



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Obesidade na adolescência:
a repercussão no auto-conceito e o fenómeno da violência escolar

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da
Saúde

Por

Maria do Sameiro Ferreira Felgueiras



Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia de Braga

Novembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Obesidade na adolescência:
a repercussão no auto-conceito e o fenómeno da violência escolar

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da
Saúde

Por

Maria do Sameiro Ferreira Felgueiras

Sob Orientação da Prof. Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa



Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia de Braga

Novembro de 2011

AGRADECIMENTOS

Após o término do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, tendo concluído a Dissertação de Mestrado, agradeço a todos aqueles que, directamente ou indirectamente, contribuíram para a sua realização.

Assim, manifesto a minha grande gratidão aos meus pais, agradecendo todo o esforço realizado durante estes anos de formação académica, bem como a tolerância, apoio e a compreensão demonstrada durante esta longa caminhada.

Agradeço à Doutora Eleonora, pela sua colaboração, pela disposição do seu tempo em fornecer as orientações necessárias para a realização da investigação, bem como a constante motivação para prosseguir alcançando a conclusão da formação académica.

Agradeço à Doutora Daniela Simões, pela sua partilha do saber, pelo apoio e ajuda e pela motivação para alcançar mais uma nova conquista.

Por fim, e não menos importante, manifesto o meu apreço pelo incentivo, compreensão, presença e apoio aos meus avós, Mário, Carmo e Isolete e amigos.

Obrigado a todos!

RESUMO

O presente estudo resulta do interesse pela obesidade na adolescência, nomeadamente, a sua repercussão no auto-conceito e a vivência da violência escolar, tendo como objectivo correlacionar as variáveis apresentadas.

Assim, os questionários administrados foram o sócio-demográfico e clínico, a Escala de Auto-conceito de Susan Harter (1986) e o Questionário para o Estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico de Freire, Simão e Ferreira (2005), a uma amostra de 30 adolescentes com obesidade, que frequentam a Unidade Funcional de Psicologia do Hospital Santa Maria Maior em Barcelos.

Relativamente aos resultados, no que diz respeito ao auto-conceito, constatou-se que quanto mais elevado é o IMC, mais baixo é o auto-conceito. Verificou-se, igualmente, que à medida que a vitimação aumenta, as dimensões do auto-conceito diminuem, o que pressupõe que as crianças vítimas de *bullying* apresentam baixo auto-conceito. Porém, na sua maioria os resultados não produziram associações estatisticamente significativas, nem foram encontradas diferenças significativas entre rapazes e raparigas.

Com a obtenção destes resultados, espera-se que este estudo possa contribuir para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área.

Palavras-chave: obesidade; adolescência; auto-conceito; *bullying*

ABSTRACT

The present study results of interest in obesity in adolescence, in particular, its impact on self-concept and experience of school violence, aiming to correlate the variables presented. Thus, the questionnaires administered were the socio-demographic and clinical Scale Self-concept of Susan Harter (1986) and the Questionnaire for the Study of peer violence in the 3rd cycle of basic education of Freire, Simão e Ferreira (2005), a sample of 30 obese adolescents, attending the Functional Unit of Psychology, Hospital Santa Maria Maior in Barcelos.

Regarding the results, in what concerns to self-concept, it was found that the higher the BMI, the lower the self-concept was found also that as the victimization increases the dimensions of self-term decline, which means that children who are victims of bullying have low self-concept. However, most of the results produced no statistically significant associations, nor were significant differences between boys and girls.

By obtaining these results, it is expected that this study may contribute to an improvement and development in terms of research in this area.

Keywords: obesity, adolescence, self-concept; bullying

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Índice.....	iv
Índice de Quadros e Tabelas.....	vii
Lista de Abreviaturas.....	x
Introdução Geral.....	1
Capítulo 1: Conceptualização teórica da Obesidade na Adolescência.....	4
1- A adolescência como período de mudanças.....	7
2- Definição do conceito de Obesidade.....	12
3- Etiologia e Prevalência.....	14
4- Problemas associados à Obesidade.....	17
5- Aspectos Psicológicos relacionados com a Obesidade.....	18
6- Tratamento da Obesidade.....	18
Capítulo 2: Conceptualização teórica do auto-conceito.....	21
1- Gênese do auto-conceito.....	22
2- Auto-conceito dos adolescentes com Obesidade.....	24
Capítulo 3: Conceptualização teórica do <i>Bullying</i>.....	28
1- Definição do conceito e prevalência.....	29
2- Origem do <i>Bullying</i>	32
2.1- Factores familiares e escolares.....	32
3- Alvos do <i>Bullying</i>	35

4-Autores do Bullying.....	38
5- Principais consequências para vítimas e agressores.....	40
6-Bullying e Obesidade.....	41
Capítulo 4: Estudo Empírico.....	45
4.1- Metodologia.....	46
4.1.1-Objectivos do Estudo.....	46
4.1.2-Hipóteses.....	46
4.1.3-Instrumentos.....	47
4.1.3.1-Questionário Sócio Demográfico.....	47
4.1.3.2- Questionário Perfil Clínico.....	47
4.1.3.3- Escala de <i>Auto-conceito de Susan Harter (1985)</i>	47
4.1.3.4- Questionário para o estudo da violência entre pares no 3º ciclo do Ensino Básico (Freire, Simão, Ferreira, 2005).....	50
4.2- Procedimentos.....	50
4.2.1- Recolha de dados.....	50
4.2.2- Procedimentos Estatísticos.....	51
4.3-Apresentação dos resultados.....	54
4.3.1-Characterização da amostra.....	54
4.3.2-Análise da Normalidade das distribuições.....	62
4.3.3- Questionário “Auto-conceito de <i>Susan Harter (1985)</i> ”: Como é que eu sou?.....	63
4.3.4- Questionário “Auto-conceito de <i>Susan Harter (1985)</i> ”: Qual é para ti a importância destas coisas?.....	65
4.3.5- Questionário para o estudo da Violência entre Pares no 3º ciclo do Ensino Básico (Freire, Simão & Ferreira, 2005).....	66
4.3.5.1- Comparação entre grupos com diferentes comportamentos de <i>Bullying</i>	89

4.3.5.2- Comparação Rapazes vs Raparigas relativamente à vitimização por <i>bullying</i>	93
4.4.1- Análise de Correlação entre as variáveis das subescalas “Como é que eu sou? “Qual é a importância que tem para ti estas coisas? da Escala de <i>Auto-conceito de Susan Harter (1985)</i>	94
4.4.2- Análise de Correlação entre as variáveis vitimização por <i>bullying</i> e cada uma das subescalas do Questionário de <i>Susan Harter</i> “como é que eu sou?.....	97
4.5- Discussão dos Resultados.....	99
4.5.1-Discussão dos Resultados do Teste de Hipóteses.....	99
Capítulo 5: Conclusão Geral	105
Referências Bibliográficas	108
Anexos	121

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna.....	41
Quadro 2a – Dados sócio-demográficos da amostra.....	55
Quadro 2b – Dados sócio-demográficos da amostra.....	58
Quadro 3 – Perfil clínico da amostra.....	60
Quadro 4 - Características biométricas da amostra. Comparação Rapazes vs raparigas.....	62
Quadro 5 – Estudo da normalidade das distribuições, em função do género.....	63
Quadro 6 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, <i>mean rank</i> e comparação entre Rapazes vs Raparigas, relativamente às subescalas do questionário de Susan Harter “Como é que eu sou?”.....	64
Quadro 7 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, <i>mean rank</i> e comparação entre Rapazes vs Raparigas, relativamente às subescalas do questionário de Susan Harter “Qual é para ti a importância destas coisas?”.....	66
Quadro 8 – Frequência absoluta (<i>n</i>) e relativa (%) de respostas nas opções SIM e NÃO, nos 3 grupos de vitimização por <i>bullying</i> , relativamente a alguns actos sofridos nas últimas duas semanas, na escola ou imediações.....	68
Quadro 9 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao número de vezes em que foram agredidos ou perseguidos nas últimas duas semanas.....	70
Quadro 10 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao local onde ocorreram as agressões nas últimas duas semanas.....	70
Quadro 11 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao número de pessoas por quem foram agredidos nas últimas duas semanas.....	71
Quadro 12 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à proveniência do(s) agressor(es).....	71
Quadro 13 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao número de vezes em que foram agredidos ou perseguidos mais do que uma vez nas últimas duas semanas.....	72
Quadro 14 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente continuação da agressão ou perseguição nas últimas duas semanas.....	72
Quadro 15 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à(s) pessoa(s) que agrediu(ram) nas últimas duas semanas.....	73

Quadro 16 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao facto de alguém ter assistido à agressão nas últimas duas semanas.....	73
Quadro 17 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à actuação das pessoas que assistiram à agressão nas últimas duas semanas.....	74
Quadro 18 – Frequência absoluta (<i>n</i>) e relativa (%) de respostas na opções SIM e NÃO, nos 3 grupos de vitimização por <i>bullying</i> , relativamente a alguns actos observados contra outros nas últimas duas semanas, na escola ou imediações.....	75
Quadro 19 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à atitude tomada.....	77
Quadro 20 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao local onde observaram os actos de violência.....	78
Quadro 21 – Frequência absoluta (<i>n</i>) e relativa (%) de respostas na opções SIM e NÃO, nos 3 grupos de vitimização por <i>bullying</i> , relativamente a alguns actos praticados contra outros nas últimas duas semanas, na escola ou imediações.....	79
Quadro 22 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao número de vezes em que praticou acções agressivas nas últimas duas semanas.....	81
Quadro 23 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao local de ocorrência das situações de agressividade contra outros.....	81
Quadro 24 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à prática das acções em grupo ou sozinho.....	82
Quadro 25 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à realização de actos de agressividade para com os outros.....	82
Quadro 26 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à continuidade dos actos de agressividade para com os outros.....	83
Quadro 27 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente às razões que levam a tomar este tipo de comportamentos.....	83
Quadro 28 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao sentimento que tem pelos colegas que agredem na escola.....	84
Quadro 29 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente às pessoas que perseguiram.....	84
Quadro 30 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao facto de alguém ter presenciado as situações de agressão.....	85
Quadro 31 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à reacção das pessoas que assistiram à agressão nas últimas duas semanas.....	85

Quadro 32 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao tipo de castigo.....	86
Quadro 33 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ajuda na mudança de comportamento.....	86
Quadro 34 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à possibilidade de ter um comportamento diferente na relação com os colegas.....	86
Quadro 35 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao que já fez para mudar de comportamento.....	87
Quadro 36 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao considerar-se vítima de agressão ou perseguição na escola.....	87
Quadro 37 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao pedido de ajuda para resolver o problema.....	88
Quadro 38 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente ao pensar se os colegas o(a) acham uma pessoa agressiva.....	88
Quadro 39 – Frequência absoluta (<i>n</i>), relativa (%), relativamente à concordância com a opinião dos colegas quanto ao ser uma pessoa agressiva.....	89
Quadro 40 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, <i>mean rank</i> e teste <i>H</i> Kruskal-Wallis na comparação entre os três grupos de sujeitos com diferentes comportamentos de <i>bullying</i>	91
Quadro 41 – Frequência absoluta (<i>n</i>) e relativa (%) de respostas na opções SIM e NÃO, relativamente às situações de vitimização por <i>bullying</i> , nos grupos de rapazes e raparigas, nas últimas duas semanas, na escola ou imediações. Teste do Qui-quadrado.....	93
Quadro 42 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “COMO É QUE EU SOU?”, para Rapazes e Raparigas.....	95
Quadro 43 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “COMO É QUE EU SOU?” com o IMC, para Rapazes e Raparigas.....	96
Quadro 44 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “QUAL É PARA TI A IMPORTÂNCIA DESTAS COISAS?”, para Rapazes e Raparigas.....	97
Quadro 45 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “COMO É QUE EU SOU? vs <i>Bullying</i> ”, para vítimas/agressores e vítimas de <i>bullying</i>	98

LISTA DE ABREVIATURAS

AEG – Auto-Estima Global

AF – Aparência Física

AS – Aceitação Social

BMA – British Medical Association

CE – Competência Escolar

CF – Competência Física

CO – Comportamento

CV – Coeficiente de variação

DP – Desvio-padrão

gl – graus de liberdade

IMC – Índice de Massa Corporal

M – Média

Máx – Valores máximos

Min – Valores mínimos

n – frequências absolutas

ns – não estatisticamente significativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – nível de significância estatístico

Q – Questão

r – coeficiente de correlação produto-momento de Pearson

s/d – sem data

t – teste *t* de medidas independentes

χ^2 – teste de independência do qui-quadrado de Pearson

% – Percentagem

INTRODUÇÃO GERAL

O presente estudo tem como principal objectivo relacionar a percepção do auto-conceito e a violência escolar em adolescentes com obesidade.

O interesse pelo tema surge uma vez que a obesidade é considerada um problema de saúde pública, na medida em que afecta uma grande parte da população, nomeadamente, crianças, adolescentes e adultos, independentemente da classe social a que pertencem (DGS, 2005).

A principal razão que conduziu a este estudo é o facto de que a violência escolar e a obesidade surgirem em simultâneo nas escolas, conduzindo a distúrbios psicossociais, tais como um baixo auto-conceito, uma baixa auto-estima, aparecimento de depressão, entre outras (Hawker & Boulton, 2000, cit in Queirós, 2008).

A violência escolar ou bullying é considerado como uma das consequências sociais da obesidade e é definido como um comportamento agressivo, que se manifesta em crianças e jovens em idade escolar, de carácter intencional, prejudicial e persistente (Queirós, 2008). Algumas características das crianças com obesidade poderão dificultar a aceitação por parte dos colegas e torná-las mais vulneráveis às acções dos agressores (Neto, 2005). Assim, as características que mais atraem os agressores são: o aspecto físico diferenciado dos padrões impostos pelos seus colegas (ex: és gordo ou magro), medo constante que o prejudiquem, extrema sensibilidade, timidez, uma baixa auto-estima e um baixo auto-conceito. Desta forma, estas características podem suscitar a atenção do agressor, que percebe que a criança com obesidade é um alvo fácil para os seus abusos (Fante, 2005; Damke & Santos, 2007). Existem alguns autores que consideram que o facto das crianças se considerarem menos competentes que os restantes, menos aceites socialmente e com menores capacidades de comunicação se tornem mais facilmente vítimas, tal como acontece com as crianças com obesidade (Damke & Santos, 2007).

Segundo Jay e Muller (2004), as crianças e adolescentes com obesidade estão em risco de desenvolverem sintomatologia depressiva, assim como um baixo auto-conceito, levando ao seu isolamento social, favorecendo o aparecimento e a vitimização a que são sujeitos no fenómeno do bullying.

O excesso de peso constitui para a criança obesa um incómodo em quase todas as suas actividades, tais como correr ou saltar, conduzindo a que a criança se sinta inferior em relação aos amigos, já que estes são mais ágeis do que ela (Hibert & Hibert, 1974/1975 cit in Simões & Meneses, 2007). Este processo de desvalorização pessoal e isolamento social tornam as crianças com obesidade em potenciais alvos de agressão.

O auto-conceito do indivíduo obeso, ou seja, o conhecimento que tem de si acerca de aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais está ameaçado (Sisto, Bartolomeu et al., 2004).

Em suma, as crianças obesas vítimas de violência escolar percebem-se como menos competentes que os restantes colegas.

Com este estudo, pretende-se um maior conhecimento acerca do fenómeno da obesidade infantil, nomeadamente, as repercussões a nível do auto-conceito e da violência escolar, partindo-se do pressuposto que existe uma relação positiva e significativa, no que diz respeito às crianças e aos adolescentes com excesso de peso serem mais vítimas de bullying, do que os seus pares, uma vez que apresentam um baixo auto-conceito (Queirós, 2008).

O estudo proposto encontra-se dividido em duas partes, o enquadramento teórico e a investigação empírica. A primeira parte é constituída pelo capítulo I, II e III onde estão apresentadas as variáveis em estudo, respectivamente, a caracterização da adolescência, a definição de obesidade e as implicações associadas, a definição e génese do auto-conceito, bem como a repercussão da obesidade neste e a caracterização do fenómeno da violência escolar, bem como a vitimização vivenciada.

A segunda parte é constituída pelo capítulo V e VI, estando mencionados, respectivamente, a metodologia, a apresentação dos resultados, a discussão dos resultados e a conclusão integrativa.

CAPÍTULO 1- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

No presente capítulo, pretende-se caracterizar a obesidade na adolescência. Esta etapa do desenvolvimento humano é caracterizada por diversas mudanças a nível físico, cognitivo e social. A existência de obesidade nesta faixa etária, poderá ter como consequências alguns prejuízos nos três domínios referidos.

Inicialmente, será realizada uma caracterização da adolescência. Seguidamente, apresenta-se a definição de obesidade, a etiologia e prevalência e os problemas psicossociais que poderão advir.

A adolescência é hoje considerada uma etapa do desenvolvimento humano que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta (Sampaio, 1995, cit in Sousa, 2006). Esta etapa do desenvolvimento humano é fundamental para o crescimento e maturação física e psicológica, uma vez que o indivíduo procura construir e edificar de uma forma pró-activa a sua identidade, afirmando-se como um ser independente e autónomo, com necessidades, interesses e capacidades. Assim, poderá ser caracterizada como um período em que a mudança é a principal fonte de crescimento, surgindo novas capacidades e aptidões (Pereira, Condessa, Carvalho, Cunha & Pereira, 2009).

Na adolescência a aparência dos jovens muda como resultado de acontecimentos hormonais da puberdade, os corpos tornam-se adultos. Os seus pensamentos também mudam; tornam-se capazes de pensar de um modo abstracto e hipotético. Os seus sentimentos mudam acerca de quase tudo. Todas as áreas de desenvolvimento convergem à medida que os adolescentes enfrentam a sua maior tarefa: estabelecer uma identidade que transportarão para a idade adulta (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Assim, é possível constatar que esta fase tem características próprias e tarefas bem definidas, uma vez que ocorrem alterações fundamentais de ordem biológica, cognitiva (capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos), psicológica (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade) e social (transição para o desempenho de novos papéis). Estas alterações em si são universais, diferindo apenas o contexto onde ocorre o desenvolvimento (Fonseca, 2002).

A adolescência é definida como um período biopsicossocial que compreende a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos (OMS, 1965, cit in Ferreira & Faria, 2010). O conceito de adolescência não é consensual, uma vez que esta fase da vida é expressada de diversas formas nas diferentes sociedades e culturas. Inicialmente, é definida como o percurso da infância até à idade adulta ou o percurso da dependência até à autonomia (Fonseca, 2002).

O ponto de partida para a construção de uma definição de adolescência é a sua abordagem como uma fase única e específica do desenvolvimento humano, repleto de mudanças e múltiplas transformações, para que o homem atinja a maturidade e se insira na sociedade. Não é apenas um processo de desprendimento dos laços infantis ou uma mera etapa de transição, consistindo num encontro do ser humano com uma cultura, com uma civilização onde prevalecem determinados valores (UNICEF, 2002, cit in Machado, 2009).

Antes do século XX, nas culturas ocidentais, as crianças entravam no mundo adulto quando amadureciam fisicamente ou quando iniciavam uma formação profissional. Geralmente, a adolescência é considerada como tendo início na puberdade, o processo através do qual o indivíduo atinge a maturação sexual ou a fertilidade - a capacidade de reprodução. É na puberdade que se inicia um conjunto de mudanças no corpo e cérebro da criança e que a vão transformar num adulto capaz de realizar uma série de tarefas físicas e de se relacionar de forma harmoniosa com os seus semelhantes (Villar & Abreu, 2011). Hoje, a entrada na idade adulta demora mais tempo e está menos bem delimitada. A puberdade começa mais cedo do que no passado e a entrada numa profissão tende a ocorrer mais tarde, na medida em que as sociedades complexas requerem longos períodos de escolaridade ou de formação profissional, antes do jovem poder assumir responsabilidades de adulto (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Actualmente, a adolescência é considerado um processo prolongado, uma vez que o tempo de estudo prolongou-se, a entrada no mercado do trabalho ocorre mais tardiamente e a constituição da própria família é cada vez mais adiada. As condições actuais implicam uma longa transição do período de adolescência para a idade adulta (Salles, 2005, cit in Machado, 2009).

O início da adolescência é facilmente observável, uma vez que se tratam de mudanças fisiológicas produzidas pela puberdade (Machado, 2009). As mudanças biológicas que ocorrem na puberdade são universais e visíveis, modificando as crianças, oferecendo-lhes altura, forma e sexualidade de adultos (Ferreira & Faria, 2010).

Para Kalina e Laufer (1974, cit in Ferreira & Faria, 2010) a adolescência é considerada como o segundo grande salto para a vida: o salto em direcção a si mesma, como ser individual. Assim, distinguem puberdade de adolescência. A puberdade refere-se aos fenómenos fisiológicos, que compreendem as mudanças corporais e hormonais, enquanto que a adolescência diz respeito aos componentes psicossociais desse mesmo processo.

A maioria dos adolescentes está mais preocupada com a sua aparência física do que com quaisquer outros aspectos de si mesmo e muitos não gostam do que vêem ao espelho

(Tobin- Richards et al., 1984, cit in Papalia, Olds & Feldman, 2001). O adolescente sente-se desconfortável num corpo que não sente como seu e que não cresce da maneira mais harmoniosa, já que este crescimento é assimétrico (há partes do corpo que crescem mais rapidamente que outras), o que leva a que o adolescente se sinta desajeitado (Fonseca, 2002). Assim, verifica-se que os adolescentes, de ambos os sexos, preocupam-se com o seu peso, aspecto e características faciais. Desta forma, qualquer aspecto que coloque o adolescente fora do grupo pode ser preocupante (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Com a entrada na adolescência, a preocupação com a imagem torna-se cada vez maior, uma vez que a imagem corporal vai-se construindo tendo como alicerce a opinião que os colegas e amigos têm acerca de determinado aspecto (Villar & Abreu, 2011).

Em suma, actualmente a adolescência já não é mais encarada apenas como uma preparação para a vida adulta, mas sim como uma fase em que se adquire sentido em si mesma (Ferreira & Faria, 2010).

1. A adolescência como período de mudanças

Na adolescência existem mudanças fulcrais na representação do corpo, na concepção de si, dos outros e do mundo, na pluralidade e fluidez de experiências e escolhas, na análise das situações, capacidade de criação e resolução de problemas que marcam a diferença entre o pensamento/comportamento infantil e o pensamento/comportamento adulto (Sousa, 2006). A adolescência é dominada pela noção de mudança, uma vez que o organismo sofre modificações de base que vão afectar sucessivamente todos os aspectos da vida biológica, mental e social: o corpo transforma-se com a puberdade, o pensamento também modifica o seu modo de abordar o real, a vida social evolui com o duplo movimento de emancipação da tutela parental e do estabelecimento de novas relações com os seus iguais e a representação de si próprio modela-se e desenha uma subjectividade nova (Claes, 1985, cit in Sousa, 2006).

As principais transformações da adolescência prendem-se, essencialmente, com aspectos fisiológicos, com a construção da identidade e da autonomia, com o desenvolvimento cognitivo e com o desenvolvimento moral. Na fase pré-pubertária, cuja duração é cerca de dois anos, inicia-se o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários que preparam as transformações biológicas da puberdade (Peralta & Rodrigues, 2006).

Além disto, a identidade e a autonomia são questões fundamentais da adolescência (Sampaio, 1994). A identidade é formada a partir da articulação dinâmica entre o social e o

psicológico, levando o adolescente a descobrir os seus pontos fortes e os papéis mais adequados para a sua vida (Erikson, 1976; Feldman, 2001 cit in Peralta & Rodrigues, 2006). A construção da identidade edifica-se nas múltiplas experiências do adolescente e na complementaridade entre a vinculação em relação aos pais e grupos de pares e a autonomia em relação a estes (Erikson, 1976; Taborda & Simões, 2002). Em relação à autonomia, esta pode ser considerada como um período de desobediência ou confronto com os pais, mas na maioria dos casos é vivido sem problemas graves (Sampaio, 1994). O desenvolvimento vai condicionar a capacidade que o adolescente tem de se ver a si próprio e de se relacionar com os outros e compreende essencialmente quatro tarefas: a autonomia que vai construindo face aos pais e à família; os projectos do futuro que passam por um objectivo vocacional; o amadurecimento da sexualidade e o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva, essenciais para a formação da identidade. Assim sendo, considera-se que as grandes tarefas da adolescência são a da autonomia e a construção da identidade (Fonseca, 2002).

