



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**  
*Especialização em Educação.*

**Título da Dissertação**  
**Comportamentos de Risco e Autoconceito na Adolescência**

Autor  
Sérgio Miguel Patrício Calado

**Orientador/a:**  
Constança Biscaia

10/12/12

É com muito orgulho e satisfação que passo a agradecer a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para que conclui-se mais um importante ciclo da minha vida.

Em primeiro lugar quero enaltecer e agradecer a qualidade de ensino da Universidade Évora. Agradeço especialmente à Prof<sup>a</sup> Constança Biscaia por tudo aquilo que me ensinou, pela motivação e por todas as orientações e indicações dadas e pelas dúvidas que me tirou na elaboração deste estudo. Quero agradecer também à Prof<sup>a</sup> Madalena Melo pela disponibilidade e profissionalismo que sempre revelou durante o meu percurso neste Mestrado.

Agradeço à direção, professores e alunos do Agrupamento onde foram recolhidos os dados para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos, pelo apoio, companheirismo e motivação.

A uma pessoa muito especial pela enorme motivação que sempre me incutiu durante a elaboração deste trabalho.

Por último quero agradecer aos meus pais pelo enorme esforço e sacrifício que realizaram, pelo homem e profissional que me tornaram. Sem eles nada seria possível. Obrigado pela dedicação, pelo amor, pela educação e motivação que sempre me deram. Obrigado por tudo...

Ao meu pai, como gostaria que estivesses presente...

## ÍNDICE GERAL

	Pág.
Dedicatória e Agradecimentos	I
Índice Geral	II
Índice dos Quadros	IV
Resumo	V
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	
<b>Enquadramento teórico</b>	3
<b>1. Adolescência e Desenvolvimento</b>	3
1.1 Processo de desenvolvimento na adolescência	3
1.2 Tarefas desenvolvimentistas na adolescência	4
<b>2. Adolescência e Autoconceito</b>	27
2.1 Autoconceito	27
2.2. Desenvolvimento do Autoconceito e Auto-estima na Adolescência	35
2.3. Investigações sobre a Associação do Autoconceito	38
<b>3. Adolescência, risco e comportamentos de risco</b>	41
3.1. Risco e Comportamentos de Risco na Adolescência	42
3.2 Fatores de Risco	45
3.3 Mudanças Individuais e suas Implicações Comportamentos de Risco	50
3.4 Dados Epidemiológicos	52
<b>4. Comportamentos de risco e autoconceito na adolescência</b>	62
<b>CAPITULO II</b>	
<b>1. Objetivos e hipóteses</b>	69
1.1. Delimitação do problema e definição das variáveis	69

<b>2. Metodologia</b>	70
2.1. Desenho da investigação	70
2.2. Amostra	72
2.3. Instrumentos utilizados	72
2.3.1. Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco	72
2.3.2 Escala de Autoconceito “Como é que eu sou”	73
<b>3. Procedimento</b>	73
<b>4. Apresentação e análise dos resultados</b>	74
4.1 Qualidades psicométricas e estatística descritiva do instrumento	74
4.1.1 Estudo da variável Comportamentos de Risco	74
4.1.2 Estudo da variável Autoconceito	77
4.2 Análise das Hipóteses	79
4.3 Discussão dos Resultados	81
<b>CONCLUSÃO</b>	85
<b>Referências Bibliográficas</b>	88
<b>Anexos</b>	

## ÍNDICE DOS QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1.</b> Distribuição dos Participantes por Sexo e Idade	71
<b>Quadro 2.</b> Alfas Cronbach Escala Comportamento de Saúde e Risco	74
<b>Quadro 3.</b> Estatística Descritiva Escala Comportamento de Saúde e Risco	75
<b>Quadro 4.</b> Resultados dos testes de Mann-Whitney ECSR	76
<b>Quadro 5.</b> Resultados dos testes de Kruskal-Wallis ECSR	76
<b>Quadro 6.</b> Alfas Cronbach Escala Autoconceito	77
<b>Quadro 7.</b> Estatística Descritiva Escala Autoconceito	77
<b>Quadro 8.</b> Resultados dos testes de Mann-Whitney Autoconceito	78
<b>Quadro 9.</b> Resultados dos testes de Kruskal-Wallis Autoconceito	78
<b>Quadro 10.</b> Correlações Autoconceito/ CSR	79
<b>Quadro 11.</b> Correlações Idade/ CSR	81

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo estudar os Comportamentos de Risco na adolescência, procurando perceber as eventuais relações entre estes e o Autoconceito. A amostra foi composta por 102 adolescentes, 39 do sexo masculino e 63 do sexo feminino. Como instrumentos foram utilizados a Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco (ECSR) de Albuquerque (2004), e ainda a Escala de Autoconceito “Como é que eu sou” (Martins, Peixoto, Mata e Monteiro, 1996). Conceptualizámos um estudo transversal e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental ou correlacional. Os resultados apontam apenas para a existência de associações entre algumas dimensões do Autoconceito e dos Comportamentos de Risco, tendo-se também verificado, que a idade influencia os comportamentos aditivos (ECSR).

## ABSTRACT

### **“Risk Behaviors and Self-perception in Adolescence”**

The present work has for objective to study the Risk Behavior in adolescence, trying to perceive the eventual relations between them and Self-perception. The sample was composed by 102 adolescents, 39 males and 63 females. As tools were used the Health and Risk Behavior Scale by Albuquerque (2004), and Self-Perception Profile for Children of Harter (1985), also accepted and adapted for the Portuguese population by Alves Martins, Peixoto, Mata & Monteiro (1996). We conceived a transversal study and proceed to a research that obeys to a characteristic design of a non experimental of correlational study. The results point only for the existence of associations of relation between some dimensions of self-perception and the risk behavior, also being noted that the age has an influence in the addiction behavior.

## INTRODUÇÃO

### *Contextualização do Estudo*

Todas as fases da vida são períodos em que estamos perante riscos. No entanto, a adolescência caracteriza-se por ser particularmente propícia a determinados riscos, dos quais são exemplo os consumos de álcool, as drogas, a gravidez precoce ou as doenças sexualmente transmissíveis.

Sendo a adolescência um período de mudanças, de novas experiências e de alargamento dos contextos, torna-se fundamental perceber quais os riscos a que estes jovens estão expostos e quais os fatores que aumentam a sua vulnerabilidade.

### *Delimitação do Tema*

Devido à importância crescente de estudar e compreender os adolescentes surgiu uma corrente de investigação, a partir dos anos 80, que iniciou o estudo dos comportamentos de risco. Esta é uma questão relevante, sobretudo porque os fatores principais associados à mortalidade e morbilidade, nos países desenvolvidos, nesta faixa etária prendem-se com fatores comportamentais (Igra & Irwin, 1996). Ou seja, nas últimas décadas, os comportamentos de risco dos adolescentes colocam em causa o seu estado de saúde e que podendo ter consequências negativas, como a morte, numa percentagem maior que os problemas de origem biomédica. Aliás, em termos médicos, considera-se que os adolescentes, em termos gerais, terão menos problemas de saúde quando comparados com as crianças ou os adultos (Diclemente, Hansen, & Ponton, 1996).

A noção de risco implica sempre uma possibilidade de perda, ainda que subjetiva, relacionada com a imprevisibilidade de resultados negativos de saúde. Por outro lado, os comportamentos de risco dos adolescentes têm implícita uma tomada de decisão e um carácter volitivo, dado que todos os comportamentos têm ações alternativas (Igra & Irwin, 1996).

Para os autores Richters & Weintraub (1990), os fatores de risco têm sido definidos como as variáveis ou atributos individuais ou situacionais, bem como do contexto ambiental que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos que comprometem a saúde, nas suas vertentes biológica, psicológica ou social.

Constitui um dado amplamente aceite, no campo da psicologia, que uma das tarefas do desenvolvimento, durante a adolescência, passa incontornavelmente pela formação de um autoconceito positivo e estável, enquanto indicador privilegiado de um desenvolvimento psicológico saudável (Aken, Lieshout & Haselager, 1996). Aliás, são inúmeros os autores que apoiam a ideia, segundo a qual o autoconceito é suscetível de condicionar o desenvolvimento cognitivo, social e académico dos indivíduos e de explicar, mediar e regular um extraordinário leque de comportamentos humanos (Carvalho, 1992; Hattie, 1992; Hayes, Crocker, & Kowalski, 1999; Rosenberg, 1981).

### *Problema de Investigação/ Pergunta de Partida*

Com a análise de alguns estudos, podemos observar que o autoconceito é uma variável extremamente importante no desenvolvimento global e consequentemente na regulação comportamental de cada indivíduo. Desta forma, este estudo tem como objetivo principal, verificar uma possível relação entre os comportamentos de risco na adolescência e os diferentes níveis de autoconceito.

## CAPITULO I

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 1. Adolescência e desenvolvimento

##### 1.1 *Processo de desenvolvimento na adolescência*

A adolescência é o período da vida que se situa entre a infância e a idade adulta, inicia-se com transformações da puberdade (por volta dos 11/12 anos) e termina com a entrada na vida adulta (entre os 18 e 21 anos), não estando o seu final claramente definido.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a adolescência como o período entre os 11 e 21 anos. Esse é o momento de desenvolvimento compreendido como o de transição da infância para a idade adulta. É o período em que se destaca o papel das variáveis biológicas, comportamentais e sociais.

Para Albuquerque (2004), a idade cronológica tem sido utilizada como marco no desenvolvimento humano por questões de conveniência objetiva, mas a idade não é uma variável desenvolvimentista propriamente dita. Não se entra na adolescência ao fazer-se 12 anos, nem se chega a adulto por se fazer 18,19 ou 20 anos. Os processos que covariam com a idade são mais importantes do que só a idade por si. Desta forma, a definição cronológica da adolescência tem algumas limitações quando usada isoladamente, mas é vantajosa quando introduzida num âmbito mais amplo. A adolescência envolve, invariavelmente, mudanças físicas e anatómicas, muitos definem-na simplesmente com base neste conjunto de mudanças.

Segundo Albuquerque (2004), a adolescência abrange vários períodos e idades, ao longo do qual as situações, as experiências e os processos que caracterizam a primeira parte da adolescência são necessariamente diferentes dos que caracterizam a última parte. Estas reflexões levaram alguns autores a sugerir uma distinção da adolescência em mais do que um único período, ou seja, diferenciaram o início, o meio e o final, numa tentativa para melhor entender a variação desenvolvimentista que inclui (Elliott & Feldman, 1990). O início da adolescência entre os 11-12 anos e os 13 anos que tipicamente pretende incluir as mudanças físicas da puberdade, o meio da adolescência entre os 14 e os 16 anos que inclui fundamentalmente uma progressão para uma maior independência e autonomia e o final da adolescência entre os 17 e os 18 anos, que pretende refletir o período em que os jovens completam a sua

escolaridade, começam a viver independentemente da família de origem assumindo as responsabilidades de adulto.

Em suma, podemos referir que os critérios utilizados para definir o início da adolescência são mais consensuais do que os critérios utilizados para o seu final e no qual há que ter em consideração não apenas o critério cronológico, mas todo o processo de transição e de mudanças que ocorrem nos domínios fisiológico, cognitivo, social, emocional, o seu inter-relacionamento e os contextos no qual ocorrem.

## *1.2 Tarefas desenvolvimentistas na adolescência*

### *O Processo de Desenvolvimento*

A urgência de descrever a adolescência para além das suas delimitações cronológicas levou a que vários autores se debruçassem sobre a essência do processo que ocorre durante este período denominado de adolescência.

Segundo Petersen (1988), um conceito central às mudanças desenvolvimentistas que ocorrem na adolescência é o conceito de transição desenvolvimentista. Chama-se transição desenvolvimentista ao período da vida no qual existe uma grande quantidade de mudanças no indivíduo e no meio social e que vão exigir à pessoa uma reorganização quer ao nível estrutural quer ao nível funcional (Rutter, 1994).

Segundo Rutter (1994), neste quadro conceptual, a transição desenvolvimentista na adolescência é encarada como envolvendo quer continuidade quer descontinuidade. Isto é, o desenvolvimento caracteriza-se por um crescimento que é contínuo (acumulação de comportamentos e experiências com o tempo) e onde não pode haver uma separação entre as características da criança e as suas características na adolescência, mas também descontínuo (patamares específicos à idade e saltos qualitativos em novas competências), uma vez que neste período da vida se fazem aquisições únicas, no que diz respeito aos vários domínios abrangidos por esta transição.

Nesta perspetiva, Elliott & Feldman (1990), referem que o período de vida da adolescência tem sido considerado uma transição desenvolvimentista importante, pois as modificações que lhe estão associadas ocorrem em todos os domínios do desenvolvimento (físico, social, emocional, cognitivo). Iniciam-se assim, vários processos simultâneos, desde uma maior autonomia e independência pessoal, à adaptação às próprias modificações físicas e psicológicas, ao estabelecimento de

relações mais fortes e elaboradas com os pares, às mudanças escolares. Em simultâneo, existem modificações no funcionamento emocional com o aparecimento de sentimentos e interesses completamente novos. Estas modificações são mais complexas pelo facto de o jovem estar a sujeito a mudanças também ao nível cognitivo e socio-cognitivo. Novas capacidades de pensamento fazem com que o adolescente se liberte da realidade física e concreta da infância e passe a estar mais habilitado em lidar com os aspetos hipotéticos e abstratos da realidade.

Novas situações e de maior complexidade emergem com maior frequência. O adolescente começa a entender (e a receber mensagens do exterior) que devido à sua aparência de adulto é suposto que se comporte como tal. Conforme se desloca do ambiente mais familiar para o ambiente dos grupos de pares, verifica que existem outros modelos de comportamentos, atitudes e regras (por vezes opostos) dos modelos parentais. Estas duplas mensagens de contextos tão diferenciados podem ser difíceis de conciliar e de integrar num “eu” coerente (Caissy,1994).

Desta forma, alguns autores afirmam que a designação mais apropriada para uma caracterização da adolescência será “mudança”. De facto, algumas das mais complexas modificações verificam-se na adolescência, conforme o corpo muda de criança para adulto, as relações com os outros obtêm novos significados e níveis de complexidade e o jovem torna-se cada vez mais independente e autónomo. Mais, as mudanças tendem a ser pervasivas ao longo de todas as áreas do seu desenvolvimento e algumas ocorrem muito rapidamente, relativamente ao ritmo com que ocorrem noutras fases da vida do indivíduo (Caissy,1994). Noutro sentido, as mudanças ocorrem tanto no indivíduo como no seu meio social. Isto é, muitas das mudanças da adolescência são inerentemente determinadas pelo seu desenvolvimento fisiológico, cognitivo e psicológico em geral, mas muitas são também definidas pelas mudanças no contexto social do indivíduo e pelos papéis e expectativas definidas por esse mesmo contexto.

Para Lerner (1991, cit. in Bizarro,1999), outro aspeto que descreve estas mudanças é que elas estão interdependentes. Mais precisamente as mudanças num domínio, por exemplo, no desenvolvimento cognitivo estão reciprocamente relacionadas com as mudanças desenvolvimentistas noutros domínios, por exemplo, na relação com os pais. Ou ainda, as mudanças no desenvolvimento fisiológico vão afetar o funcionamento social com os pares.

De facto, constata-se que as mudanças numa dimensão não só se relacionam com as mudanças nas outras, como também proporcionam as bases para essas modificações (Lerner & Hultsch,1983, cit. in Bizarro,1999). Estas inter-relações realçam a integração das mudanças que ocorrem em cada domínio, entre os vários

domínios entre si e ainda entre estes e o contexto social. Este período de transição é sobretudo relevante em termos desenvolvimentista devido à simultaneidade das mudanças, à multidimensionalidade dos domínios em que as mudanças surgem e ao inter-relacionamento das mudanças entre os vários domínios e entre estes e o meio social-contextual no qual o jovem está inserido (Graber & Brooks-Gunn, 1996).

Caracterizar a adolescência constitui compreender as mudanças que surgem nas várias áreas do seu desenvolvimento: biológico, psicológico, social, etc. Significa também considerar as influências potencialmente interrelacionáveis destas áreas em mudança.

Segundo Havigurst (1973, cit. in Bizarro,1999), as mudanças que são características desta fase de transição podem ser abordadas de modos muito diferentes. Um dos modos mais frequentes é o destaque no processo de crescimento ou desenvolvimento global e na obtenção de determinados comportamentos, atitudes ou papéis. Esta abordagem é exemplificada nos trabalhos deste, que propôs o conceito de tarefa desenvolvimentista. As tarefas desenvolvimentistas constituem-se num conjunto de situações ou objetivos, cujo domínio propende a estruturar as mudanças e por consequente a transição. Cada tarefa diz respeito a um desafio, a um problema ou a uma situação de adaptação guiada por uma mudança desenvolvimentista.

Desta forma, surgem das influências desenvolvimentistas (tais como o processo de maturação ou os acontecimentos de vida) que agem e interagem, mediadas pelo próprio indivíduo, para produzir o desenvolvimento ao longo da vida (Baltes & Reese, 1984, cit. in Albuquerque,1999).

Lerner & Hultsch (1983 cit. in Bizarro,1999), referem que estas tarefas são numerosas e diversas e tanto podem compreender situações aparentemente banais (por exemplo, conseguir ir sozinho para a escola) como outro tipo de situações mais complicadas (por exemplo, fazer uma escolha vocacional). Algumas tarefas emergem apenas pontualmente num dado momento do desenvolvimento do jovem (por exemplo, entrar numa nova escola), outras são mais duradouras e assentam em exigências mais prolongadas, (por exemplo, o envolvimento numa relação íntima). Tal como o seu nome indica, as tarefas desenvolvimentistas, estão relacionadas ao desenvolvimento e ao percurso de vida e a passagem e o domínio destas tarefas são fundamentais para que o próprio desenvolvimento ocorra de um modo equilibrado.

Esta questão remete-nos para outro conceito importante, da caracterização da adolescência, que é o conceito de adaptação. Assim, todas estas mudanças características desta fase de transição e que se podem traduzir por tarefas desenvolvimentistas, vão exigir uma adaptação por parte do sujeito que as vivência. A

adaptação significa que o jovem deve ser capaz de aprender ou modificar comportamentos, atitudes, cognições, emoções, como respostas às exigências desenvolvimentistas e ambientais a que estas tarefas estão associadas. As exigências das mudanças e da adaptação requerem competências ou recursos pessoais da parte do jovem (Elliott & Feldman,1990).

Para Hamburg (1990), a mudança e a adaptação durante esta fase do desenvolvimento são conceptualizadas como reorganizações qualitativas de competências ou recursos pessoais, numa progressão contínua de encontros com situações ou acontecimentos que estão incluídos nos contextos social, biológico, psicológico e cultural da própria pessoa. O mesmo autor refere que os aspetos físicos, sociais, psicológicos e comportamentais do seu desenvolvimento atual, devem ser com experiências anteriores, expectativas, significados subjetivos, emoções e motivos pessoais. Diferentes fatores são importantes neste processo de integração, designadamente os padrões parentais, os modelos dos pares, as normas sociais, o **autoconceito e a auto-estima**. Assim, o conceito de adaptação aqui referido é um conceito que surge da necessidade dupla de mudança e de estabilidade inerente ao próprio desenvolvimento e, do qual, vai depender o equilíbrio e o bem-estar psicológico do indivíduo.

Ao longo deste período, todos os adolescentes em determinados momentos são confrontados com tarefas que lhes trazem maior ou menor dificuldade e que podem alterar o seu bem-estar psicológico (Offer & Schonert-Reichi,1992, cit. in Bizarro,1999). Desta forma, estas circunstâncias de vida podem interferir com o seu desenvolvimento normal e com os níveis de adaptação. O sucesso da progressão desenvolvimentista depende de conseguir dominar ou atingir, gradualmente, as tarefas típicas das várias fases do seu desenvolvimento. Conseguir dominar eficazmente as tarefas de uma determinada fase, por exemplo, do início da adolescência, aumenta a probabilidade de êxito em tarefas posteriores designadamente no final da adolescência. O insucesso nessas tarefas pode contribuir para maiores dificuldades em fases posteriores da vida. Assim, saber lidar com as tarefas desenvolvimentistas conduzidas pelas mudanças associadas à transição é de uma importância fundamental (Brammer,1992, cit. in Albuquerque, 1999).

Segundo Dryfoos (1997), se alguns adolescentes são capazes de lidar com os desafios e exigências destas tarefas sem uma acentuada variação do seu bem-estar psicológico, outros haverá para quem estas novas situações podem provocar uma exaustão nos seus recursos físicos, emocionais, cognitivos e sociais (por exigirem esforços adaptativos pelo processo de mudança que estão a experienciar), refletindo-se em profundas alterações no seu equilíbrio e no seu bem-estar psicológico. As

consequências desfavoráveis óbvias são que estas alterações ao bem-estar psicológico podem ser prenunciador de desordens psicológicas mais graves que podem aparecer de várias formas (problemas comportamentais, emocionais, insucesso escolar, consumos excessivos).

Assim, conhecer a adolescência significa conhecer as mudanças que ocorrem durante este período nas várias áreas do desenvolvimento social, emocional, cognitivo, fisiológico e o seu inter-relacionamento com os contextos (familiar, escolar) em que ocorrem. Significa compreender as tarefas de desenvolvimento, as múltiplas mudanças envolvidas e os desafios adaptativos que são colocados ao adolescente nesta altura da vida.

Em seguida será apresentada uma breve caracterização da adolescência no âmbito do seu desenvolvimento físico, social, cognitivo, emocional e moral do período.

### *Desenvolvimento Físico*

Segundo Brooks-Gunn & Reiter (1990), as maiores e mais intensas modificações físicas acontecem entre o final da infância e o início da adolescência. Esta fase denomina-se por puberdade e corresponde ao tempo de maturação do sistema reprodutivo, ao surgimento das características sexuais secundárias e a modificações em todo o corpo. É no início da adolescência (11-13 anos) que estas alterações são mais acentuadas e, embora o desenvolvimento físico continue ao longo desta fase, o ritmo é mais lento, tornando-se cada vez menos pronunciado. Estas mudanças são acompanhadas por modificações nos comportamentos e atitudes. As mudanças físicas na adolescência afetam desta forma não só os comportamentos, como também, por exemplo, o desenvolvimento social e emocional.

As alterações físicas da puberdade estão entre as mudanças mais proeminentes da adolescência e podem ser uma fonte de preocupação provocando conseqüentes alterações no bem-estar psicológico para a maioria dos jovens (Cohen et al., 1989).

Galatzer-Levy & Cohler (1993, cit. in Bizarro, 1999) mencionam que estas alterações podem ser acentuadas pela influência das modificações que se operam nas percepções dos outros (pais, pares) para com os adolescentes. Isto é, verifica-se que o modo como os outros os percebem se altera consoante mudam o seu aspeto físico até aqui de criança e começam a possuir as características físicas de adulto e esta mudança na percepção é acompanhada também por mudanças nas atitudes e nos comportamentos. Desta forma, tendem a existir também transformações no próprio

jovem como resposta às reações dos outros face às mudanças da sua aparência física (Newton, 1995, cit. in Bizarro,1999).

A modificação do aspeto físico e a conseqüente aceitação do seu corpo é segundo Caissy (1994), o que pode provocar maiores dificuldades e conseqüentemente alterações no seu bem-estar psicológico.

Segundo os autores, Brooks-Gunn (1990), Caissy (1994) e Rogers (1981) (cit. in Bizarro,1999), de alguma forma, e apesar de todos os adolescentes serem afetados pelas modificações físicas da puberdade, a maioria das investigações feitas nesta área sugere que a maior ou menor preocupação com essas alterações e o impacto que vão ter no seu bem-estar psicológico dependem de quatro fatores:

**A rapidez das modificações** - as alterações físicas muito rápidas altera de tal maneira o corpo que o adolescente tem dificuldade em aceitar com igual rapidez o seu novo aspeto físico e em reestruturar a sua auto-imagem corporal;

**O desenvolvimento precoce ou tardio** - as preocupações tende a ser maiores quando se verificam desvios relativamente à média do grupo etário. Um dos fatores que mais dá segurança e auto-confiança é ser conforme ou semelhante aos seus pares. Os que têm uma maturação precoce ou tardia, relativamente à média, são mais afetados na sua auto-imagem e autoconceito o que vai influenciar as suas atitudes face a essas mudanças. Assim, todos os adolescentes se comparam com os seus pares e, interpretam o ser diferente com “ser inferior”. Segundo Brooks-Gunn & Reiter (1990), a autoconfiança, a auto-imagem física, o desenvolvimento psicológico e social, são assim afetados pelas diferenças individuais do início da puberdade e da rapidez do desenvolvimento físico, especialmente se são diferentes do que parece ser o normal.

**A imagem ideal** - é habitual na adolescência ter uma imagem ideal, isto é, de como se gostaria de ser. Estes ideais são reforçados pelos meios de comunicação social, família, pares e pelas atitudes culturais. Raramente esse ideal corresponde a uma realidade atingida e, quando existi comparação com o seu ideal, qualquer pormenor que se desvie da imagem que construiu para si próprio pode tornar-se motivo de preocupação;

**A avaliação social** - as atitudes do adolescente para com o seu corpo vão ser influenciadas pelo que pensa que as pessoas significativas da sua vida, principalmente os pares, pensam do seu aspeto físico.

Devemos assim realçar, que o desenvolvimento físico sexual na adolescência tem um impacto em quase todas as outras áreas. A sexualidade é um fenómeno multidimensional e é parte integrante da formação da identidade (Miller & Dyk, 1993, cit. in Bizarro,1999). Para se habituarem aos seus corpos em mudança os

adolescentes devem aprender as suas limitações, desenvolver competências, compreender os processos pelos quais estão a passar e integrar estes nas suas relações interpessoais.

### *Desenvolvimento Social*

O desenvolvimento social nesta fase abrange, essencialmente, o processo de aprendizagem de padrões de comportamentos e de atitudes, de acordo com as regras e as expectativas dos vários grupos sociais a que o jovem pertence.

O jovem deverá conquistar uma aquisição de comportamentos e de atitudes socialmente responsáveis e adaptados, deverá também ser capaz de estabelecer e manter relações interpessoais mais amadurecidas com pares de ambos os sexos e conseguir uma independência emocional dos pais ou de outros adultos de quem anteriormente era dependente (Caissy,1994).

Para Hartup (1989, cit. in Bizarro,1999), os processos de socialização e de relacionamento interpessoal na adolescência, envolvem novas tarefas e a maioria dos padrões de comportamento social aprendidos durante a infância não se adaptam na sua globalidade, ao tipo de relações sociais agora em causa. Desta forma, é necessário que o adolescente substitua, progressivamente, os seus comportamentos e atitudes características de criança, por outro mais adaptado ao seu novo estatuto desenvolvimentista. O desenvolvimento social do adolescente, as práticas parentais, as expectativas sociais e culturais (dos pares ou da família) e certos modelos (pares, pais, professores), são afetados por vários fatores. Na perspetiva do desenvolvimento social far-se-á referências a dois contextos, onde essencialmente ocorrem as maiores tarefas desenvolvimentistas: o contexto do relacionamento com os pares e o contexto do relacionamento familiar.

Relacionamento com os pares: Se na infância é importante que a criança tenha amigos, na adolescência esta influência assume um papel fundamental no processo de socialização (Hartup,1993). O grupo de pares visa a tornar-se uma entidade mais estruturada e organizada, e a relação com o grupo tem agora implicações mais claramente definidas. É no grupo de pares que se vão verificar de forma determinante aprendizagens de comportamentos e atitudes de socialização, pois ao fornecer condições para uma participação social, faculta oportunidades para o desenvolvimento de competências sociais. Segundo Hartup (1993), o grupo de pares é como que o palco onde o adolescente pode ensaiar e testar aptidões fundamentais para o desenvolvimento social. À luz das teorias do autoconceito de Harter, (1990), é também neste contexto que o adolescente reformula o seu autoconceito, pois é aqui que é avaliado pelos seus semelhantes, que não impõem algumas das críticas do mundo

dos adultos em relação às quais se tenta libertar. Noutra perspetiva, os valores são determinados por indivíduos da sua idade e não tanto pelos adultos, existindo assim uma maior identificação. As relações com os pares são assim essenciais para o desenvolvimento de uma identidade pessoal e de autonomia, conforme os adolescentes se tornam indivíduos independentes e se afastam progressivamente da estrutura familiar. O bem-estar psicológico do adolescente parece, segundo alguns autores, depender da relação com os seus pares. Vários estudos nesta área revelam que um adolescente que tenha problemas em relacionar-se com os seus pares, que esteja de alguma forma isolada do ponto de vista social, avalia-se invariavelmente de uma forma negativa (Harter,1993 cit. in Bizarro, 1999). Uma auto-avaliação negativa nesta área pode alastrar-se a outros domínios da sua vida levando a um autoconceito negativo mais global e a uma instabilidade emocional, os quais dificultam as tentativas de lidar de forma mais eficaz com situações que se lhes forem apresentadas. A necessidade de ter um grupo de pares, ou amigos ao qual pertença e que o aceite, pode ter por outro lado outras consequências, pois, faz sentir no adolescente a importância da aceitação social que assume agora um valor muito maior e que é fundamental para o seu bem-estar psicológico (Hartup 1993; Keef & Berndt, 1996, cit. in Bizarro, 1999).

