiedade, o autoconceito, a auto-estima, a crenças pessoais, etc. Também Roeser e Eccles (2000, in Stevanato et al., 2003) propõem que as dificuldades comportamentais e emocionais influenciam o desempenho acadêmico e afetam os sentimentos e comportamentos dos alunos. Tais dificuldades podem expressar-se de forma internalizada ou externalizada. Segundo Stevanato et al. (2003), as crianças que apresentam um rendimento escolar pobre e atribuem isso à incompetência pessoal apresentam sentimentos de vergonha, dúvidas sobre si mesmas e baixa auto-estima e distanciamento das demandas da aprendizagem, caracterizando problemas emocionais e comportamentos internalizados. Já aquelas que atribuem os problemas acadêmicos à influência externa de pessoas hostis experimentam sentimentos de raiva e distanciamento das demandas acadêmicas, expressando hostilidade relativamente aos outros. Verifica-se ainda que os sentimentos de frustração, inferioridade, raiva e agressividade perante o fracasso escolar podem resultar também em problemas comportamentais.

Chegados a este ponto, convém fazer uma breve reflexão sobre a importância das estratégias de aprendizagem no âmbito da promoção do rendimento escolar. As estratégias de aprendizagem são técnicas ou métodos que os estudantes utilizam para adquirir a informação. Podem ser definidas como sequências de procedimentos ou actividades seleccionadas com a finalidade de facilitar a aquisição, o armazenamento e/ou a utilização da informação. Alguns teóricos distinguem as estratégias cognitivas das metacognitivas. Para Dembo (1994, in Boruchovitch, 1999), enquanto as estratégias cognitivas se referem a comportamentos e pensamentos que influenciam o processo de aprendizagem de modo que a informação possa ser armazenada mais eficientemente, as estratégias metacognitivas são procedimentos que o indivíduo usa para planear, monitorizar e regular o seu próprio pensamento. Ao investigarem o que os alunos fazem quando aprendem, Zimmerman e Martinez-Pons (1986, in Boruchovitch, 1999) encontraram 14 tipos de estratégias: auto-avaliação, organização e transformação,

estabelecimento de metas e planeamento, busca de informação, registo de informação, auto-monitorização, organização do ambiente, busca de ajuda e revisão.

É possível ensinar todos os alunos a expandir notas de aulas, a sublinhar pontos importantes de um texto, a monitorizar a compreensão na hora da leitura, usar técnicas de memorização, fazer resumos, entre outras estratégias. Resultados de pesquisas revelam que o treino de estratégias de aprendizagem tem sido bem sucedido, pois é capaz de produzir tanto uma melhoria imediata no uso das estratégias envolvidas, quanto no rendimento escolar geral dos alunos (Boruchovitch, 1999). Todavia, certos teóricos salientam que conhecer as estratégias não é suficiente para melhorar o rendimento escolar dos estudantes, visto ser necessário que os alunos compreendam como e quando usá-las. Além disso, se por um lado o ensino de estratégias de aprendizagem é capaz de melhorar significativamente o rendimento escolar dos alunos, por outro lado não há dúvidas de que o mero treino de estratégias é infrutífero para se desenvolver a capacidade do aluno para aprender a aprender, se ao ensino de estratégias não forem acopladas estratégias de apoio afectivo destinadas a modificar variáveis psicológicas como: ansiedade, auto-eficácia, autoconceito, atribuição de causalidade. A importância deste aspecto é sintetizada por Da Silva e De Sá (1997, in Boruchovitch, 1999) que apontam o ensino de estratégias de aprendizagem como uma forma de ampliar perspectivas para uma potenciação da aprendizagem permitindo aos estudantes ultrapassar dificuldades pessoais e ambientais de forma a conseguir obter um maior sucesso escolar.

Ou seja, o rendimento escolar é um somatório da influência de diversos factores: quer de natureza biológica, quer cognitiva, passando pelos aspectos organizativos referentes à instituição escolar e às próprias estratégias de aprendizagem adoptadas pelos estudantes.