Em simultâneo surgem transformações sócio - afectivas, referentes sobretudo à conquista da autonomia, que é entendida como uma necessidade de conquistar o domínio de si próprio e obter um espaço mental para reflectir e para se relacionar fora da família, o que pressupõe desde logo o abandono de uma posição de dependência face aos pais (Sampaio, 1995, cit in Sousa, 2006). Estas transformações da adolescência poderão ser facilitadas, ou pelo contrário, dificultadas pelo sistema familiar. A família é um sistema aberto em constante interacção com o meio, havendo necessidade de reestruturação deste, uma vez que existem tarefas próprias para desempenhar (Fonseca, 2002). Os pais perdem o estatuto de figuras omniscientes e onipotentes, sendo chamados a uma dinâmica relacional susceptível de garantir uma maior reciprocidade, uma vez que a vinculação e a autonomia não se excluem mas complementam-se (Taborda & Simões, 2002). O início das amizades duradouras ocorre nesta fase, sendo necessário que o jovem procure limites, para que o vínculo com o grupo seja positivo (Rosa, 2002, cit. in Sousa, 2006).

No final da adolescência, o subsistema parental deixa de ter como função o controlo e a educação dos mais novos, passando a exercer uma função de suporte relacional e afectivo, do mesmo modo que o subsistema filial deixa de estar numa posição de dependência hierárquica (Sousa, 2006). Os adolescentes passam grande parte do seu tempo com os colegas e não tanto com a família, demarcando-se da dependência da figura parental que é uma referência nas vivências das crianças. O grupo de pares começa a assumir um papel importante, uma vez que a existência de relações de amizade e o grupo de amigos constituem-

se essenciais para a maturação em todas as componentes que caracterizam a adolescência (Villar & Abreu, 2011). Através destas relações de amizade, o adolescente vai aprendendo a movimentar-se em situações sociais e a conviver com os seus pares, desenvolvendo um sentido crítico em relação à conduta que deve ter consoante os contextos em que se encontra (Villar & Abreu, 2011). No grupo de pares, o adolescente dilui a sua identidade, veste-se, fala e comporta-se como os do grupo, adquirindo segurança através da exibição de comportamentos semelhantes aos dos outros (Fonseca, 2002).

Assim, as relações estabelecidas entre o jovem e o grupo de pares são essenciais na organização do processo biopsicossocial em curso nesta fase (Lopes, 2004). O grupo de pares detém uma posição central no desenvolvimento da socialização do adolescente, uma vez que permitem a construção da autonomia e da identidade, existindo um intenso investimento nas actividades sociais com os colegas da mesma idade (Coleman, 1985 cit in Lopes, 2004). Nesta fase, as relações parentais são frequentemente marcadas por emoções conflituosas, o que dificulta a partilha da realidade das suas experiências e emoções com os pais. O grupo de pares é uma fonte de afecto, simpatia, compreensão e de orientação moral, constituindo um lugar de experimentação e um contexto para alcançar a autonomia e a independência dos pais (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Verifica-se que o grupo de pares poderá tornar-se num espaço facilitador do desenvolvimento de aptidões e de interesses, bem como de partilha de emoções e de problemas. Assim, o grupo de colegas terá a função de fornecer informação e possibilitar a comparação fora do ambiente familiar, recebendo o *feedback* das suas ideias, capacidades, comportamentos e atitudes através da sua relação com os iguais (Claes, 1985; Ferreira & Ferreira, 2000, cit. in Sousa, 2006). O grupo de pares, constitui então, um espaço aberto ao diálogo acerca dos seus problemas pessoais, escolares e profissionais (Claes, 1985).

Desta forma, convém considerar-se a importância dos fenómenos de aceitação e rejeição, que surgem associados à atracção física, uma vez que o grupo de pares exerce uma certa pressão e influência, favorecendo uma auto-imagem mais positiva ou mais desfavorável (Ferreira & Ferreira, 2000, cit in Sousa, 2006; Ferreira & Ferreira, 2000 cit in Lopes, 2004).

Sprinthall e Collins (1999) consideram que as transformações físicas da puberdade não afectam, directamente, os estados psicológicos dos adolescentes. Em vez disso, os efeitos psicológicos são mediados pelas respostas às alterações físicas emitidas pelos pais, colegas e pelos próprios adolescentes. O adolescente transforma-se através da interacção com a sociedade, com o grupo de pares e com a própria família.

Além de todas as transformações biológicas e sociais a que o organismo é submetido, tal como referido anteriormente, a adolescência também é marcada pelo desenvolvimento intelectual e moral. No que diz respeito ao desenvolvimento intelectual, este é caracterizado pela emergência das operações formais, o último estágio de desenvolvimento cognitivo proposto por Piaget (1973, cit in Sousa, 2006). Assim, a adolescência caracterizar-se-ia pela construção de uma nova forma de pensamento, o período das operações formais, marcado pelo pensamento abstracto, combinatório, hipotético -dedutivo e proposicional. O desenvolvimento cognitivo do adolescente caracteriza-se pelo acesso ao pensamento formal e abstracto, adquirindo o sujeito a capacidade de combinar, exaustiva e sistematicamente, um determinado conjunto de possibilidade; de proceder através da lógica proposicional; de pensar de forma hipotético-dedutiva, formal e abstracta e de inverter o sentido entre o real e o possível (Lourenço, 1992; Tabora & Simões, 2002). O pensamento abstracto é a marca da diferença entre a actividade cognitiva da criança e do adulto. Assim, a criança começa a ter a capacidade de pensar de um modo abstracto pelos 12 anos, sendo caracterizado pela capacidade de gerar abstracções, construir hipóteses, utilizar combinações lógicas e criar as diversas possibilidades perante uma situação específica (Fonseca, 2002).

O desenvolvimento do pensamento cognitivo constitui um factor importante para que o adolescente possa aceitar e integrar as modificações corporais, afectivas e relacionais que se operam nele e à sua volta. Este desenvolvimento do pensamento é marcado por um conjunto de modificações qualitativas e quantitativas que se traduzem em duas aquisições principais: o aumento das capacidades de abstracção e o alargamento das perspectivas temporais (Claes, 1985).

Para Piaget, a inteligência constitui uma forma particular da adaptação ao organismo. Durante o desenvolvimento, o pensamento organiza-se progressivamente em estruturas ou sistemas cada vez mais complexos. Assim, o pensamento operatório formal constitui a última etapa do desenvolvimento da inteligência (Claes, 1985).

Quanto ao desenvolvimento moral, a adolescência é um período de construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos. O adolescente aspira a perfeição moral, expressando um grande altruísmo, o que frequentemente origina revolta por descobrir que a sociedade não se coaduna com os valores que defende. O facto de possuir novas capacidades cognitivas de reflexão e de abstracção permitem elaborar hipóteses mentais, debater ideias e confrontar opiniões, construindo uma teoria da realidade (Piaget, 1973, 1997, cit in Sousa, 2006; Kohlberg, 1981, cit in Sousa, 2006).

Em suma, a adolescência é um período privilegiado da existência humana, período este no qual as mudanças orgânicas, cognitivas e sociais interferem largamente no relacionamento interpessoal, quer de ordem familiar, escolar ou social. Na construção da identidade, o adolescente procura a uniformidade que lhe proporciona segurança e auto-estima (Sousa, 2006). Assim, falar de adolescência é, antes de mais, falar da ocorrência de verdadeiras modificações no desenvolvimento, que conduzem à mudança, uma vez que será capaz de utilizar os impulsos para responder às solicitações da sociedade (Lopes, 2004).

No que concerne à obesidade, esta é manifestada de um modo peculiar na adolescência, visto que nesta etapa do ciclo de vida os sentimentos de inadequação são pronunciados e tende-se a sobrevalorizar a aparência (Thompson & Ashwill, 1996, cit in Sousa, 2006). Os adolescentes começam a consciencializar-se da necessidade da aceitação e de pertença ao grupo de amigos (Villar & Abreu, 2011).

A estigmatização da obesidade inicia-se sobretudo na adolescência, período de alto risco para o desenvolvimento de uma imagem corporal desequilibrada. Assim sendo, o adolescente com excesso de peso apercebe-se da sua diferença, o que fará com que limitem as suas actividades desportivas em contexto escolar, por exemplo, porque não se querem despir em frente dos colegas, face ao risco de serem gozados e porque têm maior dificuldade na execução dos exercícios que os seus colegas, podendo afectar negativamente a qualidade de vida e de bem-estar (Carvalho, 2001, cit in Sousa, 2006; Silva, 2010).

Claes (1985) salienta que as desproporções podem ser sentidas como definitivas e, por isso, geradoras de algum desconforto e vivenciadas mais intensamente na adolescência do que em qualquer outro período do desenvolvimento, uma vez que a representação do corpo é perturbada por distorções físicas imaginárias. Todos estes processos e a rapidez das modificações somáticas atacam a consciência da imagem corporal que se tinha construído ao longo da infância.

A obesidade persistente leva o jovem a desenvolver problemas psicológicos em função de comentários e piadas a que é sujeito por parte de colegas. Esta situação leva a um círculo vicioso: a pouca aceitação do grupo fortalece a baixa auto-estima e a desvalorização pessoal, o que conduz a um afastamento das actividades desportivas (Carvalho, 2001, cit in Sousa, 2006).

2. Definição do conceito de Obesidade

Após longas investigações, verificou-se que a obesidade é uma das doenças mais antigas da sociedade, uma vez que os desenhos rupestres da pré-história demonstram que o Homem apresentava uma aparência de peso excessivo para a altura (Cardoso, 2006). Assim, estas imagens levam a crer que os indivíduos apresentavam baixa estatura, excesso de peso, fruto da ingestão de uma grande quantidade de alimento, com o objectivo de armazenar energia para a sua sobrevivência (Fisberg, 2004, cit. in Cardoso, 2006). A obesidade é provavelmente o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos da ocorrência desta desordem em múmias e em esculturas gregas (Blumenkratz, 1997, cit in Francischi, Pereira, Freitas, Klopfer, Santos & Vieira, 2000).

Durante séculos, a obesidade foi vista como sinónimo de beleza, de riqueza e de poder. Nos anos 50, a obesidade era considerada um problema psicológico, dado que os conceitos freudianos dominavam a psicologia e a psiquiatria, conduzindo a que a obesidade fosse considerada como um reflexo de um distúrbio latente da personalidade, cujos conflitos estavam representados na alimentação excessiva (Barlow, 1993/1999). Em meados dos anos 60, os terapeutas comportamentais entraram em cena e a obesidade foi conceptualizada como um resultado de hábitos alimentares mal-adaptativos. Os anos 80 constituíram a década biológica, na qual a genética, o metabolismo e a biologia em geral foram considerados os factores supremos. Stunkard e colaboradores, (1986) através do registo de adopção dinamarquês, encontraram uma nítida contribuição genética para a obesidade (Barlow, 1993/1999). No entanto, actualmente, constitui um problema de saúde pública, sendo considerada como uma doença crónica que acarreta consequências desastrosas em todas as faixas etárias (Viuniski, 2005, ci. in Cardoso, 2006).

Hoje em dia, a alimentação alterou-se substituindo-se os alimentos frescos de predominância vegetal, para uma dieta rica em produtos refinados, na sua maioria de origem animal. Como consequência, a maior parte da população ingere calorias e gorduras em excesso, açúcar e sal em doses excessivas e poucas quantidades de amido e fibras. Juntamente com este facto, a evolução tecnológica permitiu que a população poupasse energia no trabalho, na locomoção e em casa. O resultado de todo este fenómeno é uma população mundial com um aumento de peso significativo (Nahas, 1999, cit in Queirós, 2008). As tendências de transição nutricional ocorrida neste século em diferentes países do mundo, convergem para um plano alimentar rico em gorduras, de origem animal, açúcares e alimentos refinados (Monteiro et al., 1995, cit in Francischi, et al., 2000). Juntamente com este factor,

alia-se o progressivo declínio da actividade física, o que conduz ao aumento da composição corporal, ou seja, o aumento de gordura (Monteiro et al., 1995, cit in Francischi et al., 2000; Correia, 2004).

Além desta evolução, o padrão de beleza alterou-se, valorizando-se um corpo magro, atlético e bem definido. Assim, o excesso de peso passa de padrão de beleza para vilã dos tempos modernos (Fisberg, 2004, cit in Cardoso, 2006).

Apesar de existirem diversas definições na literatura sobre o que é a obesidade, parece ser unânime que esta é considerada como um excesso de gordura acumulada no organismo, tendo como consequências vários prejuízos a nível físico, psicológico e social. Para avaliar se um indivíduo é obeso e qual a gravidade da sua obesidade, o clínico deve ter em atenção um conjunto variado de factores, não bastando comparar o peso do indivíduo com o peso de referência, correspondente à altura, obtido através de tabelas estatísticas, resultante de estudos epidemiológicos. Assim, é necessário ter em atenção o sexo, a idade e outros dados individuais (étnicos, familiares, psicossociais, culturais), assim como a avaliação clínica, metabólica, endócrina, vascular, entre outras (Teles, Reis & Dias, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), a obesidade é uma condição anormal de excesso de gordura, acumulada no tecido adiposo, que coloca em perigo a saúde (WHO, 2000, cit in Queirós, 2006). Para Póvoas (2007) a obesidade é definida como uma doença que se caracteriza por um aumento de peso, devido ao excesso de gordura.

Outros autores caracterizam a obesidade na criança como um excesso de gordura corporal, atribuída a um desequilíbrio energético de origem multifactorial, ou seja, encontra-se directamente relacionada com vários factores, podendo ser genéticos, ambientais e psicológicos (Silva, 2008; Ferreira et al., 2006).

Viuniski (1999, cit in Bastos et al., 2008) classifica a obesidade infantil de acordo com a intensidade, a distribuição de gordura e as suas causas, dividindo a obesidade infantil em excesso de peso (quando o peso está entre o percentil 50 e 85 para o sexo, idade e altura), obesidade leve (quando o peso está entre o percentil entre 85 e 95 para o sexo, idade e altura) e obesidade moderada (quando o peso está acima do percentil 95 para o sexo, idade e altura, mas sem ultrapassar o percentil 140).

Na generalidade, a obesidade é definida de acordo com os valores do Índice de Massa Corporal (IMC), tendo este de ser igual ou superior a 30 kg/m². As pessoas com excesso de peso situam-se entre os 25 e os 30 kg/m² (WHO, 2000, cit in Queirós, 2008). O IMC é

calculado através da divisão do peso pelo quadrado da altura (peso/altura²) (WHO, 1995, cit. in Queirós, 2008).

Contudo, o IMC não permite detectar as alterações que acontecem ao longo do tempo, que se encontram relacionadas com o aumento da massa gorda e da massa isenta de gordura, constituindo-se apenas um indicador de adiposidade, uma vez que não diferencia a massa gorda e a massa magra durante o período de crescimento e desenvolvimento muscular e ósseo nos adolescentes (Sardinha & Moreira, 1999). Desta forma, considera-se que o critério mais correcto para diagnosticar a obesidade, será a combinação do cálculo do IMC com a avaliação do perímetro da cintura (Garrow, Sadler, Strain & Caballero, 1999).

De acordo com Carvalho (2002, cit in Queirós, 2008), quando a gordura se encontra na região subcutânea, da cintura para baixo, designa-se de obesidade genóide, surgindo mais em mulheres. Quando a gordura se encontra no abdómen, é designada de obesidade andróide, existindo um maior número de casos nos homens. A ocorrência de complicações da obesidade depende não apenas do excesso de peso, mas também da distribuição da gordura corporal, a qual pode estar localizada na região central ou abdominal (obesidade andróide) ou na região inferior ou do quadril (obesidade genóide) (Grundy, 1998, cit in Francischi, 2000).

O diagnóstico precoce da obesidade é fundamental, uma vez que está em causa o desenvolvimento saudável da criança, sendo realizado até aos 10 anos de idade (Dâmaso et al., 1995, cit in Soares et al., 2003). A prevalência da obesidade aumenta com a idade, especialmente nas mulheres, e é alta em grupos minoritários e economicamente em desvantagem (Barlow, 1993/ 1999).

A obesidade constitui uma ameaça para a saúde e um factor de risco para a ocorrência ou o agravamento de outras doenças (DGS, 2005; Oliveira, Mello, Cintra & Fisberg, 2004).

3. Etiologia e prevalência

Relativamente à prevalência, estima-se que em todo o mundo, a obesidade afecte cerca de 22 milhões de crianças, abaixo dos cinco anos de idade e 155 milhões de crianças em idade escolar com peso elevado (BMA, 2005).

Em Portugal, a obesidade afecta 35 % da população entre os 18 e os 65 anos. Em relação às crianças, 30% entre os 7 e os 11 anos são consideradas obesas (Nobre et al., 2004; Rocha et al., 2007).

De acordo com um estudo realizado pela Direcção Geral de Saúde, pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade e pela Escola Superior de Nutrição do Porto, metade

da população portuguesa tem excesso de peso ou obesidade. O mesmo estudo revela que dos cinco mil portugueses envolvidos nesta investigação, 35 % têm excesso de peso e 15% são obesos (Pereira, 2007). Através de estudos mais recentes, foi possível constatar que em Portugal cerca de 40% das crianças entre os três e os cinco anos de idade apresentam excesso de peso e 13,4% são consideradas crianças com obesidade. Entre os sete e os nove anos de idade, 31,5% apresentam excesso de peso e 11,3% das crianças são consideradas obesas (Moreira, 2007; Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2005).

No que diz respeito à etiologia, Godinho (2006, cit in Pereira, 2007), considera que o moderno estilo de vida, cada vez mais sedentário, sem tempo para os exercícios físicos e para as refeições saudáveis e moderadas, tem vindo a contribuir para o aumento geral do peso dos indivíduos. Póvoas (2007) considera que a alimentação desadequada e o sedentarismo contribuíram para o aumento dos casos de obesidade em Portugal, nos últimos dez anos.

Actualmente, considera-se que o excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é maior do que a quantidade de energia gasta (DGS, 2004, cit in Pereira, 2007). A etiologia da obesidade é ainda desconhecida, mas considera-se que a causa seja multifactorial, podendo derivar de muitas origens (Pereira, 2007).

A obesidade é uma doença multifactorial, uma vez que envolve factores genéticos, psicológicos, psicossociais, hábitos e cultura (Oliveira, 2000, cit. in Cardoso, 2006).

Segundo Salbe & Ravussin (2003, cit. in Queirós, 2008), os factores responsáveis pela aquisição e desenvolvimento da obesidade são os seguintes:

- Factores demográficos: idade (o peso aumenta à medida que a idade avança), género (as mulheres apresentam valores de obesidade mais elevados que os homens) e etnia (existem variações entre grupos étnicos);
- Factores socioculturais: nível de educação e rendimento (nos países industrializados o nível de obesidade é superior aos países que apresentam baixo nível educacional e de rendimentos) e estado civil (o peso tende a aumentar com o casamento);
- Factores biológicos: gravidez (o IMC aumenta com o número de filhos que as mulheres têm);
- Factores comportamentais: dieta (os pequenos desvios no balanço energético dão origem a diferenças do peso corporal, a longo prazo), fumar (parar de fumar aumenta o peso corporal), consumo de álcool (o consumo moderado de álcool é associado a um

elevado peso corporal) e a actividade física (os indivíduos que permanecem ou se tornam sedentários são mais pesados do que os fisicamente activos).

Além disto, a obesidade é determinada a longo prazo pelo balanço entre o consumo calórico e o gasto energético (Dietz, 2001, cit in Queirós, 2008).

Segundo Barbosa (2004, cit in Queirós, 2008), os principais factores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade são os factores internos ou biológicos e os factores externos ou ambientais. Os factores internos abrangem os factores de ordem genética e do metabolismo. Os factores hereditários são a principal causa que explica uma grande percentagem de casos de obesidade. Isto acontecerá porque se há cada vez mais indivíduos com obesidade, haverá cada vez mais crianças com obesidade (Pereira, 2007). Por sua vez, os factores externos abrangem os factores de natureza alimentar, psicológica e os relacionados com a actividade física. Existem ainda autores que consideram que os factores externos ou adquiridos podem ser divididos em dois grupos: os desequilíbrios hormonais (alterações endócrinas) e os hábitos desadequados. No que diz respeito aos desequilíbrios hormonais, pode referir-se o mau funcionamento da tiróide. No que concerne aos hábitos desadequados, podem referir-se o sedentarismo/falta de exercício, a ansiedade/depressão, os fármacos, o tabaco, o álcool em excesso, entre outros (Pereira, 2007). Além destes factores externos mencionados, encontram-se também os factores sociais, nomeadamente, a escolaridade, a ocupação profissional, o estado civil e a condição sócio-económica, uma vez que são considerados como factores precipitantes para a origem da obesidade (Schoenborn, Adams & Barnes, 2002). Outros factores psicossociais considerados igualmente como factores de risco para o desenvolvimento da obesidade, são os acontecimentos que envolvem mudança, tais como, mudança de escola, de cidade ou alterações da dinâmica familiar, uma vez que estas situações podem produzir alterações emocionais, conduzindo a possíveis sintomas de ansiedade e depressão que poderão precipitar o desenvolvimento da obesidade (Oliveira, Cerqueira, Sousa & Oliveira, 2003).

Os factores psicossociais, acima referidos, são também importantes, pois a sociedade estigmatiza a criança com obesidade, contribuindo para os sentimentos de auto-rejeição, rotulando o excesso de peso como um desvio social. Muitas crianças com obesidade comem em demasia para satisfazer uma ou mais necessidades emocionais, sendo que a alimentação serve para compensar ou substituir as carências afectivas, diminuindo os conflitos interiores (Cardoso, 2006; Oliveira, Albuquerque, Carvalho, Sendin & Silva, 2009).

Em suma, são vários os factores que poderão contribuir para o aparecimento da obesidade.

4. Problemas associados à obesidade

De acordo com Póvoas (2007), a partir do momento em que se instala uma obesidade, o problema deixa de ser puramente estético, colocando o indivíduo numa situação de risco permanente, risco este que é tanto maior quanto maior for o grau de obesidade. A obesidade está associada a doenças cardiovasculares, à diabetes tipo II, deformações da coluna vertebral, complicações respiratórias e digestivas, neoplasias, cálculos biliares, distúrbios do sono, alterações metabólicas (problemas hormonais, gota), alterações psicológicas (baixo auto-conceito e auto-estima) e modificações estéticas (Pereira, 2007; Teles, Reis & Dias, 2008).

A obesidade infantil aumenta o risco de obesidade na idade adulta. Além disto, surgem os distúrbios psicossociais, provocados pelo estigma da obesidade que poderão afectar a estruturação da personalidade (SPADA, 2005, cit in Cardoso, 2006). Segundo Puhl e colaboradores (2000, cit in Queirós, 2008), as consequências sociais verificam-se a vários níveis:

- Emprego (é mais difícil uma pessoa obesa ser empregue em comparação com uma pessoa de peso normal);
- A educação e o QI (parece ser mais difícil um indivíduo obeso ter sucesso do que um não obeso, tendo em conta que o indivíduo obeso não é bem aceite na comunidade escolar);
- Nível socioeconómico (os indivíduos obesos têm maior probabilidade de apresentar um baixo nível socioeconómico);
- Relações interpessoais (as pessoas obesas apresentam experiências negativas com a maioria das relações).

A pressão para ser magro é intensa e implacável. Os indivíduos são lembrados repetidamente, através da televisão, revistas, que a forma ideal do corpo deve ser extremamente delgada. As crianças internalizam esta mensagem que é passada, reconhecendo que estar com peso em excesso é indesejável, desenvolvendo reacções negativas em relação ao corpo, tais como vergonha e embaraço (Barlow, 1993/1999).

5. Aspectos psicológicos relacionados com a obesidade

Durante a infância, a criança com obesidade poderá apresentar distúrbios psicológicos, acabando por sentir-se discriminada pelos colegas, o que conduz a um desgaste emocional e ao isolamento (Cardoso, 2006). As principais consequências que advêm da obesidade apontam para uma baixa auto-estima, fraca interacção social, depressão e perturbação do controlo dos impulsos (Britz, Siegfried, Siegler & Lamertz, 2000).

As crianças com obesidade tendem a ser isoladas do grupo, desenvolvendo uma baixa auto-estima, uma vez que são menos convidadas para participar em jogos desportivos. Estas crianças são consideradas, de forma estereotipada, como lentos, preguiçosos e caprichosos. Frequentemente são discriminadas na escola, no lazer e no trabalho (Brownell & Waden, 1991, cit in Viana, 2002; Dietz, 1998; Carvalho, Cataneo, Galindo, Malfará, 2005).