Segundo Eisenberg et al (1991, cit. in Bizarro,1999; Hartup,1993), a relação com o grupo de pares não é apenas fundamental para o desenvolvimento do autoconceito e da auto-estima, mas também para o desenvolvimento das competências sociais. A longo prazo o valor da aprendizagem de competências sociais não está limitado ao desenvolvimento de um autoconceito favorável, influencia também o grau de sucesso que o jovem pode conquistar nas outras áreas da sua vida. Com a crescente complexidade da sua vida social e profissional, ele deve estar preparado para lidar com uma grande variedade de pessoas e situações. A forma de adaptação social desenvolvida na adolescência irá determinar, segundo vários estudos, o nível de adaptação social durante a vida adulta (Caissy,1995; Hartup,1993). Neste período da vida, os adolescentes passam, inevitavelmente, mais tempo com os pares. Tornando-se estes, nucleares para a sua vida conforme diminuem a dependência dos pais e da família em geral. Desta forma, devido às constantes necessidades de socialização, o adolescente muda de uma influência essencialmente parental para uma influência particularmente vinda do grupo de pares ou para uma interação e combinação de ambos. Habitualmente os dois grupos de influência (pais e pares) têm interesses, valores e regras diferentes, uma função essencial é saber lidar com os desafios, exigências e expectativas que qualquer um deles coloca, de modo a obter,

conjuntamente, uma autonomia e um relacionamento adequado com ambos os grupos.

Para Turiel (1985, cit. in Bizarro, 1999), o fortalecimento das relações com os pares no período da adolescência aumenta o potencial para a influência dos pares em termos da qualidade das soluções dadas aos problemas sociais, dos valores e das regras sócio-morais, agora em fase de maior reestruturação. Os pares têm por isso sido envolvidos numa diversidade de comportamentos de risco. Desta forma, tanto podem influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como podem ter uma influência negativa, por exemplo, ao pressionar para comportamentos de risco (Dryfoos,1997). Ainda em relação à auto-estima, Harter (1993, cit. in Bizarro, 1999), refere que o jovem tem tendência para se conformar ao grupo e às suas exigências, caso contrário, pode experienciar ansiedade, rejeição e baixa auto-estima.

A influência dos pares parece depender assim, quer da intensidade da sua pressão, quer da suscetibilidade do jovem a esta pressão. As investigações referem que esta suscetibilidade muda durante a adolescência, com um pico maior ocorrendo no início e no meio desta fase (Dryfoos,1997). Estes dois momentos da adolescência parecem ser de maior vulnerabilidade. O adolescente tem aqui uma nova tarefa que é possuir competências para avaliar as propostas do grupo, as atividades desenvolvidas, encontrar alternativas adequadas aos problemas, obtendo uma perspetiva crítica do que pode e quer aceitar, por oposição ao que não concorda e não pretende seguir (Collins & Laursen, 1992, cit. in Bizarro, 1999).

Se a conformidade dentro de limites moderados e de acordo com o nível de desenvolvimento e idade do adolescente é um curso importante para a socialização, a propensão para o excesso ou para um défice pode constituir-se num sinal de dificuldades em lidar com as situações de relacionamento interpessoal e estar relacionado ao receio de críticas negativas, a uma baixa auto-estima, tornando este processo mais complexo (Brown,1990; Harter,1993, cit. in Bizarro, 1999). Os adultos encaram por vezes, a tendência de conformidade ao grupo com alguma reserva e apreensão, criticando muitas das escolhas e preferências dos jovens associadas a esta tendência, o que lhes pode colocar maiores dificuldades devido à pressão das duas forças a que estão sujeitos, podendo por isso, provocar alterações no seu bem-estar psicológico (Walsh & Scheinkman,1993, cit. in Bizarro, 1999).

Na adolescência os jovens começam a dar mais importância à intimidade, a partilhar pensamentos e sentimentos íntimos, como se constata pelo aumento de referências à intimidade como base para a amizade. Neste processo de socialização, a construção de novas amizades, particularmente de amigas (os) íntimos torna-se

prioridade e de caracter central (Hartup,1993). Segundo Selman & Schultz (1990, cit. in Bizarro, 1999), apesar de muitos pais encararem estes vínculos aos amigos exageradas e coloquem problemas aos adolescentes por isso, a verdade é que se constituem em oportunidades de conversarem acerca dos seus interesses, expressarem sentimentos e opiniões, desabafar, sentirem-se compreendidos. Ter oportunidade de discutir os problemas livremente, analisar novas perspectivas, pode resultar numa análise das suas próprias posições e na promoção de um crescimento pessoal em termos sociais.

A importância psicológica das amizades na adolescência aumenta e a estrutura e a qualidade dessas amizades modificam-se. As conversas e discussões com os amigos oferecem novas exigências e desafios ao adolescente. O adolescente deixa de estar centrado em si e aprende a saber ouvir e estar atento aos problemas dos outros, a saber lidar com as críticas às suas opiniões e atitudes, e a pensar em soluções para os problemas sociais que se lhe deparam. Estas novas situações podem não ser fáceis de gerir e frequentemente poderão criar também problemas ao seu bem-estar psicológico (Hartup,1993).

Caissy (1994) menciona que o relacionamento heterossexual tornar-se num caso particular do relacionamento com os pares. Ainda que existam amizades com pessoas do sexo oposto desde a infância, é durante a adolescência que estas relações alcançam uma importância significativa. O interesse pelos pares do sexo oposto torna-se crescente, surge como resultado da maturação fisiológica e também das pressões e das expectativas sociais. Fazer a mudança de um relacionamento heterossexual infantil para um relacionamento heterossexual mais complexo implica a aprendizagem de novos comportamentos e atitudes, assimilar e aceitar a nova imagem de si como elemento participante numa relação mais íntima e saber lidar com os problemas e com as situações típicas deste importante período (Lerner & Lerner,1981, cit. in Bizarro, 1999). Os adolescentes estão também aqui muito atentos às comparações com os outros, à sua aparência física, ao ter ou não ter namorado (a). Estes fatores vão também influenciar o seu autoconceito e a sua auto-estima (Harter,1993, cit. in Bizarro, 1999).

O relacionamento heterossexual fornece durante a adolescência o contexto para o desenvolvimento do seu papel psicosssexual, este é sem dúvida um dos fatores importantes. As situações associadas aos namoros são tarefas que implicam para o adolescente saber estar com pessoas do sexo oposto, aprender novos comportamentos associados ao processo de dar e receber afeto, mas também aprender a valorizar-se como rapaz/rapariga num processo de clarificação da sua identidade psicosssexual (Miller & Dyk,1993, cit. in Bizarro, 1999).

Seiman & Schultz (1990, cit. in Bizarro, 1999) referem que pela primeira vez muitos jovens desenvolvem relações íntimas heterossexuais e os namoros podem tornar-se transtornantes levando a medos de rejeição, ansiedades pelo desempenho e pela falta de experiência. Saber resolver todas estas situações que surgem no relacionamento interpessoal com os pares, significa saber quais os padrões de comportamentos e de atitudes mais adequados. Essas competências são aprendidas gradualmente com a experiência e a prática nas situações sociais.

O jovem vai desta forma assimilando que apesar de existirem regras sociais, não há padrões de comportamentos universais e o que pode resultar num determinado local com um grupo de sujeitos pode já não ser adequado noutra local ou com outro grupo de sujeitos. Segundo Harter (1993 cit. in Bizarro, 1999), frequentemente, e como seria de esperar, os jovens não sabem o que fazer nas várias situações que se lhes deparam, sentindo-se inseguros e confusos. Esta incapacidade para lidar com as situações sociais pode provocar por vezes um isolamento, desenvolvendo-se uma atitude negativa face aos contactos sociais e também em relação ao seu autoconceito como indivíduo em interação com os seus pares.

Esta situação de isolamento social e de atitude negativa priva-os das oportunidades de aprender e desenvolver competências sociais, o que, por sua vez, aumenta ainda mais o seu isolamento e sentimento de diferença relativamente aos outros (Keefe & Berndt, 1996, cit. in Bizarro, 1999).

Segundo Albuquerque (2004), devido a estes fatores no contexto da relação com o grupo de pares surgem novas e complexas tarefas, relativamente às quais o jovem poderá ter alguns problemas de adaptação os quais, por sua vez, vão influenciar o seu bem-estar psicológico.

Relacionamento familiar: o adolescente tem como enorme missão no seu desenvolvimento, continuar a desempenhar no relacionamento familiar o seu papel de filho, com os direitos e obrigações que este papel implica e, ao mesmo tempo, abandonar o papel de criança dependente, assumindo progressivamente a posição de adulto autónomo e independente (Bizarro, 1999). Para Youniss (1994), durante este período é suposto que o jovem adolescente reorganize padrões de comportamentos e de atitudes e para conseguir-lo vai encontrar muitas situações que vão exigir adaptação da sua parte, o que nem sempre é fácil.

As tarefas mais complicadas de lidar e que podem causar transtorno ao bem-estar psicológico do jovem estão habitualmente associadas às questões da autonomia, do controle e das regras e valores da estrutura familiar. Ainda que muitos pais percebam que o adolescente deva ser autónomo, essas situações são lhes negadas frequentemente, provocando ressentimentos e uma atitude negativa dos jovens, o que

pode fomentar conflitos na estrutura familiar (Goodnow,1994, cit. in Bizarro, 1999). Desta forma, pode ser complicado para os pais aceitarem o anseio de independência e de autonomia do adolescente, associado ao prazer de estar com os pares, levando-os a limitar esta tendência e colocando o jovem numa posição de conflito interno (Emery,1992, cit. in Bizarro, 1999). Mas, este processo de independência e autonomia é progressivo porque o adolescente ainda está muito dependente dos pais.

Assim, e segundo Bizarro (1999), as situações que surgem podem ter um aspeto duplo para o jovem: por um lado, o desejo de afastamento do grupo familiar e de uma maior proximidade do grupo de pares querendo sentir liberdade para explorar novas relações e conceitos do seu eu, por outro, o desejo de permanecer como um elemento do grupo familiar que é valorizado e amado, mantendo os laços de afeto e apoio emocional que ainda necessita. Para Sampaio (1994), os jovens que experienciam uma ausência ou uma limitação das oportunidades para a autonomia, para uma participação nas tomadas de decisão e para as experiências de socialização com os pares, estão em maior risco de sofrerem consequências negativas do que aqueles que têm essas oportunidades.

Durante este processo do desenvolvimento, as questões associadas às relações familiares são renegociadas. As relações criança-pais são, habitualmente, assimétricas em termos de autoridade e de poder, mas, à medida que a criança cresce, necessita de ter mais responsabilidade por si própria. Numa conjuntura ideal os pais reforçam e estimulam este processo para uma crescente autonomia e independência. Contudo, é pouco provável que os processos de renegociação associados a estas trajetórias desenvolvimentistas sejam fáceis (Smetana, 1994, cit. in Bizarro, 1999).

As mudanças que surgem no seu mundo aumentam as oportunidades para experienciar independência fora de casa e passar mais tempo em relações que são mais simétricas em termos de poder interpessoal e autoridade ao contrário das relações mais assimétricas na sua estrutura familiar (Vernberg,1990, cit. in Bizarro, 1999).

Segundo Bizarro (1999), a exposição a um mais vasto sistema de crenças e valores, juntamente com uma maior maturidade cognitiva leva o adolescente a avaliar as relações interpessoais o que, o pode levar a questionar a legitimidade das regras parentais, a sua autoridade e a pressionar para uma relação mais simétrica. Muitos dos comportamentos dos adolescentes, tais como o questionar a autoridade e as suas regras são o modo através do qual aprendem a desenvolver as suas próprias interpretações e soluções para os problemas e situações, em vez de simplesmente aceitar as explicações dos adultos como antes fazia. Perante estas situações, os pais

podem tornar-se mais restritivos do que eram durante a infância, salientando ainda mais a assimetria entendida pelos jovens e podendo trazer, desta forma, alterações ao seu bem-estar psicológico. A maior ou menor dificuldade em lidar com a autoridade parental e suas regras, depende em larga escala, do estilo de disciplina parental (Smetana,1994 cit. in Bizarro, 1999).

Os estudos indicam que em ambientes demasiado autoritários, a clivagem entre pais e filhos é maior e o bem-estar psicológico do adolescente é mais afetado, pois não tem possibilidades para exercer os desejos de autonomia e de independência e suas opiniões. Pelo contrário, ambientes demasiado passivos e permissivos, onde o controlo parental não existe, dar ao adolescente a percepção de que pode fazer o que quer e, por isso, cometer mais erros do que os outros que têm algumas regras já estruturadas. Como podemos verificar, cada um dos extremos educativos pode trazer dificuldades acrescidas ao jovem e pode causar desequilíbrios no seu bem-estar psicológico (Steinberg,1990, cit. in Bizarro, 1999).

A diferença de perspetivas entre pais e filhos, devido às mudanças sociais e culturais, implica, habitualmente, que pais e filhos percecionem o mundo de forma diferente. O adolescente tem aqui de conseguir integrar os valores da estrutura familiar onde ainda está inserido, com os valores do grupo de pares ao qual deseja pertencer e que muitas vezes são diferentes (Caissy,1994). Encontrar um equilíbrio aceitável entre uns e outros de modo a reduzir a discrepância é uma tarefa, por vezes, nada fácil e que pode alterar também o bem-estar psicológico.

Desta forma, as modificações na família durante a adolescência podem ser descritas como uma transformação nas relações pais-filhos na qual o adolescente progressivamente torna-se mais autónomo e assume mais independência. Esta transformação representa um desafio desenvolvimentista para todos os membros da família, mas particularmente para o adolescente (Steinberg,1990; Walsh & Scheinkman,1993, cit. in Bizarro, 1999)

### *Desenvolvimento Cognitivo*

Segundo Piaget (1972, cit. in Bizarro, 1999), a criança antes de entrar na puberdade, possui um pensamento de tipo concreto, organiza a informação à volta de conceitos e categorias que são visíveis e identificáveis, necessitando de um contacto direto com as situações, acontecimentos e pessoas para que possam ser representadas na sua mente. A criança tende a ter padrões de pensamento rígidos, pensa, particularmente, em termos de “aqui e agora” e com dificuldade visualiza e projeta alternativas e possibilidades para o futuro. Com a entrada na adolescência a criança vai desenvolvendo as características intelectuais de um adulto, isto é, de um

pensador formal. Adquire competência para pensar e formar ideias acerca do que não é concreto e visível. Torna-se capaz de visualizar, conceptualizar, hipotizar e pensar de um modo abstrato. O pensamento formal caracteriza assim a adolescência, onde a pessoa é capaz de gerar hipóteses, considerar possibilidades para soluções alternativas e pensar em possíveis implicações das ações. Com o pensamento formal, o adolescente desenvolve também um sentido de perspectiva e de tempo (Dryfoos,1997). Para Guerra (1993), o seu pensamento desenvolve-se sendo capaz de considerar uma perspectiva temporal mais extensa, em vez de estar centrado no “aqui e agora”

Neste período da vida, o “eu” do adolescente tornar-se alvo de uma maior atenção, sendo esta, outra característica associada ao desenvolvimento cognitivo. A maior auto-consciência e egocentrismo têm estado associada a duas ideias típicas dos adolescentes: a fábula pessoal e a audiência imaginária (Eikind & Bowen, 1979, cit. in Dryfoos,1997). A fábula pessoal refere-se à ideia que o adolescente tem de que é único, que ninguém passou pelas mesmas situações e teve os mesmos pensamentos ou emoções. Para alguns adolescentes, esta perspectiva de pessoa diferente e única, com características especiais, estende-se ao seu pensamento sobre comportamentos de risco, no qual se vêm imunes aos perigos e às ameaças que afetam todos os outros (Dryfoos,1997). A audiência imaginária reporta-se à ideia de que os outros estão tão preocupados com a sua aparência, comportamentos e atitudes, como ele próprio está e reflete-se numa auto-consciência e numa atenção aos outros excessiva. Os estudos têm revelado que esta ideia da audiência imaginária é mais evidente nas raparigas do que nos rapazes e que tem o seu pico no início e meio da adolescência diminuindo progressivamente com a idade (Newton, 1995, cit. in Bizarro, 1999)

As investigações indicam também para que esta mudança no desenvolvimento cognitivo, particularmente a maior auto-consciência, egocentrismo e as duas crenças típicas associadas, podem trazer ao adolescente algumas dificuldades e por consequência alterações ao seu bem-estar psicológico. Têm estado associadas a um maior isolamento social, preocupação em ser aceite pelos outros, dificuldades em agir segundo os seus próprios padrões e sobrestimação da importância dos outros (Compas, Connor & Wadsworth 1997, cit. in Bizarro, 1999). Centrar-se em si próprio é ter determinadas concepções acerca do mundo mantendo-as de tal modo, que as evidências que vão contra elas são ignoradas ou transformadas (Eikind,1974, cit. in Bizarro, 1999).

O jovem começa progressivamente a usar formas mais elaboradas de processar a informação, tomar decisões, resolver problemas, separando os seus pontos de vista pessoais dos pontos de vista dos outros. Adquirem agora um maior potencial para

compreender a natureza das relações sociais (Damon & Hart 1982, cit. in Bizarro, 1999). Para Turiel (1989, cit in Bizarro, 1999), o pensamento converte-se em mais relativo, menos absoluto e mais auto-reflexivo. Esta fase do desenvolvimento cognitivo está também associada a uma maior capacidade metacognitiva: Os jovens são agora mais entendidos dos seus próprios processos de pensamento e são capazes de os analisar com maior subtilidade (Flaveli,1985, cit. in Dryfoos, 1997).

Segundo Selman (1980, cit. in Bizarro, 1999), para além de influenciar as perceções no domínio cognitivo, as mudanças nas capacidades mentais têm repercussões para as perceções no domínio social. O jovem obtém a capacidade de pensar sobre o que os outros sentem e pensam acerca de si próprio e dos seus comportamentos. Desenvolve-se a capacidade de assumir a perspetiva do outro e de coordená-la com a sua própria perspetiva.

Deixando uma posição mais egocêntrica, o jovem considera simultaneamente a sua perspetiva e a dos outros. O adolescente passa a ser capaz de avaliar o seu comportamento como um objeto visto através dos olhos dos outros. Quando o adolescente desenvolve uma perceção mais acuidada das avaliações dos outros e conforme deixa de ser tão egocêntrico, os outros também começam a ser vistos de um modo mais complexo e abstrato e os comportamentos são interpretados como tendo motivos subjacentes. Desta forma, à medida que aumenta as suas capacidades cognitivas para interpretar e julgar os pensamentos subjacentes dos outros, a maior aptidão para discriminar os sentimentos e as perceções de si próprio, dos sentimentos e perceções dos outros para consigo próprio, vai ampliando e aprofundando o seu conhecimento e compreensão da complexidade das relações sociais (Flaveli,1985, cit. in Dryfoos, 1997).

Soares e Campos (1986) referem que a competência de ter em conta os pensamentos e perspetivas dos outros em circunstâncias sociais tem sido encarado como um dos aspetos nucleares do desenvolvimento socio-cognitivo do adolescente. O desenvolvimento cognitivo social adquire desta forma um papel preponderante no que concerne ao estudo do desenvolvimento social dos adolescentes. Por "cognição social" entendemos, em sentido lato, os processos cognitivos cujo conteúdo se refere a objetos sociais, sejam eles pessoas, grupos ou acontecimentos sociais (Augoustinos & Walker,1995, cit. in Bizarro, 1999).

O desenvolvimento social adquire particular relevância na adolescência, já que este período envolve uma grande expansão na extensão e complexidade da sua vida social (Jackson e Rodriguez-Tomé 1993, cit. in Dryfoos,1997). Ou seja, para estes autores, falar de adolescência implica falar no envolvimento do adolescente com uma variedade crescente de novos "mundos sociais". Para Soares (1996), destacam-se

assim: a natureza das relações com os pais que se caracterizam por uma mudança no sentido de uma crescente independência e autonomia, os pais passam a ocupar um papel mais central em muitas das áreas de vida do adolescente para além de que são exploradas novas possibilidades de contacto com os pares (Bizarro, 1999); a quantidade de tempo despendido com a família diminui o tempo passado com os pares ou sozinho aumenta (Csikszentmihalyi & Larson, 1984, cit. in Dryfoos, 1997); o interesse e participação nas relações sexuais despontam, influenciando gradualmente as atividades sociais (Bizarro, 1999); a natureza e as exigências do contexto escolar mudam conduzindo a um alargamento do contexto social que se desloca do contexto de sala de aula para o contexto mais alargado da escola (Minuchin & Shapiro, 1983, cit. in Bizarro, 1999); o adolescente torna-se mais consciente e ocupado com o contexto social mais lato em termos de oportunidades e constrangimentos (Furnham & Stacey, 1991, cit. in Sampaio, 1994); a primeira experiência de emprego pode ocorrer, pelo que a escolha de uma carreira e o emprego futuro tornam-se matéria de preocupação (Csikszentmihalyi & Larson, 1984, cit. in Dryfoos, 1997).

Cada um destes fatores sociais difere no que concerne aos participantes envolvidos, às exigências feitas, ao valor atribuído e ao investimento pessoal. Desta forma alguns destes contextos existem de forma relativamente isolada, enquanto outros variam em termos da sua complementaridade, influenciando-se mutuamente. Esta variação pode também surgir em relação ao valor que o adolescente atribui aos seus diferentes mundos sociais. O adolescente pode, por exemplo, valorizar mais o envolvimento num clube desportivo do que o envolvimento em relação ao contexto escolar, o que tem importantes implicações quer ao nível do seu investimento pessoal quer ao nível das relações com as pessoas desses mesmos contextos.

Segundo Loesch (1981 cit. in Guerra, 1993), determinadas atividades são singularmente bem sucedidas na realização ou concretização das tarefas de desenvolvimento na medida em que possibilitam comportamentos de experimentações e exploração. Isto é, os adolescentes podem implicar-se nessas atividades num contexto de liberdade, de livre expressão, e não de avaliação.

Por exemplo, um adolescente na procura da sua independência emocional, poder “experimentar” um comportamento assertivo com um adulto durante uma atividade de lazer, ao invés desse comportamento ser usado com o pai; do mesmo modo poder “explorar” um comportamento com o pai durante uma atividade de lazer, antes de o usar noutras situações familiares (Meeus, 1996, cit. in Bizarro, 1999).

Erik Erikson (1968, cit. in Bizarro, 1999), refere que a experimentação e exploração remetem-nos, para os conceitos de “moratória” e “crise”, desenvolvidos pelo que o autor considera a principal tarefa de desenvolvimento da adolescência: a construção

da identidade. De acordo com a sua teoria e o seu conceito de “epigénese”, é no período da adolescência que se coloca a questão da resolução da identidade versus difusão da identidade, sendo que o que se passou em momentos anteriores da vida do adolescente, concretamente na sua infância, vai influenciar a forma de resolver esta tarefa e, conseqüentemente, a forma de resolver tarefas posteriores à fase da adolescência.

Sprinthall & Collins (1988, cit. in Bizarro,1999), referem que a teoria de Erikson marcou a sua diferença, relativamente às tradicionais vigentes, ao integrar a dimensão social no desenvolvimento individual. Assim, a sua teoria tende a ser caracterizada como uma teoria do desenvolvimento psicossocial do adolescente. Contudo, não negando as críticas e limitações da sua teoria, os trabalhos de Erikson abriram caminho para uma teoria interdisciplinar do processo de socialização, cujos fatores sociais e individuais do desenvolvimento individual estão interrelacionados (Meeus,1996, cit. in Bizarro,1999).

A identidade caracteriza-se por ser uma tarefa do desenvolvimento complexa já que a sua concretização envolve a realização de todas as outras tarefas de desenvolvimento, identificadas para este período da vida. Assim, a construção da identidade, também se integra na noção de trajetória, resultando do cruzamento de fatores pessoais, de interação com os outros e com os contextos mais próximos ou mais amplos. É no centro das suas relações e atividades diárias que o adolescente constrói a sua identidade, que normalmente remete para a velha questão “Quem sou eu?” (Erikson, 1968, cit. in Bizarro,1999).

É desta forma que associada à resolução das tarefas de desenvolvimento, surge a formação da identidade (Lavoie,1994, cit. in Bizarro,1999), embora a forma de estudar e analisar o processo de construção da identidade possa variar em função das teorias que valorizemos, sejam elas desenvolvimentais ou sociais. Assim, seja qual for a perspectiva, adolescência e identidade aparecem como dois conceitos que se encontram inevitavelmente interligados. Na perspectiva de Erikson, o conflito dominante na adolescência seria entre a “formação de identidade” versus “difusão de identidade”. Os “produtos” das crises prévias são integrados num todo coerente, num sentimento de ser distinto e diferenciado dos pais. Do processo de formação de identidade faz parte, a integração das identificações infantis precoces com outros aspetos psicológicos e psicossociais, e a aquisição da identidade do ego anula a necessidade desenvolvimental de novas identificações (Fleming,1997).

Erikson refere que esta procura de identidade força o adolescente a rejeitar e a revoltar-se contra os seus pais. A função desta rejeição é libertar o adolescente das identificações infantis dos pais e do controlo e da autoridade parentais, tendo aqui

lugar importante os contextos psicossociais envolventes: pares, escola, outras instituições (Fleming,1997). Segundo Fleming (1997), a formação da identidade só é possível com movimentos simultâneos de separação psicológica interna e de distância física face aos pais, traduzidos em comportamentos de autonomia ou em experimentação. Através dos comportamentos de autonomia o adolescente ensaia papéis e adquire capacidades: ele deve ser capaz de se comprometer com uma ocupação e com uma ideologia e desenvolver a capacidade da intimidade

Desta forma podemos constatar que relacionado ao complexo processo do desenvolvimento cognitivo do adolescente, estão associadas algumas tarefas desenvolvimentistas que lhes podem trazer algumas complicações e afetar, por isso, o seu bem-estar psicológico.

#### *Desenvolvimento socio-moral*

Uma das tarefas desenvolvimentistas mais importantes para o adolescente é a substituição da moral infantil por uma moralidade que lhe sirva de orientação durante a adolescência e na vida adulta. Na infância os valores morais baseiam-se, fundamentalmente, em reconhecer a diferença entre o certo e o errado em situações específicas, submetendo-se a regras unilaterais vindas dos adultos. Na adolescência, o jovem terá que efetuar juízos e avaliações morais em assuntos mais vastos e de maior complexidade, fazendo apelo a conceitos mais abstratos, como por exemplo, reciprocidade e respeito mútuo entre as pessoas e ser capaz de considerar os efeitos das suas ações quer nos outros, quer no sistema social mais alargado (Kohlberg,1981, cit. in Bizarro,1999). Deve construir juízos de valor sobre a sociedade em que vive e adotar uma visão crítica em relação a ela, assumindo as obrigações e as responsabilidades. É previsto também que assuma a responsabilidade pelo controlo do seu comportamento devendo aprender a inibir comportamentos perigosos para si próprio e para os outros. A moralidade assente no controlo externo deve ser, portanto, substituída por uma moralidade fundamentada num controlo interno (Rogers,1981, cit. in Bizarro, 1999).

Segundo Bizarro (1999), uma das tarefas do adolescente consiste na reestruturação das atitudes e valores que constituem os seus conceitos morais da infância, de modo a poder estar integrado nas exigências da sociedade adulta e adaptar-se às expectativas dos grupos sociais a que pertence. Não se estabelece numa tarefa muito fácil porque pressupõe um salto qualitativo muito grande.

A criança apreende assim, dos pais, professores e outros adultos, o que é considerado certo e errado. Os adultos interpretam por si os códigos morais da comunidade, impondo-os e, punindo ou reforçando, consoante a criança os viola ou os cumpre. A criança tende a aceitar estas regras que considera inquestionáveis. Por outro lado, com a adolescência esta situação altera-se progressivamente, devido à influência conjunta de vários fatores: a evolução nas suas competências cognitivas, a maior integração no grupo de pares, o maior prestígio e influência que estes adquirem e o maior afastamento do grupo familiar e do controlo parental. O adolescente começa a contestar essas regras surgindo, por vezes, situações de conflito com os pais ou outras figuras de autoridade (Smetana & Asquith, 1994).

Segundo Hartup (1993), para que aconteçam reestruturações nos valores e nas regras dos adolescentes, para que se tornem autónomos na avaliação e no respeito para com essas regras e valores e para que compreendam o seu significado, é indispensável o contacto e o relacionamento com os pares. É com estes que o jovem se liberta do poder unilateral da autoridade adulta e entra numa experiência de colaboração, cooperação e igualdade, indispensáveis para aceder à autonomia e à compreensão desses valores. É assim, com o grupo de pares que o adolescente se sente verdadeiramente num nível de igualdade para discutir e conversar conteúdos relevantes (relacionados, por exemplo, com as regras da sociedade e do mundo à sua volta). Os pais nem sempre compreendem esta preferência e criticam-nas, o que pode conduzir a situações problemáticas na relação familiar com os jovens (Dusek, 1996, cit. in Bizarro, 1999).

Apesar destas situações se poderem verificar, o adulto enquanto figura de autoridade, é bastante importante para o desenvolvimento do adolescente. Ao impor as suas regras este leva o adolescente a questioná-las, criticá-las, a procurar compromissos ou desenvolver estratégias de negociação (Silva, 1985).