4.4 Obesidade e rendimento escolar: estudos realizados

Os trabalhos realizados sobre a relação existente entre a obesidade e o rendimento escolar são deveras escassos, pelo que esta temática carece de uma abordagem mais pormenorizada. De facto, as implicações cognitivas e, sobretudo, as

variáveis pedagógicas associadas à obesidade são uma área que só muito recentemente começa a merecer atenção por parte dos investigadores. “*Although it is well known that lower educational achievement among adults is associated with obesity, recent research has also reported that obese adolescents consider themselves worse students. It is less known whether these findings hold for younger children or when objective measures of school performance are used. To our knowledge, there are only two international studies that have examined related issues.*”⁵ (Datar, Sturm, & Magnabosco, 2004, 58).

No seu estudo, Tershakovec, Weller e Gallagher (1994) aferiram o nível nutricional, o desempenho escolar e o comportamento num grupo de crianças de raça negra. Utilizando o critério da prega tricípital, constatou-se que 35% das crianças eram obesas. Um dos principais resultados do estudo foi a constatação de que a proporção de crianças obesas nas turmas de educação especial era o dobro relativamente às crianças não-obesas.

Um ano depois, Li (1995) encetou uma pesquisa importante onde procurou investigar diferenças em medidas de inteligência e personalidade entre crianças obesas e de peso normal, numa escola primária chinesa. Para tal, foram utilizadas as escalas “*Wechsler Intelligence Scale (QI)*” para crianças (revista) e a “*Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*” que foram administradas a 102 crianças, com uma média de idades de 9.8 anos. Verificou-se que as crianças com obesidade mórbida apresentavam níveis menores de desempenho na escala de QI e níveis superiores de psicoses na escala EPQ (resultados significativos). Contudo, tais diferenças não foram constatadas em crianças com graus intermédios de obesidade. É de ressaltar ainda que o QI é uma medida de capacidade e, apesar de ser provável que afecte o desempenho escolar, não é um indicador do rendimento académico.

Também Mo-Suwan, Lebel, Puetpaiboon e Junjana (1999) analisaram a relação entre o nível de excesso de peso e o desempenho académico em crianças do 3º ao 9º ano da Tailândia. Para tal, foi calculado o IMC e considerados os resultados das disciplinas de matemática e de língua tailandesa. Constatou-se que ter excesso de peso durante a adolescência (do 7 ao 9º ano) estaria associado com um pobre rendimento escolar,

⁵ “Apesar de ser conhecido que o menor rendimento escolar entre adultos está associado com a obesidade, as pesquisas recentes têm também referido que os adolescentes obesos se consideram piores alunos. Todavia, já não se sabe se tais resultados se aplicarão a crianças mais novas ou quando se utilizam medidas de desempenho escolar objectivas. Que saibamos, apenas existem dois estudos internacionais que examinaram tais assuntos.”

enquanto que tal não se verificou nas crianças (3º ao 6º ano). Esses adolescentes teriam mesmo o dobro da probabilidade de terem um rendimento inferior. Podem referir-se ainda as conclusões do estudo de Tremblay, Inman, e Willms (2000, in Willms, 2004) que apontam para níveis inferiores de auto-estima e de rendimento académico em crianças obesas ou com excesso de peso.

Por sua vez, o estudo de Falkner et al. (2001), onde se correlacionaram os aspectos social, educacional e psicológico com o IMC de uma população adolescente, verificou que as raparigas obesas tinham 1.51 vezes mais probabilidade de ter reprovado um ano e 2.09 vezes mais probabilidade de se considerarem piores alunos; quanto aos rapazes obesos apresentavam 2.18 vezes mais probabilidade de esperarem desistir da escola e 1.46 vezes mais probabilidade de se considerarem piores alunos.

Crosnoe e Muller (2004) procederam a um estudo correlacional com o intuito de comprovarem a hipótese de que os adolescentes em risco de obesidade teriam um menor rendimento académico que os demais estudantes. Verificou-se que a associação longitudinal negativa entre o risco de obesidade e o rendimento era mais elevado em escolas onde a primazia fosse para a actividade romântica e para o menor tamanho corporal entre os estudantes e seria menor em escolas onde se sobrevalorizasse a participação atlética. Estes resultados foram inesperados, uma vez que ambos reflectem contextos escolares onde a estigmatização está presente.