Numerosos estudos mostraram estereotipia e tendenciosidade em relação às pessoas obesas. Quando é solicitado aos indivíduos que classifiquem as gravuras ou descrições de pessoas obesas e magras, estes atribuem características negativas às pessoas obesas, utilizando descrições tais como preguiçosa, desleixada e sem controlo. O mesmo sucede quando é solicitado o mesmo processo a crianças obesas (Barlow, 1993/1999).

As atitudes da sociedade em relação à obesidade são reflectidas nas atitudes dos próprios indivíduos com excesso de peso. Durante a intervenção psicoterapêutica, são declaradas avaliações auto-depreciativas, uma vez que o indivíduo com obesidade revela um grande sofrimento e um auto-conceito prejudicado (Barlow, 1993/1999; Flarherty, 1995, cit. in Vasque, Martins & Azevedo, 2004).

Em suma, os principais riscos para a criança com obesidade, não estão apenas relacionados com as alterações orgânicas que poderão surgir, mas também com os prejuízos que advêm a nível psicológico, ou seja, a criança quando é submetida a discriminação pelo seu grupo de pares, sente-se diferente e inferior a estes, o que conduz a uma baixa auto-estima e auto-conceito (Soares & Petroski, 2003).

6. Tratamento da Obesidade

A obesidade deve ser abordada de forma multidisciplinar, de modo a avaliar a estratégia mais adequada de actuar, sendo necessária uma equipa multidisciplinar, constituída por um médico, um nutricionista, um educador físico e um psicólogo (Schussel, 2004, cit in Cardoso, 2006, Dâmaso et al., 1995 cit in Soares & Petroski, 2003).

As bases fundamentais para o tratamento da obesidade infantil são unânimes entre os especialistas. Estes incluem modificações no plano alimentar, no comportamento e na actividade física (Soares & Petroski, 2003). O objectivo do tratamento da obesidade é prevenir ou atenuar a morbilidade associada ao excesso de peso, e não apenas reduzir o peso ou alcançar o peso ideal do indivíduo. Assim, as opções terapêuticas de primeira escolha para o tratamento da obesidade são um plano alimentar equilibrado e a realização de exercício físico (Paumgarten, 2011).

O tratamento da obesidade deve incluir modificações na postura familiar e da criança, nos hábitos alimentares, na actividade física, sendo importante incluir um plano alimentar equilibrado (Soares et al., 2003; Silva, 2008).

A terapêutica não deve ser direccionada apenas para o excesso de peso, mas para o indivíduo como um todo, enfatizando-se os aspectos psicológicos, uma vez que os indivíduos com obesidade são caracterizados por hiperfagia, passividade, preocupação excessiva com a comida e ingestão compulsiva, dificuldades de adaptação social, insegurança, dificuldade para lidar com a frustração, baixo auto-conceito e auto-estima, entre outras. (Cardoso, 2006; Campos 1993, cit in Cataneo, Carvalho, Galindo, 2005),

Em suma, para evitar todas estas consequências, é pertinente a emergência da prevenção da obesidade, uma vez que, se constitui como a grande arma contra esta problemática, consistindo na modificação dos hábitos alimentares e na eliminação dos factores de risco. Desta forma, o ideal é promover a protecção da saúde, abrangendo os mais variados segmentos da sociedade (Cardoso, 2006).

Tal como referido anteriormente, o tratamento da obesidade incide sobretudo no estabelecimento de um plano alimentar adequado, na prática de exercício físico, na alteração de determinados comportamentos e na utilização de fármacos. Em seguida será apresentado cada um destes aspectos.

No que diz respeito ao plano alimentar, alguns tratamentos para a obesidade envolvem a restrição da ingestão energética total, o que é considerado uma das formas de alcançar o défice energético e reduzir o peso corporal (Raccette et al., 1995, cit in Francischi et al., 2000). Na reeducação alimentar, deve ser sugerida uma alimentação flexível e que atenda às necessidades nutricionais das crianças e adolescentes, de forma a não proporcionar prejuízo ao crescimento e desenvolvimento, e uma possível não adesão ao tratamento, uma vez que a angústia e a ansiedade será maior, caso não se obtenha sucesso (Vitolo & Campos, 1998 cit in Soares & Petroski, 2003).

No que concerne ao exercício físico, este quando praticado regularmente acarreta benefícios para o organismo, como uma melhoria na capacidade cardiovascular e respiratória, na tolerância à glicose e na acção da insulina (Dengel et al., 1998, cit in Francischi et al., 2000). Segundo Blair (1993, cit in Francischi et al., 2000), os indivíduos fisicamente activos e com excesso de peso apresentam menor morbidade e mortalidade em comparação com os indivíduos com obesidade e com um comportamento sedentário.

Relativamente à alteração de comportamentos, destaca-se o papel crucial da auto-monitorização, uma vez que é possível obter-se conhecimento, através da auto-observação, dos factos, sentimentos, pensamentos e atitudes que ocorrem antes, durante e após as tentativas de manter um comportamento prudente ao alimentar-se e na prática de exercícios físicos (Fyret & Goodrick, 1993, cit in Francischi et al., 2000). Esta intervenção deve incidir na abordagem das características da personalidade, cognições, afectos e comportamentos, sendo necessário que o obeso se reconheça como parte activa das mudanças a desenvolver e concretizar (Teles, Reis & Dias, 2008).

A alteração de comportamentos deve ser realizada tendo em conta o estabelecimento adequado de prioridades, a definição de objectivos acessíveis, o controlo do stress, a afectividade, a imagem corporal e as relações interpessoais (Teles, Reis & Dias, 2008).

Por fim, a intervenção farmacológica está indicada nos casos em que o IMC é igual ou superior a 30 ou quando o IMC é igual ou superior a 27 no caso de estar associado a comorbidade. A terapêutica farmacológica deverá ser acompanhada de modificações no estilo de vida. Existem muitas controvérsias sobre a utilização dos fármacos, uma vez que criam uma expectativa de cura para a obesidade e após a sua suspensão, os indivíduos tendem a voltar ao peso inicial. A perda de peso alcançada com inibidores de apetite é revertida quando o medicamento é interrompido (Paumgarten, 2011).

Os efeitos colaterais que derivam da utilização dos fármacos incluem sonolência, nervosismo e distúrbios do tracto intestinal (Baron., 1995, cit in Francischi et al., 2000).

Em suma, neste primeiro capítulo pretende-se apresentar uma breve definição de obesidade, a sua causa (genéticas e/ou adquiridas), as consequências que poderão advir desta problemática, bem como o possível tratamento. É de ressaltar, a importância da prevenção, sendo necessário a divulgação desta doença crónica, de forma a alterar os hábitos alimentares e o sedentarismo observado actualmente.

CAPÍTULO 2- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO AUTO-CONCEITO

Inicialmente, no presente capítulo, pretende-se caracterizar o auto-conceito, apresentando algumas das suas possíveis definições.

Seguidamente, encontra-se exposto a caracterização do auto-conceito nos adolescentes com obesidade, sendo demonstrado o seu comprometimento psicológico.

1- Génese e definição do auto-conceito

Apesar da diversidade de definições, aceita-se que o auto-conceito é a percepção que o sujeito tem de si próprio, e em termos específicos, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social. Estas percepções formam-se através da experiência nos vários contextos de vida em que o sujeito se move, nomeadamente através dos reforços do meio e dos outros significativos (Faria & Fontaine, 1990).

O auto-conceito é a imagem que temos de nós próprios. É aquilo que acreditamos ser, constituindo o quadro global das nossas capacidades e traços (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Assim, pode ser definido como uma estrutura cognitiva com tonalidades emocionais e consequências comportamentais, que determina como nos sentimos acerca de nós próprios e orientando as nossas acções (Harter, 1993, cit in Papalia, Olds & Feldman, 2001). O auto-conceito refere-se à forma como o indivíduo se percebe a si próprio, dependendo dos motivos pessoais presentes, o que lhe dá um carácter de estabilidade e unidade no tempo e no espaço (Franco & Nicolau, 2008).

Segundo Gecas (1982 cit in Albuquerque & Oliveira, s.d) o auto-conceito é a avaliação que o sujeito faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral. O auto-conceito de si próprio corresponde à percepção que cada um tem de si próprio, ou seja, da sua aparência, competência, atitudes, valores, grau de aceitação social, considerando-se, por este motivo, o elemento central da personalidade (Byrne, 1984, cit in Fontaine, 1991).

Para Vaz Serra (1986 cit in Albuquerque & Oliveira, s.d), o auto-conceito é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. Assim, permite-nos esclarecer a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com as áreas respeitantes às suas necessidades e motivações, permite perceber aspectos do auto-conceito, nomeadamente, porque surgem certas emoções em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento. O desenvolvimento do auto-conceito parece conduzir a uma melhor aceitação de si próprio e a

realizações melhoradas, para além de permitir um maior aproveitamento da competência pessoal: os indivíduos que reconhecem e valorizam a sua competência têm mais probabilidades de a rendibilizar (Burns, 1979, cit in Faria, 2005).

O auto-conceito é uma dinâmica que o ser humano adquire durante o desenvolvimento da sua percepção e da compreensão dos seus valores pessoais e sociais. Além das suas aptidões e das características da personalidade, o ambiente familiar (composto por pessoas significativas) e o contexto social, constituem-se como modelos para uma equilibrada estruturação da identidade do indivíduo (Souza, 2001, cit in Navarro, 2007). Ao longo do ciclo de vida, a criança vai tendo experiências que contribuem para o conhecimento de si própria (Shakespeare, 1997, cit in Figueiredo, 2000), aumentando assim o número de domínios do auto-conceito que cada criança é capaz de diferenciar e articular (Correia, 1994, cit in Figueiredo, 2000).

Ao considerar-se o auto-conceito como um conjunto de percepções que o indivíduo tem de si próprio, é possível verificar que estas são formadas pelas avaliações e reforços de pessoas significativas, pelas auto-atribuições que o indivíduo realiza ao seu próprio comportamento e pela experiência e interpretações do ambiente onde se insere (Shavelson & Bolus, 1982 ci. in Albuquerque & Oliveira, s.d).

De uma forma geral, a opinião dos outros em relação à criança afectará o seu desenvolvimento. Se a criança sofre experiências de fracasso, provavelmente incorporará essa ideia no auto-conceito, mesmo que não seja coerente com o real (Fadiman & Fager, 2002, cit in Navarro, 2007).

A criança com obesidade é normalmente uma criança com um baixo auto-conceito, até porque os colegas com mais popularidade são mais agéis. Há uma discriminação por parte dos colegas, que normalmente os excluem de jogos e brincadeiras de agilidade motora, o que conduz a que a criança viva sentimentos de inadaptidão e de rejeição social, o que poderá provocar o isolamento, por vergonha e porque fisicamente não consegue realizar determinadas tarefas (Spada, 2007, cit in Revista Crescer, 2005).

Uma vez que o auto-conceito consiste também na valorização que o sujeito realiza de si próprio, é pertinente introduzir o conceito de auto-estima, uma vez que esta é a componente avaliativa do auto-conceito (Pereira, 1991, cit in Branco & Pereira, 2001). Este conceito, durante muitos anos, foi considerado um constructo unidimensional e o maior progresso, deve-se ao facto de o considerarem multidimensional, ou seja, o indivíduo pode ter percepções avaliativas diferentes dele próprio em diferentes aspectos (relações sociais,

rendimento académico, aparência física), em diferentes momentos das suas vidas (Vasconcelos, 1995, cit in Branco & Pereira, 2001).

A auto-estima tem sido considerada como a componente avaliativa do auto-conceito, uma vez que este é constituído pelas diferentes percepções que os indivíduos desenvolvem sobre as suas características pessoais, enquanto a auto-estima consiste na avaliação mais positiva ou negativa que os sujeitos fazem da situação ou desses atributos (Balscovich & Tomaka, 1991, cit in Santos & Maia, 1999; Santos & Maia, 2003). Após vários estudos acerca deste conceito, é possível concluir que a auto-estima e a percepção do self são fortemente moldadas pelas experiências com os pares, na medida em que as crianças tendem a integrar as diversas experiências sociais na representação que fazem do seu self e na representação que fazem dos outros com quem interagem (Harter, 1996, cit in Emídio, Santos, Maia, Monteiro & Veríssimo, 2008).

Em suma, poderá considerar-se que uma baixa auto-estima poderá estar associada a transtornos alimentares (González, 2004). O jovem com obesidade ao comparar o seu aspecto físico com os restantes colegas, sentir-se-á diferente e discriminado, originando consequências a nível psicológico, pois considera ser menos capaz em determinados componentes do seu auto-conceito.

2- Auto-conceito dos adolescentes com obesidade

A auto-avaliação faz parte do processo adaptativo do ser humano. O apreço por si e a percepção que têm das habilidades e capacidades são construídas a partir da relação com os outros, que fornecem pistas aos indivíduos sobre os seus desempenhos. A auto-avaliação é um fenómeno pessoal que auxilia os indivíduos a dirigir o seu comportamento, conduzindo à formação de um auto-conceito positivo ou negativo, o que leva a que actuem em função deste. O que o indivíduo pensa sobre si traduz a satisfação que extrai da sua vida e das actividades que realiza, sendo um factor de risco ou de suporte para a saúde mental (Bandura, 1986, cit in Cardoso, 2006).

Na cultura Ocidental, a pressão para ser magro é bastante intensa: os indivíduos são lembrados constantemente, através dos meios de comunicação social, que a forma ideal do corpo deve ser extremamente magra (Barlow, 1993/1999; Kimm et al, 1997, cit in Simões & Meneses, 2007). Um dos domínios que mais contribui para a definição do auto-conceito do adolescente é o domínio físico, nomeadamente, a aparência física, componente fundamental para a auto-estima global. O domínio físico tem um papel importante, uma vez que os

adolescentes recebem *feedback* directo e indirecto, da sua condição física, do seu peso, da sua altura e da forma como se vestem ou se apresentam (Faria, 2005). Desta forma, as reacções dos outros significativos, bem como as comparações realizadas entre os seus atributos e a sua competência física e os dos seus pares contribuem para a formação do auto-conceito físico (Bracken, 1996, cit in Faria, 2005), constituindo-se um elemento fundamental na escolha e selecção dos amigos (Stein, 1996, cit in Faria, 2005). Os indivíduos têm inúmeras preocupações em relação à imagem, uma vez que a aparência física é sempre visível aos outros (Panfeles et al, 2003, cit in Santos & Baptista, 2004).

As reacções e as atitudes da sociedade em relação à obesidade reflectem-se nas reacções e atitudes dos indivíduos com obesidade, que tendem a fazer auto-declarações depreciativas em relação a si próprio e a apresentar um auto-conceito comprometido (Barlow, 1993/1999; Schwatz & Brownell, 2004). Assim, verifica-se que existe uma realidade social de discriminação que influencia o funcionamento psicológico do indivíduo com obesidade, existindo como que uma aversão à gordura, que contribui para o comprometimento da auto-estima e da auto-imagem, quer em crianças, quer em adultos, condicionando o bem-estar psicológico, nomeadamente, o auto-conceito (Almeida, Loureiro & Santos, 2002; Barlow, 1993/1999; Buela- Casal, 1991; Wardle & Cooke, 2005).

A obesidade é uma condição que poderá conduzir à exclusão social e à discriminação, o que compromete algumas áreas, conduzindo a um baixo auto-conceito (Wardle & Cooke, 2005). Assim, verifica-se uma maior insatisfação corporal nos jovens com obesidade, o que é congruente com a fase de desenvolvimento em que se encontram, uma vez que a aparência física e a auto-imagem apresentam um grande valor nesta faixa etária (Wardle & Cooke, 2005).

Assim, verifica-se que as crianças e os adolescentes com obesidade são submetidos a rejeição social, discriminação e à formação de estereótipos negativos, o que poderá conduzir ao comprometimento do auto-conceito (Wardle & Cooke, 2005)

As crianças e adolescentes com obesidade estão em risco de desenvolverem sintomatologia depressiva, assim como um baixo auto-conceito e a auto-estima, levando ao seu isolamento social (Jay, 2004; Muller, 1999, cit in Simões & Meneses, 2007). Através de uma abrangente pesquisa bibliográfica, foi possível constatar que as crianças com excesso de peso desenvolvem índices de auto-estima negativos associados a elevados sentimentos de tristeza, ansiedade e solidão, fortemente ligados ao desenvolvimento de comportamentos de risco, como consumo de álcool e de tabaco no futuro (Strauss, 2000). Os jovens com

obesidade apresentam sofrimento decorrente do preconceito social e à discriminação contra a obesidade. A depreciação da própria imagem física conduz à preocupação opressiva com a obesidade, tornando o jovem com obesidade inseguro. A falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída ao fracasso da família e dos amigos em compreender o problema, assim como a humilhação, decorrente do intenso preconceito e discriminação aos quais os jovens com obesidade estão submetidos, remetem para um grande desgaste a nível psicológico (Stunkard, 1992, cit in Bernardi, Cichelero, Vitolo, 2005).

A criança com obesidade tem dificuldade em aceitar-se tal como é, na medida em que tem receio de que os outros a considerem ridícula, assim como sente dificuldade em aceitar a sua própria imagem e, rapidamente, começa a desconfiar que os seus amigos fazem troça dela, que os professores a lastimam e que os pais lhe dizem mentiras a respeito do seu estado de saúde, contribuindo para que a criança se feche em si mesma, que não se interesse por nada, embora, na maioria dos casos, as suas capacidades intelectuais sejam tão boas ou até superiores às das outras crianças (Hibert & Hibert, 1974/1975, cit in Simões & Meneses, 2007).

O excesso de peso constitui para a criança com obesidade um incómodo em quase todas as suas actividades, tais como correr ou saltar, e tal aspecto faz com que esta se sinta inferior em relação aos amigos, já que estes são mais ágeis do que ela (Hilbert & Hilbert, 1974/1975, cit in Simões & Meneses, 2007). Na adolescência verificam-se alterações no modo como o jovem se percepção a si mesmo, apresentando um baixo auto-conceito global, manifestando sobretudo percepções negativas relativas à sua aparência física, auto-estima e às suas competências atléticas (Berry & Bowe, 2000).

Assim, o auto-conceito do indivíduo com obesidade, isto é, o conhecimento que o indivíduo tem de si, acerca dos aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais, está ameaçado, uma vez que a criança interioriza que o excesso de peso é indesejável, percebendo o seu corpo como uma fonte de embaraço e vergonha, conduzindo a auto-percepções negativas em relação aos pares (Sisto, Bartolomeu, Rueda, Fernandes, 2004; Barlow, 1993/1999; Ricciardelli & McCabe, 2001; Campos et al., 1996, cit in Ricciardelli & McCabe, 2001).

Em 1997, Byrne e Hills, realizaram um estudo comparativo com a população obesa, com idades compreendidas entre 11 e os 17 anos, tendo-se verificado que as crianças obesas se encontravam mais insatisfeitas com o seu corpo e com a sua aparência (Byrne & Hills, 1997). Através da literatura foi possível também constatar que a imagem corporal encontra-se associada ao género, uma vez que no género feminino verifica-se uma maior insatisfação com

a imagem corporal e com a aparência física (Smolak, 2003; McCabe & Ricciardelli, 2001; Sanches, Costa & Gomes, 2006). Contudo, os rapazes durante a adolescência começam a anunciar preocupações em relação ao peso e musculabilidade, o que poderá precipitar níveis de insatisfação com a imagem corporal, que poderão ser comparados ao género feminino (Smolak, 2003).

Em suma, as crianças com obesidade apresentam dificuldades para se sentirem semelhantes às crianças com peso adequado, uma vez que o excesso de peso, constituindo-se um incómodo na maior parte das actividades quotidianas, contribuindo para que esta se sinta menos competente, principalmente no que se refere a actividades físicas (Martins, Nunes, Noronha, 2008).

A rejeição social e a discriminação a que são submetidos os adolescentes com obesidade, podem conduzir a consequências negativas ao nível da auto-imagem, auto-estima e humor (Wardle & Cocks, 2005).

CAPÍTULO 3- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO BULLYING

Inicialmente, no presente capítulo, pretende-se caracterizar o fenómeno da violência escolar, bem como todos os intervenientes neste processo.

Seguidamente, encontra-se exposto a caracterização do *bullying* nos adolescentes com obesidade, demonstrando a causa da ocorrência desta problemática nesta população

1. Definição do conceito e Prevalência

Após alguns revisões bibliográficas, considera-se que existem diversas formas de violência na sociedade em que estamos inseridos, das quais se destacam a violência física, que se caracteriza pelo uso da força ou por actos de omissão, e a violência psicológica que consiste num comportamento específico de um indivíduo ou de um grupo de agressores, caracterizado pela rejeição, indiferença, desrespeito e discriminação (Barros, Carvalho & Pereira, 2009). Assim, a violência pode ser definida como uma acção ou comportamento que causa dano a outra pessoa ou ser vivo, negando ao outro a autonomia, a integridade física e/ou psicológica e até mesmo o direito à vida (Caundau, Lucinda & Nascimento, 1999).

No Norte da Europa, os primeiros estudos começaram a utilizar a palavra *mobbing* (assediar, cercar) para designar a provocação e a intimidação entre os seres humanos. Concretamente, o termo foi usado pela primeira vez, pelo etólogo Konrad Lorenz, em 1968 para designar um ataque colectivo por um grupo de animais contra um animal de outra espécie que, normalmente, é maior e inimigo natural do grupo. No entanto, esta definição limitaria o fenómeno a acções de grupo, sem incluir agressões de indivíduo para indivíduo (Serrate, 2009).

Na actualidade, um dos temas que tem despertado o interesse dos professores e dos profissionais de saúde é o *bullying* escolar (Biblioteca Escolar, 2008/2009). Este termo não tem tradução directa para a língua portuguesa, mas é definido por um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, adoptado por um ou mais alunos contra outro (s), causando angústia, dor e sofrimento. Normalmente, manifesta-se por insultos, intimidações, apelidos cruéis e constrangedores, acusações injustas, actuação de grupos que hostilizam, ridicularizam os alunos, sentindo-se excluídos e acabando por sofrer danos físicos, psíquicos, morais e materiais (Biblioteca Escolar, 2008/2009).

Para Ramirez (2001), o *bullying* é caracterizado pela conduta agressiva, intencional e nociva, cujos protagonistas são jovens alunos. Deste modo, o comportamento prejudicial pensado é uma das características do *bullying*, que o distingue de várias outras formas de

comportamento agressivo que não são praticados com intenção objectiva de magoar ou humilhar (Leite, 1999).

A violência escolar é um fenómeno que tende a aumentar, encontrando-se em todas as escolas e atinge diversas faixas etárias (Rebelo, s.d).

Em Portugal, segundo as investigações de Pereira e colaboradores (1994, cit in Carvalhosa, 2001), relativas a dois concelhos do Norte do País, é possível verificar que 21% das crianças entre os 7 e os 12 anos nunca foram agredidas, sendo que 73 % são agredidas “às vezes” e 5% “muitas vezes”.

Segundo algumas investigações, a frequência desta problemática diminui com o aumento dos anos de escolaridade (Carvalhosa, 2001). A rápida propagação da violência serviu para demonstrar que o *bullying* não ocorre sempre da mesma forma, podendo surgir em diferentes grupos, tanto em crianças do ensino pré-escolar como entre adolescentes e mesmo universitários. Este facto deve-se ao enraizamento da violência, onde as instituições escolares não se comprometem e onde não existe a intervenção dos adultos (Rodríguez, 2004).

A gravidade desta situação começou a ser estudada na década de 70 por Dan Olweus, tornando-se o pioneiro na investigação das atitudes agressivas e começou por diferenciar as brincadeiras geralmente típicas durante a infância com os incidentes que estavam a ocorrer nas escolas (Santos, 2007). O *bullying*, é caracterizado pela perseguição psicológica, moral ou física, levada a cabo nas escolas, em que um aluno exerce o seu poder sobre outro, de modo sistemático e com a intenção de lhe fazer mal. Os estudos realizados por Dan Olweus em 1983, demonstraram que o número de casos de violência escolar tendia a aumentar (Rodríguez, 2004).

A importância deste tema acabou por ser alargada para outros países como o Reino Unido, Espanha, Itália e Portugal (Silva, 2006), um vez que acontece em qualquer tipo de instituição escolar: primária, secundária, pública, privada, urbana ou rural (Colovini & Costa, s.d).