Estas situações complicadas de lidar podem provocar alterações ao seu bem-estar psicológico, mas o confronto de pontos de vista opostos, conduz o jovem a questionar-se acerca do “como” e do “porquê” das regras do mundo social no qual participa, facilitando o desenvolvimento de uma atitude crítica e de um juízo moral autónomo. É pelo confronto com vários grupos sociais (autoridade, pares) que os adolescentes avaliam diferentes comportamentos e atitudes, constatando que uns são mais desejáveis do que os outros. O adolescente analisa que alguns princípios que lhe foram transmitidos em criança não podem ser aceites de uma forma tão universal como aquela que lhe passaram ou que ele interpretou. Por outro lado, começa a constatar as contradições existentes nos valores e nas estruturas sociais nos quais participam (família, escola, igreja). Estas deduções podem conceber algumas

dificuldades ao jovem, pois para além de o colocar num estado de alguma confusão, ainda não teve tempo de construir e adotar novos valores e princípios que o equilibrem (Cohen & Cohen,1996, cit. in Bizarro,1999).

Outro aspeto essencial para o adolescente fazer a transição para uma vida adaptada à sociedade adulta, é a necessidade de assumir um controlo interno do seu comportamento, de modo a que o controlo externo não seja tão intenso e frequente (Hurlock,1973, cit. in Bizarro,1985).

Desta forma o adolescente não pode permanecer apoiado e a depender excessivamente dos pais ou outros adultos, para lhe dizer o que pode ou não fazer. Terá que, cada vez mais, decidir por si, agir de acordo com essa decisão e assumir a responsabilidade dos seus atos (Cohen & Cohen,1996, cit. in Bizarro,1999).

Caissy (1994) refere para que isso aconteça, o adolescente deve ter interiorizado regras e valores, aceite a responsabilidade de regular o seu comportamento para se adaptar ao padrão que consolidou, que possua competências de auto-avaliação para reconhecer quando um comportamento ou atitude é inadequado e os processos de tomada de decisão para escolher alternativas.

Ambas as tarefas (aquisição de novos conceitos morais e controlo interno do comportamento) estão interligadas. O jovem vai construindo um sistema de valores que possa orientar e regular o seu comportamento nas várias situações que encontra. Só que, como é típico na adolescência, vai encontrar situações com as quais nunca terá lidado e que vão requerer uma avaliação, um julgamento e uma decisão sobre ações a tomar. A decisão deve então, ser fundamentada num conjunto interiorizado de princípios morais que o ajuda a avaliar as exigências da situação e a planear um curso de ação que seja congruente com os seus ideais pessoais. Como na adolescência este processo complexo está ainda em desenvolvimento, a probabilidade do adolescente se sentir confuso, não saber o que fazer ou não ser capaz de avaliar as consequências do seu comportamento, é bastante elevada, o que pode provocar desequilíbrios no seu bem-estar psicológico (Dacey & Kenny,1997, cit. in Bizarro,1999).

Turiel (1989) refere que o conhecimento teórico do que está certo e errado, não garante obrigatoriamente que o comportamento seja sólido com este conhecimento. Por vezes, envolvemo-nos em comportamentos que sabemos não serem corretos, no entanto, a adolescência é um período onde existe maior probabilidade de isto acontecer, onde há uma maior discrepância entre o conhecimento do comportamento e a sua execução, porque é precisamente a fase onde mais se faz sentir o questionar das regras, o desafio da autoridade e a insegurança quanto ao que é certo e errado. Os estudos nesta área (Caissy,1994; Finch, Nelson & Moss,1993; Keating,1990; Tolan

& Loeber,1993 cit. in Bizarro,1999) referem que esta discrepância entre o conhecimento do comportamento adequado e a sua execução, é tanto maior e mais frequente quando estão presentes determinadas condições na vida dos jovens, como por exemplo, a importância de ser aceite pelo grupo de pares; estar particularmente motivado para fazer o que o grupo decide, mesmo quando sabe que envolve comportamentos ou atitudes incorretas; a diferença nos valores e regras; ou quando os valores morais aprendidos em casa diferem muito dos do grupo de pares, o jovem pode sentir-se confuso, inseguro em relação ao comportamento a seguir.

Para Dryfoos (1997), estas violações das regras fazem-se sentir em casa, na escola e na comunidade em geral e se não são devidamente seguidas podem conduzir ao estabelecimento de padrões de comportamentos anti-sociais mais graves. Desta forma, podemos constatar que o desenvolvimento sócio-moral, tal como os outros domínios, implicam determinadas tarefas desenvolvimentistas cuja passagem pode trazer algumas alterações ao bem-estar psicológico dos jovens.

### *Desenvolvimento Emocional*

Todas as caracterizações sobre a adolescência fazem referência às agitações emocionais que os adolescentes manifestam neste período do seu desenvolvimento e formam um dos aspetos aos quais os adultos à sua volta tendem a reagir (Brooks-Gunn & Reiter,1990). Assim, é vulgar experienciarem “altos e baixos”, explosões emocionais que vão originar, invariavelmente, situações de conflito com os pais ou outros adultos. Esta fragilidade emocional e constante desequilíbrio era de forma comum relacionada às mudanças de natureza fisiológica que ocorrem no funcionamento glandular. Assim, acreditava-se que as crises e o descontrolo emocional eram de natureza exclusivamente fisiológica, inevitáveis, não se podendo fazer nada para controlá-las ou prevenir.

Atualmente, as investigações indicam que, nesta fase da vida, o papel do funcionamento glandular é importante no funcionamento emocional, sendo responsável por alterações temporárias no equilíbrio emocional. Contudo, outras condições são também responsáveis pelos períodos de emocionalidade intensa (Flannery, Torquati & Lindemeier, 1994, cit. in Bizarro,1999).

Caissy (1994) sugere que as mais valorizadas são: a adaptação a novos meios - nesta fase jovem passa a frequentar outros meios que implicam novos padrões de comportamento e o assumir de novos papéis relativamente aos quais pode experienciar sentimentos de insegurança ou perceções de incompetência pessoal; o

ambiente familiar - a alteração nas relações interpessoais com os membros da família, a disciplina parental, a ausência de compreensão, provocam-lhes, por exemplo, sentimento de incompreensão, solidão, tristeza, zanga; as expectativas sociais de comportamentos adequados - a pressão social (por exemplo, dos pares) para se comportar de determinada maneira pode fazer com que sintam receio ou ansiedade relativamente à competência dos seus desempenhos; o relacionamento heterossexual - a relação com os pares do sexo oposto suscita emoções novas como o estar apaixonado, mas também o receio, insegurança, ciúme; as situações escolares - a pressão pelos desempenhos escolares, as mudanças escolares, a necessidade de fazer escolhas vocacionais com implicações para o futuro, suscitam tensões emocionais e preocupações intensas.

Autores como Maccoby (1983, cit. in Bizarro,1999) descrevem a adolescência como um período de crescimento no auto-conhecimento e auto-consciencialização, e uma evolução nas capacidades introspectivas para reconhecer, diferenciar, coordenar e controlar os processos emocionais internos. Desta forma, uma das tarefas desenvolvimentistas nesta área, é o adolescente ter um conhecimento e uma compreensão da sua própria emocionalidade (Silva, 1985). Significa que, conforme entra neste período da vida, torna-se mais consciente das suas reações emocionais, analisando-as, por vezes comparando-as com as dos outros. Este processo pode tornar-se complicado devido a algumas emoções serem sentidas como totalmente novas e, não tendo experiência da sua vivência, muitas vezes não compreende a natureza das suas reações emocionais podendo atribuir-lhes significados negativos, o que aumentará a dificuldade do processo em termos emocionais (Segal & Muran,1993, cit. in Bizarro,1999). Uma segunda tarefa refere-se à aprendizagem do controlo das suas emoções, isto é, desenvolver uma auto-regulação emocional (Rogers,1981, cit. in Silva,1985). Isto não significa, que só com a chegada à adolescência é que se tem de aprender a controlar as emoções. Já na infância a criança vai aprendendo as bases deste processo. No entanto na adolescência, devido à alteração que se opera em todas as áreas do funcionamento, surge com maior realce a aprendizagem deste controlo. O controlo emocional significa aprender a não ser excessivamente reativo a qualquer estímulo ambiental, a responder de uma forma emocionalmente equilibrada de modo a conseguir regular a intensidade das suas emoções. Implica assim, a aprendizagem de padrões socialmente aceitáveis de expressão emocional (Silva,1985). Para alguns adolescentes esta tarefa pode ser particularmente difícil.

Alguns estudos revelam (Dacey & Kenny,1997; Dusek,1996 cit. in Bizarro,1999) que os que são particularmente sensíveis à avaliação dos outros podem sentir-se

incomodados, ou até envergonhados, com a sua labilidade emocional e, por isso, desenvolver um controlo excessivo das suas emoções, o que, numa fase da vida em que a emocionalidade é intensa, poderá conduzir a uma “sobrecarga” emocional, com a qual o adolescente ainda terá mais dificuldade em lidar. Por outro lado, outros adolescentes podem propender para uma expressão fácil e imediata das suas emoções (“explosões” súbitas), o que lhes pode trazer mais dificuldades no seu relacionamento com os outros.

Assim, pode-se constatar que o adolescente está perante um longo caminho, no qual tem de passar por numerosas tarefas desenvolvimentistas fundamentais para que o seu percurso de vida continue mas, relativamente às quais, pode não estar preparado para as enfrentar, não ter os recursos pessoais necessários para as dominar/atingir e por ocorrerem em todas as áreas do seu desenvolvimento, algumas com uma grande proximidade temporal umas das outras, podem provocar profundas alterações ao seu bem-estar psicológico.

Afirmar que pode haver alterações ao bem-estar não significa afirmar, ou procurar provar, que o adolescente é um indivíduo perturbado. Com efeito, esta ideia de que o adolescente “normal” é uma pessoa perturbada prende-se com uma visão mais tradicional da adolescência que não corresponde às perspetivas mais atuais e que, embora ainda defendida por alguns, tem graves implicações no modo como se aborda este grupo etário e se intervém do ponto de vista psicológico.

Esta fase foi tradicionalmente descrita como um período durante o qual o indivíduo é imprevisível, emocionalmente instável e problemático (Elmen & Offer, 1993, cit. in Bizarro,1999). Esta perspetiva, ainda adotada por alguns clínicos e observadores leigos, focaliza-se na labilidade emocional, geralmente intensa, experienciada pelos jovens e no seu processo de conquista de autonomia e independência. Este período assim tumultuoso seria uma expressão saudável, normal do desenvolvimento e até necessária para que os adolescentes pudessem crescer para adultos saudáveis e equilibrados. Esta primeira conceção do desenvolvimento na adolescência descreve-a como um tempo em que os jovens experienciam um profundo tumulto, agitação e conflitos em que “ser normal durante a adolescência é em si anormal” (Freud, 1958, p.275, cit. in Hauser & Bowlds,1990). Assim, muitos dos comportamentos interpretados como sinais de sérios problemas psicológicos em adultos ou em crianças eram, nesta perspetiva, vistos como normais para os adolescentes. Como resultado, as dificuldades nesta fase não eram investigadas e, habitualmente, não eram tratadas quando ocorriam (Powers, Hauser & Kilner,1989, cit. in Bizarro,1999). Esta perspetiva teórica estabeleceu a ideia do tumulto normativo durante a adolescência, ou seja, a

crença de que as dificuldades significativas durante este período representam o desenvolvimento normal saudável.

A perspectiva tradicional sobre a adolescência contribuiu, portanto, para a construção da ideia de que os adolescentes passam por uma fase de dificuldades desenvolvimentistas acentuadas, instabilidade emocional e perturbação e que se constitui no seu processo de desenvolvimento normal (Albuquerque, 2004).

Para Jessor (1984), sendo esta uma fase de desenvolvimento significativo, o que ninguém nega, é também um tempo de especial relevância para a saúde com consequências positivas ou negativas nos estádios mais tardios do ciclo de vida.

## **2. Adolescência e autoconceito**

### *2.1. Autoconceito*

Através da revisão de literatura efetuada, pode verificar-se que a definição e delimitação do autoconceito não é consensual, na medida em que existe alguma falta de integração e de acordo entre diferentes abordagens, quanto a este conceito. Por outro lado, consideramos digno de realce o consenso verificado, ao longo do tempo, em torno da importância do autoconceito para o funcionamento e bem-estar do indivíduo, da sua origem social e do seu papel central, enquanto regulador e mediador do comportamento, percepções e expectativas pessoais.

William James parece ter sido o primeiro a analisar o autoconceito de um ponto de vista psicológico. Assim, em 1890, W. James procura demarcar-se das posições filosóficas anteriormente assumidas, na procura de uma perspectiva mais psicológica do autoconceito, apresentando na sua obra emblemática “The Principles of Psychology”, um modelo que poderemos considerar atual (L'Ecuyer,1978; Burns,1986). O autor identifica quatro componentes: self espiritual, material, social e corporal - de importância decrescente para a autoestima do indivíduo. Desta forma, atribuir-lhes categorias descritivas e avaliativas, antecipando teorias futuras. Além de propor uma estrutura multidimensional hierárquica para o conceito de si, W. James teve o mérito de realçar a sua natureza eminentemente social (quer ao nível estrutural, quer ao nível dinâmico), prefigurando, desta forma, os estudos da dimensão social do “eu”, no âmbito do interacionismo simbólico (Burns,1986). Para este autor, o Eu de um indivíduo estaria dividido em “The I” e “The Me”, sendo o primeiro (“The I”), o Eu enquanto conhecedor, isto é, o aspeto do Eu que organizaria e interpretaria, de forma subjetiva, a experiência do indivíduo (Eu-como-Sujeito), enquanto que o segundo,

“The Me”, representaria o Eu enquanto conhecido (Eu-como-Objeto), que seria constituído pelas características materiais (corpo, família, bens), pelas características espirituais (estados de consciência, faculdades psíquicas) e pelas características sociais (relações, papéis, personalidade), características que conferem ao sujeito a sua individualidade (Marsh & Shavelson,1985). James Mark Baldwin, outro autor contemporâneo de W. James, acentuou a perspectiva interacionista no desenvolvimento do Eu, pois, para ele, “o Eu e o Outro nasceram juntos” (Byrne,1986).

Mais tarde Shavelson e colaboradores (1976, cit. in Shavelson & Bolus, 1982), desenvolveram um modelo multidimensional e hierárquico, através do qual o autoconceito é definido através das sete características a seguir descritas: 1) é organizado ou estruturado, ou seja, as pessoas organizam informação (acerca de si e dos outros) a que têm acesso através de categorias; 2) é multifacetado; 3) hierárquico, ou seja, parte de percepções acerca do comportamento até inferências em diferentes áreas, como a área académica e não-académica e inferências sobre si em geral; 4) é estável; 5) o autoconceito começa a ser cada vez mais multifacetado, no desenvolvimento do indivíduo da infância até à fase adulta; 6) tem uma dimensão descritiva e avaliativa de si; 7) pode ser diferenciado de outros constructos.

O autoconceito apresenta-se assim como um conceito multidimensional que pode facilitar a promoção de outros fatores da personalidade (Veiga, 1995). Este conceito constitui um dos núcleos da personalidade e da existência, na medida em que vai influenciar os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos dos indivíduos (Rosenberg, 1965, *cit in*, 2005).

Segundo Burns (1986), o autoconceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Para este, o autoconceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas 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 pessoa. O autoconceito tem um papel extremamente importante na medida em que tenta explicar o comportamento, ou seja, porque consegue manter uma certa consistência nesse mesmo comportamento, explícita a interpretação da experiência e fornece um certo grau de previsão (Burns,1982). Epstein (1973) refere que para os fenomenologistas, o autoconceito é dimensão central da Psicologia, proporcionando a única perspectiva, através da qual o comportamento humano pode ser compreendido.

Como é referido por Faria (2003), a importância do autoconceito está relacionada com um maior bem-estar ao nível psicológico e com uma melhor qualidade de vida

dos mesmos, sendo essencial desenvolver o autoconceito como forma de promover a realização dos indivíduos em diferentes contextos da vida.

### *Definição do Constructo*

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. Contudo, Byrne (1986) refere que apesar da literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral do autoconceito como sendo a percepção que o indivíduo tem de si.

A testemunhar isto mesmo, Gecas (1982) define o autoconceito como o “conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral” (p.152). Segundo Vaz Serra (1986), o autoconceito é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. Refere ainda que este é um constructo teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspetos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e; c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Serra (1988) salienta que existem quatro componentes que ajudam a construir o autoconceito, nomeadamente: 1) o modo como os outros observam o indivíduo, que vai provocar um fenómeno denominado “de espelho” que se caracteriza pelo facto dos indivíduos tenderem a observar-se da mesma forma que os outros o percebem a si; 2) a consciência que o indivíduo tem acerca do seu desempenho em diferentes situações; 3) a comparação entre o comportamento do indivíduo com os pares sociais; 4) a avaliação do comportamento específico relativamente aos valores normativos dos grupos normativos.

Burns (1986), menciona que uma vasta gama de designações (auto-imagem, auto-descrição, autoestima, etc.) tem vindo a ser utilizada para referenciar a imagem que o indivíduo tem de si, contudo, na sua opinião, estes termos são designações excessivamente estáticas para uma estrutura dinâmica e avaliativa como é o autoconceito, o qual, na sua perspectiva, engloba uma descrição individual de si próprio (enquanto auto-imagem) e uma dimensão avaliativa (auto-estima).

Parecem ainda existir algumas confusões quanto às definições e delimitações dos conceitos de auto-estima e autoconceito, sendo que por essa razão alguns autores utilizam ambos os termos de forma indiscriminada e outros por sua vez, defendem que o auto-conceito, a auto-imagem e a auto-estima são termos análogos (Yakamoto, 1972, cit in. Veiga, 1995). Marsh (1993, cit in. Sisto et al. 2004), defende que o autoconceito é diferente da auto-estima, pois o primeiro reúne componentes cognitivas, afetivas e comportamentais, sendo que o segundo representa apenas uma parcela desse conceito mais amplo. A parte cognitiva do autoconceito diz respeito a um conjunto de especificidades que o indivíduo utiliza para se descrever (mesmo que não sejam inteiramente verdadeiras), mas que orientam a vida do mesmo (Sisto, et al., 2004). A parte afetiva encontra-se associado à definição de si próprio e é muitas vezes denominada como auto-estima (Coopersmith, 1967, cit. in Sisto, et al.2004). A componente comportamental é notoriamente influenciada pela percepção (autoconceito) que o indivíduo tem de si próprio (Burns, 1979; Marsch, 1985, cit. in Sisto, et al. 2004).

No que concerne à comparação com a auto-estima, é de salientar que esta é como que uma parte avaliativa e emocional do autoconceito, que pode ser definida como consequência dos julgamentos positivos ou negativos realizados pelo indivíduo, acerca de si próprio (Faria, Pepi & Alesi, 2004).

O autoconceito pode ser definido como uma estrutura mental de índole psicossocial e que afeta outros aspetos, nomeadamente, afetivos, comportamentais e físicos de ordem real ou ideal, acerca do próprio indivíduo, que vão comprometer a sua ação no que diz respeito ao meio interno e externo (Valdez e Reyes 1992, cit. in Manjarrez & Nava, 2002).

Derivado a esta grande multiplicidade de conceitos, Shavelson e Bolus (1982) apresentaram, tal como abordamos anteriormente, uma definição operacional na qual entendem que o autoconceito se poderá definir como um constructo hipotético, cujo conteúdo seria a percepção que um indivíduo tem do seu Eu, percepção essa que se formaria por intermédio de interações estabelecidas com os outros significativos, bem como através das atribuições do seu próprio comportamento.

O autoconceito tem sido amplamente estudado, sendo que muitas investigações têm chegado à mesma conclusão: o autoconceito é estável, pois mantém-se constante ao longo do tempo, podendo ser analisado como um “traço” da personalidade (Bachman & O’Malley, 1977, cit. in Veiga, 1995; Carlson, 1965, cit. in Veiga, 1995; Garcia, 1983, cit. in Veiga, 1995).

Por outro lado diversos autores defendem que o autoconceito deve ser entendido, tendo como base as variáveis situacionais, defendendo desta forma o autoconceito

como “estado”. No que se refere a este assunto Martins (1999) e Sisto et al. (2004), defendem que cada contexto vai determinar alterações no autoconceito dos indivíduos.

Para Reuchin (1991, cit. in Faria, 2005) o autoconceito tem também uma dimensão preditiva de diferentes comportamentos em diferentes contextos.

Em suma e de uma forma geral, o autoconceito é definido como a percepção do indivíduo acerca de diferentes aspetos da sua vivência, nomeadamente, os seu valores, as suas características físicas e história pessoal, isso é, podemos interpretar esta definição como sendo a impressão digital do indivíduo, onde se traduz em algum “traço” mais ou menos acentuado (Bergner & Holmes, 2000).

### *Conteúdo e Estrutura do Autoconceito*

Para além dos aspetos salientados na definição operacional proposta por Shavelson e Bolus (1982), o autoconceito apresenta determinadas características que, na opinião destes mesmos autores, são fundamentais para uma definição mais precisa. Desta forma, o autoconceito possui múltiplas facetas, é estável, avaliativo, diferenciável, e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente (Simões, 1997).

De acordo com Shavelson e Bolus (1982), os indivíduos, ao receberem informação acerca de si próprios, irão estabelecer categorias que se refletem nas diferentes facetas, tornando o autoconceito multifacetado ou multidimensional. O autoconceito possui, assim, uma organização hierárquica nas suas diferentes facetas, isto é, as diferentes percepções que o indivíduo tem de si próprio vão sendo orientadas a partir da base hierarquia, onde se encontram as facetas mais diferenciadas, para o seu topo, onde se encontra o autoconceito geral. Os mesmos autores referem ainda a estabilidade que se observa no topo da hierarquia, ou seja, quando o autoconceito é encarado na sua globalidade, diminui à medida que as suas facetas se tornam mais diferenciadas, mais específicas de uma determinada situação.

O aspeto avaliativo do autoconceito permite que o indivíduo se auto-avale, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações (Simões, 1997).

Relativamente ao aspeto desenvolvimentista do autoconceito, Marsh e Shavelson (1985), consideram que este se torna cada vez mais específico e diferenciado, à medida que a idade avança.

Um último aspeto, referido pelos autores, é que, e segundo Simões (1997), o autoconceito é diferenciável, isto é, o autoconceito pode facilmente diferenciar-se de outras variáveis (por exemplo, estado de saúde) permitindo compará-las entre si, de forma a averiguar possíveis relações.

O autoconceito é entendido como o conjunto de percepções que o indivíduo tem de si próprio, Shavelson e Bolus (1982) salientam que as percepções são formadas pelas avaliações e reforços de pessoas significativas, pelas auto-atribuições que o indivíduo realiza ao seu comportamento e pela experiência e interpretações do ambiente onde se inserem. As percepções e avaliações de situações específicas permitem influências que se vão progressivamente organizando, daí falar-se em autoconceito hierarquizado. O autoconceito geral apresenta-se como estável, diminuindo essa estabilidade à medida que, vai descendo na hierarquia (Shavelson & Bolus, 1982). Paralelamente ao fenómeno de socialização que vai evoluindo desde a infância até à idade adulta onde se vão aprendendo cada vez mais e variados acontecimentos, também o autoconceito com a evolução do desenvolvimento humano se vai tornando cada vez mais multifacetado.

Segundo Byrne & Shavelson (1986), o autoconceito, é um constructo multifacetado e hierárquico o qual é entendido como a globalidade de percepções que cada indivíduo tem acerca de si próprio. Estas encontram-se estruturadas em pirâmide estando na base as percepções de comportamentos específicos, no meio deduções relativas ao autoconceito e no topo a percepção global de si próprio. Vaz Serra (1986) refere igualmente que um indivíduo ao poder descrever e avaliar os seus comportamentos, leva a que consideremos também como característica do autoconceito a sua dimensão descritiva e avaliativa.

#### *Constituintes do autoconceito*

Segundo Vaz Serra (1988) no constructo do autoconceito devemos realçar como seus constituintes a auto-estima, as auto-imagens, a auto-eficácia, as identidades, o autoconceito real e o autoconceito ideal.

Segundo muitos autores, nomeadamente Vaz Serra, referem que a auto-estima é um dos constituintes do autoconceito mais relevante e com elevado impacto na prática clínica. Acrescenta ainda que tal conceito é entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. Apresenta-se assim como constituinte efetivo do autoconceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do “bom” e do “mau”.

Para Wells e Marwell (1976), a auto-estima subdivide-se em duas. Na primeira, a auto-estima estabelece um sentido de competência, ligada à eficácia e aos processos de atribuições e comparações sociais. Na segunda, a auto-estima dirige-se mais para a virtude, representadora do valor pessoal, com normas e valores do comportamento pessoal e interpessoal.

As auto-imagens, são o resultado das observações, em que o indivíduo é ele mesmo objeto da sua própria observação (Vaz Serra, 1986). Quando realiza uma auto-observação, não é a percepção de determinada auto-imagem que tem importância na condução de uma determinada estrutura, mas sim a organização e a distribuição hierárquica em relação a outras auto-imagens. Neste contexto, o indivíduo hierarquiza as várias auto-imagens acerca de si, ou seja, as que têm maior significado, são aquelas a quem dá mais importância.

A auto-eficácia é outra constituinte do autoconceito, cujas origens provem do conceito de “Self” de William James de 1890 e foram influenciadas pela teoria da aprendizagem social de Bandura (1977). A auto-eficácia reporta-se às auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efetividade e êxito, levando assim a consequências desejadas (Palenzuela, 1982). Michel (1977, cit. in Simões, 1997) no seu estudo da personalidade refere-se à auto-eficácia percebida como sendo um constructo motivacional cognitivo em que o indivíduo se auto-avalia como eficaz, para enfrentar o meio ambiente.

Em relação aos restantes três constituintes, poderemos referir que segundo Vaz Serra (1988b): a) qualquer pessoa pode ter, dentro de si, várias identidades, aquela a que dedicar mais tempo e atenção é a que, numa escala classificativa, se encontra na posição hierárquica mais elevada; b) o autoconceito real corresponde à maneira como um indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade; c) o autoconceito ideal refere-se à maneira como uma pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e não como se percebe ou avalia na realidade.

Segundo Vaz Serra (1986a, 1988b), realça, é importante considerarmos a diferença entre o autoconceito real e o autoconceito ideal, com vista à obtenção de dados de auto-aceitação do indivíduo. Uma diferença pequena poderá ser um bom indício de que o indivíduo se aceita como é, traduzindo-se tal facto por uma maior aceitação e ajustamento pessoal.

### *Determinantes do Autoconceito*

O desenvolvimento do autoconceito, como constructo fundamental da personalidade, é influenciado por diversos fatores tais como o aspeto físico, nível de inteligência, emoções, padrões culturais, escola, família e status social, Gecas (1982).

Por outro lado, para Vaz Serra (1986a), o autoconceito, como constructo hipotético é construído sobre os acontecimentos pessoais sendo necessário para a descrição, explicação e predição do comportamento humano. Além disso, é importante ter conhecimento de como a pessoa se percebe a si própria. Ainda o mesmo autor, cita Fitts (1972), referindo que "o conceito que o indivíduo tem de si próprio atravessa, condensa, ou captura a essência de muitas outras variáveis", permitindo assim lidar com uma variável central e simples. Daí que quanto melhor for o autoconceito, melhor será o desempenho do indivíduo. Por exemplo, várias investigações (Cortesão & Torres, 1984; Fontaine, 1987; Cruz, 1989) destacam que as causas do insucesso escolar, são devidas não só à ausência de capacidades intelectuais, mas a outros fatores entre os quais se poderá salientar um autoconceito pobre ou mesmo negativo. De uma forma idêntica ao êxito escolar, um autoconceito pobre e fraco, pode intervir na progressão ou êxito de uma carreira profissional, assim como em dificultar as relações interpessoais ou mesmo intervir na prática de determinados comportamentos de saúde e de risco.

Por outro lado, o autoconceito funciona como estimulador da motivação. Segundo Gecas (1982), indica o autoconceito como fonte de motivação, aponta três motivos que lhe estão ligados: o motivo de auto-estima ou auto-saliência, o motivo de auto-consistência e motivo de auto-eficácia.

O motivo de auto-estima é universal, na medida em que os aspetos positivos de cada indivíduo são geralmente realçados (Vaz Serra, 1986). Segundo Gecas (1982) este motivo apresenta-se sob uma perspectiva de "auto-saliência", tendo como objetivo o melhoramento da auto-estima e a perspectiva de "auto-manutenção", direcionado para a preservação do que a pessoa possui. Estas duas perspectivas determinam as seguintes estratégias comportamentais: disputa pelo êxito e medo do fracasso. Por esse motivo, geralmente, pessoas com auto-estima pobre se identifiquem mais com as estratégias de auto-manutenção do que do que de auto-saliência (ibidem).

No que se refere ao motivo de consistência, Markus e Wurf (1986) referem-se ao autoconceito como um conjunto de "generalizações cognitivas" que estruturam a forma como se elabora a informação para o indivíduo. "Estes esquemas tornam-se progressivamente resistentes à informação que lhes é inconsistente. Existe desta

forma uma espécie de conservadorismo cognitivo, organizador de percepções, memórias e esquemas pessoais” (Vaz Serra, 1986a, p. 65).