Quanto a Datar, Sturm e Magnabosco (2004), estes investigadores realizaram um estudo onde procuraram analisar a associação entre o estado de excesso de peso de crianças no jardim-infantil e o seu rendimento académico, tanto no jardim-infantil como mais tarde no 1º ano. Para tal foram utilizadas técnicas de regressão múltipla para aferir a associação independente entre o estado de excesso de peso e os resultados de testes estandardizados de matemática e leitura. Concomitantemente, foram tidas em consideração outras variáveis como o nível socioeconómico, a interacção pais-filhos, o peso ao nascimento, a actividade física e o visionamento de televisão. Verificou-se que as crianças com excesso de peso apresentavam um significativo menor rendimento em testes de matemática e de leitura, quando comparadas com as crianças de peso normal. Todavia, outra conclusão importante foi que o excesso de peso seria um “marcador” mas não um factor causal, uma vez que as diferenças esbateram-se quando inseridas as variáveis socioeconómicas e comportamentais. Além disso, denotou-se que a etnia e a

educação materna seriam preditores mais fortes do rendimento escolar que o excesso de peso. Desta forma, as diferenças significativas encontradas nos resultados dos testes pelo nível de excesso de peso (tanto no jardim-infantil como no 1º ano) podem ser explicadas através de outras características individuais como a educação parental e o ambiente familiar. Contudo, Datar, Sturm e Magnabosco (2004) salientam que o facto do excesso de peso surgir associado ao menor rendimento escolar, pode contribuir para a estigmatização dos obesos logo nos primeiros anos de escola.

Quanto a Taras e Potts-Datema (2005), estes efectuaram um estudo de revisão bibliográfica com o intuito de analisar a associação entre a obesidade em crianças em idade escolar e os resultados académicos. Para tal foi considerado o desempenho escolar, bem como os índices de absentismo dos estudantes, verificando-se que o excesso de peso e a obesidade estão associados a níveis inferiores de rendimento escolar.

Contrariamente aos dados apresentados por estes estudos, existe uma outra pesquisa que encontrou evidências de uma relação oposta. Zoppi et al. (1995) examinaram o desempenho escolar de 936 crianças normais (431 rapazes e 434 raparigas) e de 71 crianças obesas, com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos de idade. Os resultados encontrados demonstraram que as raparigas possuíam um rendimento escolar superior aos rapazes ($p < 0.05$) e que os indivíduos obesos de ambos os géneros apresentaram um rendimento escolar superior às crianças normais ($p < 0.001$). Segundo os autores do estudo, tais resultados podem ser explicados tendo em consideração que uma boa frequência escolar implica: stress, que induz um mecanismo compensatório de hiperalimentação; menor actividade física. Uma outra explicação sugerida consiste em considerar que as crianças obesas encaram a escola de um modo mais diligente para que sejam melhor aceites e para contrabalançar a sua auto-imagem negativa.

Em suma, apesar de ainda não ser possível ter uma visão real das dimensões e contornos do problema, parecem haver indícios de que os indivíduos obesos podem apresentar índices de rendimento escolar diferentes dos seus pares. Não obstante, todos os investigadores são unânimes em considerar que futuras investigações são necessárias para que se possa dar uma resposta cabal à questão.

Com esta 1ª parte do trabalho (fundamentação teórica), procurou-se veicular a noção de que a adolescência é um período do desenvolvimento caracterizado por mudanças a vários níveis, nomeadamente no campo físico, cognitivo, identitário, moral e sócio-afectivo. Todavia, todas estas mudanças podem ainda ser influenciadas pela concomitância de determinadas patologias como a obesidade, uma doença crónica que assume proporções alarmantes a nível mundial e cujas repercussões se fazem sentir tanto a nível físico como psicológico. Assim sendo, parece pertinente analisar a relação existente entre a obesidade na adolescência, as variáveis psicológicas e o próprio rendimento escolar, problema este que serve de motivação para a 2ª parte deste trabalho, destinada à investigação empírica.