A nível internacional, a conduta agressiva manifestada entre alunos é designada por *bullying*, uma vez que constitui um comportamento agressivo, intencional e prejudicial, que pode durar semanas ou anos (Colovini & Costa, s.d).

Olweus definiu, pela primeira vez, em 1978, os termos anglo-saxónicos de *bully* (autor da acção) e *bullying* (a acção de intimidar): a vitimização ou o maltrato por abuso entre iguais é uma conduta de agressão física e/ou psicológica realizada pelo aluno ou alunos elegendo outro aluno como vítima dos seus ataques. Esta acção negativa, intencionada e repetida coloca

as vítimas em posições de que, dificilmente, podem sair pelos seus próprios meios. A continuidade destas agressões provoca nas vítimas efeitos claramente negativos: baixa auto-estima, estados de ansiedade e mesmo quadros depressivos, o que dificulta a sua integração no meio escolar e o desenvolvimento normal das aprendizagens (Serrate, 2009).

Assim, o *bullying* é caracterizado pelos seguintes critérios (Carvalhosa et al., 2001)

- A intencionalidade do comportamento, isto é, o comportamento tem um objectivo que é provocar mal-estar e ganhar controlo sobre outra pessoa;
- O comportamento é conduzido repetidamente e ao longo do tempo;
- Um desequilíbrio de poder é encontrado no centro da dinâmica do *bullying*, onde normalmente os agressores vêm as suas vítimas como um alvo fácil;

As crianças vítimas de *bullying* são ridicularizadas, intimidadas, socialmente rejeitadas, ameaçadas, oprimidas e atacadas (verbalmente, fisicamente, psicologicamente) por um ou mais indivíduos. Verifica-se uma desigualdade ao nível do estado de espírito (a vítima sente-se perturbada e tensa e o *bully* sente-se calmo) e um desequilíbrio de força (entre o *bully* e a vítima) (Beane, 2011; Blaya, 2006).

Alguns investigadores consideram serem necessários no mínimo três ataques contra a mesma vítima durante o ano, para podermos classificar esses actos como *bullying* (Fante, 2005).

Concluiu-se que o termo *bullying* é frequentemente utilizado para descrever uma forma de assédio interpretado por alguém que está, de alguma forma, em condições de exercer o seu poder sobre alguém ou sobre um grupo mais fraco (Biblioteca escolar 2008/2009).

Este fenómeno é, então, caracterizado por: o comportamento é agressivo e negativo; o comportamento é executado repetidamente; o comportamento ocorre num relacionamento onde há desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas (Olweus, 1993, cit in Biblioteca escolar 2008/2009).

O *bullying* designa um processo de abuso e intimidação sistemática por parte de uma criança sobre outra que não tem possibilidade de se defender. Esta impossibilidade de a vítima se defender pode dever-se a esta estar habituada a ocupar esse mesmo lugar de desvantagem na própria família ou dever-se ao facto de sentir-se incapaz de enfrentar o poder do agressor. A consequência, a médio ou longo prazo, deste processo de destruição pode ser o agressor causar danos físicos à vítima ou esta deixar-se levar pela sede de vingança e agredir o que a intimida, ou sentir-se tão só e humilhada que acabe por ver no suicídio a única saída

(Rodríguez, 2004). O que motiva os agressores é o desejo de intimidação e de domínio, aliado ao abuso de poder. De um modo geral, adoptam uma atitude tirânica, perseguindo e oprimindo um colega de um modo repetitivo, tornando-o na sua vítima habitual. Este fenómeno pode assumir diversas formas, nomeadamente verbal (insultos, alcunhas), física (roubar, danificar objectos, ataque físico) e indirecta (exclusão social e divulgação de rumores pejorativos) (Ramirez, 2001).

O *bullying* divide-se em duas categorias: *bullying* directo, é a forma mais comum entre os agressores masculinos, e *bullying* indirecto ou agressão social, é a forma mais comum entre os agressores do sexo feminino e é caracterizado por forçar a vítima ao isolamento social. Este isolamento é obtido através de comentários, recusa em socializar com a vítima, intimidar outras pessoas que socializam com a vítima, criticar o modo de vestir ou outros aspectos socialmente significativos (etnia, religião, incapacidades, entre outras) (Biblioteca Escolar, 2008/2009). O *bullying* directo caracteriza-se pelos ataques directos à vítima, englobando a imposição de apelidos, assédios, agressões físicas, ameaças, ofensas verbais e roubo, enquanto o *bullying* indirecto é caracterizado pelo isolamento social, envolvendo atitudes de indiferença, rumores pejorativos e difamação (Lopes, 2005, cit in Barros et al., 2009; Serrate 2009).

Todas estas formas de violência são manifestações de uma mesma violência, que paradoxalmente, acaba por surgir nos locais onde existe uma maior capacidade de vigilância e de contenção, isto é, nas escolas básicas e secundárias (Rodríguez, 2004).

2. Origem do *Bullying*

Os factores que poderão estar na origem da violência escolar, estão relacionados com factores familiares e com o contexto escolar (Rodríguez, 2004).

2.1- Factores familiares e escolares

Provavelmente a ruptura da família tradicional foi uma das alterações mais importantes dos últimos tempos, uma vez que originou novos sistemas familiares. As novas famílias são grupos em que circulam ou convivem crianças e adolescentes de diferentes casamentos ou relações. No contexto desta alteração, as crianças e os adolescentes assumem papéis variados: o filho mais novo do primeiro casamento, funciona como laço de união entre a família anterior e a nova família. Com este novo fenómeno, muitos pais responsabilizaram a

escola pela educação dos filhos (Rodríguez, 2004). O facto de cada vez mais na sociedade em que vivemos, os pais terem cada vez menos tempo para estarem com os filhos, devido essencialmente ao trabalho, poderá ser um dos factores para que os agressores tenham aquela necessidade de protagonismo, que todas as atenções estejam centradas neles, já que essa atenção não é aplicada pela sua própria família (Fante, 2005).

Outro factor englobado são os maus tratos que muitas vezes sofrem ou sofriam dos pais, que condicionarão a aprendizagem da criança na resolução dos seus conflitos, uma vez que tende a resolvê-los através da violência, pois não conhece outra forma de os enfrentar. Aprende desta forma, que o poder poderá ser exercido pelo mais forte, sem existir negociação ou diálogo, uma vez que esta poderá ser a única forma de lidar com as inseguranças sentidas pelo grupo de pares, procurando o reconhecimento e a auto-afirmação, o que conduzirá ao aparecimento de futuros agressores (Fante, 2005; Neto & Saavedra, 2003 cit in Botelho & Souza, 2007; Rodríguez, 2007). As crianças têm necessidade de expressar a sua raiva nos outros, poderão ter sido submetidas a maus tratos, em algum momento das suas vidas (Rodríguez, 2007).

Em muitas famílias, a ausência em muitas famílias de um dos progenitores e a ausência de um bom entendimento afectivo entre o casal e filhos, poderá ser uma das causas para a falta de empatia das crianças por parte dos seus colegas (Botelho & Souza, 2007).

Outro factor poderá ser as práticas parentais permissivas exercidas na família, que poderão conduzir a que as crianças sejam extremamente agressivas, uma vez que apresentam dificuldades em lidar com a frustração advinda de acontecimentos quotidianos (Ferreira, Freire & Simão, 2005).

No que diz respeito aos maus tratos emocionais, estes ocorrem em diferentes registos e, embora possam ser anteriores aos maus tratos físicos, costumam acabar por lhes dar origem. Em muitas situações, produzem-se por falta de comunicação, de ternura, de diálogo, de compreensão dos desejos de liberdade do filho, inclusivamente por falta de segurança afectiva. Além disso, em consequência dos maus tratos físicos, a criança ou o adolescente sente que não é valorizada e pouco a pouco habitua-se a estas agressões silenciosas, sem gritos, sem pancadas, invisíveis ou até disfarçadas de discursos de diferentes tipos acerca do “bem” e do “mal” ou de carícias falsamente ternas que o tornam cada vez mais inseguro (Rodríguez, 2004). A negligência e o abandono também são duas formas de maus tratos emocionais evidentes (Rodríguez, 2004).

Existem algumas características do ambiente familiar que podem aumentar a propensão de uma criança para ser vítimas de *bullying* e que também podem aumentar a probabilidade desta maltratar os outros, nomeadamente, falta de carinho e envolvimento, incapacidade para definir limites claros para o comportamento agressivo relativamente a colegas, irmãos e adultos, demasiada liberdade, utilização de métodos educativos assertivos com base numa relação de poder: castigos físicos e explosões emocionais violentas (Beane, 2011).

Por fim, é de salientar o papel da escola, uma vez que é neste contexto que ocorre o fenómeno *bullying*. Existem escolas que são verdadeiras fábricas de *bullying*. Isto acontece pelas seguintes razões: não há normas claras para fazer frente a estas situações, são concedidos privilégios a certas crianças em detrimento de outras, os professores exercem violência de várias formas, ao mesmo tempo que transmitem a mensagem contraditória de que o diálogo tem o poder de resolver os conflitos, usam e abusam dos castigos como única solução para modificar o comportamento dos alunos (Rodríguez, 2004).

No que diz respeito à resposta dos professores em relação ao *bullying*, esta pode ser de três tipos: a primeira, a do não compromisso por medo de serem atacados ou de perderem a autoridade; a segunda, a de uma certa cumplicidade silenciosa com o agressor, na convicção de que ela lhes evitará verem-se envolvidos no problema; e a terceira, que sucede em muito poucos casos, um compromisso genuíno (Rodríguez, 2004). Este fenómeno de violência é potenciado no grupo da sala de aula de tal forma que, quando um aluno intimida outro, gera-se na sala uma rede de relações de grupo que promove e reforça a agressividade, principalmente pelo medo. Quanto aos outros elementos do grupo, parece haver uma inibição em criticar a situação, não intercedendo ninguém pela vítima (Ramirez, 2001).

As faltas e os problemas de disciplina, considerados comuns na relação entre professores e alunos, deixaram de ser prioritários, uma vez que muitos professores se preocupam em primeiro lugar com a forma de se defenderem. Segundo alguns relatos de professores, o desafio à autoridade é talvez a forma mais suave de violência; nos casos mais graves, os insultos, o vandalismo contra os pertencentes do professor, como o carro ou a pasta, o roubo ou o arremesso de objectos com o fim de os magoar fisicamente, tornaram-se vulgares nos últimos anos, muitas vezes sem que o objectivo dos alunos violentos seja sequer desestabilizar a turma, mas apenas vingar-se do que consideram responsável pelo seu mal-estar: o professor (Rodríguez, 2004).

Assim, verifica-se a falta de propostas pedagógicas concretas para enfrentar a violência, mas também uma grande falta de apoios extra-escolares para resolver os conflitos. O estabelecimento da relação aluno - professor através do desrespeito, da discriminação e da imposição da autoridade (através de ameaças, intimidações, agressões verbais), são estratégias comuns na prática educativa exercida pelos professores, que poderão prejudicar um desenvolvimento adequado de relações interpessoais entre as crianças, o que poderá incitar à agressividade e à violência entre os alunos (Fante, 2005).

A aprendizagem da obtenção do prazer e satisfação dos seus desejos pelo aluno, bem como a forma como as suas dificuldades ou incompetências foram apontadas pela família ou pelo grupo de pares, através de comparações desadequadas, poderá conduzir a que as crianças reproduzam as mesmas atitudes para com os seus colegas (Botelho & Souza, 2007).

O comportamento e as expectativas dos alunos para com a escola tem sofrido modificações, uma vez que a falta de perspectiva que os alunos vivem relativamente ao seu futuro, poderá incidir em respostas violentas como uma reacção a um estado frustrante e insuportável no qual vivem. Considerando que a escola pode transformar-se numa fonte de *stress* e inadaptação para com os alunos, poderá conduzir ao aparecimento de conflitos interpessoais que são manifestados através da violência (Levisky, s.d cit in Fante, 2005). Assim, a prática de actos agressivos poderá ser a melhor forma de auto-afirmação e de resguardar a sua própria integridade, uma vez que não são agredidos, mas sim agressores (Silva, 2006).

Segundo Stephenson, Smith e Elliot (1994, cit in Beane, 2011), existe uma variedade de factores no ambiente escolar que poderão contribuir para o *bullying*, nomeadamente, normas de conduta pouco claras; métodos disciplinares inconsistentes, fraca organização na sala de aula e áreas recreativas, intolerância face às diferenças, entre outras.

Tradicionalmente, o método utilizado para intervir na indisciplina na escola é o da repressão, mas estes métodos só funcionam com sujeitos que temem a autoridade, ou ainda que são identificados e conseqüentemente são punidos pelas suas atitudes (Cham, 1996, cit in Barros et al., 2009).

3. Alvos do *Bullying*

Considera-se alvo o aluno exposto, de forma repetida e durante algum tempo, às acções negativas praticadas por um ou mais alunos. As acções negativas dizem respeito às situações em que alguém, de forma intencional e repetido, causa dano, fere ou incomoda outra

pessoa (Neto, 2005). A figura de vítima num contexto de *bullying* refere-se ao aluno que carrega o papel que lhe foi designado pelo grupo de *bullies* dominante na turma e, que sistematicamente, é troçado, insultado, humilhado e posto ao ridículo à frente de todos os seus companheiros que partilham essa situação de forma silenciosa (Serrate, 2009).

Existem vários tipos de vítimas, sendo diferenciadas em função do mecanismo de resposta que desenvolvem mediante as ameaças e agressões a que são submetidas: as vítimas passivas e as vítimas activas. As primeiras são sujeitos inseguros que sofrem em silêncio as agressões do agressor, desatando a chorar perante um insulto. Pelo contrário, as vítimas activas conseguem actuar como agressor, mostrando-se violenta e desafiadora, tendendo a comportar-se de forma irritante, uma vez que recorre à violência física ou verbal, como resposta à própria violência de que é alvo, transformando-se em potenciais intimidadores no futuro (Serrate, 2009).

Geralmente, a vítima de *bullying* é pouco sociável e inseguro quanto à possibilidade de adequação ao grupo. A auto-estima é baixa e vai agravando-se pelas críticas dos adultos sobre a sua vida ou comportamento, dificultando a possibilidade de ajuda (Neto, 2005). A criança que sofre a violência tem poucos amigos, é retraído e sofre de depressão, ansiedade, uma vez que acredita ser merecedora dos maus-tratos sofridos, revelando assim a sua baixa auto-estima (Neto, 2005). Algumas características físicas, emocionais ou comportamentais podem acabar por torná-la mais vulnerável às acções dos agressores e dificultar a aceitação dos colegas (Neto, 2005). As características que mais despertam a atenção são: o aspecto físico diferenciado dos padrões impostos pelos colegas (por exemplo: magro ou gordo); o medo constante que o prejudiquem, que lhe façam mal de alguma forma; extrema sensibilidade, timidez, passividade, submissão e insegurança; baixa auto-estima, baixo auto-conceito, ansiedade e aspectos depressivos (Fante, 2005). Os alunos que apresentam uma deficiência física ou psíquica, uma aparência física concreta diferenciada dos restantes colegas (obesidade, baixa estatura, etc.), que são de outra raça, de diferente ideologia política, que têm mais problemas de saúde, que têm dificuldades para desenvolver as suas capacidades motoras ou intelectuais, constituem-se os grupos mais vulneráveis, na medida em que são muito diferentes do que é a norma do grupo, são considerados como os desvios externos, estando estes jovens expostos à violência, uma vez que o agressor explora estes traços diferenciadores de forma negativa ridicularizando-os, conduzindo ao agravamento do auto-conceito e da auto-estima (Serrate, 2009). Existem alguns autores que consideram que as vítimas se percebem como menos competentes que os seus companheiros, menos aceitos

socialmente e com menores capacidades de comunicação (Barreto, Bernalte et al., 2007; Damke, 2007). As vítimas temem a escola, pois vêem-na como um local desagradável e inseguro, apresentando problemas ao nível do relacionamento social, íntimo e familiar. Além disto, adquirem uma auto-estima mais pobre e uma tendência maior para entrar em estados depressivos, o que poderá conduzir ao suicídio (Barros et al., 2009).

Há muitos indícios que podem avisar os pais de que o seu filho está a ser vítima de intimidação por um colega. Algumas crianças, mesmo estando mal, são muito hábeis a esconder os seus sentimentos e, por essa razão, os pais só descobrem o que se passa com elas quando começam a verificar mudanças muito mais tarde (Rodríguez, 2004).

Nas crianças mais novas, estas mudanças incluem alterações de humor, perturbações do sono (pesadelos, terrores nocturnos), comportamentos regressivos, enurese, retraimento social, medos inexplicáveis perante outras crianças, violência, rebelião constante perante as normas, medos irracionais, agressões aos irmãos, entre outras (Rodríguez, 2004). Também podem observar-se mudanças bruscas no rendimento escolar, mentiras, submissão excessiva aos adultos, dores abdominais, delinquência, entre outras. Nos pré-adolescentes e adolescentes podem surgir, para além destes indicadores, comportamentos agressivos em casa e em relação aos colegas, comportamentos auto-agressivos, delinquência, perturbações alimentares, dificuldade em concentrar-se, alteração o trajecto de ida para a escola, manifestação de falta de interesse pelas actividades e eventos académicos, baixo rendimento académico repentinamente, apresenta sintomas somáticos, pesadelos e insónias, apresenta uma excessiva preocupação com a segurança pessoal, chora facilmente, apresenta um interesse súbito por filmes, jogos de vídeo e livros de índole violenta (Rodríguez, 2004; Beane, 2011).

Ramirez (2001) considera que a vitimização é uma experiência traumática marcante, ocorrendo danos físicos e morais, associados a tensão nervosa, dores de cabeça e estômago, crises de ansiedade e pesadelos. Por vezes, surgem alterações no comportamento social como timidez, negativismo e fobias, havendo também referência a alterações da capacidade de concentração e aprendizagem.

Para as crianças e os adolescentes que todos os dias são vítimas de troça, de humilhações ou de qualquer outro tipo de violência por parte de um colega, a escola é um local de tortura. Para alguns, a única saída do terror permanente a que estão sujeitos é “desaparecerem”, porque em certas idades o grupo é muito mais importante que o fracasso académico (Rodríguez, 2004).

As crianças e os adolescentes perseguidos sentem que não fazem nada de forma adequada. O agressor é tão popular que a vítima se convence de que todos olham para si, o que conduz ao aparecimento da vergonha e do medo, que vão debilitando a vítima, ao ponto de algumas tentarem dissimular os traços físicos, se estes forem o pretexto para a perseguição (Rodríguez, 2004).

Este tipo de maus-tratos entre colegas poderá ocorrer durante muito tempo, sem que ninguém se aperceba do sucedido. Desta forma, a vítima vai ficando cada vez mais excluída socialmente e as agressões contra si tendem a aumentar (Almeida & Paias, s.d). As consequências, a longo prazo, incidem sobretudo no aparecimento de depressão e na diminuição do auto-conceito e da auto-estima (Duncan, 1999, cit in Barros, 2009).

Em relação aos observadores (que não são agressores e nem vítimas) estes aprendem a conviver com a agressão de uma forma imparcial. Ainda assim, desenvolvem sentimentos negativos em relação aos factos observados (Nogueira, 2005 cit in Barros, 2009). Os observadores, são alunos que não se envolvem directamente no *bullying*, mantendo-se em silêncio pois têm receio de se tornarem na próxima vítima do agressor (Neto, 2005; Ballone, 2005).

Quando um agressor domina um grupo, uma grande maioria dos seus membros, adere ao princípio do ver, ouvir e calar, tornando-se numa espécie de ordem irrevogável (Rodríguez, 2004). Com o passar do tempo, as testemunhas observadoras do *bullying* adquirem uma aprendizagem sobre como devem comportar-se perante situações injustas e reforçam posturas individualistas e egoístas inspiradas no cabecilha ou no agressor, interiorizando que a conduta agressiva é importante e respeitável (Serrate, 2009).

4. Autores do Bullying

Algumas condições familiares adversas parecem favorecer o desenvolvimento da agressividade nas crianças. Tais condições poderão ser: a desestruturação familiar; o pobre relacionamento afectivo; o excesso de tolerância ou permissão e a prática de maus - tratos ou explosões emocionais, como forma de afirmação de poder dos pais (Neto, 2005).

O grande objectivo do agressor é manter-se como uma pessoa dominante e agressiva, pois deste modo ficam convencidos que são mais bem aceites ao mostrarem-se mais fortes ou ao demonstrarem o seu poder aos outros (Lago, Massa et al, 2006).

Os alunos agressores possuem uma falta de auto-domínio, o que leva a que a sua raiva e agressividade ultrapasse os limites razoáveis, canalizando-a contra os colegas que não conseguem defender-se (Rodriguez, 2007).

O agressor tende a ser popular e a envolver-se numa grande variedade de comportamentos anti-sociais (Neto, 2005). Habitualmente, demonstra-se como uma pessoa que se irrita facilmente, apresentando uma baixa resistência à frustração, custando adaptar-se às normas, não aceitando ser contrariado (Fante, 2005).

O agressor apresentará raciocínios que o desculpabilize, tendendo a negar as evidências com justificações ou mentiras, com o fim de convencer os outros e a si mesmo, de que não fez nada pelo qual deva ser repreendido (Rodriguez, 2007). Uma das características que identifica os típicos agressores é a sua atitude guerreira para com o grupo de pares. Normalmente, têm maior tendência para a violência, sendo caracterizados pela impulsividade e pela necessidade de dominar os outros (Olweus, 1993, cit in Barros, 2009).

A caracterização dos agressores, permite classifica-los em dois tipos: os agressores passivos ou os agressores típicos. O primeiro constitui um grupo de alunos inseguros e ansiosos, que participam nas agressões e, normalmente, não tomam a iniciativa. Quanto aos típicos agressores, estes têm um modelo de reacção agressiva combinado com a força física (Olweus, 1993, cit in Barros, 2009).

Em suma, uma das características mais importantes dos agressores acaba por ser uma enorme discrepância entre a imagem que exibem e as tendências e necessidades que se encontram debaixo dessa imagem (Fante, 2005). Esta simulação, funciona como um mecanismo de defesa contra o sofrimento que geralmente vivem (Rodriguez, 2007).

Um dos fenómenos que surge após a experiência de vitimização é a troca de papéis de vítima para agressor, ou seja, os indivíduos que outrora eram encarados como alvos do *bullying*, exercem o papel de agressores. Existem muitos relatos crianças inibidas que se transformaram em agressores. Quando o sofrimento produzido pela violência sobre uma criança ou um adolescente não foi verbalizado ou socialmente reconhecido, o risco de que venha a expressar-se contra outras pessoas é muito elevado (Barudy, 2003, cit in Rodríguez, 2004). Se a vítima descobrir que o poder sobre o outro lhe permite defender-se e ter um lugar, conquistando um “nome” entre os demais, pode chegar a não sentir qualquer remorso pelos seus actos.

Este tipo de vítimas tendem a reproduzir a violência sofrida, uma vez que vivenciaram situações de agressividade na escola, tentando transferir as agressões sofridas para outros colegas (Fante, 2005; Neto, 2005).

O grupo das vítimas que se tornam agressoras diferenciam-se em relação aos agressores, uma vez que: apresentam comportamentos de violência fora da escola em maior número, apresentam baixo relacionamento social, geralmente são alunos mais novos, encontrando-se em anos de escolaridade mais baixos (Carvalhosa, Lima & Matos, 2001).

A lei do *bullying* não é o resultado da lei do mais forte mas sim da lei do mais fraco, uma vez que a vítima quando ofende ou insulta, procura tornar-se mais forte, deixando que cresça em si a violência e a necessidade de destruição (Rodríguez, 2004).

5. Principais consequências para as vítimas e agressores

O *bullying*, requer, pelo menos dois protagonistas que interagem numa situação: o agressor e a vítima (Cerezo, 2001, cit in Barros, 2009). Perante o *bullying*, as vítimas temem a escola, pois consideram-na como um local desagradável e inseguro (Olweus, 1993, cit in Barros, 2009). O carácter persistente e intencional dos comportamentos agressivos, prejudiciais ao rendimento escolar da vítima, pode também estar associado a consequências que decorrerão ao longo da vida, tais como a depressão (Pereira, 2002, cit in Barros, 2009).