O motivo de auto-eficácia foi estudado por Seligman e Altemor (1980), Rotter (1975) e Bandura (1977). Seligman na sua teoria do desespero aprendido tem a percepção de ineficácia ou de fracasso pessoal, devido ao indivíduo perceber que o seu comportamento não tem força/influência nas consequências do meio em que se insere. Segundo Rotter (1975), na sua alusão ao Locus de controlo interno e Locus de controlo externo, sugere que o indivíduo eficaz é aquele que percebe o seu comportamento como sendo influenciado por si e não por factores externos. Para Bandura (1977), os indivíduos com boas expectativas de eficácia, têm crenças de que são capazes de realizar com êxito o comportamento requerido e consequentemente obter resultados com sucesso.

## *2.2. Desenvolvimento do Autoconceito e Auto-estima na Adolescência*

A função essencial associada ao desenvolvimento do autoconceito é desenvolver uma percepção estável, coerente de si próprio que inclua uma integração das experiências passadas e presentes e um sentido de orientação para o futuro (Erikson, 1968, cit. in Fleming, 1997). O jovem adquire na adolescência novas competências cognitivas, começa a ganhar um conhecimento da sua existência a um nível mais abstrato. Esta é uma transformação desenvolvimentista importante, na qual a realidade concreta da infância dá lugar a uma realidade abstrata mais complexa é por isso, mais capaz de se perceber segundo as características psicológicas subjacentes. Com as potencialidades do conhecimento abstrato o adolescente continua o processo de desenvolvimento do seu autoconceito, embora agora consiga interiorizar o processo numa perspectiva e numa dimensão completamente nova e definir e integrar diferentes aspetos do seu eu (Harter, 1990, cit. in Bizarro, 1999). Desta forma, conforme acontecem mudanças nas capacidades cognitivas vão também ocorrer mudanças nas concepções pessoais. Estas concepções pessoais das crianças pendem a ser muito concretas. Quando as crianças se descrevem, geralmente usando conceitos mais egocêntricos e orientados para o presente. Por outro lado, com a entrada na adolescência pode operar uma transformação desenvolvimentista na complexidade das suas concepções pessoais (Montemayor & Eisen, 1977, cit. in Bizarro, 1999).

O adolescente quando se descreve, faz uso de uma grande variedade de esquemas abstratos, refletindo um maior uso de constructos psicológicos,

interpessoais e orientados para o futuro (Damon & Hart,1988 cit. In Albuquerque 2004). As crianças tendem a incidir no que são, enquanto que os adolescentes podem formar as possibilidades futuras para si próprios. Contrastando com as crianças, são mais psicológicos nas suas auto-descrições, focando-se em características pessoais, interpessoais, ideias e estados emocionais.

Para, além disso, conseguem também desenvolver um autoconceito mais diferenciado, reconhecendo que os seus comportamentos e atitudes variam de contexto para contexto. Para Harter (1989, 1990, cit. in Bizarro,1999), esta capacidade de ver o eu em termos mais abstratos tem vantagens mas também desvantagens. O autor constatou nos seus estudos, que as abstrações que os adolescentes fazem, estando menos ligadas a comportamentos observáveis, são mais vulneráveis à distorção, resultando em falsas conceções do próprio e das suas perceções de competências. A sobrestimação de competência pode levar a falhanços, enquanto as subestimações podem levar a um evitamento dos desafios e a uma diminuição de oportunidades para o crescimento.

O desenvolvimento do autoconceito não é um processo isolado e depende da interação com os outros. Esta influência tem implicações fundamentais para a compreensão que o jovem pode ter do seu eu. Assim, se os outros são demasiado críticos ou inconsistentes relativamente à avaliação que fazem do adolescente, este pode ter dificuldades em todo o processo, com profundas alterações ao seu bem-estar psicológico. Por outro lado, este processo envolve um estreitamento seletivo de escolhas relativas aos vários papéis sociais, ocupacionais, sexuais e um compromisso progressivo para com as escolhas que são feitas. Desta forma, a formação do seu autoconceito pode ser afetado por experiências e oportunidades que o adolescente vai tendo (Harter, 1990, cit. in Bizarro,1999). Para uma exploração ativa de papéis alternativos, o adolescente deverá ter acesso a diversos modelos, de forma a ampliar as possibilidades de encontrar papéis compatíveis com os seus interesses e capacidades. O papel dos adultos em particular, é extremamente importante neste processo, pois podem promover o desenvolvimento do autoconceito fornecendo orientação e apoio, servindo como modelos e desafiando os jovens a ponderar novas opções e a fazer o seu melhor (Fleming,1997).

Segundo Fleming (1997), o desenvolvimento do autoconceito é um processo que se alonga por toda a vida, mas a adolescência é um período fundamental dadas as profundas alterações que ocorrem em todas as áreas do desenvolvimento pessoal. Tendo que lidar com as mudanças que estão a ocorrer nos vários domínios do seu funcionamento e tentando prosseguir na formação da sua identidade, o jovem pode sentir-se inseguro e vulnerável, incompreendido, sentir que há pouco significado ou

sentido no que está a fazer, ou duvidar que tem algum controlo sobre si próprio e sobre a sua vida. Assim, alguns adolescentes têm mais dificuldade em encontrar um estilo de vida com o qual se comprometam e invistam, desenvolvam regras e valores subjacentes e no qual possam estabelecer um sentido de identidade mais bem definido

Segundo Harter (1990, cit. in Bizarro,1999), associado ao desenvolvimento do autoconceito está o desenvolvimento da auto-estima. A auto-estima parece ser afetada pelas avaliações que os jovens fazem da sua competência em certos domínios valorizados. Na adolescência, dos domínios reconhecidos como importantes fazem parte a aparência física, a aceitação dos pares, a competência escolar, a habilidade atlética e a conduta. A auto-estima provém dos sucessos ou da perceção de competência nos domínios considerados relevantes para o jovem. A perceção de competência desenvolve-se aprendendo a fazer as coisas com sucesso e autonomamente. Desta forma, podem existir algumas dificuldades para o adolescente em todo este processo se o adulto, por exemplo, fizer as coisas por ele. Desta forma, tornar-se-á mais difícil desenvolver a sua auto-estima e funcionar satisfeito consigo próprio se o adulto se excede na superproteção face ao meio, protegendo-o dos falhanços, do desapontamento e resolvendo por si os problemas da sua vida.

Harter (1993, cit. in Bizarro,1999), refere que este comportamento poderá criar uma situação dupla para o jovem, pois por um lado pode gostar que lhe resolvam os problemas e que a sua vida seja facilitada pelos adultos, mas por outro, poderá dificultar o desenvolvimento do seu autoconceito e da sua auto-estima

O desenvolvimento da auto-estima é uma tarefa multifacetada para o adolescente e este tem que fazê-lo por si próprio. A auto-estima desenvolve-se quando o jovem, pelas suas próprias experiências, reconhece as suas competências, consegue resolver os problemas que surgem na sua vida intrapessoal e interpessoal, consegue lidar com o insucesso e a frustração quando ocorrem. Compreende também reconhecer os seus esforços e entender que cometer erros não é catastrófico e que pode aprender com eles. Neste processo o papel dos outros, nomeadamente dos adultos, é fundamental pela orientação, apoio e estimulação que podem proporcionar (Harter,1990).

Na auto-estima o jovem deverá sentir que é aceite pelos outros significativos (pais, pares) e, fundamentalmente, que se aceite a si próprio, com as suas características positivas e negativas.

Para Harter (1990, cit. in Bizarro,1999), a auto-estima é, tal como outros domínios do desenvolvimento, um processo contínuo, que nem sempre ocorre de forma pacífica e sem sobressaltos, existindo por vezes oscilações durante esta fase. Por outro lado, o

apoio dos outros significativos, nem sempre existe e quando existe de forma inadequada, não são criadas condições para que o jovem possa desenvolver uma auto-estima satisfatória, podendo existir frequentes alterações ao seu bem-estar psicológico.

### *2.3. Investigações sobre a Associação do Autoconceito*

#### *Género e Autoconceito*

Segundo Veiga (1995), o género é um das variáveis mais estudadas quando se estuda o autoconceito, pois vai originar diferentes expectativas relacionadas com a família, com a escola e com os outros em geral.

Parece existir unanimidade no que concerne às diferenças existentes entre os géneros. Essas diferenças estão relacionadas com dimensões relativas aos estereótipos (Crain, 1996, cit. in Shapka & Keating 2005; Harter, 1999, cit.in Shapka & Keating 2005; Marsh, Craven & Debus, 1998, cit. in Shapka & Keating 2005). Desta forma, os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar um autoconceito físico mais elevado, sendo que os indivíduos do sexo feminino tendem a apresentar um autoconceito em áreas mais sociais Harter, 1999, cit.in Shapka & Keating 2005; Marsh, 1989, cit. in Shapka & Keating 2005).

Dowing (1982, cit. in Veiga, 1995), refere que algumas investigações relativamente às expectativas escolares indicam, por exemplo, que é esperado um maior sucesso nos indivíduos do sexo masculino. Estes dados poderão indiciar que as diferentes expectativas estão correlacionadas com o autoconceito.

Rebelo (2004), realça o facto, em que, por exemplo, na interação com elementos do sexo feminino, os pais tendem a valorizar “os aspetos relacionais, o conformismo, a dependência, enquanto que para os rapazes, são realçados os aspetos cognitivos e encorajada a assertividade, a aquisição da independência e a criatividade”.

Assim, o desempenho de diferentes papéis na sociedade, vai influenciar as personalidades do sujeito de ambos os sexos, na medida em que o sexo masculino se encontra mais centrado na realização de objetivos, inibindo as emoções, sendo que o sexo feminino é notoriamente mais sensível, compreensivo e emotivo, valorizando os outros pelas suas qualidades pessoais (Lorenzi Cioldi, 1994 cit. in Poeschl, Murias & Ribeiro, 2003).

Segundo Veiga (1995), parecem existir diferenças significativas de autoconceito entre os dois sexos, sendo que são os elementos do sexo masculino aqueles que apresentam melhores níveis, quando a análise é realizada, percorrendo as suas dimensões específicas e não apenas o autoconceito global.

Desta forma, a posição desfavorecida do sexo feminino pode ser atribuída “a expectativas tradicionais estereotipadas, partilhadas pelos homens e internalizadas pelas mulheres” (Poeschl, Murias & Ribeiro, 2003, p.216). Assim, quando escolhem conformar-se à norma do grupo sexual que pertencem, as mulheres estão a contribuir para apresentarem um baixo autoconceito e uma baixa-auto-estima.

### *Saúde e Autoconceito*

Os estudos sobre a relação do autoconceito com a doença e de forma mais vasta com saúde iniciaram-se à relativamente pouco tempo. Dos vários estudos realizados neste âmbito vamos referir alguns dos mais significativos.

### *Autoconceito e doenças*

Um estudo realizado por Vaz Serra e Firmino, em 1986, comprovou que, os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um autoconceito pobre.

O mesmo foi comprovado nos indivíduos que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (Vaz Serra et al.,1986a) ou que apresentam uma ansiedade social elevada (Vaz Serra et al.,1986b). O mesmo autor refere ainda que o autoconceito se correlaciona negativamente com a fobia e somatização.

No que diz respeito à propensão para desenvolver sintomas devido ao stress, Andrade (1997), refere que esta é menor quanto melhor é o autoconceito do indivíduo.

### *Autoconceito e estilo de vida*

Muhlenkamp e Sayles (1986), investigaram a forma como a auto-estima e os recursos pessoais se relacionavam e a forma como esta relação influenciava o estilo de vida, em 98 sujeitos entre os 18 e os 67 anos. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e que o

suporte social tinha um impacto positivo na auto-estima. Num estudo realizado por Duffy (1988, cit. in Albuquerque 2004), onde pretendeu analisar o impacto da auto-estima, do locus de controlo de saúde e do estado de saúde na adoção de um estilo de vida saudável, em 262 mulheres com idades entre os 35 e 65 anos, constatou que o locus de controlo interno, auto-estima positiva, estado de saúde positivo, preocupação com a saúde e educação universitária explicavam 25% da variância na probabilidade de adotar um estilo de vida saudável.

Ao avaliarem o estilo de vida de 589 trabalhadores de uma empresa, com idades entre os 20 e 65 anos, envolvidos num de seis programas de promoção da saúde subsidiados pela empresa, Pender et al. (1990, cit. in Albuquerque 2004), verificaram que a perceção de competência pessoal, a conceção de saúde, a perceção do estado de saúde e a perceção de controlo de saúde explicava 31% da variância dos padrões de estilo de vida. Os que demonstravam um locus interno tinham tendência para manter o estilo de vida saudável ao longo do tempo.

#### *Autoconceito e comportamento de risco para a saúde*

Numa investigação que pretendia estudar as intenções de fumar em estudantes do sétimo ano de escolaridade, Burton et al. (1989), constataram que quando o autoconceito era baixo, fumar era especialmente desejável como modo de elevar a identidade pessoal. Leviner et al. (1991, cit. in Ribeiro,1993), realizou uma investigação com um grupo de 25 doentes (portadores de várias doenças) com idades entre os 27 e 68 anos, comparando-o com um grupo de controlo, constataram que a auto-imagem era significativamente mais baixa no grupo de doentes. Essex e Klein (1989, cit. in Albuquerque 2004),) analisando um modelo que especifica ligações entre componentes subjetivos, físicos e funcionais do estado de saúde física e a depressão em 274 mulheres (idades entre 56-95 anos), em que avaliaram os efeitos do autoconceito e do comportamento em vários pontos do modelo, concluíram que o autoconceito estava significativamente envolvido em cada ponto de modelo.

Num outro estudo, Jamison et al. (1986, cit. in Albuquerque, 2004) verificaram os fatores que relacionavam a cooperação no tratamento em 27 adolescentes com cancro, com idades entre os 12 e os 18 anos. Neste estudo foi verificado uma correlação positiva entre auto-imagem e participação e uma correlação negativa entre locus de controlo externo e cooperação.

Já Rutledge (1987, cit. in Albuquerque 2004),), levou a cabo uma investigação sobre os fatores que estavam associados à iniciativa de realizar a auto-avaliação

periódica de caroços no peito, em 93 mulheres de classe média-alta, com idades entre 25 e 85 anos. Um elevado autoconceito foi um dos fatores que se encontraram associados à iniciativa da auto-avaliação.

### **3. Adolescência, Risco e Comportamentos de Risco**

#### *Definição de Risco e Comportamento de Risco*

Segundo McCrimmond & Werhrung (1986, cit Schenker & Minayo, 2005), existem três condições para a definição de risco: (1) possibilidade de haver perda; (2) possibilidade de ganho; e (3) possibilidade de aumentar ou de diminuir a perda ou os danos. O filósofo Heidegger, refere que o risco é inerente à vida (1980), ao movimento, e à possibilidade de escolha. Viver é correr risco e por isso a incerteza é um componente essencial da existência e igualmente do conceito de risco. Giddens (1994, cit Schenker & Minayo, 2005), faz uma distinção entre risco e perigo. Esses dois termos não são sinônimos embora o seu significado se aproxime. Sendo que o Perigo diz respeito a ameaças que visam a procura dos resultados desejados. Risco constitui uma estimativa acerca do perigo.

Para a Organização Mundial de Saúde (1986, cit. in Albuquerque 2004), comportamentos de risco são formas específicas de comportamento, associados ao aumento da suscetibilidade a uma doença específica ou à “doença-saúde”. Usualmente esses comportamentos são definidos como perigosos com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais.

Sendo um termo central da epidemiologia, diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição. Definidos a partir de análises coletivas, os alertas trazidos à população pela epidemiologia aplicam se a cuidados e evitação. A expressão consagrada fatores de risco designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (Newcomb et al., 1986; Jessor, 1991; Jessor et al., 1995). Alguns desses fatores referem se a características dos indivíduos; outros, ao seu meio microsocial e outros, ainda, a condições estruturais e socioculturais mais amplas (Zweig et al.2002, cit Schenker & Minayo, 2005 ), mas, geralmente, estão combinados quando uma situação considerada social, intrapsíquica e biologicamente perigosa se concretiza. Por exemplo, no caso do uso de drogas: ao fumar cannabis, um adolescente pode aumentar a probabilidade de desenvolver uma doença pulmonar, e também sofrer

consequências psicossociais ou sanções legais, conflitos com os pais, perda de interesse na escola ou sentimentos de culpa e ansiedade.

### *3.1. Risco e Comportamentos de Risco na Adolescência*

Muitos comportamentos considerados de risco podem ser simplesmente funcionais ou reativos ao momento vivenciado, sendo que na adolescência, testam-se limites e questionam-se regras e valores convencionais. A preocupação com esses comportamentos ditos de risco surge quando os limites “aceitáveis” são ultrapassados e passam a ocorrer de forma repetitiva e por tempo prolongado. Assim, existe risco ao bem-estar do indivíduo (Eisenstein & Souza, 1993, cit in Salvo, C. G. 2010).

Para Igra & Irwin (1996), a noção de risco implica sempre uma possibilidade de perda, ainda que subjetiva relacionada com a imprevisibilidade de resultados negativos de saúde. Por outro lado, os comportamentos de risco dos adolescentes têm implícitos uma tomada de decisão e um carácter volitivo, dado que todos os comportamentos têm ações alternativas.

Para os autores Richters & Weintraub (1990), os fatores de risco têm sido definidos como as variáveis, ou atributos individuais, ou situacionais, bem como do contexto ambiental, que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos que comprometem a saúde, nas suas vertentes biológica, psicológica ou social.

Para Schenker e Minayo (2004), quando se trabalha com adolescentes, o conceito de risco tal como é visto pela epidemiologia não é suficiente, uma vez que é entendido, apenas segundo as suas consequências negativas. Por exemplo, é óbvio que um adolescente que consome cannabis em princípio procura prazer e não dor e sofrimento. Neste sentido procuram a extroversão, o prazer de novas sensações, partilhas e aceitação social, diferenciação, autonomia e independência em relação à família, entre outros efeitos.

As implicações de maior vulto em relação à saúde e risco no decurso da adolescência estão profundamente relacionadas com as transformações biopsicossociais aí verificadas. A aparente saúde, ou seja, desenvolvimento físico, colide com as capacidades e características psicológicas que nem sempre caminham a par e passo (Parin, 1982 cit. in Albuquerque 2004). Por outro lado, esta mudança constitui um fator de stress, isto é, algo que exige adaptação do sujeito, principalmente se essas alterações forem vividas como ameaças ao equilíbrio e bem-estar dos anos anteriores. Assim, Parcel et al. (1988), referem que muitos comportamentos

importantes para a saúde iniciam-se neste período da vida, tal como as escolhas alimentares e de exercício físico, o consumo de drogas e a atividade sexual entre outros. Este tipo de comportamentos são contribuições primárias para a morbidade e mortalidade na adolescência. Na mesma perspetiva também muitas variáveis psicossociais regulam a ocorrência dos comportamentos relacionados com a saúde e também são adquiridos ou consolidados durante a adolescência (Jessor,1984).

A adolescência é desta forma, segundo alguns autores, um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser um período crítico para intervenções significativas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis (Ginzberg,1991 cit. in Albuquerque 2004).

Para WHO (1993, cit. in Albuquerque 2004), apesar do conceito de saúde ser muito mais abrangente do que a “simples” ausência de doença, o facto de os jovens serem menos vulneráveis à doença comparativamente às crianças e idosos, colocou a saúde deste grupo etário em segundo plano. A menor predisposição para com as condições negativas aliadas à saúde, não implica que os adolescentes não sejam por vezes confrontados com problemas de saúde. Muitos destes problemas estão associados ao seu comportamento (WHO,1993; Steptoe e Wardle,1996), à sua interação com o envolvimento e às mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis.

Matos (2005, cit in Salvo, C. G. 2010), relacionaram os principais fatores de risco à saúde em adolescentes, a partir da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). A saúde envolve “um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou mal estar” (OMS, 2001, p.30). A partir de uma análise de literatura e da relação dela com o conceito de saúde, Matos (2005), descreve os fatores de risco como: *Familiares* (conflito familiar, por exemplo); *Emocionais* (baixa auto-estima, p.e.); *Ligados à escola ou ao emprego* (fracassos, p.e.); *Interpessoais* (rejeição de pares, p.e.); Desvantagens pessoais (deficiências, p.e.); ecológicos (bairro onde reside, p.e.); Atraso de desenvolvimento (défices de habilidades sociais, p.e.). Esses fatores podem, assim, ser considerados de risco ou de proteção para a saúde dos adolescentes (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (1993, cit. in Albuquerque 2004), faz referência à algumas das mudanças associadas aos problemas de saúde na adolescência como as alterações a nível dos valores sociais e morais que aumentam os riscos de gravidez indesejada; doenças sexualmente transmissíveis, como a SIDA; a acessibilidade de aquisição de álcool, tabaco e drogas; hábitos alimentares; competição a nível educacional e profissional.

Para Jessor (1991), os comportamentos de saúde e estilos de vida na idade adulta são, em larga escala, o produto do desenvolvimento durante a adolescência. Estes comportamentos são complexos, tendo cada um destes comportamentos de saúde várias influências ou fatores determinantes (Irwin,1987).

Segundo as estatísticas podemos verificar que as principais causas de morte ou incapacidade nesta idade têm realmente origem em comportamentos de risco. A maior parte abrange até alguma forma de violência. Nos países desenvolvidos os acidentes de tráfego, os suicídios e outras causas externas estão entre os primeiros fatores de morte nos adolescentes e jovens adultos (Ginzberg,1991). Enquanto a proporção varia de país para país, no geral essas causas são responsáveis por cerca de metade de todas as mortes entre os 10 e os 24 anos. Em Espanha, por exemplo, contribuem em 56% para a mortalidade e em Portugal estão entre as principais causas de morte nestas idades (INE,2001).

Segundo Prinstein et al. (2000), dados recolhidos através do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (2000), nos últimos 40 anos, o uso de substâncias por parte dos adolescentes, o comportamento violento e o suicídio, são considerados prioritários na saúde, estes comportamentos de risco representam mais de 70% de doença, invalidez e morte na adolescência. Os mesmos autores referem ainda, que os dados divulgados pelo Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (1998), sugerem que 36,4% dos adolescentes fuma tabaco, 33,4% teve episódios de consumo excessivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais bebidas numa ocasião), 26,2% consumiu cannabis, 18,3% usou uma arma, dentro de um período de 1 ano, 36,6% dos adolescentes já se envolveu em agressões ou lutas físicas, 20,5% considerou seriamente tentar o suicídio, e 7,7% tentou o suicídio.

Para Jessor (1984), o conceito de risco na adolescência poderá ser subdividido em, três interpretações: 1) riscos com consequências imediatas na adolescência (adoção de comportamentos perigosos, como conduzir sob o efeito do álcool ou drogas); 2) riscos com consequências para o período pós adolescência (por exemplo a obesidade e consumo de drogas); 3) os que incluem consequências tanto atuais como remotas (ou seja o risco de gravidez, de passagem imediata ao ato por intolerância sistemática às frustrações, etc.).

### *3.2 Fatores de Risco*

Os fatores de risco têm sido definidos como as variáveis ou atributos individuais ou situacionais, bem como do contexto ambiental, que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos que comprometem a saúde, nas suas vertentes biológica, psicológica ou social (Richters & Weintraub,1990).

Quanto à hierarquização das influências, alguns autores defendem que os fatores sociais, situacionais e ambientais terão um maior peso no início de determinados comportamentos de risco, como sejam os comportamentos relacionados com os consumos, e os fatores individuais na escalada para a dependência desses mesmos consumos. Outros, no entanto, encaram as influências de personalidade como precedendo as ambientais, uma vez que os indivíduos procurarão e constituirão contextos sociais consistentes e reforçadores da sua personalidade (Schulenberg et al., 1996, cit. in Frasquinho,1996).

Alguns autores, como Antonovsky (1984), consideram que os riscos são ubíquos, que nem todos são necessariamente indesejáveis e que é impossível eliminá-los na mira de situações “assépticas”. Em consonância com a perspetiva de Antonovsky, sublinha-se atualmente a importância de compreender o que protege a pessoa no confronto com os riscos e qual o processo em ação, bem como se defende que deve ser prestada especial atenção aos períodos de transição, às crises na vida das pessoas. É um momento em que uma trajetória de risco pode ser reorientada para um padrão mais adaptativo. Nesta perspetiva, vários são os fatores que se tem considerado contribuírem para o aumento da vulnerabilidade ou da resistência à prática de comportamentos relacionados com a saúde, sejam ao nível familiar, psicossocial ou contextual.

### *Fatores familiares*

No que concerne aos fatores familiares à que considerar diversas influências. As atitudes e comportamentos dos pais, as práticas educativas no contexto do ensinar comportamentos saudáveis ou as características sócio-económicas, culturais e de relacionamento na família, parecem ser determinantes.

As atitudes e comportamentos dos pais em relação à sua própria saúde têm influência profunda nas atitudes e comportamentos dos filhos. Os filhos tendem a reproduzir as atitudes e comportamentos que observam nos progenitores (Dielman et al., 1982, cit. in Viana, 2000). Considera-se, pois, que a família constitui uma unidade social importante para a reprodução pela geração seguinte de atitudes e comportamentos observados e adquiridos na geração anterior. A aprendizagem das atitudes e comportamentos relativos à saúde é realizada de forma marcante no contexto familiar, de tal forma que as atitudes dos pais vão repercutir-se nas atitudes e comportamentos dos filhos mesmo quando estes se tornam autónomos e adultos

(Manger et al.,1992, cit. in Viana, 2000). Assim, é perceptível que atitudes favoráveis e comportamentos de uso ou abuso, por exemplo, de substâncias por parte dos pais aumentem a probabilidade de ocorrência de igual comportamento nos filhos (Frasquinho,1996). Nestes casos, os pais funcionam como modelos identificatórios, sendo o efeito provavelmente semelhante, quer se tratem de consumos de uma droga legal como o álcool ou de uma ilícita como a cocaína. Pelo contrário, sendo clara e previsível a reprovação por parte dos pais, que veiculam valores contrários ao consumo de substâncias e favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis, essa probabilidade diminuiu (Jessor et al.,1995; Frasquinho,1996). Pode afirmar-se, então, que quanto mais os pais se preocupam com a saúde dos filhos mais provável se torna que estes, tomando os pais e as suas atitudes como modelos, interiorizem as medidas preconizadas por eles, de modo a que elas se tornem parte do seu repertório.

Quanto às práticas educativas relacionadas com comportamentos especificamente associados à saúde, certos estudos (D'Amico & Fromme, 1997, cit. in Viana, 2000), indicam que se verificam melhores resultados quando os pais apresentam um estilo menos autoritário, usam estratégias educativas menos punitivas, implementam regras que resultam numa negociação democrática, usam maior argumentação racional para convencer os filhos, e permitem-lhes maior autonomia em relação a comportamentos de prevenção como lavar os dentes, prática de exercício físico, cuidados a ter em relação à alimentação e regras relativas às horas de sono. As práticas educativas que implicam o reconhecimento da criança como um indivíduo, que a encorajam a ser responsável e estimulam a sua autonomia, têm como consequência uma maior frequência de comportamentos positivos. Pois com um estilo autoritário, que usam estratégias punitivas e não encorajam a responsabilidade e autonomia dos filhos fazem com que estes adotem com menor frequência comportamentos de prevenção, ou seja, o uso de práticas disciplinares positivas, com a adoção de regras consistentes, claras e apropriadas à idade da criança, prova ser eficaz na proteção contra problemas de comportamentos diversos (Frasquinho,1996). Neste contexto, a criança conhece bem as normas, as consequências do seu cumprimento ou quebra são coerentes e a sua aplicação sistemática. A ausência de clareza e de consistência na definição das regras, dos papéis dos diferentes intervenientes e dos limites dos subsistemas lança a criança na confusão sobre o que dela é esperado, com reflexos óbvios, quer ao nível dos comportamentos, quer do conflito (Farate, 1996).

No que diz respeito às características da família, diversos estudos relatam que um dos fatores protetores mais consensuais assenta num relacionamento de apoio e afeto entre pais e filhos. Outro aspeto que tem sido firmemente associado às atitudes e comportamento dos filhos é o nível sócio-económico e cultural dos pais. Quanto

melhor estes índices melhores e mais saudáveis são as atitudes e comportamentos dos filhos. O estatuto sócio-económico surge, segundo Viana (2000), como o fator que melhor prediz quer as atitudes quer os índices de saúde da família. Acrescentando, ainda, que entre estes fatores, o número de anos de escolaridade da mãe, mais do que o do pai, é o que se encontra mais fortemente associado aos índices de saúde dos filhos. No entanto, os dados existentes não permitem estabelecer uma ligação clara entre o estatuto sócio-económico e a prática de determinado comportamento de risco, como seja o uso ou o abuso de drogas (Farate,1996).