As consequências para as vítimas poderão ser graves e abrangentes, podendo levar ao desinteresse pela escola, dificuldades de concentração e aprendizagem, devido, essencialmente, à falta de motivação, ao baixo rendimento escolar e ao absentismo (Fante, 2005). Estas crianças acabam por ser rejeitadas pelos seus pares ficando, desta forma, isolada, sem amigos e estando mais predispostos à rejeição e à agressão social (Pereira, 2006, cit in Nascimento & Neto, 2006). As vítimas poderão transformar-se em adultos inseguros, com uma baixa auto-estima e uma tendência maior para entrar em estados depressivos, cometendo mesmo o suicídio (Barros, 2009). Quando a vitimização se prolonga, podem começar a surgir sintomas clínicos que se podem enquadrar em neurose, histeria e depressão, conduzindo em última instância, ao suicídio. A imagem que a vítima tem de si próprio poderá ser negativa relativamente à sua competência académica, comportamental e aspecto físico (Serrate, 2009).

Em suma, as vítimas tendem a exibir um auto-conceito desfavorável, baixa auto-estima, ansiedade e depressão e uma capacidade mínima de auto-aceitação (Botelho & Souza, 2007). Além destes aspectos, podem surgir insónias, impulsividade, agressividade e pânico.

Em casos de extrema depressão, muitas vítimas acabam por tentar ou cometer o suicídio (Colivini & Costa, s.d; Damke & Santos, s.d).

Em relação aos agressores, estes tendem a enfrentar falta de adaptação aos objectivos escolares, absentismo escolar e super-valorização da violência como forma de obtenção de poder (Rebelo, s.d).

As principais consequências que advêm para os agressores são: dificuldade em respeitar a lei e os problemas, manifestando dificuldades na inserção social; problemas no relacionamento afectivo e social; dificuldade no auto-controlo, manifestando comportamentos anti-sociais; envolvimento e manifestação de problemas de conduta, tais como crime, delinquência, entre outras (Olweus, 1993; Marques et al., 2001 cit in Barros, 2009). As consequências directas são aquelas que o agressor pode sofrer a curto prazo, isto é, os castigos a que pode estar sujeito por parte dos pais e professores no momento imediatamente a seguir à acção violenta. As consequências indirectas são as que afectarão em maior medida a psicologia própria do agressor a longo prazo. Por exemplo, após várias agressões sem castigo, o sujeito aprende a conseguir os seus objectivos sempre de forma violenta, encaminhando-se para uma conduta delituosa permanente, uma vez que aprendem que essa é a forma de estabelecer os vínculos sociais, generalizando essas actuações a outros grupos em que se integram (Serrate, 2009).

Os jovens que são agressivos com os pares, correm um maior risco de, futuramente, envolverem-se em outros problemas de comportamento, tais como a criminalidade, o abuso de substâncias aditivas, entre outras (Ferreira et al, 2006).

6. *Bullying* e Obesidade

Os actos de *bullying* sistemáticos causam consequências a nível físico e emocional, que vão dificultar o nível académico, sócio afectivo, não só nas vítimas mas também nos agressores e testemunhas (Neto, 2005). Nas vítimas de *bullying* acentua-se o isolamento social e os sentimentos de culpa, o que as torna mais propensas à depressão (Oliveira & António, 2006). O interesse pelos estudos também diminui o que leva a um baixo rendimento académico.

Em Portugal, num estudo recente elaborado por Teixeira em 2008, em 307 alunos do 5º ao 6º ano de escolaridade, utilizando uma metodologia quantitativa pela atribuição do questionário *Scan-Bullying* (instrumento proposto nesta investigação) e pretendendo averiguar as percepções sociais dos alunos vítimas de *bullying* por parte dos pares, evidenciou o

fenómeno em 11.7 % da amostra. Os principais sentimentos referenciados pelas vítimas são tristeza, aborrecimento, ao passo que os agressores que compreendem 11.4% da amostra indicam ausência de culpa ou vergonha pelas agressões praticadas. (Teixeira, 2008).

Na obesidade infantil, este fenómeno tem demonstrado grande predomínio. A investigação realizada por Pearce, Boergers e Prinstein (2002) em 416 adolescentes obesos e não obesos (215 raparigas e 201 rapazes) entre os 9 e os 12 anos de idade, verificou maior vitimização por parte dos pares nas crianças com excesso de peso, indicando assim, que os adolescentes obesos se encontram em risco elevado de sofrerem de maus tratos por parte dos colegas, sendo mais comum nos rapazes a vitimização por agressões físicas e nas raparigas ao nível verbal e relacional.

Um estudo efectuado em 35 países numa amostra de 5748 crianças dos 11 aos 16 anos de idade com o propósito de analisar a associação entre a obesidade e o *bullying* (agressões físicas, verbais, relacionais e de assédio sexual) revelou uma forte associação entre as variáveis (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004). Neste estudo foi também revelado que para além de vítimas há uma forte tendência dos rapazes serem igualmente agressores.

Segundo Griffiths, Wolke, Page e Horwood, este resultado foi constatado em 2006 num estudo elaborado por em 8210 crianças, onde foi enunciado que os rapazes obesos apresentam 66% de maior probabilidade de agredirem física ou verbalmente os seus pares.

Esta forte prevalência pode originar repercussões negativas ao nível do desenvolvimento social e psicológico nestas crianças, realçando que a obesidade não acarreta somente complicações a nível metabólico e de doenças físicas, mas causa igualmente problemas ao nível da interacção social (Pearce, Boergers & Prinstein 2002).

De acordo com Janssen e colaboradores (2004), verificou-se consequências psicológicas e queixas somáticas nas crianças com obesidade vítimas de *bullying*, surgindo sentimentos de vergonha e receio de ridicularização por parte dos pares, constituindo-se como as maiores dificuldades no estabelecimento de relações amorosas. As crianças vitimizadas apresentam inúmeras queixas somáticas ou sintomas físicos, nomeadamente, dores de cabeça, dores de estômago e náuseas, encontrando-se no grupo de obesos um risco aumentado de vitimização e de desenvolvimento desta sintomatologia, uma vez que tendem a assumir uma postura mais passiva, pacata e sensível (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004). Relativamente às consequências psicológicas que advém da vitimização pelo *bullying*, verificam-se alterações emocionais nos jovens obesos, associados a distúrbio psicossociais,

nomeadamente, presença de ansiedade elevada, sintomatologia depressiva, baixo auto-conceito, solidão e problemas comportamentais (Hawker & Boulton, 2000).

Os adolescentes com obesidade encontram-se em maior risco de serem ameaçados na escola. No entanto, são pouco comuns os estudos que investigam a associação entre o peso e a vitimização na escola. Assim, os rapazes com excesso de peso têm maior probabilidade de serem vitimizados verbalmente, enquanto as raparigas estão em maior risco de serem vítimas de *bullying* relacional (Wang, Iannotti & Jeremy, 2009). Os adolescentes que apresentam obesidade apresentam maior probabilidade de ser alvo de intimidação verbal, o que indica que os jovens com excesso de peso estão mais susceptíveis de serem vítimas de violência (Janssen, Craig et al., 2004, cit in Wang, Iannotti & Jeremy, 2009). O principal tipo de vitimização é a verbal, que é caracterizada pela constituição de alcunhas para os adolescentes com obesidade (Wang, Iannotti & Jeremy, 2009). Segundo Pearce e colaboradores (2002), os adolescentes com obesidade apresentam taxas elevadas de vitimização relacional, sugerindo que estas ocorrem dentro das redes sociais, levando à exclusão social (Sabrina, 2006). De acordo com Boivin e Bégin (1989, cit in Emídio, Santos, Maia, Monteiro & Veríssimo, 2008), os jovens que experienciam dificuldades com os pares, tendem a ter uma auto-percepção negativa da sua competência social, baixa auto-eficácia e baixas expectativas sociais, percepcionando-se como pouco aceites pelos outros.

Os adolescentes estão mais susceptíveis à provocação baseada no peso, uma vez que é colocada em causa a imagem corporal e auto-estima, o que poderá prejudicar o desenvolvimento da identidade, que ocorre dentro desta faixa etária (Sabrina, 2006).

Assim, ao vivenciarem a rejeição dos colegas, os adolescentes com obesidade tendem a desenvolver uma baixa auto-estima, sintomas depressivos, solidão e isolamento (Pearce, Boergers & Prinstein, 2002; Storch & Massis-Warner, 2004 cit in Sabrina, 2006).

Em suma, quanto mais excesso de peso o adolescente apresentar, maior será a probabilidade de vivenciar uma experiência de *bullying* (Craig, Boyce & Pickett, 2004 cit in Sabrina, 2006).

Podemos concluir que, os jovens com obesidade apresentam uma maior probabilidade de serem vítimas de agressão do que os jovens com peso normal (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004).

Para concluir, neste capítulo é possível obter-se conhecimento sobre o fenómeno *bullying*, abordando os principais conceitos e as características que lhe estão associados. Assim, pretende-se com este estudo, facilitar o reconhecimento das formas de vitimização e

dos sinais que possibilitem a identificação e o auxílio das vítimas, tendo como objectivo a intervenção e a prevenção da violência escolar.

CAPÍTULO 4- ESTUDO EMPÍRICO

4.1. Metodologia

O estudo proposto, visa estabelecer um maior conhecimento sobre a problemática da obesidade na adolescência, no que diz respeito, às relações entre as variáveis, nomeadamente, entre o auto-conceito e o *bullying*.

Em seguida, são enunciados os objectivos desta investigação e as hipóteses que se pretende testar. Posteriormente, serão apresentados os procedimentos de recolha dos dados, os instrumentos de avaliação utilizados, bem como os procedimentos estatísticos de análise de dados.

4.1.1. Objectivos do estudo

A elaboração desta investigação será orientada segundo os seguintes critérios:

- 1) Estudar a relação entre a obesidade, o auto-conceito e o *bullying* em crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos;
- 2) Estudar a percepção do auto-conceito dos adolescentes com obesidade, consoante o envolvimento no fenómeno do *bullying*;
- 3) Estudar o auto-conceito dos adolescentes com obesidade vítimas de bullying, comparando-o com o dos adolescentes com obesidade que não sofrem de violência escolar;
- 4) Verificar se existem diferenças significativas no auto-conceito dos adolescentes obesos vítimas em relação aos adolescentes obesos agressores;
- 5) Estudar a incidência do bullying quanto ao género e à repercussão no auto-conceito.

4.1.2. Hipóteses

A violência escolar ou bullying é considerado como uma das consequências sociais da obesidade e é definido como um comportamento agressivo, que se manifesta em crianças e jovens em idade escolar, de carácter intencional, prejudicial e persistente (Queirós, 2008). Algumas características das crianças com obesidade poderão dificultar a aceitação por parte dos colegas e torná-las mais vulneráveis às acções dos agressores (Neto, 2005). A partir da literatura, formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Prevê-se que os adolescentes vítimas de *bullying* apresentam diferenças significativas no auto-conceito, em comparação com os adolescentes obesos que não sofrem violência escolar;

Hipótese 2: Prevê-se que os adolescentes obesos vítimas de *bullying* manifestem diferenças significativas no auto-conceito em relação aos adolescentes obesos agressores;

Hipótese 3: Prevê-se que existam mais adolescentes obesos vítimas de *bullying* do que obesos agressores;

Hipótese 4: Prevê-se que existam diferenças de género, no que diz respeito ao auto-conceito e à vitimização por *bullying*, em adolescentes obesos, no sentido de as raparigas obesas apresentarem um menor auto-conceito e maior vitimização por *bullying*;

Hipótese 5: Prevê-se que exista uma relação significativa entre o *bullying* e o auto-conceito.

Hipótese 6: Prevê-se que exista uma relação inversa entre o auto-conceito e a obesidade (avaliada pelo IMC).

4.1.3. Instrumentos

Relativamente aos instrumentos seleccionados para recolher, operacionalizar e interpretar os resultados obtidos, serão utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio – Demográfico, Questionário de Perfil Clínico, a Escala de Auto-conceito de Susan Harter (SPCC) (Harter, 1985) e o Questionário para o Estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico de Freire, Simão e Ferreira (2005).

4.1.3.1. Questionário Sócio-Demográfico

Este questionário, de preenchimento breve, tem como objectivo caracterizar os participantes em termos de dados demográficos, tais como, idade, género, ano de escolaridade, residência e nível socioeconómico.

4.1.3.2. Questionário de Perfil Clínico

Este questionário, de breve preenchimento, tem como objectivo caracterizar os participantes em termos de patologias existentes, para que se constitua o critério de exclusão para o estudo, uma vez que a sua existência poderá conduzir ao enviesamento dos dados.

4.1.3.3. Escala de Auto-Conceito de Susan Harter (1985) (SPCC)

A Escala de Auto-Conceito de Susan Harter (1985) é um questionário de auto-resposta e destina-se a sujeitos entre os 8 e os 15 anos e é constituído por duas escalas: a

escala de importância e o perfil de auto-percepção. Esta última apresenta seis subescalas separadas, cada uma composta por 6 itens, perfazendo um total de 36 itens, sendo que 5 dessas subescalas se referem a domínios específicos (competência atlética, escolar, aceitação social, aparência física e atitude comportamental) e uma outra destina-se à avaliação da auto-estima global.

Os conteúdos de cada domínio são: competência escolar (tenta mostrar a forma como a criança se percebe relativamente à sua performance escolar), aceitação social (pretende avaliar o grau de aceitação da criança pelos seus colegas/ como é que ela se sente em termos de popularidade), competência atlética (refere-se ao modo como a criança se percebe ao nível das suas actividades desportivas ou jogos ao ar livre), aparência física (pretende verificar o grau de satisfação da criança relativamente ao seu aspecto), atitude comportamental (refere-se à forma como a criança se sente em relação ao modo como age, se faz as coisas correctamente, se age de acordo com o que esperam dela) e auto-estima global (pretende analisar se a criança gosta dela enquanto pessoa, se é feliz, se se sente feliz com aquilo que é) (Martins, Peixoto, Mata & Monteiro, 1995).

A escala que será utilizada foi adaptada para a população portuguesa por Martins e colaboradores (1995) e apresenta níveis de consistência interna, convenientes, com um *alpha de Cronbach* de .67. Num estudo realizado por Silva (2009), numa amostra de 267 crianças, distribuídas por três grupos (crianças com peso normal, crianças com sobre-peso e crianças obesas), utilizando esta subescala, foi obtido um valor de *alpha de Cronbach* de .88. O principal objectivo é analisar a forma como os sujeitos percebem a sua competência, em diferentes domínios, assim como avaliar a auto-estima (Martins et al., 1995).

Os itens são apresentados para que metade reflecta uma alta competência e a outra metade reflecta uma baixa competência (Martins et al., 1995).

O formato da escala permite uma dupla opção, dando assim oportunidade ao sujeito de tomar duas decisões: é-lhe pedido que escolha o tipo de criança com quem se assemelha mais, assim como o grau de acordo com a afirmação escolhida. Desta forma, minimiza-se a tendência para respostas socialmente desejáveis (Martins et al., 1995). Os itens são cotados de 1 a 4, indicando este último valor uma alta competência percebida (Martins et al., 1995).

Seguidamente, no quadro 1 apresentam-se os resultados da análise da consistência interna de um dos questionários utilizados.

Quadro 1 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna. (N=30)

	Rapazes	Raparigas	TOTAL
+ Como é que eu sou?	0,85 ^[4]	0,74 ^[3]	0,81 ^[4]
- Competência Escolar	0,75 ^[3]	0,72 ^[3]	0,75 ^[3]
- Aceitação Social	0,88 ^[4]	0,83 ^[4]	0,85 ^[4]
- Competência Atlética	0,73 ^[3]	0,81 ^[4]	0,75 ^[3]
- Aparência Física	0,85 ^[4]	0,30 ^[1]	0,74 ^[3]
- Atitude Comportamental	0,71 ^[3]	0,81 ^[4]	0,75 ^[3]
- Auto-Estima Global	0,83 ^[4]	0,77 ^[3]	0,81 ^[4]
+ Qual é para ti a importância destas coisas?	0,77 ^[3]	0,68 ^[2]	0,74 ^[3]
- Competência Escolar	0,33 ^[1]	0,39 ^[1]	0,37 ^[1]
- Aceitação Social	0,55 ^[1]	0,30 ^[1]	0,39 ^[1]
- Competência Atlética	0,90 ^[5]	0,88 ^[4]	0,86 ^[4]
- Aparência Física	0,56 ^[1]	0,01 ^[1]	0,49 ^[1]
- Atitude Comportamental	0,79 ^[3]	0,85 ^[4]	0,82 ^[4]

^[1] α -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ($\alpha < 0,60$)

^[2] α -Cronbach com consistência interna *fraca* ($0,60 \leq \alpha < 0,70$)

^[3] α -Cronbach com consistência interna *razoável* ($0,70 \leq \alpha < 0,80$)

^[4] α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$)

^[5] α -Cronbach com consistência interna *muito boa* ($0,90 \leq \alpha \leq 1,0$)

4.1.3.4. Questionário para o estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico de Isabel Freire, Ana Simão e Ana Ferreira (2005)

Este questionário constituiu-se como um instrumento de estudo das diferentes manifestações de violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico (entre os 12 e os 18 anos). A sua construção resultou da preocupação sentida com a violência nas escolas e as suas repercussões no quotidiano dos estudantes e de educadores, mas também pelo facto de se constatar a falta de instrumentos aferidos para a população portuguesa, de forma a demonstrar rigorosamente o problema da agressão entre pares, distinguindo-se a agressão que é ocasional da agressão sistemática (Freire, Simão & Ferreira, 2005).

Assim, a sua elaboração partiu dos estudos de Olweus, D. (2000, cit in Freire, Simão & Ferreira, 2005) e é composto por questões abertas e fechadas que visam recolher:

- 1) Identificação de agressores, vítimas e observadores frequentes de situações de maus-tratos (*bullying*);
- 2) Caracterização dos tipos de agressão/vitimização que ocorrem em contexto escolar;
- 3) Caracterização da população, em geral, do ponto de vista estrutural, caracterizar os alunos/agressores, os alunos/vítimas, e observadores frequentes da situação de *bullying* (género, idade, nível sócio-económico e cultural da família, percurso escolar e estrutura familiar);
- 4) Identificação dos espaços onde ocorrem a situações de agressão;
- 5) Percepção do modo como os alunos vêem a intervenção dos adultos (professores, auxiliares e órgãos de gestão) e dos seus pares face às situações de *bullying*.

Além destes factores, o questionário permite conhecer a percepção dos alunos acerca do ambiente relacional da escola e do modo como estes interpretam e sentem a violência na escola (Freire, Simão & Ferreira, 2005).

4.2. Procedimentos

4.2.1. Recolha de dados

Previamente à administração dos instrumentos anunciados, efectuou-se, primeiramente, a realização do pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital, para a realização da presente investigação. Para tal, esse pedido contemplou o Projecto de Investigação, encontrando-se expostos os objectivos dos estudos, bem como o seu âmbito e finalidade.

Em relação aos adolescentes com obesidade, foi sublinhada, juntamente com os progenitores, que a sua participação era voluntária, sendo distribuído um consentimento informado sobre o estudo, explicando a sua finalidade e o seu potencial contributo para o desenvolvimento do estudo em questão, estando salvaguardada a confidencialidade. Estes procedimentos foram efectuados durante o mês de Novembro de 2010 e a recolha dos dados no hospital decorreu nos meses de Julho, Agosto, Setembro e Outubro de 2011. A administração dos instrumentos realizou-se após as consultas de Obesidade Infantil.

4.2.2 Procedimentos Estatísticos

Todos os cálculos foram efectuados no SPSS 19.0. e o nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($p \leq 0,10$).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP) e os valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. A dispersão, foi, ainda, apreciada pelo coeficiente de variação (CV) [$CV = (DP/M) * 100$]¹.

O estudo da normalidade das distribuições, para as variáveis quantitativas, foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk ($n < 50$). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal.

O questionário de auto-conceito de Susan Harter (1985) (*Self-Perception Profile for Children*) está expresso numa escala do tipo ordinal, cujos itens estão cotados de 1 a 4, em que o valor 4 indica uma alta competência percebida. Posteriormente, foram somados os valores obtidos em cada subescala (Competência Escolar, Aceitação Social, Competência Física, Aparência Física, Comportamento e Auto-Estima Global), tendo, desta forma, sido possível obter seis resultados diferentes que variam entre 6 e 24 pontos (numa escala quantitativa discreta), de forma a poder traçar o perfil do sujeito nos diferentes domínios avaliados.

¹ $CV \leq 15 \Rightarrow$ fraca dispersão
 $15 < CV \leq 30 \Rightarrow$ dispersão média
 $CV > 30 \Rightarrow$ elevada dispersão

O questionário de *Bullying*, Questionário para estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico – aferido para a população portuguesa por Freire, Simão & Ferreira (2005), é composto por questões abertas e fechadas que visam:

- 1) Identificar agressores, vítimas e observadores frequentes de situações de maus-tratos (*bullying*);
- 2) Caracterizar os tipos de agressão/vitimização que ocorrem em contexto escolar;
- 3) Caracterizar a população, em geral, do ponto de vista estrutural, caracterizar os alunos/agressores, os alunos/vítimas, e observadores frequentes da situação de *bullying* (género, idade, nível socioeconómico e cultural da família, percurso escolar e estrutura familiar);
- 4) Identificar os espaços onde ocorrem a situações de agressão;
- 5) Percepcionar o modo como os alunos vêem a intervenção dos adultos (professores, auxiliares e órgãos de gestão) e dos seus pares face às situações de *bullying*.

Além destes factores, o questionário permite conhecer a percepção dos alunos acerca do ambiente relacional da escola e do modo como estes interpretam e sentem a violência na escola (Freire, Simão & Ferreira, 2005).

A comparação entre grupos (Rapazes vs Raparigas), foi efectuada pelo teste *t* de medidas independentes, sempre que nos dois grupos a variável em comparação apresentava distribuição normal, ou pelo teste *U* Mann-Whitney sempre que pelo menos um grupo apresentava distribuição não-normal na variável em comparação.

Nas situações em que as variáveis apresentavam distribuição normal, a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene *statistics* (se $p > 0,05$ as variâncias são homogéneas; se $p < 0,05$ as variâncias são não-homogéneas).

A comparação simultânea entre três grupos (Vítimas/Agressores vs Nem Agressores nem Vítimas vs Vítimas) foi realizada pelo teste *H* Kruskal-Wallis. Utilizou-se o *post-hoc* de Bonferroni.

O estudo da correlação foi efectuada pelo coeficiente de Pearson (variáveis com distribuição normal) ou de Spearman (variáveis com distribuição não-normal). A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2005)².

² Pestana & Gageiro (2005):

≤0,19 Muito Fraca

0,20 a 0,39 Fraca

0,40 a 0,69 Moderada

A verificação da existência de relações de dependência entre duas variáveis qualitativas (género *versus* opção de resposta em cada item dos questionários), foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de Pearson (χ^2), por intermédio do procedimento de tabulação cruzada (*crosstabs*). O teste do qui-quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Ou seja, pretende-se que todas as células tenham frequência esperada superior a 1 e que 80% das células tenham frequência esperada superior a 5 unidades. Sempre que este pressuposto não foi garantido, analisou-se a relação entre as variáveis por recurso aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativamente diferente do esperado³. Assim, o teste do qui-quadrado para as células que violaram o pressuposto obteve-se pela soma do quadrado dos seus resíduos estandardizados. Nos casos em que não foi possível a aplicação rigorosa do teste, recorreu-se ao teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 99%. Nas tabelas 2x2, na impossibilidade cumprimento dos pressupostos recorreu-se ao teste de Fisher (*Fisher's Exact Test*). A consistência interna de cada questionário foi avaliada pelo α -Cronbach⁴.

0,70 a 0,89 Forte
0,90 a 1,0 Muito Forte

³ Para $p=0,05$, quando estes resíduos se situam entre -1,96 e 1,96, o comportamento da célula é semelhante ao esperado, à média, e nada de novo há a relatar. Se os resíduos se situam abaixo de -1,96 significa que essa célula tem um comportamento significativamente inferior ao esperado, ou inferior à média; por sua vez, se os resíduos se situam acima de 1,96 significa que a célula tem um comportamento superior ao esperado, ou superior à média.

⁴ Tabela de classificação do α -Cronbach:

Muito Boa	$\alpha \geq 0,90$
Boa	$0,80 \leq \alpha < 0,90$
Razoável	$0,70 \leq \alpha < 0,80$
Fraca	$0,60 \leq \alpha < 0,70$
Inaceitável	$\alpha < 0,60$

4.3. Apresentação dos Resultados

Seguidamente, iremos apresentar os resultados do estudo empírico proposto. Num primeiro momento, será descrita e caracterizada a amostra em relação a características sócio-demográficas, como a idade, género, nível de escolaridade, composição do agregado familiar e nível sócio-económico. Posteriormente, pretendemos descrever e caracterizar os elementos da amostra estudada relativamente às variáveis de auto-conceito e *bullying*.

Os resultados obtidos através das análises efectuadas apresentam-se em tabelas cujos resultados se expressam pelas frequências, percentagens, médias, desvio-padrão, máximo e mínimo.

4.3.1. Caracterização da Amostra

Para a realização do presente estudo, recorreu-se a uma amostra de conveniência, constituída por adolescentes com obesidade. A amostra foi obtida numa população oriunda das Consultas de Obesidade Infantil do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E em Barcelos.

Como critérios de inclusão, serão seleccionadas, apenas adolescentes com diagnóstico de obesidade entre os 12 e os 15 anos de idade, com IMC superior ao percentil 95. Como critérios de exclusão, não serão consideradas adolescentes com sobre-peso e outro tipo de doença, de forma a não enviesar os resultados. Só serão incluídos adolescentes autorizados a participar no estudo pelos seus encarregados de educação.

A amostra é formada por 30 adolescentes caucasianos, obesos, dos quais 17 são do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Os rapazes têm idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos e as raparigas têm idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos. Com excepção de um sujeito residente em Vila Verde e um na Apúlia, os restantes são residentes em Barcelos. Todos os sujeitos são de nacionalidade portuguesa (Quadro 2a).

Pela Tabela 2a, observa-se que em termos de idade, a maior parte dos rapazes distribui-se equilibradamente pelos 13 e 14 anos ($n=6$; 35,3%), ao passo que a maior parte das raparigas situa-se na faixa dos 15 anos ($n=5$; 38,5%).

Em termos de escolaridade, a maior parte dos rapazes possui/frequenta o 7º ano, enquanto a maioria das raparigas possui/frequenta o 9º ano.

Quanto ao estado civil dos pais, a maioria dos rapazes ($n=15$; 88,2%) e a totalidade das raparigas afirmou que estes se encontram na situação de casados.

A totalidade da amostra não vive com outros dependentes.

Em relação ao facto de ter irmãos, a maioria dos rapazes (n=13; 76,5%) e das raparigas (n=10; 76,9%), com frequências relativas semelhantes, afirmaram ter irmãos.

Quanto ao número de irmãos, a maioria dos rapazes (n=9; 52,9%) e das raparigas (n=6; 46,2%) tem apenas um irmão.

No respeitante à idade dos irmãos, a maior parte dos rapazes (n=7; 41,2%) e das raparigas (n=7; 53,8%) indicou serem mais novos.

No respeitante às pessoas com quem vives, a maioria dos rapazes (n=13; 76,5%) e das raparigas (n=9; 69,2%) informou ser com os pais e irmãos.

No tocante à composição do agregado familiar, na maior parte dos rapazes é formado por 4 pessoas (n=7; 41,2%), ao passo que na maior parte das raparigas é formado por 3 pessoas (n=5; 38,5%).

Em relação ao nível socioeconómico, a totalidade dos rapazes e a quase totalidade das raparigas (n=12; 92,3%) diz ser médio.

Após a escola, com quem convives, regista baixas frequências de resposta nos dois grupos, mas elevadas frequências de não-respostas (rapazes: n=13; 76,5%; raparigas: n=11; 84,6%).

Quadro 2a – Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=30)

	Rapazes (n=17)		Raparigas (n=13)		TOTAL (n=30)	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
12 anos	4	23,5	3	23,1	7	23,3
13 anos	6	35,3	3	23,1	9	30,0
14 anos	6	35,3	2	15,4	8	26,7
15 anos	1	5,9	5	38,5	6	20,0
Escolaridade						
6º ano	---	---	2	15,4	2	6,7
7º ano	8	47,1	2	15,4	10	33,3
8º ano	5	29,4	2	15,4	7	23,3
9º ano	4	23,5	6	46,2	10	33,3
10º ano	---	---	1	7,7	1	3,3

Estado civil dos pais

Casados	15	88,2	13	100	28	93,3
Viúvo(pai)	1	5,9	---	---	1	3,3
Divorciados	1	5,9	---	---	1	3,3

Tens irmãos?

Sim	13	76,5	10	76,9	23	76,7
Não	4	23,5	3	23,1	7	23,3

Se SIM, quantos?

1	9	52,9	6	46,2	15	50,0
2	3	17,6	2	15,4	5	16,7
3	---	---	2	15,4	2	6,7
5	1	5,9	---	---	1	3,3
Não respondeu	4	23,5	3	23,1	7	23,3

Se SIM, são?

mais velhos	5	29,4	3	23,1	8	26,7
mais novos	7	41,2	7	53,8	14	46,7
mais velhos e mais novos	1	5,9	---	---	1	3,3
Não respondeu	4	23,5	3	23,1	7	23,3

Com quem vives?

com os pais	3	17,6	4	30,8	7	23,3
com pais e irmãos	13	76,5	9	69,2	22	73,3
outras situações	1	5,9	---	---	1	3,3

Agregado familiar (nº de pessoas)

3	4	23,5	5	38,5	9	30,0
4	7	41,2	3	23,1	10	33,3
5	2	11,8	2	15,4	4	13,3

6	2	11,8	2	15,4	4	13,3
7	1	5,9	1	7,7	2	6,7
9	1	5,9	---	---	1	3,3
<i>Nível socioeconómico</i>						
Alto	---	---	1	7,7	1	3,3
Médio	17	100	12	92,3	29	96,7
<i>Após a escola, com quem convives?</i>						
Amigos e pais	1	5,9	---	---	1	3,3
Familiares	1	5,9	---	---	1	3,3
Pais, avós e irmãos	1	5,9	---	---	1	3,3
Pais	1	5,9	1	7,7	2	6,7
Pais e irmã	---	---	1	7,7	1	3,3
Não respondeu	13	76,5	11	84,6	24	80,0

Pelo quadro 2b, observa-se que não existe uma *profissão do pai* dominante no grupo dos rapazes, ainda que no grupo das raparigas seja operário têxtil ($n=4$; 30,8%), dada a baixa frequência da generalidade dos casos. Na *profissão da mãe*, predominam as operárias têxtil ($n=6$; 35,3%) e as desempregadas ($n=4$; 23,5%) no grupo dos rapazes e as operárias têxtil ($n=5$; 38,5%) no grupo das raparigas. De uma forma geral, segundo o Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001)⁵, no que se refere à Classificação Nacional de Profissões, a maioria dos sujeitos da amostra pertence ao grupo 7 “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”.

No grupo dos rapazes, a maior parte deles tem pai e mãe com o 6º ano de escolaridade ($n=11$; 64,7% e $n=8$; 47,1%, respectivamente), ao passo que no grupo das raparigas, os pais e as mães têm apenas a instrução primária ($n=7$; 53,8% nos dois casos).

Todos os pais nasceram em Portugal. Todas as mães das raparigas nasceram em Portugal; apenas uma mãe de um rapaz nasceu na América.

⁵ Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001).

Quadro 2b – Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=30).

	Rapazes (n=17)		Raparigas (n=13)		TOTAL (n=30)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Profissão do pai</i>						
Agricultor	1	5,9	---	---	1	3,3
Carpinteiro	1	5,9	---	---	1	3,3
Condutor	---	---	1	7,7	1	3,3
Construção civil	3	17,6	---	---	3	10,0
Conta própria	---	---	1	7,7	1	3,3
Desempregado	1	5,9	1	7,7	2	6,7
Electricista	---	---	1	7,7	1	3,3
Gerente	1	5,9	---	---	1	3,3
Mecânico	1	5,9	1	7,7	2	6,7
Merceeiro	1	5,9	---	---	1	3,3
Motorista	---	---	2	15,4	2	6,7
Operário têxtil	3	17,6	4	30,8	7	23,3
Reformado	---	---	1	7,7	1	3,3
Serralheiro	2	11,8	---	---	2	6,7
Não respondeu	3	17,6	1	7,7	4	13,3
<i>Profissão da mãe</i>						
Agricultora	1	5,9	---	---	1	3,3
Assistente operacional	---	---	1	7,7	1	3,3
Burnideira	---	---	1	7,7	1	3,3
Cabeleireira	1	5,9	1	7,7	2	6,7
Conta própria	---	---	1	7,7	1	3,3
Costureira	1	5,9	1	7,7	2	6,7
Desempregada	4	23,5	2	15,4	6	20,0
Doméstica	1	5,9	---	---	1	3,3
Operária têxtil	6	35,3	5	38,5	11	36,7

Não respondeu	3	17,6	1	7,7	4	13,3
<i>Escolaridade do pai</i>						
1º ciclo (4º ano)	2	11,8	7	53,8	9	30,0
2º ciclo (6º ano)	11	64,7	4	30,8	15	50,0
Escolaridade obrigatória (9º ano)	1	5,9	2	15,4	3	10,0
Ensino secundário (12º ano)	2	11,8	---	---	2	6,7
Não respondeu	1	5,9	---	---	1	3,3
<i>Escolaridade da mãe</i>						
1º ciclo (4º ano)	2	11,8	7	53,8	9	30,0
2º ciclo (6º ano)	8	47,1	3	23,1	11	36,7
Escolaridade obrigatória (9º ano)	5	29,4	3	23,1	8	26,7
Ensino secundário (12º ano)	1	5,9	---	---	1	3,3
Não respondeu	1	5,9	---	---	1	3,3
<i>Onde nasceu o teu pai?</i>						
Portugal	17	100	13	100	30	100
<i>Onde nasceu a tua mãe?</i>						
Portugal	16	94,1	13	100	29	96,7
América	1	5,9	---	---	1	3,3

Pelo quadro 3, relativo ao perfil clínico da amostra, observa-se que relativamente às *doenças familiares*, a maior parte dos rapazes ($n=9$; 52,0%) indicou a existência de diabetes; nas raparigas, a principal doença familiar são as complicações cardíacas ($n=3$; 23,1%). De salientar que a esta questão apenas responderam 9 rapazes e 9 raparigas, sendo que em alguns casos existe mais que uma complicação de saúde.

Quanto aos *antecedentes pessoais*, em termos de exercício físico, a totalidade das raparigas e a quase totalidade dos rapazes ($n=16$; 94,1%), afirmou ter hábitos de prática de

actividade física. Na maior parte dos casos, nos dois grupos, essa prática processa-se na escola (rapazes: $n=6$; 35,3%; raparigas: $n=5$; 38,5%).

No que diz respeito aos internamentos, a maior parte dos rapazes ($n=14$; 82,3%) e das raparigas ($n=7$; 53,8%), ainda que mais expressivo no grupo dos rapazes, afirmou não ter sido internado. Nos casos em que foram internados (rapazes: $n=3$; 17,6%; raparigas: $n=6$; 46,2%), as principais causas foram apendicite e hérnia, cirurgia e febre/gastrite nos rapazes, e operação amigdalotomia nas raparigas.

Relativamente à questão “Consideras-te saudável?”, a totalidade da amostra afirma ser saudável.

Por fim, em relação a outras patologias médicas, a totalidade dos rapazes e quase totalidade das raparigas ($n=12$; 92,3%) está a ser acompanhada ao nível da nutrição, pediatria e psicologia.

Quadro 3 – Caracterização clínica da amostra (N=30).

	Rapazes ($n=17$)		Raparigas ($n=13$)		TOTAL ($n=30$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Doenças de familiares</i>						
Artrose	---	---	1	7,7	1	3,3
Cancro linfático	---	---	1	7,7	1	3,3
Coluna	---	---	1	7,7	1	3,3
Complicações cardíacas	2	11,8	3	23,1	5	16,7
Depressão	1	5,9	1	7,7	2	6,7
Diabetes	9	52,9	2	15,4	11	36,7
Epilepsia	1	5,9	---	---	1	3,3
Hepatite B crónica			1	7,7	1	3,3
Hipertensão	3	17,6	---	---	3	10,0
Melanoma	1	5,9	---	---	1	3,3
Neoplasia no intestino	1	5,9	---	---	1	3,3
Paramiloidose	1	5,9	---	---	1	3,3
Tiróide	---	---	1	7,7	1	3,3
Não respondeu	8	47,1	4	30,8	12	40,0

Dados e antecedentes pessoais

1. Exercício físico

Sim	16	94,1	13	100	29	96,7
Não	1	5,9	---	---	1	3,3

1.1. Se SIM, com que regularidade?

1 vez por semana	1	5,9	2	15,4	3	10,0
2 vezes por semana	1	5,9	2	15,4	3	10,0
4 vezes por semana	3	17,6	1	7,7	4	13,3
Diariamente	3	17,6	1	7,7	4	13,3
Escola	6	35,3	5	38,5	11	36,7
Semanal	2	11,8	---	---	2	6,7
Não respondeu	4	23,5	2	15,4	6	20,0

2. Internamentos

Sim	3	17,6	6	46,2	9	30,0
Não	14	82,3	7	53,8	21	70,0

2.1. Se SIM, qual a causa?

Apendicite, hérnia	1	5,9	---	---	1	3,3
Cirurgias	1	5,9	---	---	1	3,3
Febre, gastrite	1	5,9	---	---	1	3,3
Amigdalite	---	---	1	7,7	1	3,3
Apendicite	---	---	1	7,7	1	3,3
Febre	---	---	1	7,7	1	3,3
Operação amigdalitomia	---	---	3	23,1	3	10,0

3. Consideras-te saudável?

Sim	17	100	13	100	30	100
-----	----	-----	----	-----	----	-----

4. *Que outras especialidades médicas?*

Nutrição, Pediatria e Psicologia	17	100	12	92,3	29	96,7
Não respondeu	---	---	1	7,7	1	3,3

Relativamente às características biométricas – peso, estatura e índice de massa corporal – verifica-se que entre rapazes e raparigas não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), o que é revelador do grau de homogeneidade existente entre jovens obesos de ambos os sexos. Paralelamente, dentro de cada género, a dispersão é fraca ($CV<15$), revelador da homogeneidade intra-grupo, qualquer que seja a variável biométrica.

Quadro 4 - Características biométricas da amostra. Comparação Rapazes vs raparigas (N=30).

	Masculino (n=17)		Feminino (n=13)		Teste t med. independentes	
	M	DP	M	DP	t	p
Peso (kg)	84,3	13,33	79,5	10,30	1,361	0,184
	(67-103)		(60-95)			
Estatura (m)	1,686	0,089	1,648	0,048	1,363	0,184
	(1,50-1,80)		(1,55-1,70)			
IMC (kg/E ²) •	29,8	3,74	29,2	3,01	-0,272	0,786
	(25,5-37,8)		(25,0-34,7)			

• Teste U Mann-Whitney (*Mean rank*: rapazes=15,88; raparigas=15,00)

4.3.2. Análise da Normalidade das Distribuições

Pelo quadro 5, observa-se que as variáveis assinaladas com asterisco (*) registam distribuição não-normal ($p<0,05$), pelo que estudo inferencial envolvendo estas variáveis será efectuado pelo recurso a estatísticas não-paramétricas.

Quadro 5 – Estudo da normalidade das distribuições, em função do gênero (N=30).

	Rapazes (n=17)		Raparigas (n=13)	
	<i>Statistics</i>	<i>p</i>	<i>Statistics</i>	<i>p</i>
+ Indicadores biométricos				
Peso	0,936	0,270	0,973	0,926
Estatura	0,910	0,098	0,906	0,161
IMC	0,830	0,005*	0,959	0,743
+ Como é que eu sou?				
- Competência Escolar	0,866	0,019*	0,918	0,236
- Aceitação Social	0,965	0,730	0,904	0,150
- Competência Atlética	0,934	0,251	0,966	0,837
- Aparência Física	0,932	0,232	0,869	0,051
- Atitude Comportamental	0,952	0,484	0,929	0,329
- Auto-Estima Global	0,880	0,032*	0,923	0,278
+ Qual é para ti a importância destas coisas?				
- Competência Escolar	0,865	0,018*	0,853	0,031*
- Aceitação Social	0,884	0,037*	0,931	0,353
- Competência Atlética	0,914	0,116	0,835	0,019*
- Aparência Física	0,897	0,061	0,809	0,009*
- Atitude Comportamental	0,703	<0,001*	0,736	0,001*

* distribuição não-normal (p<0,05).

4.3.3. Questionário “Auto-conceito de *Susan Harter (1985)*”: Como é que eu sou?

Pelo quadro 6, observa-se que na comparação entre rapazes vs raparigas quanto às subescalas do questionário de autoconceito de Susan Harter “como é que eu sou?”, revela a

inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). De uma forma geral, com exceção da subescala «atitude comportamental», nos dois grupos, que apresenta fraca dispersão ($CV<15$), nas restantes subescalas e nos dois grupos a dispersão é média ($15>CV\leq 30$), o que mostra a homogeneidade dos comportamentos dos sujeitos face à pontuação obtida em cada subescala.

Sendo que em cada subescala a pontuação varia entre 6 e 24 pontos, indicando a pontuação mais elevada uma alta competência percebida, verifica-se que as subescalas «Competência Atlética» e «Aparência Física», nos dois grupos, situam-se num nível de baixa auto-percepção (<13) as subescalas «Atitude Comportamental», «Auto-Estima Global» nos rapazes, mais a «Aceitação Social» e «Competência Escolar» nas raparigas, são as que registam mais alta competência percebida ($>70\%$). Nos rapazes, a subescala «Aceitação Social» situa-se num nível moderado de competência percebida (aproximadamente, 67%).

Em termos globais, os rapazes somam $93,0 \pm 3,35$ pontos e as raparigas $94,8 \pm 2,84$ pontos. Ambos os grupos apresentam, em termos médios, elevado auto-conceito (<72 baixo auto-conceito; >73 elevado auto-conceito).

Desta forma, percebe-se que as raparigas, não obstante a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, registam, em termos médios, graus mais altos de competência percebida.

Assim, com base nos resultados obtidos, relativos ao auto-conceito, não confirmamos a Hipótese 4 “Prevê-se que existam diferenças de género, no que diz respeito ao auto-conceito ..., em adolescentes obesos, no sentido de as raparigas obesas apresentarem um menor auto-conceito ...”.

Quadro 6 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, mean rank e comparação entre Rapazes vs Raparigas, relativamente às subescalas do questionário de Susan Harter “Como é que eu sou?”.(N=30)

Como é que eu sou?	Rapazes (n=17)			Raparigas (n=13)			Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p
- Competência Escolar	15,7 (12-20)	2,89	13,88	17,2 (12-23)	2,80	17,62	-1,173	0,241
- Aceitação Social	16,0 (8-24)	4,26	---	16,9 (12-23)	3,26	---	-0,595	0,557

- Competência Atlética	12,5 (8-18)	3,04	---	13,0 (8-20)	3,24	---	-0,459	0,650
- Aparência Física	13,2 (8-23)	3,75	---	12,0 (7-14)	2,08	---	1,066	0,296
- Atitude Comportamental	18,1 (13-23)	2,80	---	18,9 (15-24)	2,72	---	-0,789	0,436
- Auto-Estima Global	17,5 (13-23)	3,34	15,71	16,8 (10-21)	2,92	15,23	-0,148	0,883

< 13- Baixa auto-percepção ; > 14- Elevada auto-percepção

4.3.4. Questionário “Auto-conceito de Susan Harter (1985)”: Qual é para ti a importância destas coisas?

Pelo quadro 7, observa-se que na comparação entre rapazes vs raparigas quanto às subescalas do questionário de autoconceito de Susan Harter “qual é para ti a importância destas coisas?”, mostra que apenas na subescala «Aparência Física» existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$), motivado pela classificação média (*mean rank*) mais elevada do grupo das raparigas (12,50 vs 19,42), demonstrativo de uma mais alta competência percebida por parte das raparigas no que à aparência física diz respeito (ou seja, maior grau de satisfação com o seu aspecto físico). Nas restantes subescalas predomina o equilíbrio entre os grupos, ou seja, inexistem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). De uma forma geral, a dispersão em cada grupo varia entre fraca e média, revelador de uma certa homogeneidade dos comportamentos dos sujeitos face à pontuação obtida em cada subescala.

Sendo que em cada subescala a pontuação varia entre 2 e 8 pontos, indicando a pontuação mais elevada uma alta competência percebida, verifica-se que na generalidade das subescalas a competência percebida é superior a 70% (a exceção regista-se na aparência física dos rapazes que é de, aproximadamente, 68%).

Assim, com base nos resultados obtidos, relativos ao auto-conceito, não confirmamos a Hipótese 4 “Prevê-se que existam diferenças de género, no que diz respeito ao auto-conceito ..., em adolescentes obesos, no sentido de as raparigas obesas apresentarem um menor auto-conceito ...”.

Quadro 7 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, mean rank e comparação entre Rapazes vs Raparigas, relativamente às subescalas do questionário de Susan Harter “Qual é para ti a importância destas coisas?” (N=30).

Qual é para ti a importância destas coisas?	Rapazes (n=17)			Raparigas (n=13)			U Mann-Whitney	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	Z	p
- Competência Escolar	6,8 (5-8)	0,95	15,79	6,6 (4-8)	1,26	15,12	-0,218	0,827
- Aceitação Social	6,2 (3-8)	1,33	15,47	6,2 (4-8)	1,24	15,54	-0,022	0,983
- Competência Atlética	5,6 (2-8)	1,46	15,12	5,9 (4-8)	1,07	16,00	-0,292	0,770
- Aparência Física	5,4 (2-8)	1,46	12,50	6,2 (5-7)	0,73	19,42	-2,215	0,027*
- Atitude Comportamental	6,7 (6-8)	0,86	14,47	6,9 (6-8)	0,95	16,85	-0,810	0,418

*diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

4.3.5. Questionário para o estudo da Violência entre Pares no 3º ciclo do Ensino Básico (Freire, Simão & Ferreira, 2005)

Pelo quadro 8, relativo a alguns actos de agressão sofridos em ambiente escolar ou imediações nas últimas duas semanas, verifica-se que, como seria de esperar, o grupo de sujeitos que nem é vítima nem agressor é o que apresenta em todas as questões a maior frequência de respostas NÃO. Também como seria de esperar, o grupo de sujeitos vítimas é o que, genericamente, revela uma maior frequência relativa de respostas SIM. Por sua vez, o grupo de sujeitos que são simultaneamente vítimas e agressores, com excepção da variável “apalparam-te, contra a tua vontade” que apresenta 100% de respostas NÃO, nas restantes variáveis existem frequências nas duas opções de resposta. Porém, as ofensas físicas e psicológicas dominam em relação aos bens materiais, destacando-se o “chamar nomes

ofensivos” ($n=7$; 87,5%), “gozar/humilhar” ($n=5$; 62,5%), o “empurrar, com violência” ($n=4$; 50%), “ameaçar” ($n=4$; 50%) e o bater “($n=4$; 50%).

Com excepção das variáveis “levantaram calúnias/rumores a teu respeito” ($\chi^2=2,845$; $p=0,368$) e “fizeram intrigas a teu respeito” ($\chi^2=0,712$; $p=1,000$) que não apresentam significância estatística ($p>0,05$), dada a independência de relação estatística dos grupos face a estas questões, na questão “apalparam-te, contra a tua vontade” dado ser constante em todos os grupos (resposta NÃO dada por todos os sujeitos), nas variáveis “tiraram-te coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...” ($\chi^2=4,879$; $p=0,097$) e “magoaram-te de propósito (beliscaram com força; picaram-te com objectos, ...)” ($\chi^2=5,926$; $p=0,056$) que apresentam níveis marginalmente significativos ($p<0,10$), as restantes variáveis registam níveis estatisticamente significativos ($p<0,05$), sugestivo da relação estatística de dependência dos grupos face a cada uma das questões.

Importa referir que na base da formação dos grupos estiveram as respostas dadas às questões colocadas aos sujeitos, determinando-se a presença num grupo (vítima/agressor, nem vítima nem agressor, vítima) pela maioria das respostas dadas por cada um dos sujeitos da amostra. Assim, considerando que a dimensão da amostra para os sujeitos vítimas de *bullying* e que simultaneamente são agressores é de 8 sujeitos, e que aqueles que são apenas vítimas é de 3 sujeitos, a proximidade no tamanho amostral apenas permite confirmar parcialmente a Hipótese 3 “Prevê-se que existam mais adolescentes obesos vítimas de *bullying* do que obesos agressores”.