Relativamente às oportunidades de participação das crianças na vida familiar, estas parecem favorecer o desenvolvimento de resistência. Atribuir responsabilidade à criança no desempenho de tarefas, que contribuem para o bem estar da família (ex.: cuidar de irmãos mais novos, desempenhos de lide doméstica), auxilia-a a internalizar um sentimento de valor, de competência e de pertença que reforça a sua autonomia e auto-estima (Farate,1996).

### *Fatores psicossociais*

De entre os fatores psicossociais merecem particular referência as variáveis inerentes às competências de vida, e também os determinantes associados à influência do grupo de pares e da escola.

Relativamente às competências de vida, os estudos realizados sintetizam que de entre os atributos mais referenciados como promotores da resistência estão as competências de relacionamento interpessoal, um locus de controlo interno, a auto-estima e as crenças de auto-eficácia (Jessor et al.,1995, cit. in Frasquinho,1996; Turner et al., 1995, cit. in Viana, 2000): (a) O sucesso no relacionamento interpessoal envolve uma panóplia de competências, que vão, segundo Turner et al. (1995), desde a assertividade, à literacia emocional, passando pela capacidade de comunicar eficazmente, ativando para isso características como a empatia, a simpatia e o sentido de humor; (b) o locus de controlo interno consiste na atribuição da responsabilidade dos acontecimentos a si próprio, proporcionando ao sujeito um sentimento de que controla o rumo da sua vida (Watt et al., 1995, cit. in Oliveira,2000); (c) a auto estima pode ser definida como a coerência entre a auto-imagem ideal e a auto-imagem atual (Turner at al., 1995), revelando-se no valor que a criança se reconhece a si própria; e (d) as crenças de auto-eficácia poderão ser conceituadas como uma perceção de que se é capaz de realizar tarefas específicas e resolver problemas com sucesso,

dependendo em muito, tal como a auto-estima, da informação veiculada pelo meio ambiente sobre as capacidades do indivíduo.

Quanto ao grupo de pares, poderemos afirmar que este constitui um fator influente na aquisição de atitudes e de comportamentos referentes à saúde. Nesta perspetiva, o grupo de pares pode ser concebido, ora como fator protetor, se veiculam valores convencionais que servem como controlos contra os consumos e incentivadores de atividades saudáveis (Frasquinho, 1996), ora como fator de vulnerabilidade, ao funcionar como modelo e proporcionar ocasião para, por exemplo, a experimentação e o uso de drogas (Frasquinho, 1996; Farate, 1996).

Relativamente à influência da escola, esta, tendo em consideração a informação e conhecimentos veiculados através dos currículos, pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis em idades nas quais a criança/adolescente é vulnerável e é relativamente fácil que se instalem hábitos não saudáveis (Viana, 2000). A escola pode contribuir assim para a aquisição de comportamentos promotores da saúde, que se poderão transformar em crenças e estilos de vida funcionais (Serafino, 1990, cit. in Viana, 2000). De acordo com diversos trabalhos citados por Tinsley (1992, cit. in Viana, 2000), a escola é eficaz na mudança de conhecimentos das crianças no que diz respeito ao tabagismo, alimentação e prática de exercício físico, mostrando-se, no entanto, menos eficaz em produzir mudanças nas atitudes e no comportamento dos alunos. Sugere-se que os conteúdos dos programas escolares devam ser melhorados em áreas como a alimentação, o tabagismo, as drogas, o alcoolismo e a higiene dentária, no sentido de serem mais eficazes na promoção de mudanças positivas nos comportamentos dos alunos (Viana, 2000).

Outra proposta de mudança, para aumentar a capacidade de intervenção da escola na promoção do desenvolvimento saudável dos seus alunos, é a implementação de tarefas cooperativas, onde todos têm que colaborar para atingir um resultado final, o que significa que se torna imprescindível a contribuição de cada um para se conseguir alcançar um objetivo comum (Jessor et al., 1995, cit. in Frasquinho, 1996).

É nesta perspetiva, que o compromisso do aluno com uma instituição convencional como a escola, favorece a adoção de comportamentos mais adequados e a diminuição do risco de envolvimento em comportamentos anti-sociais e de uso ou abuso, por exemplo, de drogas. Assim, uma intervenção que vise a promoção do sucesso escolar e a modificação de aspetos ecológicos do funcionamento da escola, parece favorecer o desenvolvimento global do aluno e a aquisição de competências de vida, reforçando desta forma a resistência (Farate, 1996).

Também um elemento que tem sido consistentemente associado à resistência é a proximidade de uma pessoa adulta, professor ou não, que funciona como apoio social externo, ou seja, que encoraja e reforça os esforços do adolescente para lidar com as dificuldades, sendo crucial, aqui, a capacidade do adolescente para procurar e usar essa ajuda (Frasquinho,1996).

### *Fatores contextuais*

Torna-se difícil falar de promoção da saúde sem referir as condições de vida das populações, ou a importância do acesso generalizado a bens essenciais, como o direito à saúde, à educação, ao emprego ou à informação. Devemos então atender à influência que certos aspetos da vida das pessoas, das famílias e das comunidades têm no aumento da vulnerabilidade ou da resistência no contexto dos comportamentos relacionados com a saúde. Um fator de risco a considerar será, por certo, a disponibilidade e a facilidade que existe no acesso a determinadas substâncias (Frasquinho,1996). Também de fácil acesso, se bem que numa outra perspectiva, encontra-se a influência da televisão. Relativamente a esta, diversos são os estudos que concluem que os conteúdos transmitidos por este meio de comunicação afetam as crenças, atitudes, conhecimentos e comportamentos dos indivíduos.

Segundo Viana (2000), a atenção dos investigadores tem-se centrado, concretamente, nos efeitos da televisão relacionados com três aspetos: o efeito dos conteúdos televisivos nos comportamentos de saúde; a influência da publicidade no consumo de alimentos; e o papel da televisão na modelagem das respostas de risco de acidentes ou da sua prevenção. Enquanto a influência do primeiro aspeto tem sido considerada pouco relevante, a influência da televisão enquanto meio difusor de modelos de comportamento, especificamente, alimentar é tida como muito importante. A observação frequente dos anúncios sobre produtos alimentares parece encorajar, nas crianças, um maior consumo de certo tipo de alimentos, muitos deles (produtos ricos em açúcar; salgados; produtos pobres do ponto de vista nutricional) nada benéficos para a saúde (Tinsley,1992, cit. in, Viana, 2000).

Sobre os efeitos da televisão nos comportamentos de risco e agressividade, diversos autores referem a existência de uma associação entre o comportamento das crianças ou adolescentes e a exposição prévia a conteúdos referentes a esse comportamento (Farate,1996; Viana, 2000). Contudo, se a televisão pode modelar comportamentos negativos é de esperar que provoque igualmente alterações positiva na conduta dos observadores. Num trabalho efetuado em 1998, Potts e Swisher (cit. in Viana, 2000) estudaram o efeito de conteúdos televisivos na implementação de

comportamentos de prevenção em crianças de ambos os sexos dos 7 aos 10 anos de idade. Assim, constataram que os rapazes, em geral, mostravam maior desejo de se envolver em situações de risco do que as raparigas, verificando ainda que, quando viam filmes onde eram mostradas situações de risco de acidentes e eram adotados os procedimentos protetivos, as crianças exprimiam menos desejo de se envolverem em situações do mesmo tipo de risco e eram mais conscientes dos perigos decorrentes de situações comuns. Segundo os autores, estes resultados demonstravam o efeito da aprendizagem a que as crianças foram sujeitas, constituindo-se como fator protetor.

Também um fator que tem sido referido como protetor é o envolvimento da criança e do adolescente em atividades sociais convencionais e a clareza das normas e expectativas quanto ao seu comportamento (Jessor et al., 1995, cit. in Frasquinho,1996). Nesta perspetiva, poderá defender-se a criação de oportunidades que promovam o estabelecimento de vínculo às normas e valores sociais e a participação ativa na vida comunitária.

### *3.3 Mudanças Individuais e suas Implicações nos Comportamentos de Risco*

No que concerne ao nível biológico, a puberdade apresenta-se como o período mais característico na adolescência, cujas mudanças transformarão o jovem individuo física e fisiologicamente num adulto reprodutivo e maduro. A puberdade progride em associação com a motivação sexual, assim como fomenta a atração sexual dos sujeitos, desta forma, em adolescentes fisicamente mais desenvolvidos, pode contribuir para o envolvimento em relações sexuais precoces, com o risco de gravidez indesejadas nas mulheres e o risco de doenças sexualmente transmissíveis em ambos os sexos. Uma aparência física mais madura pode levar a que os adolescentes passem a frequentar grupos de pessoas mais velhas, em que é mais provável ocorrerem comportamentos sexuais ou de abuso de substâncias, o que os pode colocar em maior risco, pois ainda não possuem a maturidade cognitiva e emocional para lidarem eficazmente com as exigências do meio (Millstein & Igra,1994, cit. in Albuquerque,1999). A mielinização do sistema nervoso leva também a que nesta fase se processe o amadurecimento do sistema nervoso, o que se associa ao desenvolvimento do raciocínio operatório formal (Piaget & Inhelder, 1979, cit. in Bizarro,1999).

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, existem fortes implicações que podem levar ao envolvimento em comportamentos de risco, se atendermos ao forte atrativo

que, por exemplo, a publicidade tem ao associar produtos prejudiciais à saúde com símbolos de status social, maturidade ou aceitação de pares.

O desenvolvimento do pensamento abstrato, possibilita uma conceptualização mais complexa do eu, uma maior auto-reflexão e comparação social, assim como o desenvolvimento de uma perspectiva mais a longo prazo do desenvolvimento (Claes,1985, cit. in Albuquerque,1999). Relacionado com este desenvolvimento está a construção da identidade. Os adolescentes pensam acerca de si mesmos em termos de características psicológicas abstratas, comparam-se a si próprios com os outros e até com quem poderão vir a ser, tiram conclusões relativas aos projetos de futuro e são pressionados pela sociedade para a preparação da tomada de papéis sociais adultos (Fleming, 1997). Durante esta fase, a auto-estima é afetada por domínios do comportamento humano que vão desde a imagem corporal, à aceitação social por parte dos pares e à realização escolar de uma forma geral. A adolescência é descrita como uma fase em que os jovens terão que desenvolver uma representação estável e uma imagem coerente de si próprios, que inclua e integre a experiência do passado e do presente, assim como a perspectiva de si no futuro (Erikson, 1968, cit. in Fleming,1997). James Márcia (1980, cit. in Bizarro 1999) viria a operacionalizar este conceito, descrevendo quatro estádios de desenvolvimento por onde passariam os adolescentes: o estádio da identidade realizada (identity achievement), o estádio de moratória (moratorium), de exclusão de identidade (foreclosure) e de confusão de identidade (identity confusion). Cada um deles seria o resultado da presença ou ausência de crise, assim como de compromissos assumidos ou não em áreas como a sexualidade, a religião, a vocação ou a ideologia política. Não obstante o impacto das tentativas de operacionalizar as teorias de Erikson, por James Márcia, o seu modelo tem algumas limitações. Segundo Taveira (1986, cit. in Albuquerque, 1999) este modelo deve ser encarado como uma tipologia e não como uma realidade, não sendo muito adequado ao estudo das diferenças individuais. Acrescenta ainda que os adolescentes não passam por uma crise única, mas por várias, podendo estar em crise numa área e não numa outra. Além disso, existem outras áreas importantes daquelas enunciadas por Márcia, tais como a escola, o lazer, a amizade, a família, a aparência física, entre outras. Por último, o modelo de Márcia não está muito preocupado com o processo por que passam os adolescentes, mas mais com os resultados a que estes chegam através das crises e dos compromissos.

### *3.4 Dados Epidemiológicos*

A má alimentação, o consumo de drogas e especificamente de tabaco e álcool, fazem parte do grupo de comportamentos de risco. Exporemos de seguida os

resultados do Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS - 1998 (“A Saúde dos Adolescentes Portugueses” – Matos et al., 2000) e do ESPAD 99 (European Scholl Survey Project on Alcohol and other Drugs - 1999).

### Alimentação

Os hábitos alimentares adquiridos durante a infância e adolescência têm importantes repercussões no estado de saúde dos indivíduos, quer a curto, quer a longo prazo, nomeadamente a nível do bem-estar físico e emocional (WHO, 1993; King et al, 1996). Segundo a Organização Mundial de Saúde um dos problemas mais graves na população jovem, traduz-se no consumo excessivo de certo tipo de alimentos. Estes preferem alimentos processados com alto teor de gordura e açúcares, o que resulta num deficit de consumo a nível de alimentos mais completos e saudáveis. Apesar das políticas de orientação dietética nos EUA visarem inicialmente a prevenção de carências nutricionais, tal como acontece atualmente em muitos países subdesenvolvidos, onde a má nutrição e a subnutrição ainda constitui um dos grandes problemas (WHO, 1993, cit in WHO, 2000), atualmente, nas sociedades desenvolvidas estes problemas estão relacionados com o excesso ou desequilíbrio alimentar. Nos países desenvolvidos a alimentação deixou de ser para a maior parte das pessoas, uma atividade de rotina, para se tornar num comportamento de escolha influenciado por vários fatores em que a publicidade e as “modas” ditam a influência. Nesta perspetiva, vários são os fatores determinantes do tipo de alimentação. Kaplan et al. (1993) referem que as influências a nível dos hábitos alimentares são geralmente categorizadas em três grupos de fatores: psicológicos, biológicos e culturais.

A alimentação não saudável está fortemente relacionada com uma série de doenças, nomeadamente doenças coronárias, enfartes, tensão arterial elevada, cancro, diabetes, obesidade, osteoporose, doenças dentárias, etc. (Kaplan et al., 1993).

Também Thornton e DeBlassie (1989, cit. in Albuquerque, 2004) referem que a investigação aponta para que cerca de 18% das raparigas estudantes tenham comportamentos bulímicos. Já Taylor (1990), refere que a modificação dos hábitos alimentares e de exercício que permitam uma redução de peso na ordem dos 10%, em homens com idades entre os 35 e os 55 anos, reduziria a doença coronária em cerca de 20%.

Salientamos que a maioria dos estudos efetuados nesta área confirmam realmente os dados anteriormente descritos. Por exemplo, O’Sullivan (1982, cit. in Albuquerque, 2004) ao seguir um grupo de 615 pessoas de alto risco para a diabetes, e um grupo de controlo, durante 16 anos, verificou que para o grupo de risco, a incidência de diabetes

era bastante maior para os obesos do que para os de peso normal, e que o excesso de peso predizia também, a gravidade da diabetes. Também Simopoulos (1986, cit. in Albuquerque, 2004) ao fazer o ponto da situação da relação entre obesidade e doenças, refere três estudos realizados nos EUA entre 1960 e 1980 com grandes amostras, em que constata que a obesidade está associada às doenças cardiovasculares, à hipertensão, à diabetes e a algumas formas de cancro. Refere ainda que, com base nos estudos longitudinais, se pode concluir que os indivíduos que têm peso inferior à média, que não seja causado por doença, têm maior longevidade.

Em relação à idade Feijó e Oliveira (2001), referem que numa fase inicial da adolescência, por não ter estabelecido adequadamente a sua imagem corporal, o adolescente pode apresentar dificuldades em considerar prioritárias atitudes de cuidado com sua saúde física, limitando muitas vezes, a sua adesão a tratamentos clínicos, orientação alimentar e atividade física, ainda que os sinais e sintomas apresentados possam ser evidentes aos adultos.

Como resposta aos resultados de todos estes estudos, as recomendações avançadas pela maioria dos países desenvolvidos, no âmbito dos hábitos alimentares, salientam a necessidade de se efetuar uma alimentação equilibrada e sobretudo variada.

### Consumo de drogas

Atualmente o consumo aditivo constitui um dos aspetos mais preocupantes na área da saúde não apenas devido às suas graves consequências, mas também pela sua expressão a nível da população mundial (Kaplan et al.,1993). Este consumo aditivo tem, segundo Ogden (1996), consequências bastante negativas, sendo estas agravadas quando o consumo for iniciado precocemente e variando bastante em função do tipo de droga utilizado. As muitas consequências traduzem-se na depressão do sistema nervoso central (depressores), estimulação do sistema nervoso central, perda de apetite e perturbações mentais (estimulantes), distorções a nível da percepção do tempo e do espaço (alucinogénios) e problemas pulmonares a longo prazo (Kaplan et al.,1993). Encontram-se ainda outros efeitos aliados ao consumo de drogas, nomeadamente perda de produtividade na escola/trabalho, violência associada ao tráfico, risco de acidentes, consequências graves para o feto em mães toxicodependentes e custos de programas de reabilitação (Kaplan et al.,1993).

No entanto, para além das consequências negativas que acabaram de ser referidas, encontram-se outro tipo de consequências associadas ao consumo de aditivos, muitas vezes percebidas como positivas pelos jovens (WHO,1993, cit. in Albuquerque 1999). Entre outras encontramos efeitos positivos a nível do humor e

capacidade para enfrentar situações difíceis (WHO,1993, cit. in Albuquerque 1999; Breteler et al.,1996, cit. in Albuquerque 1999). Ainda neste âmbito, encontramos a crença que o consumo de tabaco tem como consequência a prevenção do aumento de peso (Waldron,1988), o que poderá constituir uma motivação para o aumento do consumo do mesmo, especialmente no sexo feminino.

Para além dos fatores apontados, existem outros fatores no âmbito da influência social, salientados por diversos autores (Ritter,1988; Sallis & Nader, 1988; Carvalho,1990) como os mais importantes para o consumo de aditivos: a influência da família e do grupo de pares. A família tem uma forte influência no consumo de aditivos, nomeadamente ao nível do tabaco. Autores como Sallis e Nader (1988), Carvalho (1990), referem a existência de uma relação positiva entre os hábitos tabágicos dos progenitores e os hábitos tabágicos dos filhos. Carvalho (1990) salienta ainda que as boas relações familiares apresentam uma relação negativa com o consumo de drogas.

Comparativamente à influência do grupo de pares, esta é apontada como tendo um maior impacto sobre os adolescentes no sentido da iniciação e manutenção do consumo de drogas, quando comparada com a influência da família (Sallis & Nader,1988; Carvalho,1991; WHO,1993). Kaplan et al. (1993) salientam que os adolescentes vêem o fumar como uma norma. Estes autores referem, baseando-se num estudo realizado em 1976, pela American Cancer Society, que se encontram diferenças significativas entre as crenças dos adolescentes relativas ao consumo de tabaco pelos seus pares e o consumo real por parte destes. Verificou-se, igualmente neste estudo, que 83% dos adolescentes acreditavam que a maior parte dos seus colegas fumavam, enquanto que na realidade apenas 15 a 30% dos adolescentes eram fumadores. Outros autores (Carvalho,1990; Li et al.,1994) referem também uma associação entre perceção do envolvimento dos pares no consumo de aditivos (que não corresponde necessariamente à realidade) e o seu comportamento atual. Estas influências, quer dos amigos, quer mais especificamente da família, deverão ser enquadradas num contexto sociocultural (Carvalho,1991). É possível encontrar neste âmbito fatores, que determinam diferenças significativas no consumo de aditivos, como por exemplo, o nível socioprofissional dos pais. Assim, verifica-se que os descendentes de famílias, com um nível socioprofissional mais elevado e com estabilidade profissional, fumam menos comparativamente aos filhos de descendentes de famílias com um nível socioprofissional mais baixo e sem estabilidade a este nível (Carvalho,1991).

Contudo, salientamos que entre as drogas mais consumidas, em 1988, nos EUA, permaneceu o álcool, com 90,5% de prevalência de consumo, entre os 12 e os 25 anos (Adams et al.,1990, cit. in Albuquerque 1999). Segundo a Organização Mundial

de Saúde, nos últimos 40 anos o consumo de álcool por parte dos jovens tem aumentado quer em quantidade, quer em frequência, diminuindo a idade de iniciação ao consumo (WHO,1993). Carvalho (1990) sublinha que a maioria dos estudos realizados, no âmbito da adolescência e consumo aditivo, referem que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes. Dados fornecidos por estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (King et al.,1996), sobre comportamentos em jovens em idade escolar, revelam que cerca de 52% dos indivíduos do sexo masculino e 45% dos indivíduos do sexo feminino, com idades de 15 anos, consomem bebidas alcoólicas regularmente numa base semanal.

Os efeitos do álcool são atualmente bem conhecidos. O consumo excessivo de álcool conduz a problemas pessoais, sociais e económicos, estando ainda associado à mortalidade, quando este consumo se prolonga por um longo período de tempo. Os consumidores de álcool em excesso têm maior risco para as seguintes condições: cirrose, cancro, doenças cardiovasculares (WHO,1993; Smith et al.,1988, cit. in Albuquerque,1999), acidentes rodoviários, violência e crime (Kaplan et al.,1993), problemas laborais, nomeadamente absentismo e performance disfuncional (Kaplan et al.,1996).

É importante referir que o consumo de álcool durante a adolescência, tal como qualquer outro comportamento relacionado com a saúde tem na sua base diversas influências. Carvalho (1991), refere que a iniciação ao consumo de álcool é determinada “por um conjunto de valores, expectativas e padrões de comportamento definidos pela própria cultura”(p.205), que por sua vez definem as características do consumo do álcool na adolescência, quer em termos de frequência, quer em termos de quantidade. Deste modo verificam-se maiores níveis de consumo nos indivíduos que têm atitudes mais desfavoráveis em relação ao consumo de álcool. Um outro fator fundamental para o consumo de álcool na adolescência, é, também aqui, a influência dos principais grupos de referência a família e os grupos de pares (King et al.,1996).

Em relação à família, existem autores que a mencionam como fator importante na iniciação e manutenção do consumo de álcool (Coleman,1985, cit in Albuquerque, 2004; Carvalho,1991; Rodrigues,1994). Segundo Ogden (1996), esta poderá ser considerada como um dos preditores mais fortes para o consumo de álcool nos adolescentes. Desta forma, adolescentes provenientes de famílias onde os pais são grandes consumidores, têm maiores probabilidades de se tornarem também grandes consumidores (WHO,1993).

A influência dos amigos tem também um papel relevante no consumo do álcool (Coleman,1985; Carvalho,1991; WHO,1993; Rodrigues,1994). Segundo Carvalho (1991), o consumo de álcool é assim considerado pelos adolescentes como uma das

formas de obter aprovação social, para além de estar associado a uma imagem de rebeldia, atração, firmeza e sociabilidade, salienta que de um modo geral os estudos referem a influência do grupo de pares como determinante mais forte para o consumo de álcool, no que concerne às influências familiares, o que contraria os dados de Andrews et al. (1993). No entanto, Carvalho menciona que poderá existir “relação” entre os dois tipos de influência. Por exemplo, uma maior supervisão por parte do meio familiar poderá condicionar a influência do grupo de companheiros no consumo de álcool.

Num estudo efetuado por Brauman e Fisher (1986, cit. in Albuquerque, 1999), constatou-se que as relações entre o consumo de álcool por parte dos indivíduos e dos seus pares, traduzem “essencialmente aquilo que os sujeitos acreditam que o seu amigo faz” (p.196). Este facto ressalta a ideia que a conformidade com os comportamentos dos pares tem na sua base a representação cognitiva da norma do grupo e não necessariamente o comportamento aberto do grupo.

O consumo de tabaco tem sido também analisado por vários investigadores que referem ser a forma de comportamento que mais riscos têm trazido para a saúde. Por esta razão é dos comportamentos que está mais restringido por lei e, paradoxalmente, dos que mais contribui para o orçamento dos governos dos mais diversos países.

Segundo a Organização Mundial de Saúde calcula-se que aproximadamente dez milhões de habitantes da Região Europeia se arriscam a morrer de doenças relacionadas com o consumo de tabaco entre 1980 e 2000 (OMS,1985, cit in Albuquerque, 2004). Doenças como o cancro do pulmão, a bronquite crónica, o enfizema e algumas doenças arteriais crónicas dos membros inferiores e os efeitos do tabagismo no feto da mãe grávida. Segundo Taylor (1990), 25% de todas as mortes por cancro e cerca de 35000 mortes prematuras por ataque cardíaco, podem ser evitadas anualmente, nos Estados Unidos, se se deixasse de fumar.

A confirmar todos estes resultados, Kuller et al. (1991, cit in Albuquerque, 2004), num estudo de atualização dos dados sobre o impacto do tabaco, numa amostra de 361662 participantes do Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), concluem que há uma relação clara, entre fumar e mortalidade e entre fumar e acidentes vasculares cerebrais. Num estudo continuado durante 10 anos, constataram que deixar de fumar tinha efeitos positivos e rápidos sobre a doença coronária, mas que não era reversível para o cancro do pulmão. Também La Croix et al. (1991, cit in Albuquerque, 2004), num estudo longitudinal da relação entre consumo de tabaco e mortalidade, em 7178 indivíduos com mais de 65 anos de idade, concluem que os fumadores morriam numa proporção duas vezes superior aos não fumadores, que o risco relativo para as doenças cardiovasculares era 2,0 e para o cancro do pulmão 2,4, e que, deixar de

fumar aumentava a expectativa de vida nos idosos, com os ex-fumadores a reduzirem o risco para o nível dos não fumadores no que diz respeito às doenças cardiovasculares, mas a manterem-no para o cancro.

Num dos últimos e maiores estudos a nível Europeu efetuado em 35 países pela *European School Survey project on Alcohol and other Drugs* (projeto ESPAD, 2007, participaram países como França, Alemanha, Itália, Portugal, Suécia, ou Reino Unido), sobre o consumo de álcool e outras drogas por parte de estudantes europeus dos 15 aos 16 anos, verificou-se:

Em relação ao consumo de tabaco, em média, no inquérito 58% dos estudantes nos países participantes referiram ter experimentado cigarros pelo menos uma vez e 29% tinham consumido cigarros nos últimos 30 dias e 2% de todos os estudantes tinham fumado pelo menos um maço de cigarros por dia nos últimos 30 dias.

Os países com níveis elevados de prevalência de consumo nos últimos 30 dias são a Áustria, Bulgária, República Checa e Letónia (40% – 45%) e os países com nível de prevalência baixo são a Arménia, Islândia, Noruega e Portugal (7% – 19%). Em países onde fumam mais estudantes, é também provável encontrar estudantes que referem ser fácil obter cigarros. Um início precoce do consumo de cigarros (13 anos de idade ou menos) está também associado, a nível nacional a percentagens de consumo elevadas no último mês. Em média, 7% dos estudantes afirmaram ter fumado cigarros diariamente com 13 anos de idade ou menos. O consumo diário de cigarros nesta idade precoce é mais comum entre os estudantes na República Checa, Estónia, Letónia e República Eslovaca (níveis de prevalência próximos de 13%) e menos comum entre os estudantes da Grécia e da Roménia (cerca de 3%).

Ao nível do conjunto dos países, as diferenças entre géneros em 2007 são pouco significativas no que se refere ao consumo de cigarros nos últimos 30 dias. Contudo a nível nacional, é possível observar diferenças importantes. Por exemplo, os rapazes encontravam-se 16 pontos percentuais acima das raparigas na Arménia e, inversamente, as raparigas encontravam-se 19 pontos percentuais acima dos rapazes no Mónaco.

No que diz respeito ao consumo de álcool, em todos os países participantes no ESPAD, pelo menos dois terços dos estudantes ingeriram álcool pelo menos uma vez ao longo da sua vida, com uma média próxima dos 90%. Os valores médios correspondentes relativos aos últimos 12 meses e aos últimos 30 dias são de 82% e 61% respetivamente. Estes números mantiveram-se praticamente inalterados entre o último estudo de 1995 e 2007, no que se refere aos níveis de prevalência ao longo da vida e nos últimos 12 meses, enquanto os números referentes aos últimos 30 dias

aumentaram até 2003, diminuindo depois ligeiramente em 2007, especialmente entre os rapazes.

Os números relativos à prevalência ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias são praticamente idênticos para rapazes e raparigas. Contudo, no que respeita às frequências de consumo mais elevadas no respetivo limite temporal (40, 20 e 10 vezes) as percentagens são normalmente mais elevadas entre os rapazes. Estas frequências de consumo elevadas são referidas principalmente por estudantes na Áustria e na Alemanha, enquanto os países nórdicos Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia pertencem ao grupo com um número muito reduzido de estudantes com consumos tão frequentes.

Em termos gerais, a cerveja é a bebida dominante, representando cerca de 40% da quantidade consumida (em 100% de bebidas alcoólicas) no último dia de consumo, seguidos dos 30% das bebidas espirituosas e dos 13% do vinho.

Em média, metade dos estudantes participantes no projeto ESPAD esteve intoxicada pelo menos uma vez ao longo da sua vida. A 39% dos estudantes, esta situação tinha sucedido durante os últimos 12 meses e a 18% durante os últimos 30 dias.

O aumento mais pronunciado entre 2003 e 2007 verifica-se em Portugal, onde a percentagem de estudantes que referem o consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias aumentou de 25% para 56%, ou seja, 31 pontos percentuais.

Em média, neste estudo, 15% referiram ter vivido problemas graves com os pais, e este valor foi praticamente idêntico (13%) nas respostas “mau desempenho na escola ou no trabalho”, “problemas graves com amigos e confrontos físicos”. A maioria dos problemas relacionados com o álcool é, em média, mais comum entre os rapazes. Este facto é mais pronunciado no caso dos “confrontos físicos” e “problemas com a polícia”. Contudo, alguns dos problemas referidos apresentam médias praticamente idênticas, e, num caso (“problemas graves com amigos”), o valor médio é mesmo ligeiramente superior entre as raparigas.