Quadro 8 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de respostas nas opções SIM e NÃO, nos 3 grupos de vitimização por *bullying*, relativamente a alguns actos sofridos nas últimas duas semanas, na escola ou imediações (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)				Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)				Vítimas (<i>n</i> =3)				Qui-Quadrado	
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO			
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Empurraram-te, com violência	4	50,0	4	50,0	---	---	19	100	1	33,3	2	66,7	10,800	0,007*
Ameaçaram-te	4	50,0	4	50,0	---	---	19	100	---	---	3	100	12,692	0,004*
Gozaram-te/humilharam-te	5	62,5	3	37,5	3	15,8	16	84,2	2	66,7	1	33,3	7,194	0,034*
Bateram-te	4	50,0	4	50,0	---	---	19	100	2	66,7	1	33,3	13,333	0,006*
Chamaram-te nomes ofensivos	7	87,5	1	12,5	2	10,5	17	89,5	3	100	---	---	18,898	<0,001*
Levantaram calúnias/rumores a teu respeito	1	12,5	7	87,5	---	---	19	100	---	---	3	100	2,845	0,368
Excluíram-te do grupo (não quiseram conviver contigo)	3	37,5	5	62,5	---	---	19	100	1	33,3	2	66,7	8,005	0,048*
Tiraram-te coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...)	3	37,5	5	62,5	1	5,3	18	94,7	1	33,3	2	66,7	4,879	0,097**
Magoaram-te, de propósito (beliscaram-te com força; picaram-te com objectos, ...)	2	25,0	6	75,0	---	---	19	100	1	33,3	2	66,7	5,926	0,056**
Estragaram-te objectos pessoais ou vestuário, de propósito	3	37,5	5	62,5	1	5,3	18	94,7	2	66,7	1	33,3	8,194	0,013*
Apalparam-te, contra a tua vontade	---	---	8	100,0	---	---	19	100	---	---	3	100	---	---

Fizeram intrigas a teu respeito	1	12,5	7	87,5	1	5,3	18	94,7	---	---	3	100	0,712	1,000
Outras agressões ou perseguições	1	12,5	7	87,5	---	---	19	100	3	100	---	---	22,428	<0,001*

O quadro 9, relativo à questão “*Quantas vezes foste agredido ou perseguido neste período lectivo?*”, mostra que a maioria do grupo de vítimas/agressores foi duas vezes ($n=4$; 50%) e o grupo de vítimas foi apenas uma vez ($n=2$; 66,7%).

Quadro 9 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao número de vezes em que foram agredidos ou perseguidos nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
1 vez	---	---	---	---	2	66,7
2 vezes	4	50,0	2	10,5	---	---
3 vezes	2	25,0	---	---	1	33,3
Mais 3 vezes	2	25,0	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	17	89,5	---	---

O quadro 10, relativo à questão “*Em que local ou locais ocorreram essas situações?*”, mostra que na maior parte dos casos do grupo de vítimas/agressores ($n=8$; 80%) e na totalidade do grupo de vítimas, o recreio foi o local onde ocorreram os actos de agressividade.

Quadro 10 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao local onde ocorreram as agressões nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Sala de aula	1	10,0	---	---	---	---
Recreio	8	80,0	1	5,3	3	100
Imediações da escola	1	10,0	1	5,3	---	---
Não respondeu	---	---	17	89,5	---	---

O quadro 11, relativo à questão “*Nessas situações foste agredido por*”, mostra que a maior parte dos sujeitos vítimas/agressores foi agredido por uma pessoa ($n=5$; 62,5%), ao passo que os sujeitos que são apenas vítimas distribuem-se pelas opções “1 pessoa”, “2 pessoas” e “grupo de pessoas”.

Quadro 11 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao número de pessoas por quem foram agredidos nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
1 pessoa	5	62,5	2	10,5	1	33,3
2 pessoas	1	12,5	---	---	1	33,3
Grupo de pessoas	2	25,0	---	---	1	33,3
Não respondeu	---	---	17	89,5	---	---

O quadro 12, relativo à questão “*Essas pessoas eram colegas da tua escola?*”, mostra que em todos os casos em que foram vítimas de actos de *bullying*, os agressores eram colegas de escola.

Quadro 12 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente à proveniência do(s) agressor(es) (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	8	100	1	5,3	3	100
Não	---	---	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	---	---

O quadro 13, relativo à questão “*Alguma dessas pessoas ou desses grupos te agrediu ou perseguiu mais do que uma vez nessas semanas?*”, mostra que a maior parte dos sujeitos pertencentes aos grupos vítimas de agressão não voltou a ser perseguido nas duas últimas semanas.

Quadro 13 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao número de vezes em que foram agredidos ou perseguidos mais do que uma vez nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores (n=8)		Nem Vítimas nem Agressores (n=19)		Vítimas (n=3)	
	n	%	n	%	n	%
Não	5	62,5	---	---	2	66,7
Sim; 2 vezes	1	12,5	---	---	1	33,3
Sim; 3 vezes	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	1	12,5	19	100,0	---	---

O quadro 14, relativo à questão “*Se SIM, ainda continuas a ser agredido ou perseguido por essa(s) pessoa(s)?*”, mostra que os sujeitos agredidos não voltaram a sê-lo pelos agressores.

Quadro 14 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente continuação da agressão ou perseguição nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores (n=8)		Nem Vítimas nem Agressores (n=19)		Vítimas (n=3)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	---	---	---	---	---	---
Não	6	75,0	---	---	2	66,7
Não respondeu	2	25,0	19	100,0	1	33,3

O quadro 15, relativo à questão “*A(s) pessoa(s) que te agrediram era(m)*”, mostra que os agressores são, maioritariamente, do sexo masculino, da mesma idade e da mesma turma.

Quadro 15 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente à(s) pessoa(s) que agrediu(ram) nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo masculino	6	75,0	1	5,3	3	100,0
Sexo feminino	2	25,0	---	---	---	---
Mais velhos	2	25,0	---	---	---	---
Mais novos	---	---	---	---	---	---
Da mesma idade	6	75,0	1	5,3	3	100,0
Da mesma turma	7	87,5	1	5,3	2	66,7
De outra turma do mesmo ano	1	12,5	---	---	1	33,3

O quadro 16, relativo à questão “Alguém presenciou essa(s) situação(ões)?”, mostra que a totalidade dos sujeitos do grupo de vítimas/agressores afirmou que alguém presenciou os actos de agressividade, ao passo que a maior parte dos sujeitos do grupo de vítimas (*n*=2; 66,7%) afirmou que ninguém assistiu aos actos de agressividade de que foram vítimas.

Quadro 16 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao facto de alguém ter assistido à agressão nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	8	100,0	1	5,3	1	33,3
Não	---	---	---	---	2	66,7
Não respondeu	---	---	18	94,7	---	---

O quadro 17, relativo à questão “Se SIM, o que fizeram as pessoas que presenciaram?”, mostra que a maior parte dos sujeitos do grupo vítimas/agressores afirmou que as pessoas não fizeram nada ($n=5$; 33,3%), outras pediram ao agressor para parar ($n=3$; 20%).

Quadro 17 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente à actuação das pessoas que assistiram à agressão nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Não fizeram nada	5	62,5	1	5,3	1	33,3
Fugiram/tiveram medo	2	25,0	---	---	---	---
Recorreram a um adulto	1	12,5	---	---	---	---
Pediram ao agressor para parar	3	37,5	---	---	---	---
Aproximaram-se para ver	1	12,5	---	---	---	---
Aconselharam a afastar-se do agressor	1	12,5	---	---	---	---
Riram-se da situação	1	12,5	---	---	---	---
Outra	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,7

Pelo quadro 18, relativo a alguns actos de agressão observados a serem cometidos contra outros em ambiente escolar ou imediações nas últimas duas semanas, verifica-se que de uma forma geral é elevada a prevalência de sujeitos que presenciou actos de *bullying* na escola ou proximidade.

O teste do qui-quadrado mostra a relação estatística de dependência entre os grupos nas variáveis “gozar/humilhar” ($\chi^2=8,420$; $p=0,012$), “bater” ($\chi^2=9,558$; $p=0,005$) e “fazer intrigas” ($\chi^2=6,316$; $p=0,042$); na variável “chamar nomes feios” a relação estatística é marginalmente significativa ($\chi^2=5,770$; $p=0,071$). Nas restantes variáveis os grupos registam relação estatística de independência entre eles ($p>0,05$).

Tabela 18 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de respostas na opções SIM e NÃO, nos 3 grupos de vitimização por *bullying*, relativamente a alguns actos observados contra outros nas últimas duas semanas, na escola ou imediações (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)				Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)				Vítimas (<i>n</i> =3)				Qui-Quadrado	
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Empurrar com violência	6	75,0	2	25,0	9	47,4	10	52,6	2	66,7	1	33,3	1,886	0,472
Ameaçar	5	62,5	3	37,5	8	42,1	11	57,9	2	66,7	1	33,3	1,070	0,548
Gozar/humilhar	8	100	---	---	8	42,1	11	57,9	1	33,3	2	66,7	8,420	0,012*
Bater	8	100	---	---	7	36,8	12	63,2	1	33,3	2	66,7	9,558	0,005*
Chamar nomes ofensivos	8	100	---	---	12	63,2	7	36,8	1	33,3	2	66,7	5,770	0,071**
Levantar calúnias/rumores (dizer coisas más de alguém ou da sua família)	3	37,5	5	62,5	4	21,1	15	78,9	1	33,3	2	66,7	0,855	0,833
Excluir do grupo (não querer conviver com alguém)	5	62,5	3	37,5	8	42,1	11	57,9	2	66,7	1	33,3	1,307	0,548
Tirar coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...)	2	25,0	6	75,0	4	21,1	15	78,9	---	---	3	100	0,888	0,700
Magoar de propósito	3	37,5	5	62,5	7	36,8	12	63,2	---	---	3	100	1,668	0,620
Estragar objectos pessoais ou vestuário, de propósito	2	25,0	6	75,0	5	26,3	14	73,7	1	33,3	2	66,7	0,081	1,000
Apalpar contra a vontade da pessoa	4	50,0	4	50,0	3	15,8	16	84,2	---	---	3	100	4,698	0,126

AUTO-CONCEITO E *BULLYING* EM ADOLESCENTES COM OBESIDADE

Fazer intrigas	4	50,0	4	50,0	2	10,5	17	89,5	---	---	3	100	6,316	0,042*
Outras agressões ou perseguições	4	50,0	4	50,0	3	15,8	16	84,2	1	33,3	2	66,7	3,136	0,317

O quadro 19, relativo à questão “O que fizeste/que atitude tomaste?”, mostra que devido ao facto dos sujeitos poderem escolher mais do que uma opção de resposta, a dimensão das respostas no grupo vítimas/agressores é superior à dimensão do próprio grupo. Sempre que assistem a um acto de violência, a maioria dos sujeitos vítimas/agressores recorre a um adulto ($n=5$; 35,7%) e pede ao agressor para parar ($n=3$; 21,4%), sendo esta última posição partilhada por 4 sujeitos (19%) do grupo nem vítima nem agressor.

Quadro 19 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente à atitude tomada ($N=30$).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Não fiz nada	2	25,0	1	4,8	1	33,3
Fugi/tive medo	2	25,0	---	---	---	---
Recorri a um adulto	5	62,5	---	---	---	---
Pedi ao agressor para parar	3	37,5	4	19,0	1	33,3
Aproximei-me para ver	---	---	2	9,5	---	---
Aconselhei-a a afastar-se do agressor	2	25,0	2	9,5	---	---
Apoiei o agredido	---	---	2	9,5	1	33,3
Não respondeu	---	---	10	47,6	---	---

O quadro 20, relativa à questão “Onde ocorreram essas situações?”, mostra que a totalidade dos sujeitos vítimas/agressores e maior parte dos sujeitos nem vítimas nem agressores ($n=5$; 26,3%) e vítimas ($n=2$; 66,7%) afirmaram ter assistido aos actos de violência no recreio da escola.

Quadro 20 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao local onde observaram os actos de violência (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Recreio	8	100	5	26,3	2	66,7
Corredores e escadas	---	---	2	10,5	1	33,3
Imediações da escola	---	---	2	10,5	---	---
Não respondeu	---	---	10	52,6	---	---

O quadro 21, relativo à prática de actos de agressão contra outros em ambiente escolar ou imediações nas últimas duas semanas, verifica-se que, como seria de esperar, o grupo das vítimas/agressores registam a maior frequência de respostas SIM, sendo mais expressivo nos itens “gozar/humilhar”, “bater”, “chamar nomes ofensivos”, “empurrar com violência” e “ameaçar” com níveis estatisticamente significativos ($p < 0,05$), sugerindo a relação estatística de dependência dos sujeitos face a estes actos de *bullying*; a opção de resposta “excluir do grupo” regista valor marginalmente significativo ($p = 0,060$).

Quadro 21 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de respostas na opções SIM e NÃO, nos 3 grupos de vitimização por *bullying*, relativamente a alguns actos praticados contra outros nas últimas duas semanas, na escola ou imediações (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)				Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)				Vítimas (<i>n</i> =3)				Qui-Quadrado	
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Empurrar com violência	4	50,0	4	50,0	---	---	19	100	---	---	3	100	12,692	0,004*
Ameaçar	3	37,5	5	62,5	---	---	19	100	---	---	3	100	9,167	0,036*
Gozar/humilhar	6	75,0	2	25,0	---	---	19	100	---	---	3	100	20,625	<0,001*
Bater	6	75,0	2	25,0	---	---	19	100	---	---	3	100	20,625	<0,001*
Chamar nomes ofensivos	6	75,0	2	25,0	---	---	19	100	---	---	3	100	20,625	<0,001*
Levantar calúnias/rumores (dizer coisas más de alguém ou da sua família)	---	---	8	100	---	---	19	100	1	33,3	2	66,7	9,310	0,108
Excluir do grupo (não querer conviver com alguém)	2	25,0	6	75,0	---	---	19	100	1	33,3	2	66,7	5,926	0,060**
Tirar coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...)	---	---	8	100	1	5,3	18	94,7	---	---	3	100	0,599	1,000
Magoar de propósito (beliscaram com força; picaram com objectos)	---	---	8	100	---	---	19	100	---	---	3	100	---	---
Estragar objectos pessoais ou vestuário, de propósito	---	---	8	100	---	---	19	100	---	---	3	100	---	---
Apalpar contra a vontade da pessoa	---	---	8	100	---	---	19	100	---	---	3	100	---	---

AUTO-CONCEITO E *BULLYING* EM ADOLESCENTES COM OBESIDADE

Fazer intrigas	---	---	8	100	---	---	19	100	---	---	3	100	---	---
Outras agressões ou perseguições	1	12,5	7	87,5	---	---	19	100	---	---	3	100	2,845	0,377

O quadro 22, relativo à questão “Quantas vezes praticaste estas ações durante este período de tempo?”, mostra que a maior parte dos sujeitos do grupo vítimas/agressores nas últimas duas semanas praticou por 3 vezes actos de violência ($n=4$; 50%).

Quadro 22 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao número de vezes em que praticou ações agressivas nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 vez	1	12,5	---	---	1	33,3
2 vezes	1	12,5	---	---	---	---
3 vezes	4	50,0	---	---	---	---
mais de 3 vezes	2	25,0	1	5,3	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,7

O quadro 23, relativo à questão “Em que locais ocorreram essas situações?”, mostra que a quase totalidade dos actos de agressividade para com outros ocorreu no recreio da escola ($n=7$; 87,5%).

Quadro 23 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao local de ocorrência das situações de agressividade contra outros (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sala de aula	1	12,5	1	5,3	---	---
Recreio	7	87,5	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	3	100,0

O quadro 24, relativo à questão “Estas acções foram praticadas em grupo com outros colegas ou sozinho?”, mostra que a maioria das acções de agressividade foram cometidas em grupo ($n=5$; 62,5%).

Quadro 24 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente à prática das acções em grupo ou sozinho (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Sozinho	2	25,0	---	---	---	---
Em grupo	5	62,5	1	5,3	1	33,3
Sozinho e em grupo	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,7

O quadro 25, relativo à questão “Ao longo destas duas semanas, agrediste ou perseguiste algum dos teus colegas mais do que uma vez?”, mostra que a maioria não o fez ($n=6$; 75%).

Quadro 25 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente à realização de actos de agressividade para com os outros (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Não	6	75,0	1	5,3	1	33,3
Sim; 2 vezes	1	12,5	---	---	---	---
Sim; mais de 3 vezes	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,7

O quadro 26, relativo à questão “Ainda continuas a agredir ou a perseguir algum desses colegas?”, mostra que a totalidade dos sujeitos vítimas/agressores deixou de realizar actos de violência para com os outros.

Quadro 26 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente à continuidade dos actos de agressividade para com os outros (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não	8	100,0	1	5,3	1	33,3
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,7

O quadro 27, relativo à questão “Na tua opinião, quais as razões que levam a que tenhas estes comportamentos?”, mostra que a maioria dos sujeitos apontou como principais razões a reacção a provocações (*n*=6; 37,5%), vingança (*n*=5; 31,3%) e defesa de outros colegas (*n*=4; 25%).

Quadro 27 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente às razões que levam a tomar este tipo de comportamentos (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Vingança	5	62,5	---	---	---	---
Defesa de outros colegas	4	50,0	---	---	---	---
Brincadeira	---	---	1	5,3	1	33,3
Reacção a provocações	6	75,0	---	---	---	---
Irritação	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,6

O quadro 28, relativo à questão “O que sentes pelos colegas que agrides ou persegues na escola?”, mostra que a maioria diz sentir raiva (*n*=5; 62,5%).

Quadro 28 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao sentimento que tem pelos colegas que agredem na escola (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raiva	5	62,5	---	---	---	---
Nada	3	37,5	1	5,3	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	3	100

O quadro 29, relativo à questão “A(s) pessoa(s) que agrediste ou perseguiste era(m) ...”, mostra que a maior parte das pessoas agredidas eram do sexo masculino (*n*=5; 62,5%), são da mesma idade (*n*=7; 87,5%) e da mesma turma (*n*=8; 100%).

Quadro 29 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente às pessoas que perseguiram (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo masculino	5	62,5	1	5,3	---	---
Sexo feminino	3	37,5	---	---	---	---
Mais velhos	1	12,5	1	5,3	---	---
Da mesma idade	7	87,5	---	---	---	---
Da mesma turma	8	100,0	1	5,3	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	3	100

O quadro 30, relativo à questão “Alguém presenciou essa(s) situação(ões)?”, mostra que a totalidade dos sujeitos referiu a presença de alguém a assistir aos actos de agressividade.

Quadro 30 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao facto de alguém ter presenciado as situações de agressão (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	8	100	1	5,3	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	3	100

O quadro 31, relativo à questão “Se SIM, o que fizeram as pessoas que presenciaram?”, mostra que a maioria dos sujeitos (*n*=6; 75%) afirmou que as pessoas que presenciaram os actos de agressividade não fizeram nada.

Quadro 31 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente à reacção das pessoas que assistiram à agressão nas últimas duas semanas (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não fizeram nada	6	75,0	1	5,3	---	---
Pediram ao agressor para parar	1	12,5	---	---	---	---
Apoiaram o agressor	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	---	---	18	94,7	3	100

O quadro 32, relativo à questão “Foste castigado por causa dessa ou dessas situações?”, mostra que a totalidade dos sujeitos não foi castigado pelos actos de agressividade cometidos.

Tabela 32 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao tipo de castigo (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não	8	100,0	1	5,3	1	33,3
Não respondeu	---	---	18	94,7	2	66,7

O quadro 33, relativo à questão “Já alguém te ajudou a modificar o teu comportamento?”, mostra que a maioria dos sujeitos agressores, porventura devido ao incómodo que a questão provoca, não quis responder a esta questão (*n*=5; 62,5%).

Quadro 33 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ajuda na mudança de comportamento (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	2	25,0	1	5,3	---	---
Não	1	12,5	---	---	1	33,3
Não respondeu	5	62,5	18	94,7	2	66,7

O quadro 34, relativo à questão “Gostarias de ter um comportamento diferente com os teus colegas?”, mostra uma vez mais a predominância de não-respostas (*n*=5; 62,5%).

Quadro 34 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente à possibilidade de ter um comportamento diferente na relação com os colegas (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	2	25,0	---	---	---	---
Não	1	12,5	1	5,3	1	33,3

Não respondeu	5	62,5	18	94,7	2	66,7
---------------	---	------	----	------	---	------

O quadro 35, relativo à questão “Se SIM, o que já fizeste para mudar o teu comportamento?”, mostra igualmente a maior frequência de não-respostas ($n=6$; 75%). Todavia, os poucos que responderam afirmaram como medida terapêutica o incremento do convívio com os colegas.

Quadro 35 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao que já fez para mudar de comportamento (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Conviver mais com os colegas	2	25,0	---	---	---	---
Não respondeu	6	75,0	19	100,0	3	100

O quadro 36, relativo à questão “Consideras-te vítima da agressão ou perseguição de outros na escola?”, mostra, à semelhança das últimas questões, a maior frequência de não-respostas.

Quadro 36 – Frequência absoluta (n), relativa (%), relativamente ao considerar-se vítima de agressão ou perseguição na escola (N=30).

	Vítimas/Agressores ($n=8$)		Nem Vítimas nem Agressores ($n=19$)		Vítimas ($n=3$)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	25,0	---	---	1	33,3
Não	1	12,5	1	5,3	---	---
Não respondeu	5	62,5	18	94,7	2	66,7

O quadro 37, relativo à questão “Já pediste ajuda a alguém para ultrapassar este problema?”, mostra a maior prevalência de não-respostas ($n=6$; 75%).

Quadro 37 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao pedido de ajuda para resolver o problema (N=30).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	1	12,5	---	---	1	33,3
Não	1	12,5	---	---	---	---
Não respondeu	6	75,0	19	100,0	2	66,7

O quadro 38, relativo à questão “Achas que os teus colegas te consideram uma pessoa agressiva?”, mostra que a totalidade dos sujeitos vítimas/agressores consideram que os colegas os vêem como uma pessoa não agressiva.

Quadro 38 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente ao pensar se os colegas o(a) acham uma pessoa agressiva (N=38).

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	---	---	1	5,3	---	---
Não	8	100	18	94,7	3	100

O quadro 39, relativo à questão “Concordas com a opinião dos teus colegas?”, mostra que a maior parte concorda com a opinião dos colegas acerca de não serem pessoas agressivas (*n*=5; 62,5%). Todavia, três sujeitos afirmam não concordar com a opinião dos colegas, indiciando que são na realidade pessoas agressivas.

Quadro 39 – Frequência absoluta (*n*), relativa (%), relativamente à concordância com a opinião dos colegas quanto ao ser uma pessoa agressiva.

	Vítimas/Agressores (<i>n</i> =8)		Nem Vítimas nem Agressores (<i>n</i> =19)		Vítimas (<i>n</i> =3)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	5	62,5	10	52,6	3	100
Não	3	37,5	9	47,4	---	---

4.3.5.1 Comparação entre grupos com diferentes comportamentos de *Bullying*

Pelo quadro 40, relativo à média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação simultânea entre os grupos de sujeitos vítimas/agressor, nem vítima nem agressor e vítima, mostrou que apenas a aparência física nos dois Questionários de Auto-conceito “como é que eu sou?” e “qual é para ti a importância destas coisas?” regista diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$ e $p=0,041$, respectivamente). Para o Questionário “como é que eu sou?”, pelo *post-hoc* de Bonferroni, as diferenças ocorrem entre os grupos de Vítimas/Agressores vs Vítimas ($p=0,023$) e entre os grupos Nem Vítimas nem Agressores vs Vítimas ($p=0,023$), devido à classificação média (*mean rank*) mais elevada do grupo de sujeitos Vítimas (4,63 vs 9,67 e 10,26 vs 19,33, respectivamente), o que indicia uma mais alta competência percebida destes sujeitos ao nível da aparência física; para o Questionário “qual é para ti a importância destas coisas?” a única diferença verificou-se entre os grupos de Vítimas/Agressores vs Nem Vítimas nem Agressores ($p=0,029$), motivado pela classificação média mais elevada do grupo de sujeitos Vítima/Agressor (18,94 vs 11,92), logo uma mais alta competência percebida em termos de importância atribuída à aparência física por parte dos sujeitos vítimas/agressores.