Em relação ao consumo de drogas, um terço dos estudantes nos países participantes referiu ser fácil encontrar cannabis. As anfetaminas e o ecstasy não são considerados tão fáceis de obter como a cannabis. Em média, 23% dos rapazes e 17% das raparigas experimentaram drogas ilícitas pelo menos uma vez ao longo da vida. O consumo de drogas ilícitas referido pelos inquiridos varia consideravelmente entre os países. Os níveis de prevalência mais reduzidos encontram-se frequentemente entre os países nórdicos e na Europa Oriental. A grande maioria dos estudantes que experimentaram drogas ilícitas consumiu cannabis. O consumo ao

longo da vida de cannabis foi referido por 19% dos estudantes enquanto 7% tinham experimentado pelo menos uma das outras drogas incluídas na lista.

Nos países participantes no ESPAD que forneceram dados comparáveis para todos os quatro exercícios, 12% dos estudantes referiram uma prevalência ao longo da vida de drogas ilícitas em 1995, e este número aumentou para 21% em 2003. Contudo, os resultados relativos a 2007 indicam que a tendência ascendente do consumo de drogas ilícitas foi interrompida, uma vez que apenas 18% dos estudantes referiram experiências desse tipo nesse ano. Esta evolução é praticamente idêntica em ambos os géneros, e as raparigas mantêm-se continuamente cerca de cinco pontos percentuais abaixo dos rapazes.

### Comportamento sexual

Outros dos comportamentos potenciais de risco para os jovens, comprovado através de muitos estudos efetuados, é o comportamento sexual. Este comportamento provém essencialmente de uma atividade sexual precoce, muitas vezes até não desejada ou sem efetiva ponderação das consequências possíveis (como o contrair de doenças sexualmente transmissíveis, que, segundo Friedman (1989), aumentou dramaticamente de prevalência nos últimos 20 anos). O trauma psicológico de uma gravidez indesejada é outra questão a ter em atenção. Segundo Moore (1992, cit. in Albuquerque, 1999), verificou que na última década a gravidez indesejada nos adolescentes foi de 87% dos casos, contra 79% nos anos 70 e 80. Navarro (1985), no seu estudo sobre adolescentes portugueses, que em 1985 constituíam 17,4% da população, conclui que há ausência na quase totalidade, de conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e que o não uso de meios anticoncecionais e as opiniões sobre contraceção são o reflexo da falta de conhecimentos. No entanto 70% dos rapazes e 31% das raparigas afirmam ter regularmente relações sexuais. Porém mantêm o sigilo sobre elas 42% daqueles, e 77% destas, o que acentua o carácter de culpabilidade atribuído ao ato.

Hardy (1982, cit in Albuquerque 2004), refere que a gravidez representa um risco para a saúde física e mental da mãe adolescente. Num estudo longitudinal terminado em 1982, o mesmo verificou que estas mães experienciavam altos índices de instabilidade familiar, menor sucesso educacional, menores rendimentos com maior dependência da segurança social, menor adaptação ao trabalho e maior fertilidade do que as que tiveram filhos mais tarde. Esta constatação é igualmente partilhada pela WHO (1986) que afirma que a gravidez precoce representa um perigo particular para as mães jovens e seus bebés. Refere que tanto a mortalidade materna e infantil, como

a mortalidade com relação à gravidez, é superior nas mães dos 15 aos 19 anos do que nas mulheres mais velhas.

Resumindo, podemos verificar que na globalidade dos dados, relativos aos comportamentos que estiveram em apreciação, confirmam uma vulnerabilidade particular do grupo etário da adolescência e que um leque bastante acentuado de jovens experienciam, de facto, problemas e envolvem-se em múltiplos comportamentos de risco e que os índices têm aumentado nos últimos anos. Por exemplo, estudos realizados nos EUA (Crockett & Petersen, 1993), com jovens entre os 12 e os 19 anos, mostram que cerca de 60% consomem álcool, 29% tabaco e 17% marijuana, quando a pergunta é feita relativamente ao “consumo nos últimos 30 dias” e quanto a um consumo diário 4,5% dos jovens consomem álcool, 19% tabaco e 3% marijuana e outros estimulantes e tranquilizantes. Dryfoos (1997) refere na conclusão dos seus estudos, também nos EUA, em que avaliou cerca de 15000 adolescentes de população não clínica, com idades entre os 14 e os 18 anos, delineou grupos de jovens com base no número e gravidade dos comportamentos de risco e estimou que 10% dos jovens estão num risco muito elevado, 15% estão num risco elevado e 25% estão num risco moderado. Sendo que a percentagem acumulada de jovens em risco moderado a muito elevado é de 50%. Para este autor, esta percentagem representa uma duplicação em relação a números existentes anteriormente (Dryfoos,1990,1997). Claro que as consequências do envolvimento neste tipo de comportamentos não têm que ser inevitavelmente negativos, mas, pela sua definição de risco, podem constituir-se numa sequência de acontecimentos que conduzem a uma variedade de consequências adversas que merecem a nossa atenção.

Os estudos apontam, igualmente, para um maior grau de comorbidade entre os problemas na adolescência, ao seja, um vasto conjunto de dificuldades ou comportamentos problema estão positivamente associados (Dryfoos,1990, 1997; Garnefski & Diekstra, 1997, cit. in McIntyre & Soares,2002). Por exemplo, Dryfoos (1997) refere que com frequência nos adolescentes os vários comportamentos de risco co-ocorrem em simultâneo ou uns após os outros, sequencialmente.

Em Portugal os dados apontam na mesma direção, verificando-se um aumento das problemáticas na adolescência. Por exemplo, Flemming et al. (1988, cit in Albuquerque, 2004), num estudo com cerca de 1000 jovens dos 12 aos 19 anos referem que 4% consomem substâncias psicoativas e cerca de 50% consomem álcool. Um inquérito feito em 1998 pelo Instituto Português da Droga e Toxicodependência, a 7700 alunos do 3º ciclo e secundário de 110 escolas da Grande Lisboa, revelou que, nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito, 26% dos jovens do 3º ciclo e 56% do secundário, tinham consumido bebidas alcoólicas, na mesma ordem 14% e 29%

tinham fumado tabaco e 2% e 7% tinham consumido drogas ilícitas (IPDT, 1999). Outros dados preocupantes, ainda do contexto Português (Ministério da Saúde, 1997; McIntyre, Soares & Silva 1997), indicam claramente que é a na idade dos 13/14 anos que os comportamentos de risco ameaçadores da saúde começam a instalar-se. A conhecer: 13% dos adolescentes têm a sua primeira “bebedeira” por volta dos 14 anos; o início do consumo de tabaco situa-se antes dos 15 anos de idade; o consumo de substâncias aditivas (álcool, tabaco e drogas) aumenta com a idade atingindo-se um pico no grupo etário igual ou superior aos 16 anos; aos 16 anos de idade 14,5% dos adolescentes já experimentaram substâncias ilícitas; 14% dos adolescentes referem irregularidades na toma do pequeno almoço, 18,2% consomem doces todos os dias e 5,6% dos adolescentes consomem duas ou mais chávenas de café.

Em relação aos dados de Portugal no estudo ECATD (2003), referira-se que percentagem de alunos que já experimentaram alguma droga, pelo menos uma vez, aumenta com a idade. Aos 13 anos, 6% dos rapazes e 4% das raparigas já tinham tido essa experiência enquanto que, aos 18 anos, esses valores eram de 38% dos rapazes e de 25% das raparigas. A percentagem de alunos com consumos de droga, nos últimos 30 dias, antes da realização do estudo, mostra que os consumidores habituais serão no máximo, 3% dos alunos de 13 anos e 12% dos de 18 anos. Em cada grupo etário, as percentagens de rapazes com consumos atuais são cerca do dobro das percentagens das raparigas. A prevalência do consumo de cannabis “ao longo da vida” mostra que cerca de 2% dos alunos de 13 anos e 29% dos de 18 anos já experimentaram fumar “marijuana” ou “haxixe”. As diferenças entre os sexos aumentam com a idade, sendo mais acentuadas aos 18 anos, com 37% dos rapazes e 24% das raparigas a já terem passado por essa experiência.

Em relação ao consumo de álcool, 47% dos alunos de 13 anos e 94% dos alunos de 18 anos já tinham experimentado consumir álcool, pelo menos uma vez ao longo da vida. As diferenças entre as percentagens de rapazes e raparigas que já experimentaram bebidas alcoólicas são baixas, em qualquer dos grupos etários. Cerca de 30% dos alunos de 13 anos e 69% dos alunos de 18 anos tinham consumido álcool nos 30 dias antes da realização do estudo. As diferenças entre as percentagens de rapazes e raparigas, com consumos neste período de tempo, são menores nos alunos mais novos. A perceção do risco associado ao consumo do álcool, decresce ligeiramente com o aumento da idade. Assim, aos 13 anos, 53% dos alunos consideraram correr “muito risco” consumindo “5 ou mais bebidas” em cada fim-de-semana, enquanto que aos 18 anos, essa percentagem foi de 43%.

O mesmo estudo foi replicado em 2007 e 2011 (ECATD, Portugal), sendo que em 2011 verificou-se:

Em relação ao consumo de álcool um decréscimo na percentagem de experimentação, em todos os grupos etários, globalmente e de modo semelhante nos rapazes e nas raparigas; os valores situam-se entre os 37% aos 13 anos e os 91% aos 18 anos; Decréscimo na percentagem de consumidores recentes (últimos 12 meses), em todos os grupos etários, globalmente e de modo semelhante nos rapazes e nas raparigas; os valores situam-se entre os 27% aos 13 anos e os 87% aos 18 anos. Decréscimo na percentagem de consumidores atuais (últimos 30 dias), em todos os grupos etários, globalmente e de modo semelhante nos rapazes e nas raparigas; os valores situam-se entre os 13% aos 13 anos e os 70% aos 18 anos. Aumento das percentagens de alunos que já se embriagaram, e dos que o fizeram nos 30 dias anteriores ao estudo, a partir do grupo etário dos 15 anos, sendo os aumentos mais acentuados para as raparigas; as prevalências de embriaguez ao longo da vida situam-se entre os 8% aos 13 anos e os 54% aos 18 anos e, nos “últimos 30 dias”, entre os 2% aos 13 anos e os 23% aos 18 anos. Aumento da frequência dos episódios de embriaguez, a partir dos 15 anos.

Em relação ao consumo de tabaco, decréscimo na percentagem de consumidores, nos alunos mais jovens (13 e 14 anos) e nos mais velhos (18 anos), globalmente e de modo semelhante nos rapazes e nas raparigas; os valores situam-se entre os 17% aos 13 anos e os 61% aos 18 anos. Verificou-se ainda um aumento relevante nas percentagens de consumidores atuais (com consumos nos 30 dias anteriores ao estudo), nos alunos de 15 anos ou mais com aumentos ligeiramente maiores nas raparigas; os valores situam-se entre os 11% aos 13 anos e os 48% aos 18 anos. Em todos os grupos etários, a iniciação aos consumos (2011) fez-se mais tarde do que em 2007, em especial para as raparigas; os valores situam-se entre os 5% aos 13 anos e os 34% aos 18 anos;

Relativamente ao consumo de Cannabis verificou-se uma diminuição (13 e 14 anos) ou estabilização (15 aos 18 anos) da percentagem de experimentação (longo da vida) de cannabis entre os alunos mais jovens; os valores situam-se entre os 2% aos 13 anos e os 28% aos 18 anos. Aumento da percentagem de consumidores recentes (últimos 12 meses), mas decréscimo acentuado na frequência dos consumos, em todos os grupos etários e mais acentuado nas raparigas do que nos rapazes; os valores situam-se entre os 1% aos 13 anos e os 25% aos 18 anos; Algumas variações em ambos os sentidos nas percentagens de consumidores atuais (últimos 30 dias), mas com decréscimo acentuado na frequência de consumos em ambos os sexos; os valores situam-se entre os 1% aos 13 anos e os 16% aos 18 anos;

#### **4. Comportamentos de risco e autoconceito na adolescência**

Tal como já verificamos, o desenvolvimento do pensamento abstrato, permite uma conceptualização mais complexa do eu, uma maior auto-reflexão e comparação social, assim como o desenvolvimento de uma perspectiva mais a longo prazo do desenvolvimento (Claes,1985, cit. in Albuquerque,1999). Associado com este desenvolvimento está a construção da identidade.

Segundo Fleming (1997), os adolescentes pensam acerca de si mesmos em termos de características psicológicas abstratas, comparam-se a si próprios com os outros e até com quem poderão vir a ser, tiram conclusões relativas aos projetos de futuro e são pressionados pela sociedade para a preparação da tomada de papéis sociais adultos. Nesta fase, o autoconceito e a auto-estima são afetados por domínios do comportamento humano que vão desde a imagem corporal, à aceitação social por parte dos pares e à realização escolar de uma forma geral. A adolescência é relatada como uma fase em que os adolescentes terão que desenvolver uma representação estável e uma imagem coerente de si próprios, que inclua e integre a experiência do passado e do presente, assim como a perspectiva de si no futuro (Erikson, 1968, cit. in Fleming,1993).

Parece um dado amplamente aceite, no campo da psicologia, que uma das tarefas desenvolvimentais centrais durante a adolescência passa, incontornavelmente, pela formação de um autoconceito positivo e estável, enquanto indicador privilegiado de um desenvolvimento psicológico saudável. Aliás, são inúmeros os autores que apoiam a ideia, segundo a qual o autoconceito é suscetível de condicionar o desenvolvimento cognitivo, social e académico dos indivíduos e de explicar, mediar e regular um extraordinário leque de comportamentos humanos (Carvalho, 1992; Hattie, 1992; Hayes, Crocker, & Kowalski, 1999; Rosenberg, 1981).

Diversos estudos e documentos ( Filozof et al., 1998; Glendinning & Inglis, 1999; Lloyd, Lucas, Holland, McGrellis, & Arnold, 1998; Marsh, 1990a) solicitam a importância de se investir explicitamente na promoção de auto-percepções adequadas e positivas propondo-se a dotar os adolescentes com recursos intrapsíquicos que lhes permitam protegerem-se e enfrentarem os problemas e os riscos para a saúde, quer esse investimento ocorra em contexto escolar ou em contexto clínico.

Não admira, pois, que alguns autores (Abernathy, Massad, & Romano-Dwyer, 1995; Torres, Fernandez, & Maceira, 1995), tenham constatado a circunstância das abordagens psicológicas e psicossociais dos consumos de substâncias tóxicas, centradas em variáveis intrapessoais como o autoconceito e a auto-estima, orientarem

muita da investigação e das intervenções no âmbito da prevenção e da promoção para a saúde.

No cerne destas perspetivas, tem-se cultivado o pressuposto de que o autoconceito e a auto-estima constituem uma base imprescindível e poderosos fatores mediadores ao nível da tomada de decisões saudáveis e do conseqüente evitar de comportamentos com risco para a saúde, designadamente, os consumos de álcool, tabaco e drogas (Bolognini, Plancherel, Bettschart & Halfom, 1996; Collin, 1995; Hamilton & Oswald, 1998; King, 1997; Torres et al., 1995; World Health Organization [WHO], 1997).

Segundo o modelo de Jessor (1991), referente à toxicomania, a auto-estima e a auto-eficácia (constituintes do autoconceito) são variáveis que poderão funcionar como fatores de risco ou fatores protetores no consumo destas.

Por exemplo, no domínio do consumo de bebidas alcoólicas, o sentimento de baixa auto-estima tem sido visto como um forte preditor do mesmo e, ademais, da progressão até níveis problemáticos de ingestão de álcool (Scheier & Botvin, 1997). De igual modo, Chassin e DeLucia (1996), descrevem a existência de ligações entre o consumo de álcool e a presença de baixos níveis de auto-estima. Muitos outros estudos têm afirmado a relação do autoconceito e da auto-estima com mais do que um tipo de substância consumida, admitindo associações com outros comportamentos não saudáveis, além da ingestão de álcool por nós considerada.

Deste modo, a ocorrência de problemas ao nível das auto-perceções pode levar aos usos de álcool e de droga, do mesmo modo que King (1997) refere que possuir uma auto-estima positiva diminui o risco de desenvolvimento no uso de álcool e de drogas. O investigador Beman (1995), verificou uma maior tendência para os consumos de álcool e de outras drogas por parte dos jovens com pobres autoconceitos relativamente àqueles que apresentavam autoconceitos positivos. Similarmente, Mutrie (1997) sustenta que a baixa auto-estima está relacionada com a ingestão de álcool e com o uso de drogas.

Neste âmbito, Rosenberg (1981), defendeu também a ideia de uma implicação do autoconceito nos consumos de álcool e de droga, quer o mesmo seja perspetivado como causa, quer como efeito. Reconhecendo a existência de relações entre estas variáveis, Purkey (1988), adverte que os problemas dos abusos de álcool e de drogas não podem ser enfrentados se os profissionais e o público em geral ignorarem o autoconceito dos consumidores. Ainda no domínio da consideração dos consumos heterogêneos, King (1997) referencia a existência de uma relação inversa entre o autoconceito e a auto-estima com os consumos de álcool, tabaco e droga, bem como com a própria intenção de uso. Finalmente, devemos considerar os efeitos indiretos

decorrentes de uma alta auto-estima sobre a redução dos consumos de álcool, tabaco e drogas, por via daquilo que Torres et al. (1995) consideram ser um aumento das resistências dos adolescentes às influências ambientais e sociais, particularmente às pressões advindas dos pares.

Apesar das ortodoxias científicas e populares admitirem a existência de associações entre os consumos de substâncias tóxicas e o autoconceito e/ou a auto-estima, existem, contudo, alguns estudos que não confirmaram as relações supostas. Kahne (1996), realizou uma avaliação de alguns programas e posicionamentos que defendem o investimento na auto-estima como forma de atingir um vasto conjunto de resultados, que vão desde a redução do abuso de álcool e de drogas até à melhoria do rendimento escolar. A este respeito, um claro juízo cético, aliás, devidamente acolitado pela constatação que as associações entre a auto-estima e os abusos de álcool e de drogas permanecem inconsistentes, insignificantes e, mesmo, sem qualquer tipo de suporte empírico.

No mesmo sentido, West e Sweeting (1997), afirmam com base num estudo que envolveu 1000 jovens de 15 anos de idade, pela não existência de relações entre a auto-estima e os comportamentos não saudáveis, designadamente, consumir álcool, fumar e usar drogas ilícitas. Os autores avançam com uma explicação para esta ausência de relações entre estas variáveis, remetendo para uma cultura de rebeldia que integra o beber, o fumar, o uso de drogas e os sentimentos anti-escola, a qual leva aqueles que a partilham a formarem sentimentos positivos relativamente a si próprios.

Assim, na procura de relações entre o autoconceito e os comportamentos não saudáveis é necessário ter presente a advertência de Hattie (1992), de acordo com a qual existem muitos fatores e muitas situações envolvidas na relação entre o autoconceito e o comportamento, pelo que a admissão de uma correlação substantiva entre ambas as variáveis podem constituir uma precipitação.

Numa tentativa de situar um dos eventuais fatores geradores de viés na relação, Glendinning e Inglis (1999), consideram que a inconsistência dos resultados entre a auto-estima e os comportamentos específicos se fica a dever a problemas de medição e à focagem na auto-estima global, uma vez que eles próprios encontraram uma relação significativa entre auto-estima como domínio específico e o uso de álcool e de tabaco, o que já não ocorreu em relação à auto-estima global.

Na mesma perspetiva, Moore, Laflin e Weis (1996), realçam a disparidade de resultados a propósito da relação entre auto-estima e uso de droga, referenciando tantos estudos que sustentam a existência de associações entre as duas variáveis, como estudos que não encontraram qualquer tipo de relação entre ambas. Refira-se

que a investigação empreendida pelos próprios autores não evidenciou relação entre auto-estima e o uso de álcool, tabaco, marijuana ou outra droga.

Por outro lado, Shokraii (1998), ensaiou uma crítica severa aos programas que se basearam na pretensa existência de relações entre a auto-estima e o rendimento escolar ou os comportamentos não saudáveis e que, em conformidade, apostaram na sua promoção. Na sequência da sua avaliação demolidora, Shokraii fala de uma glorificação excessiva e precipitada deste constructo, sugerindo que a hipótese de uma baixa auto-estima não é nem necessária nem suficiente.

Numa investigação realizada em Portugal por Raposo e colaboradores (Gonçalves, Teixeira & Fernandes 2009), não se observou qualquer correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de álcool e o autoconceito geral ou auto-estima, independentemente do sexo dos indivíduos. De modo algo similar, as correlações registadas entre o autoconceito total e o consumo de álcool são muito pouco significativas e apenas se verificam ao nível do sexo feminino. Segundo os mesmos, as correlações verificadas entre o consumo de álcool e as facetas do autoconceito justificam uma leitura em termos de uma incontornável contextualização cultural das mesmas. Em primeiro lugar, a circunstância de, a nível do sexo feminino, apenas terem sido registadas correlações negativas estatisticamente significativas entre o consumo de álcool e os autoconceitos na relação com os pais, na honestidade/integridade e, de forma menos expressiva, no autoconceito total, o que os levou a supor que a ingestão de álcool, por parte das raparigas, se efetiva fora do ambiente familiar, às escondidas dos pais e sob o receio da recriminação parental, com o conseqüente desenvolvimento da perceção do carácter desleal da conduta. O fundo cultural subjacente a este padrão de resultados está no facto das correlações negativas, nestas facetas do autoconceito, não se repetirem no caso dos rapazes, sugerindo que relativamente a estes, o consumo de álcool não afeta a relação com os pais nem gera perceções de desonestidade, sendo, como tal, aceite e, eventualmente, incentivado. Deste modo, é crível que a cultura de aceitação natural e de encorajamento do consumo de bebidas alcoólicas em que os adolescentes se vêm envolvidos, tal como foi notada por alguns autores (Anderson, 1997; Baer et al., 1998; Beman, 1995; Jones & Heaven, 1998), seja melhor percecionada e, claramente, mais assumida pelos rapazes do que pelas raparigas. Ao contrário, estas últimas sentir-se-ão mais sujeitas à discriminação social e mais sensíveis à perceção de desaprovação social, de que falavam, respetivamente, os já referenciados Foxcroft e Lowe (1995) e Pedersen e Skronnal (1998).

Segundo Raposo e colaboradores (2009), não causa perplexidade que os resultados relativos ao sexo masculino não guardem qualquer similitude com os

reportados para o sexo feminino. Desta forma, foi registada uma correlação positiva estatisticamente significativa, no caso dos rapazes, entre o consumo de álcool e o autoconceito na relação com os pares do mesmo sexo, fundamentando quer a influência dos pares quer a possibilidade da ingestão de bebidas alcoólicas ocorrer no âmbito da ritualidade grupal.

Finalizando Raposo e colaboradores (2009), referem ser pouco provável que, salvo para as facetas específicas em que ocorreu associação, o facto de o adolescente possuir um autoconceito e uma auto-estima positivas funcione como um fator inibidor e protetor do consumo de álcool, como foi admitido por Carvalho (1994) e por Scheier e Botvin (1997). Aliás, no caso da relação com os pares do mesmo sexo, o desenvolvimento de um autoconceito positivo, por parte dos rapazes, pode, inclusive, converter-se em fator de risco de consumo de álcool.

Num outro estudo realizado por Trindade e Correia (1999), com um amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, verificou-se que a auto-estima não se relaciona significativamente com o consumo de álcool nos adolescentes dessa amostra. Segundo os autores do estudo estes resultados não dão suporte a certas conclusões sustentadas por outros autores. Tal como num estudo feito por Eskilson (1983) não foi encontrada a relação entre auto-estima e consumo de álcool, tendo este autor sugerido que o uso de álcool pode aumentar o estatuto entre os pares, facilitando a integração no grupo e, logo, restaurando a auto-estima.

O autoconceito e a auto-estima tem sido assim variáveis investigadas como constructos importantes na construção do self, uma forma de sentir o valor próprio, frequentemente associada a diversos comportamentos adaptativos e estilos de vida saudáveis. Por exemplo, os estudos sobre a relação entre os comportamentos de risco e a auto-estima revelam que os jovens que apresentam esse tipo de comportamentos, nomeadamente consumos de substâncias tóxicas nem sempre se distinguem, em termos de auto-estima global, dos jovens da mesma idade que não apresentam comportamentos de risco (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Moore, Laflin, & Weis, 1996). A adoção de comportamentos de risco pode ser uma forma de manter a auto-estima, ancorando-a em comportamentos de contra-cultura, quando o seu sucesso em áreas socialmente desejáveis e aceitáveis, como por exemplo na realização escolar, é mais baixo (Robinson, 1990; Robinson & Tayler 1986).

Noutra perspetiva, a auto-estima tem sido estudada na sua relação com comportamentos e estilos de vida saudáveis; uma auto-estima baixa está frequentemente associada à depressão (Bolognini, Plancherel, Bettschart, & Halfon, 1996).

Quanto ao efeito do género e da idade na auto-estima, sabe-se que, em regra, o género feminino apresenta níveis médios relativamente mais baixos (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999), e que a partir do meio da adolescência e durante a idade adulta, a auto-estima tem tendência a manter-se estável. No entanto, alguns estudos referem uma certa instabilidade no início e no meio da adolescência (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003).

Num estudo realizado em contexto escolar (Antunes et. al 2006), cuja principal finalidade era o de promover hábitos de vida saudáveis na população de uma escola secundária de Vila Real e que tinha como objetivos: (a) observar o efeito do género na auto-estima dos 12 aos 16 anos; (b) observar os efeitos de comportamentos menos saudáveis, como o hábito de fumar e beber na auto-estima e (c) observar o efeito das perceções de saúde em geral e das dificuldades de aprendizagem na auto-estima. Segundo os autores e embora por vezes os comportamentos de beber e fumar sejam associados à depressão (Pereira, 1998), e mesmo à baixa auto-estima (Freitas, 2003), a maioria dos estudos concorda em que, para a maioria dos adolescentes, beber e fumar são, na generalidade, adotados por alguns adolescentes por serem associados ao estatuto de adultos, não estando, de forma genérica, e nos primeiros anos da adolescência, associados a auto-estima baixa (Trzesniewski et al., 2003). Os adolescentes podem mesmo adotá-los para compensar insucessos em áreas socialmente investidas como seja, por exemplo, o sucesso escolar. Neste caso, tais comportamentos podem ser assumidos como forma de permitir uma identidade social positiva (Robinson, 1990; Robinson & Tayler, 1986). Neste estudo, o consumo habitual de tabaco e álcool, de facto, não diferenciou os adolescentes em termos da sua auto-estima, em qualquer das faixas etárias estudadas. As diferenças na auto-estima observadas em função das dificuldades de aprendizagem e da perceção de saúde (embora neste último caso apenas no 10º ano) revelaram que podem ser duas áreas a tomar em consideração quando se aborda a auto-estima dos adolescentes. Com efeito, a perceção de dificuldades de aprendizagem diferenciou nitidamente os alunos em termos da sua auto-estima, o que pode ter implicações em termos das estratégias de formação/aprendizagem no decurso da escolaridade em questão. Promover competências de aprendizagem nos alunos que sentem dificuldades poderá ter um efeito positivo na sua auto-estima. Por seu turno, perceber quais os descritores que estão associados à perceção de baixa saúde pelos adolescentes e promover comportamentos e hábitos de vida saudáveis, como forma de melhorar a sua saúde poderá ter efeitos duplamente positivos, ou seja, na saúde e na auto-estima dos adolescentes.

## CAPITULO II

### ESTUDO EMPÍRICO

#### 1. Objetivos e Hipóteses

##### *1.1. Delimitação do problema e definição das variáveis*

Com a análise de alguns estudos, podemos observar que o autoconceito e seus constituintes (realce para auto-estima), são variáveis extremamente importantes no desenvolvimento global e conseqüentemente na regulação comportamental de cada indivíduo.

A escolha do período da adolescência surge devido a esta ser uma fase crítica na promoção da saúde tendo em vista a quantidade de mudanças desenvolvimentais e o culminar deste período no jovem adulto, uma fase de consolidação de muitos dos comportamentos de risco (Crockett & Petersen, 1993; Millstein et al., 1993). Segundo os autores, muitos dos comportamentos implicados na saúde são iniciados na adolescência, este é um período complexo e de consideráveis implicações para a doença, mas também um período crítico para intervenções significativas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, resultantes, por certo, de contributos investigativos (Ginzberg, 1991). Entre as várias variáveis implicadas em muitos estudos podemos encontrar, as **psicossociais** (por exemplo: Autoconceito, Locus de Controlo, Assertividade Satisfação com o Suporte Social, etc), **cognitivas** (por exemplo: Atitudes face à Saúde, Crenças de Saúde, etc), **sócio-demográficas** (por exemplo: Idade, Sexo, Área de Residência, etc), **contexto familiar** (por exemplo: Classe Sócio-Económica Familiar, Funcionalidade Familiar, etc).

O estudo de uma possível relação com variável idade surge com o objetivo de verificar se os comportamentos de risco vão surgindo com maior frequência à medida que as transformações ou modificações (físicas, sociais, emocionais, cognitivas), que estão associadas a este período ocorrem. Por exemplo, nos últimos estudos revelados pelo Instituto de Drogas e Toxicoddependência (IDT), sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga (2003, 2007 e 2011), em alunos do ensino público com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Os dados referem que percentagem de alunos que já experimentaram alguma droga, pelo menos uma vez, aumenta com a idade.

Em relação à variável sexo, e apesar da maioria das investigações por nós analisadas não lhe atribuir muito realce, estes, revelam que os rapazes são quem

apresenta maior exposição ao risco, apesar de nos últimos anos as investigações indicarem um aumento de comportamentos de risco por parte das raparigas e conseqüentemente aproximação aos rapazes. Desta forma, torna-se também pertinente analisar se estas tendências se verificam na nossa amostra.

Consideramos estas variáveis (autoconceito, idade e sexo) como independentes, e como variável dependente os Comportamentos de Risco (variáveis comportamentais), concretamente relacionados com Hábitos Alimentares, Prática de Saúde Positivas, Cuidados Preventivos, Abuso de Substâncias e Práticas Sexuais.

### *Objetivos*

Neste estudo iremos incidir sobre uma variável psicossocial, o autoconceito, e as sociodemográficas, idade e sexo. Desta forma, este estudo tem como objetivos fulcrais, verificar o modo como determinadas variáveis psicossociais e sociodemográficas se poderão revelar preditores ou se poderão relacionar com os comportamentos de risco na adolescência.

### *Formulação das Hipóteses*

H 1- Existem associações significativas entre a variável Autoconceito e os Comportamentos de Risco.

H 2- Existem associações significativas entre a variável Auto-estima e os Comportamentos de Risco.

H 3- Existem associações significativas entre a variável Idade e os Comportamentos de Risco.

H 4- Existem diferenças significativas nos Comportamentos de Risco em função do Sexo.

## **2. Metodologia**

Neste capítulo é dado a conhecer a amostra que contribuiu para a realização deste estudo, os instrumentos utilizados e o procedimento adotado.

### *2.1. Desenho da investigação*

As investigações em Ciências Sociais e Humanas são consensualmente classificadas, de acordo com o seu desenho, em estudos experimentais, estudos quasi-experimentais e estudos não experimentais (Pedhazur & Schmelkin, 1991), isto com base nos critérios de manipulação da variável independente e tipo de distribuição

dos indivíduos pelos diferentes níveis ou categorias formados a partir da manipulação da variável independente.

De acordo com o exposto, conceptualizámos um estudo transversal e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991, p.211) ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

## 2.2. Amostra

O processo de seleção da amostra requer alguns cuidados metodológicos que a tornem representativa da população a que pertence, como forma de permitir a “generalização” dos resultados ao universo populacional de que foi retirada. A amostra deverá ser significativa e heterogénea. Importa que o número de selecionados torne as análises estatísticas subsequentes, de um modo consistente e que a seleção dos sujeitos seja feita o mais aleatoriamente possível. Neste contexto, a seleção da amostra seguirá o método de amostragem probabilístico por agrupamento (os sujeitos da população constituíam grupos naturais escolas e turmas).

Consideramos como requisitos necessários à inclusão dos sujeitos no estudo: idade compreendida entre os 13 e os 18 anos. Uma vez efetuado o processo de seleção, a amostra é composta por 102 indivíduos, 39 do sexo masculino e 63 do sexo feminino. A média de idades é de pouco mais de 15 anos. Na tabela em baixo podemos verificar as diferentes idades e a sua frequência.

**Quadro 1. Distribuição dos Participantes por Sexo e Idade**

		Idade (anos)						Total
		13	14	15	16	17	18	
S e x o	Masculino	2	6	16	8	6	1	39
	Feminino	1	27	12	12	8	3	63
Total		3	33	28	20	14	4	102
Percentagem		2,9	32,4	27,5	19,6	13,7	3,9	100,0

Como podemos constatar as idades de 14, 15, 16 e 17 anos constituem cerca de 93% da nossa amostra. Sendo que as idades com maior frequência são 14 e 15 anos (60%). Os polos 13 e 18 anos, apenas representam cerca de 7% da nossa amostra.

### 2.3. Instrumentos utilizados

#### 2.3.1. Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco

A Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco (ECSR) propõe-se avaliar o comportamento dos indivíduos, em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde. Incluindo, predominantemente, afirmações referentes a comportamentos das áreas da promoção e proteção da saúde, é uma escala que, com os seus 21 itens, pretende avaliar comportamentos de saúde e de risco. Esta escala foi construída por Albuquerque (2004), no âmbito da sua investigação “Comportamentos De Saúde e de Risco na Adolescência Determinantes Psicossociais e Cognitivos”. O autor adotou 13 itens do Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ) de Hettler (1982) e 3 itens da sua versão portuguesa, cuja reconstrução e adaptação foi efetuada por Ribeiro em 1993. Saliente-se que os 3 itens incluídos por Ribeiro na versão portuguesa do LAQ, que recebeu a designação de “O Meu Estilo de Vida”, foram adotados na construção da ECSR. Especificamente, são itens sobre comportamentos sexuais que o inventário original (LAQ) não incluía, dado na época em que este foi concebido, no início da década de 80, o comportamento sexual ainda não ter adquirido a importância social, com o impacto na saúde, que adquiriu depois (Albuquerque, 2004). As respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 a 5 e cotadas de forma a que, quanto maior for a pontuação obtida menores são os comportamentos de risco e conseqüentemente maiores os comportamentos de saúde adotados. Existem itens cuja cotação das respostas se faz inversamente, como é o caso dos itens 1,2,3,4,6,7,9,10,12 e 16. Estes obtêm a cotação mais alta (de 5) se o sujeito responde “com muita frequência”, enquanto nos restantes a cotação mais elevada é obtida para a resposta “nunca”. Os itens distribuem-se por 7 fatores: Fator 1 “Comportamento Sexual” (itens: 18, 19, 20, 21); Fator 2 “Comportamento Aditivo” (5,11,15,17); Fator 3 “Comportamento Preventivo” (6,9,10,16); Fator 4 “Comportamento Alimentar” (2,3,4); Fator 5 “Comportamento Físico-Desportivo” (1,12); Fator 6 “Comportamento Nocivo” (13,14); Fator 7 “Comportamento Rodoviário” (7,8). A nota global pode ir de um mínimo de 21 a um máximo de 105.

A adaptação portuguesa (Albuquerque 2004), foi realizada com uma amostra de 350 adolescentes, sendo os valores médios de 82.21 (Dp=6.86) para mulheres e de 80.58 (Dp=8.35) para os homens.

### 2.3.2 Escala de Autoconceito “Como é que eu sou”

Este questionário é um instrumento que foi utilizado e adaptado para a população portuguesa, a partir da escala de autoconceito para adolescentes de Susan Harter (1988), elaborado pelo Departamento de Psicologia Educacional do ISPA (Martins, Peixoto, Mata e Monteiro, 1996). Da escala de Susan Harter foi utilizado o Perfil de Auto-percepção e a Escala de Importância. O Perfil de Auto-percepção é constituído por 40 itens distribuídos por 8 subescalas, referentes a 7 domínios específicos. As 8 subescalas são: Competência Escolar (CE), Aceitação Social (AS), Competência Atlética (CA), Aparência Física (AF), Atração Romântica (AR), Comportamento (CP), Auto-Estima (AE) e Amizades Intimas (AI). A escala de Importância é constituída por 10 itens (2 itens por cada subescala), distribuídos pelas mesmas subescalas do perfil de auto-percepção excetuando a auto-estima. De referir que o valor global do Autoconceito é o resultado da discrepância entre a competência percebida (Perfil de Auto-percepção) e a importância atribuída (Escala de Importância).

## 3. Procedimento

Com vista a obter autorização superior para a administração dos instrumentos de avaliação, contactou-se a Direção do Agrupamento de Escolas, foi explicitado o objetivo do estudo, apresentados os instrumentos de avaliação e solicitada colaboração para a concretização da investigação.

Entre os meses de Março e Junho de 2011, procedeu-se à aplicação dos instrumentos, em situação de ambiente natural (salas de aula), à amostra atrás descrita. A participação foi voluntária, tendo os sujeitos sido informados que, quem não desejasse colaborar, se poderia retirar. Foram também dadas garantias sobre a confidencialidade dos dados pessoais, referindo-se que todos os dados iriam ser trabalhados e tratados como números, e que os mesmos seriam facultados aos interessados.

Depois de entrarem na sala de aula e se instalarem, leu-se aos alunos uma contextualização do estudo, apresentando o objetivo principal da investigação. De seguida, deram-se os esclarecimentos necessários sobre o modo de preenchimento dos instrumentos e expressa a importância da sinceridade nas suas respostas, tendo os mesmos sido distribuídos de imediato, pedindo-se aos sujeitos que começassem por responder às questões colocadas nas páginas iniciais, destinadas a recolher elementos relativos a variáveis de identificação. Sempre que solicitado, respondeu-se às perguntas de esclarecimentos de significado/conteúdo de algumas palavras/frases

e procurou-se manter um ambiente adequado. Não houve limite de tempo para os adolescentes responderem. Depois de terem terminado (35 minutos foram, em geral, suficientes para responder ao conjunto das escalas), recolheu-se o material, agradecendo a colaboração prestada.

## 4. Apresentação e análise dos resultados

### 4.1 Qualidades psicométricas e estatística descritiva do instrumento

#### 4.1.1 Estudo da variável Comportamentos de Risco

##### *Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco*

As subescalas identificadas são agregações de questões identificadas na metodologia. O alfa de Cronbach é uma medida para avaliar a consistência interna das respostas. Como podemos verificar através do Quadro 2, o alfa Global da Escala de Comportamentos de Saúde e Risco bem como os fatores F2 e F3 são inferiores a 0.7, valor mínimo para se considerar aceitável a sua utilização. No entanto esse valor é muito próximo desse mínimo tendo por isso, optado por se manter essa escala.

**Quadro 2. Alfas Cronbach ECSR**

Subescala	Alfa Cronbach
CSR	0,691 (21)
F1	0,804 (4)
F2	0,655 (4)
F3	0,660 (4)
F4	0,753 (3)
F5	*
F6	*
F7	*

Nota:\*não se calculam os alfas, pois o número de itens é inferior a 3.

**Quadro 3. Estatística Descritiva ECSR**

ECSR	Total		Masculino		Feminino	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Comportamento Saúde e Risco (CSR)	45,62	7,29	44,76	8,80	46,15	6,19
Comportamento Sexual (F1)	1,16	0,42	1,19	0,52	1,14	0,34
Comportamento Aditivo (F2)	1,13	0,59	1,60	0,66	1,57	0,54
Comportamento Preventivo (F3)	3,29	0,71	3,28	0,80	3,30	0,67
Comportamento Alimentar (F4)	3,07	0,94	3,02	1,03	3,10	0,89
Comportamento Físico-Desportivo (F5)	3,04	1,13	2,62	1,15	3,30	1,049
Comportamento Nocivo (F6)	1,17	0,47	1,20	0,60	1,15	0,36
Comportamento Rodoviário (F7)	1,89	0,76	1,84	0,71	1,92	0,79

Em relação à estatística descritiva da Escala dos Comportamentos de Saúde e Risco, os rapazes apresentam melhores scores no F3 (Comportamento Preventivo) e F4 (Comportamento Alimentar), no que concerne às raparigas os melhores resultados verificam-se ao nível do F3 (Comportamento Preventivo) e F5 (Comportamento Físico-Desportivo).

No que concerne aos resultados mais negativos da Escala CSR, isto é, aos fatores de maior risco e menos saudáveis, podemos constatar que são os mesmos tanto nos rapazes como nas raparigas. O resultado mais negativo observa-se no “Comportamento Sexual” (F1), de seguida o “Comportamento Nocivo” (F6) e por último o “Comportamento Aditivo”(F2).

Por último resta-nos salientar que o valor global da Escala CSR (45,6275) fica muito aquém do valor médio verificado na adaptação portuguesa desta Escala (81.46).

#### *Diferenças entre Sexos*

Para que se possam fazer os testes de hipóteses paramétricos, é necessário que as variáveis sigam uma distribuição normal. Como tal procedeu-se à realização do teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade dos dados.

A variável Comportamento de Saúde e Risco segue distribuição normal desta forma prosseguiu-se com a realização do teste de igualdade de médias, para ver se rapazes e raparigas se comportam do mesmo modo.

Com uma estatística de teste de -0,862 (estatística corrigida pela não existência de igualdade das variâncias) não se rejeita a hipótese nula (p-value igual a 0,392) pelo que não se rejeita a hipótese de que o comportamento de risco seja igual para ambos os sexos.

Os Fatores desta escala não seguem distribuição normal, assim o teste de comparação de médias é o teste de Mann-Whitney. O único fator que apresentou diferenças significativas foi o **Comportamento Físico-Desportivo** (-2,862\*\*\*).

**Quadro 4. Resultados dos testes de Mann-Whitney**

	CSR F1	CSR F2	CSR F3	CSR F4	CSR F5	CSR F6	CSR F7
<b>Z</b>	-,270	-,154	-,052	-,499	<b>-2,862***</b>	-,632	-,398

\* denota um nível de significância de 10%, \*\* denota um nível de significância de 5% e \*\*\* denota um nível de significância de 1%

#### *Diferenças entre Idades*

Também para o comportamento de risco (valor global) se fez a análise da igualdade das médias, mas tendo a idade como fator. A tabela ANOVA identifica uma estatística de teste igual a 1,442 e um p-value de 0,216, pelo que também a idade não é fator de diferença no comportamento de risco.

Em relação aos fatores da escala, e segundo a ANOVA realizada através do teste de Kruskal-Wallis, verifica-se que apenas os fatores **Comportamento Sexual** (9,993\*), **Comportamento Aditivo** (12,951\*\*) e **Comportamento Alimentar** (10,048\*) apresentam médias significativamente diferentes consoante a idade.

**Quadro 5. Resultados dos testes de Kruskal-Wallis**

	CSR F1	CSR F2	CSR F3	CSR F4	CSR F5	CSR F6	CSR F7
<b>Chi-Square</b>	<b>9,993*</b>	<b>12,951**</b>	4,210	<b>10,048*</b>	7,109	5,818	5,320

Nota: \* Denota um nível de significância de 10%, \*\* denota um nível de significância de 5% e \*\*\* denota um nível de significância de 1%.

#### 4.1.2 Estudo da variável Autoconceito

##### *Escala de Autoconceito “Como é que eu sou”*

**Quadro 6. Alfas Cronbach Escala Autoconceito**

Subescala	Alfa Cronbach
Competência Escolar (CE)	0,796 (5)
Aceitação Social (AS)	0,751 (5)
Competência Atlética (CA)	0,860 (5)
Aparência Física (AF)	0,879 (5)
Atração Romântica (AR)	0,803 (5)
Comportamento (CP)	0,682 (5)
Amizades Intimas (AI)	0,898 (5)
Auto Estima (AE)	0,781 (5)

Apenas uma das subescalas têm valores de alfa inferiores a 0.7, valor mínimo para se considerar aceitável a sua utilização. No entanto esse valor é muito próximo desse mínimo tendo por isso, optado por se manter essa subescala.

**Quadro 7. Estatística Descritiva Escala Autoconceito**

E.A	Total		Masculino		Feminino	
	Média	Dp	Média	dp	Média	dp
Auto Conceito (AC)	-0,74	0,36	-0,66	0,32	-0,79	0,38
Aceitação Social (AS)	2,90	0,56	3,00	0,41	2,83	0,61
Competência Atlética (CA)	2,45	0,70	2,65	0,72	2,33	0,67
Aparência Física (AF)	2,58	0,76	2,68	0,70	2,52	0,79
Atração Romântica (AR)	2,78	0,55	2,74	0,42	2,80	0,62
Comportamento (CP)	3,05	0,47	2,91	0,31	3,14	0,53
Amizades Intimas (AI)	3,30	0,77	3,14	0,76	3,39	0,76
Auto Estima (AE)	2,94	0,61	2,91	0,58	2,96	0,64

Em relação à estatística descritiva e às subescalas do Autoconceito, constatamos que o valor global do Autoconceito é negativo tanto nas raparigas como nos rapazes. Recordamos que este valor é calculado através do resultado da discrepância entre a competência percebida (Perfil de Auto-perceção) e a importância atribuída (Escala de Importância). Com valores mais elevados apresentam-se as Amizades Intimas e

Aceitação Social no caso dos rapazes e Amizades Intimas e Comportamento no caso das raparigas. Por outro lado, os resultados mais baixos tanto nos rapazes como nas raparigas, verificam-se ao nível da perceção da subescala Competência Atlética.

#### *Diferenças entre Sexos*

A variável Autoconceito e as suas subescalas não seguem distribuição normal logo o teste de comparação de médias é o teste de Mann-Whitney, cujos resultados estão presentes no Quadro 8.

**Quadro 8. Resultados dos testes de Mann-Whitney**

	AC	CE	AS	CA	AF	AR	CP	AI	AE
<b>Z</b>	-1,157	-,8342	-,7223	<b>-2,2200**</b>	-1,3592	-1,4968	<b>-2,2429**</b>	<b>-1,8729*</b>	-,7551

\* de nota um nível de significância de 10%, \*\* denota um nível de significância de 5% e \*\*\* denota um nível de significância de 1%.

Neste caso apenas as subescalas Competência Atlética, Comportamento e as Amizades Intimas (com um nível de significância de 10% e 5%) apresentam médias com diferenças significativas entre rapazes e raparigas. Desta forma também não se verificam diferenças significativas entre rapazes e raparigas no que concerne ao valor global do autoconceito.

#### *Diferenças entre Idades*

Procedeu-se também à análise da diferença de médias utilizando a idade como fator. A ANOVA não paramétrica é feita através do teste de Kruskal-Wallis. Os resultados são os constantes da Tabela 9. Apenas a subescala Atração Romântica (com um nível de significância de 5%) apresenta médias diferentes consoante a idade. Assim, o autoconceito global também não apresenta diferenças significativas no que se refere à idade.

**Quadro 9. Resultados dos testes de Kruskal-Wallis**

	AC	CE	AS	CA	AF	AR	CP	AI	AE
<b>Chi-Square</b>	4,933	3,7060	5,0591	2,8210	4,0940	<b>14,2950**</b>	4,6625	6,7891	1,9599

Nota: \* Denota um nível de significância de 10%, \*\* denota um nível de significância de 5% e \*\*\* denota um nível de significância de 1%

## 4.2 Análise das Hipóteses

**Estudo da hipótese H 1:** “Existem associações significativas entre a variável Autoconceito e os Comportamentos de Risco.”

O próximo passo da investigação é efetuar a correlação entre variáveis, utilizando-se para tal o coeficiente de Correlação de Pearson. O Quadro 10 mostra as correlações entre as variáveis.

**Quadro 10. Correlações Autoconceito/ CSR**

	CSR Global	CSR F 1	CSR F 2	CSR F 3	CSR F 4	CSR F 5	CSR F 6	CSR F 7
<b>Competência Escolar</b>	-0,018	-0,027	0,032	-0,054	0,050	-0,153	0,119	0,05
<b>Aceitação Social</b>	-0,016	0,189	<b>0,207*</b>	-0,038	-0,178	<b>-,255**</b>	0,067	0,134
<b>Competência Atlética</b>	-0,132	<b>0,227*</b>	<b>0,267**</b>	-0,084	<b>-0,284**</b>	<b>-,562**</b>	0,144	0,138
<b>Aparência Física</b>	-0,161	0,084	-0,021	-0,169	-0,014	<b>-,259**</b>	-0,050	-0,067
<b>Atração Romântica</b>	0,051	<b>0,271**</b>	<b>0,370**</b>	-0,091	<b>-0,230*</b>	-0,158	<b>,219*</b>	0,07
<b>Comportamento</b>	<b>-0,278**</b>	-0,170	<b>-0,381**</b>	-0,080	-0,133	<b>,253*</b>	<b>-,317**</b>	<b>-,325**</b>
<b>Amizades Intimas</b>	<b>-0,293**</b>	-0,128	-0,118	<b>-0,336**</b>	-0,193	0,069	-0,076	-0,133
<b>Auto Estima</b>	-0,148	0,064	0,018	-0,152	-0,098	-0,181	-0,048	-0,035
<b>Auto Conceito</b>	-0,018	0,094	-0,068	-0,138	-0,012	-0,145	0,010	-0,078

Nota: \* Denota um nível de significância de 5% e \*\* denota um nível de significância de 1%.

Analisando os valores das correlações (Quadro 10), verificamos a não existência de associações entre o Autoconceito Global e os valores Globais dos Comportamentos de Risco. Apesar destes resultados, podemos verificar associações entre algumas subescalas do Autoconceito e os Comportamentos de Saúde e Risco (CSR) seja no seu valor global, seja com os seus fatores.

Desta forma, existem associações muito significativas ( $p < .001$ ) de forma negativa, entre as subescalas (do autoconceito) Comportamento, Amizades Intimas e os Comportamentos de Saúde e Risco (global).

Por outro lado, verificam-se associações positivas significativas entre o Fator 1 (Comportamento Sexual) e a subescala Competência Atlética e associações muito significativas entre o mesmo fator e a subescala Atração Romântica.

Em relação ao Fator 2 (Comportamento Aditivo) poderemos observar associações significativas com a subescala Aceitação Social e associações muito significativas com a Competência Atlética e a Atração Romântica e ainda uma associação muito significativa negativa com o Comportamento. Podemos também verificar uma associação muito significativa negativa entre o Fator 3 (Comportamento Preventivo) e a subescala Amizades Intimas.

No que diz respeito ao Fator 4 (Comportamento Alimentar) existem associações muito significativas negativas com a subescala Competência Atlética e significativa negativa com a Atração Romântica.

Em relação ao Fator 5 (Comportamento Físico-Desportivo) verificam-se associações muito significativas negativas com a Aceitação Social, a Competência Atlética e a Aparência Física. Por último, verifica-se uma associação significativa com o Comportamento.

No que concerne ao Fator 6 (Comportamento Nocivo), constatam-se associações muito significativas negativas com a subescala Atração Romântica e associações significativas com o Comportamento.

Por último, verifica-se uma associação negativa muito significativa entre o Fator 7 (Comportamento Rodoviário) e a subescala Comportamento.

Em suma, os resultados expressos pelas Correlações de Pearson levam-nos a referir que não existem associações significativas entre a variável Autoconceito Global e os Comportamentos de Saúde e Risco também nos seus valores globais. Contudo, como constatamos existem várias correlações positivas e negativas entre algumas subescalas do Autoconceito e os Comportamentos de Saúde e Risco seja no seu valor global, seja com os seus fatores.

**Estudo da hipótese H 2:** “Existem associações significativas entre a variável Auto-estima e os Comportamentos de Risco.”

A auto-estima surge no nosso estudo através de uma das subescalas da nossa Escala do Autoconceito, isto é, como uma dimensão do Autoconceito. Como podemos constatar através do Quadro 10, não se verificam associações entre esta e os Comportamentos de Risco nem com nenhum dos seus Fatores. Desta forma rejeita-se a segunda hipótese do nosso estudo.

**Estudo da hipótese H 3:** “Existem associações significativas entre a variável Idade e os Comportamentos de Risco “

Como podemos verificar através do Quadro 11, não se verificam associações entre a variável idade e o valor total da Escala dos Comportamentos de Saúde e Risco. No entanto existe uma forte correlação entre a variável Idade e o Fator 2 (Comportamento Aditivo) da Escala dos Comportamentos de Saúde e Risco. Esta correlação indica que à medida que a idade aumenta maior é o score dos Comportamentos Aditivos.

**Quadro 11. Correlações Idade/ CSR**

	CSR Global	CSR F 1	CSR F 2	CSR F 3	CSR F 4	CSR F 5	CSR F 6	CSR F 7
Idade	-0,00351	0,172659	- 0,298923**	-0,02762	-0,1744	-0,16302	-0,05491	-0,01934

Nota: \* Denota um nível de significância de 5% e \*\* denota um nível de significância de 1%.

**Estudo da hipótese H 4:** “Existem diferenças significativas nos Comportamentos de Risco em função do Sexo”

No que concerne à variável sexo podemos concluir, tal como foi referido na apresentação dos resultados do teste de igualdade de médias entre rapazes e raparigas, que não existem diferenças nos Comportamentos de Risco (global) entre rapazes e raparigas. Contudo os resultados revelam que existem diferenças significativas em relação ao fator Comportamento Físico-Desportivo, onde as raparigas apresentam um comportamento mais saudável.

#### *4.3 Discussão dos resultados*

O objetivo é não só analisar os resultados obtidos, mas refletir sobre eles, comparando a teoria anteriormente exposta e eleita como essencial, tendo em conta os objetivos de investigação.

Em relação ao principal objetivo do estudo, averiguar a existência de uma relação entre a variável psicossocial (Autoconceito) e os Comportamentos de Risco. Os resultados apontam para a não existência de qualquer relação entre os valores globais destas duas variáveis, mas para a existência de associações entre algumas subescalas do Autoconceito e os Comportamentos de Saúde e Risco (valor global) e também de associações entre os Fatores da escala dos Comportamentos de Saúde e Risco e as subescalas do Autoconceito.

No que concerne à segunda hipótese no nosso estudo, não se verificou também qualquer relação entre a variável Auto-estima e os Comportamentos de Saúde e Risco.

Estes resultados não corroboram os de vários estudos e teorias analisadas na revisão teórica desta investigação. Segundo o modelo de Jessor (1991), referente à toxicomania, a auto-estima e a auto-eficácia (constituintes do autoconceito) são variáveis que poderão funcionar como fatores de risco ou fatores protetores no consumo destas. Scheier & Botvin (1997), referem em estudos no domínio do consumo de bebidas alcoólicas, que o sentimento de baixa auto-estima tem sido visto como um forte preditor do mesmo e, ademais, da progressão até níveis problemáticos de ingestão de álcool. De igual modo, Chassin e DeLucia (1996), descrevem a existência de ligações entre o consumo de álcool e a presença de baixos níveis de auto-estima. Muitos outros estudos têm afirmado a relação do autoconceito e da auto-estima com mais do que um tipo de substância consumida, admitindo associações com outros comportamentos não saudáveis.

Segundo estes estudos a ocorrência de problemas ao nível das auto-perceções pode levar aos usos de álcool e de droga, do mesmo modo que King (1997), refere que possuir uma auto-estima positiva diminui o risco de desenvolvimento no uso de álcool e de drogas. O investigador Beman (1995), verificou uma maior tendência para os consumos de álcool e de outras drogas por parte dos jovens com pobres autoconceitos relativamente àqueles que apresentavam autoconceitos positivos.

Similarmente, Mutrie (1997), sustenta que a baixa auto-estima está relacionada com a ingestão de álcool e com o uso de drogas.

Ainda neste âmbito, Rosenberg (1981), defendeu também a ideia de uma implicação do autoconceito nos consumos de álcool e de droga, quer o mesmo seja perspectivado como causa, quer como efeito. No domínio da consideração dos consumos heterogéneos, King (1997), referencia a existência de uma relação inversa entre o autoconceito e a auto-estima com os consumos de álcool, tabaco e droga, bem como com a própria intenção de uso. Desta forma, são vários os autores que reconhecem a existência de relações entre estas variáveis, perspectiva que não se confirma no nosso estudo.

Na revisão teórica efetuada na nossa investigação, podemos constatar que apesar de muitas teorias e estudos admitirem a existência de associações entre comportamentos de risco e o autoconceito e/ou a auto-estima, existem contudo, alguns estudos tal como os resultados verificados no nosso, que não confirmaram as relações supostas. Por exemplo, na investigação de West e Sweeting (1997), realizada com jovens de 15 anos de idade, estes referem a não existência de relações entre a auto-estima e os comportamentos não saudáveis, designadamente, consumir álcool, fumar e usar drogas ilícitas. Os autores avançam com uma explicação para esta ausência de relações entre estas variáveis, remetendo para uma cultura de rebeldia que integra o beber, o fumar, o uso de drogas e os sentimentos anti-escola, a qual leva aqueles que a partilham a formarem sentimentos positivos relativamente a si próprios.

No que diz respeito a estudos realizados em Portugal, destacamos as investigações de Raposo e colaboradores (Gonçalves, Teixeira & Fernandes 2009), e de Trindade e Correia (1996), com amostras de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. Os resultados apontaram para a inexistência de qualquer correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de álcool e o autoconceito geral ou auto-estima, independentemente do sexo dos indivíduos. Segundo Trindade e Correia (1996), tal como num estudo feito por Eskilson (1983), referem que não foi encontrada relação entre a baixa auto-estima e consumo de álcool, tendo este autor sugerido que o uso de álcool pode aumentar o estatuto entre os pares, facilitando a integração no grupo e, logo, restaurando a auto-estima.

Relativamente à hipótese 3, verificamos que não existem associações significativas entre a variável Idade e os Comportamentos de Risco (valor global), no entanto existe

uma associação (negativa) forte entre a Idade e o Fator Comportamento Aditivo. Este resultado corrobora vários estudos por nós analisados, segundo os quais salientam o facto de existir uma tendência para este tipo de Comportamentos aumentarem com a idade. Segundo McIntyre et. al (1997), existem dados que indicam claramente que é a na idade dos 13/14 anos que os comportamentos de risco ameaçadores da saúde começam a instalar-se. O início do consumo de tabaco situa-se antes dos 15 anos de idade; o consumo de substâncias aditivas (álcool, tabaco e drogas) aumenta com a idade atingindo-se um pico no grupo etário igual ou superior aos 16 anos; aos 16 anos de idade 14,5% dos adolescentes já experimentaram substâncias ilícitas. Ainda nesta perspectiva Albuquerque (2004), refere nos resultados do seu estudo que a idade está associada a uma diminuição dos comportamentos saudáveis e a um aumento dos comportamentos de risco.

Prosseguindo a reflexão sobre as possíveis correlações entre os valores globais da Escala CSR e a Idade, podemos especular que uma das razões para a não existência das mesmas poderá residir no facto da diversidade de fatores de saúde e risco estudados, uma vez que ao analisar vários estudos constatamos que existem comportamentos de saúde e risco que ocorrem com maior incidência no início da adolescência e outros tendencialmente aumentam com a idade. Por exemplo, em relação à idade Feijó e Oliveira (2001), referem que numa fase inicial da adolescência, por não ter estabelecido adequadamente a sua imagem corporal, o adolescente pode apresentar dificuldades em considerar prioritárias atitudes de cuidado com sua saúde física, limitando, muitas vezes, a sua adesão a tratamentos clínicos, orientação alimentar e atividade física, ainda que os sinais e sintomas apresentados possam ser evidentes aos adultos. Pelo contrário e tal como constatamos anteriormente, os Comportamentos aditivos surgem com maior frequência à medida que a idade vai aumentando.

Ainda em relação à variável Idade, foram estudadas possíveis diferenças significativas nos Comportamentos de Risco (valor global e fatores). Desta análise constatamos que apenas os fatores Comportamento Sexual, Comportamento Aditivo e Comportamento Alimentar apresentam diferenças significativas. Assim, podemos referir que estes fatores variam com a idade, logo os comportamentos sexuais, os comportamentos aditivos e os comportamentos alimentares são diferentes consoante a faixa etária dos adolescentes.

No que concerne à nossa quarta hipótese, “Existem diferenças significativas nos Comportamentos de Risco em função do Sexo”, observamos que não existem diferenças significativas com o valor global da escala CSR e apenas se verificaram diferenças significativas em função do fator Comportamento Físico-Desportivo, onde as raparigas apresentam um comportamento mais saudável.

## **CONCLUSÃO**

São inúmeros os autores que apoiam a ideia segundo a qual o autoconceito é suscetível de condicionar o desenvolvimento cognitivo, social e académico dos indivíduos e de explicar, mediar e regular um extraordinário leque de comportamentos humanos (Carvalho, 1992; Hattie, 1992; Hayes, Crocker, & Kowalski, 1999; Rosenberg, 1981).

Desta forma, o autoconceito tal como a auto-estima, tem sido variáveis estudadas como constructos importantes na construção da identidade, uma forma de sentir o valor próprio, e frequentemente associado a diversos comportamentos adaptativos e estilos de vida saudáveis.

Como podemos verificar através dos resultados do nosso estudo, o autoconceito e os comportamentos de risco nem sempre se relacionam. Hattie (1992), adverte para a existência de vários fatores e muitas situações envolvidas na relação entre o autoconceito e o comportamento, pelo que a admissão de uma correlação substantiva entre ambas as variáveis podem constituir uma precipitação. Tal como abordamos na revisão teórica, poderão existir diversos fatores ou explicações para a ausência de relações entre estas duas variáveis pelo que não deveremos efetivar ou generalizar esta relação. Factores culturais ou simplesmente uma estrutura familiar equilibrada podem contribuir para a não existência de relações entre elas.

Para alguns autores (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Moore, Laflin, & Weis, 1996), os estudos sobre a relação entre os comportamentos de risco e o autoconceito ou auto-estima, revelam que os jovens com consumos de substâncias tóxicas nem sempre se distinguem, em termos de auto-estima, dos jovens da mesma idade que não apresentam comportamentos de riscos. A adoção de comportamentos de risco pode ser uma forma de manter a auto-estima, ancorando-a em

comportamentos de contra-cultura, quando o seu sucesso em áreas socialmente desejáveis e aceitáveis, como por exemplo na realização escolar, é mais baixo (Robinson, 1990; Robinson & Tayler 1986).

Num estudo realizado em contexto escolar Antunes e os seus colaboradores (2006), referem que apesar de por vezes os comportamentos de beber e fumar sejam associados à depressão (Pereira, 1998), e mesmo à baixa auto-estima (Freitas, 2003), a maioria dos estudos concorda em que, para a maioria dos adolescentes, beber e fumar são, na generalidade, adotados por alguns adolescentes por serem associados ao estatuto de adultos, não estando, de forma genérica, e nos primeiros anos da adolescência, associados a auto-estima baixa (Trzesniewski et al., 2003). Neste caso, tais comportamentos podem ser assumidos como forma de permitir uma identidade social positiva (Robinson, 1990; Robinson & Tayler, 1986).

De volta ao nosso estudo, deveremos destacar algumas associações que vem de encontro às teorias favoráveis à existência de correlações entre as variáveis Comportamento de Risco e Autoconceito. Desta forma, salientamos que o fator “Comportamento sexual” (F1 da Escala CSR) se correlaciona de forma positiva com a Competência Atlética e Atração Romântica da Escala do Autoconceito. Isto é, quanto mais positiva for a sua perceção em relação à sua Competência Atlética e Atração Romântica mais saudável vai ser o seu comportamento sexual.

Também as auto-perceções em relação à Aceitação Social, Competência Atlética e Atração Romântica, se correlacionam positivamente com o Comportamento Aditivo. Desta forma na nossa amostra, quanto mais o adolescente se percebe competente nestas 3 medidas do autoconceito menor será o risco nos consumos aditivos.

Outras associações (positivas e negativas) observadas verificam-se entre a auto-perceção do Comportamento (Autoconceito) o Comportamento Físico-Desportivo e os Comportamentos Nocivos (CSR). Assim, podemos referir que quando os níveis de auto-perceção sobre o seu Comportamento aumentam os Comportamentos saudáveis Físico-Desportivos aumentam e os riscos de Comportamentos Nocivos são menores.

Uma das correlações negativas indica-nos que a auto-perceção das Amizades Intimas pode influenciar o Comportamento Preventivo ou vice-versa. Neste caso quando uma variável aumenta a outra diminui, assim, quanto menos o adolescente se percebe competente ao nível das Amizades Intimas mais positivo será o seu Comportamento Preventivo ou o inverso.

Também as avaliações das suas competências ao nível da Atração Romântica se associam de forma negativa com os Comportamentos Nocivos. Desta forma, parece que quanto mais o jovem se percebe competente nas atrações românticas menos riscos o adolescente vai correr em relação aos comportamentos nocivos ou quanto maior os riscos de comportamentos nocivos mais negativo o jovem se percebe em relação as suas capacidades românticas.

Resta-nos referir que embora se tenha cultivado o pressuposto de que o autoconceito e a auto-estima constituam uma base imprescindível e poderosos fatores mediadores ao nível da tomada de decisões saudáveis e do conseqüente evitar de comportamentos com risco para a saúde, na nossa investigação constatamos que existirão muitos outros fatores que podem ser tão ou mais importantes para as tomadas de decisão saudáveis, sem risco ou prejuízo para a saúde dos adolescentes.

#### *Limitações e direções futuras*

Como limitações do nosso estudo poderemos salientar a distribuição pouco uniforme da nossa amostra em relação à idade e ao sexo. Em relação à variável idade constatamos, por exemplo, que 60% da nossa amostra é constituída por adolescentes com 14 e 15 anos e somente 7% tem 13 e 18 anos. No que concerne à variável sexo, verificamos que as raparigas estão em larga maioria, 63 para 39 rapazes. Estes fatores poderão contribuir para uma perspectiva menos abrangente e conseqüente menor generalização dos resultados.

Uma das dificuldades com que nos deparamos, existiu em relação à Escala do Autoconceito “Como é que eu sou”, constatamos que se trata de uma escala complexa, com várias subescalas e dimensões o que dificultou não só o tratamento de dados como a análise dos mesmos.

Desta forma, num futuro estudo estas limitações e dificuldades, deverão ser tidas em conta.

Por fim, sugerimos a inclusão e o estudo de outras variáveis tanto sociodemográficas (por ex., zona de residência, estatuto socioeconómico) como

psicossociais (por ex., locus de controlo) ou ainda cognitivas e emocionais. Pretendendo-se assim, averiguar possíveis relações e influências destas variáveis nos Comportamentos de Risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abernathy, T. J., Massad, L. & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30 (120), 899-907.

Albuquerque, C.M. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Portugal.

Albuquerque, C.M. (2004). *Comportamentos de Saúde e Risco na Adolescência-Determinantes Psicossociais e Cognitivos*. Tese de Doutoramento, Universidade Extremadura, Badajoz, Espanha.

Aken, M.A., Lieshout, C.F. & Haselager, G.J. (1996). Adolescents' competence and the mutuality of their self-descriptions and descriptions of them provided by others. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (3), 285-304.

American Psychological Association (2003). *Publication manual* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Anderson, K. (1997). Les jeunes, l'alcool, la drogue et le tabac. *Publications régionales, Série européenne, N° 66*. Copenhagen: OMS.

Andrade, M.C. (1997). *Abordagem psicossocial dos comportamentos orientados para a saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Andrews, J. A., Hops, H. Ary, D., Tildesley, E., & Harris, J. (1993). Parental influence on early adolescent substance use: Specific and nonspecific effects. *Journal of Early Adolescence*, 1 (3), 285-310.

Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. Matarazo, J. Herd, N. Miller, & S. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp.114-129). New York:John Wiley and Sons.

Antunes, C., Sousa, M.C., Carvalho, A., Costa, A., Raimundo, F., Lemos, E., Cardoso, F. Gomes, F., Alhais, D., Rocha, A. & Andrade, A. (2006). Auto-Estima e Comportamentos de Saúde e de Risco no Adolescente: Efeitos Diferenciais em Alunos Do 7º ao 10º Ano. *Psicologia, saúde & doenças*, 7 (1), 117-123.

Arnett, J. (1992). Reckless behaviour in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.

Alves-Martins, M., Peixoto, F., Mata, L. & Monteiro V (1996). Escala de auto-conceito para crianças e adolescentes de Susan Arter (self-perception profile for children). *Provas psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT: pp. 79-89.

Beman, D. S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, 30 (117), 201-208.

Baer, J.S., MacLean, M.G. & Marlatt, G.A. (1998). Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: Toward a better match. In R. Jessor (Ed.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. (pp 182-220). New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 237-269.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric and reality. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.

Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R.J. Diclemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. London: Sage Publicatio

Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier life styles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.

Berger, R.M. & Holmes, J. R. (2000). Self-concepts and Change a status dynamic approach, *Psychotherapy: Theory, Research, Pratices*, 37 (1), pp. 36-44.

Bizarro, M.G. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.

Bolognini, M., Placherel, B., Bettschart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19 (3), 233-245.

Brooks-Gunn, J., & Reiter, E.O. (1990). The role of pubertal processes . In S.S. Felden & G.R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp.16-53). Massachusetts, MA: Harvard University Press.

Burns, R.B. (1986). *The Self-Concept* (4rd ed.). London: Longman

Byrne, B.M. (1986). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54 (3), 427-456.

Byrne, B.M., & Shavelson, R.J. (1986). On the structure of the adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78 (6), 477-488.

Caisy, G.A. (1994). *Early Adolescence: Understanding the 10 to 15 year old*. New York: Plenum Press.

Carvalho, A.M. (1994). Alcoolismo na juventude e nas escolas portuguesas: a festa, o risco e a transgressão. *O Professor*, III (39), 59-62.

Carvalho, A.M. (1996). Alcoolismo na sociedade e nas escolas portuguesas: ritos velhos numa velha cultura. *O Professor*, III (48), 15-22.

Carvalho, J.N. (1990). Comportamentos desviantes. In B. P. Campos (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (pp.214-249). Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, J.N. (1991). *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.

Chassin, L. & DeLucia, C. (1996). Drinking during adolescence. *Alcohol Health & Research World*, 20 (3), 175-180.

Cohen, L.H., Burt, C.E. & Bjorck, J.P. (1989). Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adolescents. *Development Psychology*, 23 (4), 583-592.

Coleman, J.C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.

Collin, H. (1995). Circles of self-esteem. *Health Education*, 2, 14-16.

Cortês, L., & Torres, M.A. (1984). *Avaliação pedagógica I: Insucesso Escolar* (3rd ed.) Porto: Porto Editora.

Crockett, L. J., & Petersen, L. (1993). Adolescent development: Health risks and opportunities for health promotion. In S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nigtingale

(Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. (pp.13-37) Oxford: Oxford University Press.

Cruz, J.F., & Vilaça, M.T.(1996). Prevenção do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: Contribuições da psicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 219-242.

Cruz, J.F., Vilaça, M. T., Sousa, A.C., Gomes, A. R., Melo, B., Araújo, M.S., et al. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: Investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 279-304.

Cunha, I., Marques, M. (2009) A construção do Eu adolescente na relação com o(s) Outro(s): O igual, o diferente e o complementar através do Rorschach. *Análise Psicológica*, 27, 3, pp.247-257.

Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (1996). *Adolescents at risk. A generation in jeopardy. Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.

Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.

Dryfoos, J.G. (1997). The prevalence of problem behaviors: Implications for programs. In R.P. Weissberg, T.P Gullota, R.L. Hampton, B.A. Ryan, & G.R. Adams (Eds.), *Enhancing children's wellness* (pp.17-46). London: Sage.

Elliot, G.R., & Feldman, S.S. (1990). Capturing the adolescent experience. At the threshold. *The developing adolescent* (pp.1-14). Massachusetts, MA: Harvard University Press.

Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28 (5), 404-416.

Elkind, D. (1972). *Crianças e adolescentes. Ensaios interpretativos sobre Jean Piaget*. Rio de Janeiro: Zahar editora.

Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar editor

Eskilson, A., Wiley, M., Muehlbauer, G., & Dodder, L. (1986). Parental pressure, self-esteem and adolescent reported deviance: bending the twig too far. *Adolescence*, 21 (83), 327-334.

European School Survey Project on Alcohol other Drugs (ESPAD 99). *Consumo de álcool e de outras drogas entre os estudantes de 30 países europeus*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.

[http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/publicacoes\\_1999\\_espad\\_report.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/publicacoes_1999_espad_report.pdf) (consultado em 6/4/12)

*European School Survey Project on Alcohol other Drugs (2007)*. Relatório ESPAD 2007 Consumo de substâncias entre os alunos de 35 países europeus. Instituto da Droga e Toxicodependência <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/ESPAD07.pdf> (consultado em 6/6/12)

Farate, C. (1996). *O acto do consumo e o gesto que consome: Risco relacional e o consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto.

Faria, L. (2003). *A Importância do Autoconceito em contexto escolar*. Psicologia, Sociedade e Bem-Estar. Leiria, Editorial Diferença.

Faria, L., Lepi, A. & Alesi, M. (2004). Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicológica*, 4 (23), pp. 747-764.

Farias JR., J. C., Lopes, A. S. *Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes*. R. bras. Ci e Mov.2004; 12(1): 7-12. [http://www.aleixo.com/arquivos/artigos\\_ptg/Comportamentos%20de%20risco%20relacionados%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20em%20adolescentes.pdf](http://www.aleixo.com/arquivos/artigos_ptg/Comportamentos%20de%20risco%20relacionados%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20em%20adolescentes.pdf) (consultado em 8/06/12)

Feijão, F., Lavado, E. (2003). ECATD 2003 - *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público - Portugal Continental*- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. Lisboa. [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Folheto/ecatd\\_Droga.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Folheto/ecatd_Droga.pdf)

Feijão, F., Lavado E., Calado V. (2011). ECATD 2011 - *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público - Portugal Continental*- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. Lisboa

Feijó, R., Oliveira, E., (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria* vol 77 (supl.2):S125-S134. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf?sequence=1> (consultado em 8/06/12)

Filozof, E.M., Albertin, H.K., Jones, C.R., Steme, S.S., Myers, L. & McDermott, R.J. (1998). Relationship of adolescent self-esteem to selected academic variables. *Journal of School Health*, 68 (2), 68-72.

Fontaine, A.M. (1987). Expectativas de sucesso e realização escolar em função do contexto social. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 3, 27-44.

Foxcroft, D.R. & Lowe, G. (1995). Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement: links with perceived family life. *Journal of Adolescence*, 18, 159-177.

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

Funk, J. B., Ph. D., Buchman, D. D., M. S., R: N. & German, J. N. (2000). Self-Concept. *American Journal Orthopsychiatry*, 2, 70.

Frasquinho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores e educação para a saúde*. Queluz: Cabográfica.

Friedman, H., & DiMatteo, D. (1989). *Health Psychology*. New Jersey, NJ: Prentice Hall.

Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Reviews of Sociology*, 8, 1-33.

Ginzberg, E. (1991). Adolescent at risk conference: Overview. *Journal of Adolescent Health*, 12, 588-590.

Gil, A.C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4rd ed., pp.19-103). São Paulo: Atlas.

Glendinning, A. & Inglis, D. (1999). Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem. *Journal of Adolescence*, 22, 673-682.

Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Development Psychology*, 32, (4), 768-776.

Guerra, N.G. (1993). Cognitive Development. In P.H. Tolan & B.J. Cohler (Eds) *Handbook of clinical research and practice with adolescents* (pp.45-62). New York: John Willey & Sons.

Hamburg, B.A. (1990). *Life skills training: Preventive interventions for young adolescents*. Washington, DC: MacMillan.

Hamilton, D. & Oswalt, S. (1998). Distract me from my dreaded self: strategies to enhance self-esteem. *Journal of School Health*, 68 (7), 301-303.

Hartup, W.W. (1993). Adolescents and their friends. In B. Laursen (Ed.), *New directions for child development: Close friendships in adolescence* (pp.3-22). San Francisco: Jossey-Bass.

Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Hauser, S.T., & Bowld, M.K. (1990). Stress, coping and adaptation. In S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. (pp.388-413). Massachusetts, MA: Harvard University Press.

Hayes, S.D., Crocker, P.R. & Kowalski, K.C. (1999). Gender differences in physical self perceptions, global self-esteem and physical activity: evaluation of the physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behavior*, 22 (1).

Igra, V. & Irwin, C. (1996). *Theories of adolescent risk-taking behavior*. Handbook of adolescent health risk behavior. New York: Plenum Press.

INE (1997). *Estatísticas da saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (consultado em 3/4/2012)

INE (2001). *Estatísticas da saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (consultado em 3/4/2012)

Irwin, C.E. (1987). *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.

IPDT (1999). *Estudos em Meio Escolar*. Lisboa: Instituto Português da Droga e Toxicoddependência.

Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. In J. Matarazzo, J. Herd, N. Miller, & S. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health and disease prevention*. New York: John Wiley and Sons.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

Jessor, R. (1992). Risk behaviour in adolescence: a psychological framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12, 374-390.

Jessor, R. (1993). Sucessfull adolescent development among youth in hight-risk settings. *American Psychologist*. 48 (2), 117-126.

Jessor, R., Donovan, J., & Costa, F. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Jones, S.P. & Heaven, P.C. (1998). Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 21, 127-134.

Kaplan, R.M., Sallis, J.F., & Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.

Kahne, J. (1996). The politics of self-esteem. *American Educational Research Journal*, 33(1), 3-22.

King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The health of youth: A crossnational survey*. Canada: World Health Organization.

King, K.A. (1997). Self-concept and self-esteem: A clarification of terms. *Journal of School Health*, 67(2), 68-70.

Kling, K.C., Hyde, J. S., Showers, C.J., & Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.

L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: Presses Universitaires de France.

Li, X., Stanton, B., Feigelman, S., Black, M.M., & Romer, D. (1994). Drug trafficking and drug use among urban african early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 14(4), 491-508.

Lloyd, B., Lucas, K. & Fernbach, M. (1997). Adolescent girls' constructions of smoking identities: Implications for health promotion. *Journal of Adolescence*, 20, 43-56.

Lloyd, B., Lucas, K., Holland, J., McGrellis, S. & Arnold, S. (1998). *Smoking in adolescence: Images and identities*. London: Routledge.

Marsh, H.W., & Shavelson, R.J. (1985). Self-concept: Its multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 422-444.

Marsh, H.W. (1990a). A multidimensional, hierarchical self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2, 77-172.

Manjarrez, A. E. & Navarra, B. C. (2002). *Autoconceito e autoestima em crianças maltratadas e crianças de famílias intactas*. <http://www.psicologia.pt/artigos/imprimir.php?codigo=A0104> (consultado em 18/04/12)

Martins, T.O. (1999). Autoconceito dos alunos com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 73-88.

Matos, M., & Carvalhosa, S.F. (2000). Promoção de competências de relacionamento interpessoal nos jovens. In M. Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*, (pp.149-177), Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS(1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. McIntyre, T.M., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 219-232.

Mendonça, L., Maia, A. Ribeiro, F. (2007). Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde. *Congresso Família, Saúde e Doença: atas*. Braga: Universidade do Minho.

Millstein, S.G., Petersen, A.C., & Nightingale, E.O. (1993). Adolescent health promotion Rationale, goals and objectives. In S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*.(pp.3-10) Oxford: Oxford University Press.

Moore, S., Laflin, M.T. & Weis, D.L. (1996). The role of cultural norms in the self-esteem and drug use relationship. *Adolescence*, 31 (123), 523-542.

Ministério da Saúde (1997). *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século: 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Muhlenkamp, A., & Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35 (6), 334-338.

Navarro, M. (1985). *Adolescentes portugueses: Alguns estudos*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Oliveira, A. I. (2000). *Comportamento social de jovens em idade escolar: Atitudes e factores de risco, no caso específico de comportamentos aditivos e comportamento sexuais de risco*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.

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

Palenzuela, D.L. (1982). *Variables moduladoras del rendimiento académico: Hacia un modelo de motivación cognitivo-social*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Salamanca, Salamanca, España.

Palenzuela, D.L. (1986). A literature review of some problems and misconceptions related to locus of control, learned helplessness and self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 16, 11.

Palenzuela, D.L. (1988). Refining the theory and measurement of expectancy of internal vs external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629.

Parcel, G., Muraskin, L., & Endert, C. (1988). Community education. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 41-45.

Pedhazur, E.J., & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Pedersen, W. & Skrondal, A. (1998). Alcohol consumption debut: predictors and consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 59 (1), 32-42.

Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 2 (21), pp. 213-228.

Pereira, M.C. (1998). *Tabaco, álcool e depressão em adolescentes de Vila Real*. Universidade do Porto: Dissertação de mestrado em Saúde Pública.

Petersen, A.C. (1988). Adolescent development. *Annual review of Psychology*, 39, 583-607.

Poeschl, G., Murias, C. & Ribeiro, R. (2003). As Diferenças entre os sexos: Mito ou Realidade?. *Análise Psicológica*, 2 (21), pp. 213-228.

Pristein, M. J., Boergers J., Spirito A. (2000) Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence. *J. Pediatric Psychol.* (2001) 26(5): 287-298.

<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/26/5/287.full#sec-11> (consultado em 3/4/2012)

Purkey, W.W. (1988). *An overview of self-concept theory for counselors*. ERIC Clearing house on Counseling and Personnel Services, Ann Arbor, Mich. (An ERIC/CAPS Digest: ED304630).

Raposo J. V., Gonçalves O., Teixeira C. & Fernandes H. M. (2009). *Relação entre dimensões do autoconceito e consumo de álcool em alunos*. *Motricidade*, 5, 1, p.51-76.

[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646107X2009000100005&lng=p&nrm=iso&tlng=p](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646107X2009000100005&lng=p&nrm=iso&tlng=p) (consultado em 18/04/12)

Rebelo, P. V. (2004). *Família, Género e Insucesso Escolar, Psicologia, Educação e Cultura*, 8 (1), pp. 53-66.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi

Richters, J., & Weitraub, J. (1990). *Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments. Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ritter, C. (1988). Social supports, social networks, and health behaviors. In D.S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp.149-162). New York:Plenum Press.

Robinson, W.P. (1990). Academic achievement and self-esteem in secondary school Muddles, myths and reality. *Education Research and Perspectives*, 1, 3-21.

Robinson, W.P. & Tayler, C.A. (1986). Auto-estima, desinteresse e insucesso escolar em alunos da escola secundária. *Análise Psicológica*, 1, 105-113.

Rodrigues, L.M. (1994). *Droga, meio escolar: Perfis regionais e risco*. Lisboa: Ministério da Justiça, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

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

Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

Rutter, M. (1994). Continuities, transitions and turning points in development. In M. Rutter & D.F. Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* (pp. 1-259).London: Blackwell Scientific.

Rutter, D.R., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: A theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.

Sallis, J.F., & Nader, P.R. (1988). Family determinants of health behaviors. In D.S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp.107-124). New York: Plenum Press.

Salvo, C. G. (2010). *Práticas educativas parentais e comportamentos de proteção e risco à saúde em adolescentes*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2012-09-07, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-30032010-141310>

Sampaio, Daniel (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Caminho. Serra, V.(1986). *A Importância do Auto-Conceito*, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), pp. 57-66.

Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M.E., & Altemor, A. (1980). Coping behavior: Learned helplessness. *Behavior Research and Therapy*, 18 (5), 462-473.

Seligman, M.E., & Maier, S. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.

Shavelson, R. J. & Bolus R. (1982). Self-Concept: The Interplay of Theory and Methods. *Journal of Education Psychology*, 74, (1), pp3-17.

Shapka, J. D. & Keating D. P. (2005). Structure and Change in Self-Concept during Adolescence, *Canadian Journal of Behaviour Science*, 37 (2), pp. 83-96. <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2005-03699-001> (consultado em 19/04/12)

Scheier, L. & Botvin, G. J. (1997). Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use: a prospective analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (6), 652-667.

Schenker, Miriam, & Minayo, Maria Cecília de Souza. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 707-717. <http://www.scielo.br/scielo.php> (consultado em 6/07/12)

Silva, A. L. (1985). *Desenvolvimento da auto-afirmação em crianças e adolescentes*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.

Simões, M. C. (1997). *Processos envolvidos nas atitudes comportamentais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.

Simões. M.F. (1997). Autoconceito e desenvolvimento pessoal em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, 3, 195-210.

Shokraii, N. H. (1998). The self-esteem fraud: feel-good education does not lead to academic success. *USA Today*, 126 (2632), 66-68.

Stephoe, A., & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behavior in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485-502. <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/1483158/reload=0;jsessionid=ISp3WRBnZA0qiHsblZzq.4> (consultado em 3/04/12)

Stevanato, I.S. et al. *Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. Psicologia em Estudo*, 8, 1, 67-76. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a09.pdf> (consultado em 18/04/12)

Taylor, S.E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.

Torres, R., Fernandez, F. & Maceira, D. (1995). Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*, 30 (118), 403-412.

Trindade, I., & Correia, R. (1999). Adolescentes e álcool. Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, XVII(3), 591-597.

Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., & Robins, R.W. (2003). Stability of self-esteem across life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205-220.

Turiel, E. (1989). *Domain-specific social judgments and domain ambiguities*. Merrill-Palmer Quarterly.

Vaz Serra, A. (1984). O sentido clínico da expectativa. *Psiquiatria Clínica*, 5 (3), 107-117.

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

Vaz Serra, A. (1986b). O Inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.

Vaz Serra, A. (1988a). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.

Vaz Serra, A. (1988b). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.

Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Vaz Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In L.S. Almeida, M.R. Simões, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp.151-163). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Vaz Serra, A., & Firmino, H. (1986). O Auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96.

Vaz Serra, A., Matos, A.P., & Gonçalves, S. (1986a). Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97-102

Vaz Serra, A., Vonçalves, S., & Firmino, H. (1986b). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 103-108

Veiga, F.H. (1989). Escala de auto-conceito: Adaptação portuguesa do “Piers-Harris children’s self-concept scale”. *Psicologia*, 3 (VII), 275-284.

Veiga, F.H. (1995). *Transgressão e Autoconceito dos Jovens na Escola*. Lisboa, Fim de Seculo Edições.

Viana, V. (2000). *Estudo do comportamento alimentar, do estado de nutrição e de alguns factores psicossociais associados, num grupo de adolescentes*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, Portugal.

Waldron, I. (1988). Gender and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp.193-208). New York, Plenum Press.

Well, L.E., & Marwell, G. (1976). *Self-esteem, its conceptualization and measurement* (vol.20). London: Sage Library of Social Research.

West, P. & Sweeting, H. (1997). “Lost souls” and “rebels”: A challenge to the assumption that low self-esteem and unhealthy lifestyles are related. *Health Education*, 5, 161-167.

WHO (1986a). A discussion document on concept and principle of health promotion. *Health Promotion*, 1, 73-76.

WHO (1986b). *Young people’s health: A challenge for society: Report of a WHO study group on young people and “health for all by the year 2000”*. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization (1997). *Promoting health through schools. Reporting of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Technical Report Series, 870. Geneva

World Health Organization (2000). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization.

Youniss, J. (1994). Rearing children for society. *New Directions for Child Development*, 66, 37-50

Zweig M., Phillips S., & Lindberg L., (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health*. 31, 343-353.