A auto-estima global apresenta diferenças marginalmente significativas ($p=0,080$).

As subescalas Competência Atlético e Aparência Física, nos dois grupos, registam valores médios de baixa auto-percepção (≤ 13); nas restantes subescalas, os grupos apresentam, em termos médios, elevada auto-percepção (≥ 14). De uma forma geral, no Questionário “como é que eu sou?” a dispersão dos sujeitos, nas diferentes subescalas, é fraca-média, exceptuando-se a Aceitação Social no grupo de Vítimas que é elevada. Assim, a Hipótese 1 “Prevê-se que os adolescentes vítimas de *bullying* apresentam diferenças significativas no auto-conceito, em comparação com os adolescentes obesos que não sofrem

violência escolar” e a Hipótese 2 “Prevê-se que os adolescentes obesos vítimas de *bullying* manifestem diferenças significativas no auto-conceito em relação aos adolescentes obesos agressores”, apenas podem ser confirmadas parcialmente.

Quadro 40 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, *mean rank* e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação entre os três grupos de sujeitos com diferentes comportamentos de *bullying* (N=30).

	Vítima/Agressor			Nem Vítima nem Agressor			Vítima			<i>H</i> Kruskal-Wallis	
	M	DP	<i>Mean rank</i>	M	DP	<i>Mean rank</i>	M	DP	<i>Mean rank</i>	χ^2	<i>p</i>
COMO É QUE EU SOU?											
- Competência Escolar	16,1	2,10	14,06	16,3	3,18	15,26	17,3	3,79	20,83	1,379	0,502
	(13-18)			(12-23)			(13-20)				
- Aceitação Social	14,6	3,29	11,31	17,5	3,52	18,08	13,7	5,13	10,33	4,605	0,100
	(11-19)			(12-24)			(8-18)				
- Competência Atléticoa	11,0	2,20	10,69	13,3	3,28	17,13	13,3	2,89	18,00	3,365	0,186
	(9-15)			(8-20)			(10-15)				
- Aparência Física	11,0	2,56	11,19	12,6	2,27	15,50	18,0	4,58	27,00	7,211	0,027*
	(8-14)			(7-17)			(14-23)				
- Atitude Comportamental	17,8	2,77	14,06	18,7	2,94	15,84	18,7	1,53	17,17	0,356	0,837
	(13-22)			(13-24)			(17-20)				
- Auto-Estima Global	15,5	1,85	10,19	17,5	3,32	16,68	20,0	2,65	22,17	5,063	0,080**
	(14-19)			(10-23)			(18-23)				

QUAL É PARA TI A IMPORTÂNCIA DESTAS COISAS?

- Competência Escolar	6,9 (5-8)	0,99	16,50	6,6 (4-8)	1,17	14,82	7,0 (6-8)	1,00	17,17	0,354	0,838
- Aceitação Social	6,4 (4-8)	1,41	16,75	6,3 (4-8)	1,10	15,53	5,3 (3-7)	2,08	12,00	0,682	0,711
- Competência Atlética	6,0 (4-8)	1,19	17,00	5,8 (4-8)	1,13	15,95	4,3 (2-6)	2,08	8,67	2,408	0,300
- Aparência Física	6,6 (5-8)	1,06	21,56	5,6 (4-7)	0,96	13,95	4,3 (2-6)	2,08	9,17	6,396	0,041*
- Atitude Comportamental	6,6 (6-8)	0,74	14,63	6,7 (6-8)	0,93	15,13	7,3 (6-8)	1,16	20,17	1,168	0,558

*diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

**diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

4.5.3.2 Comparação Rapazes vs Raparigas relativamente à vitimização por *bullying*

Pelo quadro 41, relativo aos actos de *bullying* sofridos pelos sujeitos da amostra – rapazes e raparigas – verifica-se que em todas as variáveis da agressividade os grupos são independentes, o que significa a ausência de relação estatística entre o género e a vitimização por método agressivo no meio escolar. Estes dados não confirmam a parte da Hipótese 4 relativa ao *bullying* “Prevê-se que existam diferenças de género, no que diz respeito ... à vitimização por *bullying*, em adolescentes obesos, no sentido de as raparigas obesas apresentarem uma maior vitimização por *bullying*”

Quadro 41 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de respostas na opções SIM e NÃO, relativamente às situações de vitimização por *bullying*, nos grupos de rapazes e raparigas, nas últimas duas semanas, na escola ou imediações. Teste do Qui-quadrado (N=30).

	Rapazes (<i>n</i> =17)				Raparigas (<i>n</i> =13)				Qui-Quadrado	
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Empurraram-te, com violência	5	29,4	12	70,6	---	---	13	100	4,588	0,052**
Ameaçaram-te	4	23,5	13	76,5	---	---	13	100	3,529	0,113
Gozaram-te/humilharam-te	5	29,4	12	70,6	5	38,5	8	61,5	0,271	0,705
Bateram-te	4	23,5	13	76,5	2	15,4	11	84,6	0,305	0,672
Chamaram-te nomes ofensivos	7	41,2	10	58,8	5	38,5	8	61,5	0,023	1,000
Levantaram calúnias/rumores a teu respeito	1	5,9	16	94,1	---	---	13	100,0	0,791	1,000
Excluíram-te do grupo (não quiseram conviver contigo)	3	17,6	14	82,4	1	7,7	12	92,3	0,632	0,613
Tiraram-te coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...)	2	11,8	15	88,2	3	23,1	10	76,9	0,679	0,628
Magoaram-te, de propósito (beliscaram-te com força; picaram-te com objectos, ...)	1	5,9	16	94,1	2	15,4	11	84,6	0,739	0,565
Estragaram-te objectos pessoais ou vestuário, de propósito	5	29,4	12	70,6	1	7,7	12	92,3	2,172	0,196
Apalparam-te, contra a tua vontade	---	---	17	100	---	---	13	100	---	---

Fizeram intrigas a teu respeito	2	11,8	15	88,2	---	---	13	100	1,639	0,492
Outras agressões ou perseguições	3	17,6	14	82,4	1	7,7	12	92,3	0,632	0,613

4.4.1. Análise de Correlação entre as variáveis das subescalas “Como é que eu sou? “Qual é a importância que tem para ti estas coisas? da Escala de *Auto-conceito de Susan Harter (1985)*


Pelo quadro 42, relativo à matriz de correlação entre as subescalas do Questionário de Autoconceito de Susan Harter “como é que eu sou?”, observa-se que nos dois grupos – rapazes e raparigas – a maior parte das correlações são muito fracas ($r \leq 0,19$) e fracas ($0,20 \leq r \leq 0,39$). Nos rapazes, as correlações de mais elevada magnitude verificam-se entre as subescalas Competência Escolar vs Auto-Estima Global ($r=0,42$), Aparência Física vs Auto-Estima Global ($r=0,55$) e Aceitação Social vs Competência Atlética ($r=0,66$). Esta última correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,01$), o que indicia a possibilidade de ocorrer na população em idêntica magnitude. No grupo das raparigas, as correlações mais expressivas foram encontradas entre as subescalas Competência Escolar vs Aparência Física ($r=-0,50$), Auto-Estima Global vs Aparência Física ($r=0,52$) e Aceitação Social vs Competência Atlética ($r=0,79$). Regista-se o facto da primeira correlação ter um sentido inverso, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde a diminuição da outra (de forma moderada, dada a magnitude da correlação) e a última ser estatisticamente significativa ($p < 0,01$), daí a forte probabilidade ocorrer na população em semelhante magnitude.


Nos rapazes, a Competência Escolar, com excepção da correlação com a Auto-Estima Global, tem orientação negativa com as subescalas. A Auto-Estima Global tem orientação positiva com todas as subescalas. Nas raparigas, todas as subescalas registam orientações positivas e negativas umas com as outras.

Quadro 42 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “COMO É QUE EU SOU?”, para Rapazes e Raparigas.

	CE	AS	CA	AF	AC	AEG
CE	---	-0,35	-0,19	-0,26	-0,08	0,42
AS	0,18	---	0,66**	0,04	0,03	0,38
CA	0,28	0,79**	---	0,36	-0,31	0,37
AF	-0,50	-0,11	-0,19	---	-0,21	0,55
AC	-0,04	0,23	0,21	-0,35	---	0,01
AEG	-0,28	-0,24	-0,15	0,52	0,21	---

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

 Correlações RAPAZES

 Correlações RAPARIGAS

CE – Competência Escolar

AS – Aceitação Social

CA – Competência Atlética

AF – Aparência Física

AC – Atitude Comportamental

AEG – Auto-Estima Global

Pelo quadro 43, referente à matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Autoconceito de Susan Harter “como é que eu sou?” com o índice de massa corporal (IMC), nos dois grupos – rapazes e raparigas – observa-se que apenas as correlações do IMC com a Competência Escolar (rapazes: $r=0,08$; raparigas: $r=0,44$) e com a Atitude Comportamental (rapazes: $r=0,17$; raparigas: $r=0,28$) tiveram orientação positiva, as restantes correlações têm orientação negativa. Não se verifica a presença de correlações estatisticamente significativas. As correlações de mais elevada magnitude registam-se com a Aparência Física (rapazes: $r=-0,46$; raparigas: $r=-0,53$).

Assim, com base nos resultados apresentados, a Hipótese 6 “Prevê-se que exista uma relação inversa entre o auto-conceito e a obesidade (avaliada pelo IMC)” é confirmada parcialmente.

Tabela 43 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “COMO É QUE EU SOU?” com o IMC, para Rapazes e Raparigas (N=30).

	RAPAZES	RAPARIGAS
	IMC	IMC
Competência Escolar	0,08	0,44
Aceitação Social	-0,19	-0,05
Competência Atléticoa	-0,14	-0,12
Aparência Física	-0,46	-0,53
Atitude Comportamental	0,17	0,28
Auto-Estima Global	-0,24	-0,05


Pelo quadro 44, relativo à matriz de correlação entre as subescalas do Questionário de Autoconceito de Susan Harter “qual é para ti a importância destas coisas?”, observa-se que a maior parte das correlações nos grupos das raparigas e dos rapazes são de muito fraca e fraca magnitude, respectivamente. Nos rapazes as correlações mais elevadas verificam-se entre as subescalas Aceitação Social vs Competência Atléticoa ($r=0,70$) e Competência Atléticoa vs Aparência Física ($r=0,54$), ao passo que nas raparigas ocorrem entre as subescalas Competência Escolar vs Aparência Física ($r=0,67$) e Competência Escolar vs Atitude Comportamental ($r=0,66$), todas estatisticamente significativas ($p<0,05$) e de moderada intensidade, o que indicia a forte probabilidade destas correlações, obtidas numa amostra, serem susceptíveis de ocorrerem na população em idêntica magnitude.


Importa, ainda, referir que no grupo dos rapazes todas as correlações têm orientação positiva, ao passo que nas raparigas as correlações entre a Competência Escolar vs Aceitação Social e Competência Escolar vs Competência Atléticoa, ainda que de muito fraca magnitude, têm orientação negativa.

Quadro 44 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “QUAL É PARA TI A IMPORTÂNCIA DESTAS COISAS?”, para Rapazes e Raparigas (N=30).

	CE	AS	CA	AF	AC
CE	---	0,35	0,31	0,33	0,49*
AS	-0,01	---	0,70**	0,36	0,21
CA	-0,04	0,27	---	0,54*	0,21
AF	0,67*	0,15	0,27	---	0,15
AC	0,66*	0,06	0,25	0,50	---

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

 Correlações RPAZES

 Correlações RAPARIGAS

CE – Competência Escolar

AS – Aceitação Social

CA – Competência Atlética

AF – Aparência Física

AC – Atitude Comportamental

4.4.2. Análise de Correlação entre as variáveis vitimização por *bullying* e cada uma das subescalas do Questionário de Susan Harter “como é que eu sou?”

Pelo quadro 45, relativo à matriz de correlação entre a vitimização por *bullying* e cada uma das subescalas do Questionário de Susan Harter “como é que eu sou?”, observa-se que as correlações no grupo dos sujeitos identificados como vítimas são, com exceção da correlação entre a competência atlética vs *bullying* que regista um valor inverso e de forte magnitude ($r = -0,87$), as restantes correlações são perfeitas ($r = 1,00$ com as subescalas competência escolar, aparência física e auto-estima global, e $r = -1,00$ com as subescalas aceitação social e atitude comportamental), provavelmente devidas à reduzida dimensão da amostra ($n = 3$). No grupo de sujeitos que são simultaneamente vítimas e agressores, as correlações variam entre muito fraca a moderada magnitude, sendo que as mais expressivas

são as correlações da atitude comportamental ($r=-0,68$) e da competência atlética ($r=0,63$). A primeira sinaliza que ao aumento de uma variável corresponde a diminuição da outra, a segunda indica que ambas as variáveis (competência atlética vs ser vítima de actos de agressão) aumentam no mesmo sentido (positivo), ainda que em ambas as correlações de forma moderada ($0,40 \leq r \leq 0,69$). Os resultados obtidos apenas permitem a confirmação parcial da Hipótese 5 “Prevê-se que exista uma relação significativa entre o *bullying* e o auto-conceito”.

Quadro 45 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Susan Harter “COMO É QUE EU SOU?” vs *Bullying*”, para vítimas/agressores e vítimas de *bullying* (N=30).

	Vítimas/Agressores	Vítimas
	<i>Bullying</i>	<i>Bullying</i>
Competência Escolar	0,42	1,00**
Aceitação Social	0,09	-1,00**
Competência Atlética	0,63	-0,87*
Aparência Física	0,17	1,00**
Atitude Comportamental	-0,68	-1,00**
Auto-Estima Global	0,22	1,00**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

4.5. Discussão dos resultados

A presente investigação propôs-se analisar os adolescentes com obesidade, em relação às variáveis auto-conceito e a vitimização por parte de *bullying*. Após a exposição e descrição dos resultados e com a finalidade de obter resposta aos objectivos e hipóteses propostos, será, seguidamente, apresentada a discussão dos resultados tendo subjacente os dados de natureza empírica, apresentados na primeira parte deste trabalho.

Assim, procede-se à discussão dos resultados obtidos em relação às variáveis acima mencionadas.

4.5.1. Discussão dos Resultados

Relativamente à hipótese 1, que prevê que os adolescentes com obesidade vítimas de *bullying* apresentam diferenças significativas no auto-conceito, em relação aos adolescentes com obesidade que não sofrem violência escolar, e à hipótese 2, que prevê que os adolescentes com obesidade, vítimas de *bullying*, manifestem diferenças significativas no auto-conceito em relação aos adolescentes com obesidade agressores, estas podem apenas ser confirmadas parcialmente, uma vez que comparação simultânea entre os grupos de sujeitos vítimas/agressor, nem vítima nem agressor e vítima, mostrou que apenas a aparência física nos dois Questionários de Auto-conceito “como é que eu sou?” e “qual é para ti a importância destas coisas?” regista diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$ e $p=0,041$, respectivamente). Para o Questionário “como é que eu sou?” as diferenças ocorrem entre os grupos de Vítimas/Agressores vs Vítimas ($p=0,023$) e entre os grupos Nem Vítimas nem Agressores vs Vítimas ($p=0,023$), devido à classificação média mais elevada do grupo de sujeitos Vítimas (4,63 vs 9,67 e 10,26 vs 19,33, respectivamente), o que indicia uma mais alta competência percebida destes sujeitos ao nível da aparência física; para o Questionário “qual é para ti a importância destas coisas?” a única diferença verificou-se entre os grupos de Vítimas/Agressores vs Nem Vítimas nem Agressores ($p=0,029$), motivado pela classificação média mais elevada do grupo de sujeitos Vítima/Agressor (18,94 vs 11,92), logo uma mais alta competência percebida em termos de importância atribuída à aparência física por parte dos sujeitos vítimas/agressores.

A auto-estima global apresenta diferenças marginalmente significativas ($p=0,080$).

As subescalas Competência Atlético e Aparência Física, nos dois grupos, registam valores médios de baixa auto-percepção (≤ 13); nas restantes subescalas, os grupos apresentam, em termos médios, elevada auto-percepção (≥ 14).

Este resultado vem confirmar alguns estudos que consideram que a sociedade e, em particular, o contexto escolar estigmatizam os jovens com obesidade, rotulando o excesso de peso como um desvio social, constituindo-se como uma das potenciais características que são alvo de humilhações e violência por parte dos colegas. Assim, surgem sentimentos de auto-rejeição, que são cada vez mais intensificados pela violência sofrida na escola. Assim, gera-se um ciclo vicioso de baixa auto-estima e baixo auto-conceito (Cardoso, 2006; Oliveira et al., 2009; Wardle & Cooke, 2005). A vivência da sistemática violência física e psicológica no contexto escolar, remetem para um grande desgaste psicológico (Stunkard, 1992, cit in Bernardi et al., 2005).

Em relação aos jovens com obesidade vítimas de *bullying*, o aspecto físico diferenciado que exibem é considerado como um desvio externo, estando estes jovens expostos à violência, uma vez que o agressor explora estes traços diferenciadores de forma negativa, ridicularizando-os (Serrate, 2009). As consequências psicológicas que advém deste ciclo, verificam-se através de alterações emocionais, manifestando ansiedade, depressão e baixo-auto-conceito (Hawker & Boulton, 2000; Pearce et al., 2002). Pelo contrário, um dos fenómenos que surge após a experiência de vitimização é a troca de papéis de vítima para agressor, ou seja, os indivíduos que outrora eram encarados como alvos de *bullying*, exercem o papel de agressores, de forma a demonstrar a sua aceitação social e o respeito, uma vez que descobre que o poder sobre o outro lhe permite defender-se e ter um lugar, conquistando um “nome” entre os demais, conseguindo-se afirmar perante os colegas (Barudy, 2003, cit in Rodríguez, 2004; Fante, 2005; Neto, 2005).

No que diz respeito à hipótese 3, que prevê que existam mais adolescentes com obesidade vítimas de *bullying* do que adolescentes obesos agressores, esta pode ser parcialmente confirmada, uma vez que na base da formação dos grupos estiveram as respostas dadas às questões colocadas aos sujeitos, determinando-se a presença num grupo (vítima/agressor, nem vítima nem agressor, vítima) pela maioria das respostas dadas por cada um dos sujeitos da amostra. Assim, considerando que a dimensão da amostra para os sujeitos vítimas de *bullying* e que simultaneamente são agressores é de 8 sujeitos, e que aqueles que são apenas vítimas é de 3 sujeitos, a proximidade no tamanho amostral apenas permite confirmar parcialmente a hipótese em questão.

Verifica-se que, como seria de esperar, o grupo de sujeitos que nem é vítima nem agressor é o que apresenta em todas as questões a maior frequência de respostas NÃO. Opostamente, também como seria de esperar, o grupo de sujeitos vítimas é o que,

genericamente, revela uma maior frequência relativa de respostas SIM. Por sua vez, o grupo de sujeitos que são simultaneamente vítimas e agressores, com exceção da variável “apalparam-te, contra a tua vontade” que apresenta 100% de respostas NÃO, nas restantes variáveis existem frequências nas duas opções de resposta. Porém, as ofensas físicas e psicológicas dominam em relação aos bens materiais, destacando-se o “chamar nomes ofensivos” ($n=7$; 87,5%), “gozar/humilhar” ($n=5$; 62,5%), o “empurrar, com violência” ($n=4$; 50%), “ameaçar” ($n=4$; 50%) e o bater “ $n=4$; 50%).

Este resultado vem confirmar a literatura, uma vez que o fenómeno do *bullying*, apresenta uma grande prevalência nos jovens com obesidade, sendo descrita uma elevada tendência de vitimização por parte dos pares, originando repercussões negativas ao nível do desenvolvimento social e psicológico (Pearce et al., 2002; Serrate, 2009).

No que se refere à hipótese 4, que prevê que existam diferenças de género, no que diz respeito ao auto-conceito em adolescentes com obesidade, no sentido de as raparigas apresentarem um menor auto-conceito e maior vitimização por *bullying*, verifica-se que na comparação entre rapazes vs raparigas quanto às subescalas do questionário de auto-conceito de Susan Harter “como é que eu sou?”, revela a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). De uma forma geral, com exceção da subescala «atitude comportamental», nos dois grupos, que apresenta fraca dispersão ($CV<15$), nas restantes subescalas e nos dois grupos a dispersão é média ($15>CV\leq 30$), o que mostra a homogeneidade dos comportamentos dos sujeitos face à pontuação obtida em cada subescala. Sendo que em cada subescala a pontuação varia entre 6 e 24 pontos, indicando a pontuação mais elevada uma alta competência percebida, verifica-se que as subescalas «Competência Atlética» e «Aparência Física», nos dois grupos, situam-se num nível de baixa auto-percepção (<13) as subescalas «Atitude Comportamental», «Auto-Estima Global» nos rapazes, mais a «Aceitação Social» e «Competência Escolar» nas raparigas, são as que registam mais alta competência percebida ($>70\%$). Nos rapazes, a subescala «Aceitação Social» situa-se num nível moderado de competência percebida (aproximadamente, 67%). Percebe-se que as raparigas, não obstante a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, registam, em termos médios, graus mais altos de competência percebida.

Assim, com base nos resultados obtidos, relativos ao auto-conceito, não confirmamos a hipótese em questão, relativamente à subescala acima referida.

Na comparação entre rapazes vs raparigas quanto às subescalas do questionário de autoconceito de Susan Harter “qual é para ti a importância destas coisas?”, mostra que apenas

na subescala «Aparência Física» existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$), motivado pela classificação média (*mean rank*) mais elevada do grupo das raparigas (12,50 vs 19,42), demonstrativo de uma mais alta competência percebida por parte das raparigas no que à aparência física diz respeito (ou seja, maior grau de satisfação com o seu aspecto físico). Nas restantes subescalas predomina o equilíbrio entre os grupos, ou seja, inexistem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Verifica-se que na generalidade das subescalas a competência percebida é superior a 70% (a excepção regista-se na aparência física dos rapazes que é de, aproximadamente, 68%).

Assim, com base nos resultados obtidos, relativos ao auto-conceito, não confirmamos a hipótese em questão, relativamente à subescala acima referida.

Relativamente aos actos de *bullying* sofridos pelos sujeitos da amostra – rapazes e raparigas – verifica-se que em todas as variáveis da agressividade os grupos são independentes, o que significa a ausência de relação estatística entre o género e a vitimização por método agressivo no meio escolar. Estes dados não confirmam a parte da Hipótese 4 relativa ao *bullying*.

O resultado obtido através da análise desta hipótese corrobora a literatura, no sentido de que as vítimas de agressões em contexto escolar, não se encontram diferenciadas pelo género, ou seja, a prevalência de agressões nos rapazes e nas raparigas é equivalente, surgindo as mesmas consequências a nível psicológico para ambos (Blaya, 2006; Beane, 2011).

No que concerne à hipótese 5, prevê-se que exista uma relação significativa entre o *bullying* e o auto-conceito, esta é confirmada parcialmente, uma vez que as correlações no grupo dos sujeitos identificados como vítimas são, com excepção da correlação entre a competência atlética vs *bullying* que regista um valor inverso e de forte magnitude ($r=-0,87$), as restantes correlações são perfeitas ($r=1,00$ com as subescalas competência escolar, aparência física e auto-estima global, e $r=-1,00$ com as subescalas aceitação social e atitude comportamental), provavelmente devidas à reduzida dimensão da amostra ($n=3$). No grupo de sujeitos que são simultaneamente vítimas e agressores, as correlações variam entre muito fraca a moderada magnitude, sendo que as mais expressivas são as correlações da atitude comportamental ($r=-0,68$) e da competência atlética ($r=0,63$). A primeira sinaliza que ao aumento de uma variável corresponde a diminuição da outra, a segunda indica que ambas as variáveis (competência atlética vs ser vítima de actos de agressão) aumentam no mesmo sentido (positivo), ainda que em ambas as correlações de forma moderada ($0,40 \leq r \leq 0,69$).

Através do resultado obtido, é possível constatar que os jovens vítimas de *bullying*, manifestam alterações emocionais, nomeadamente, o aparecimento de ansiedade elevada, depressão, baixo auto-conceito e problemas comportamentais (Hawker & Boulton, 2000; Janssen, et al., 2000).

Por fim, a hipótese 6 indica que exista uma relação inversa entre o auto-conceito e a obesidade (avaliada pelo IMC), é parcialmente confirmada, uma vez que a correlação entre as subescalas do Questionário de Auto-conceito de Susan Harter “como é que eu sou?”, observa-se que nos dois grupos – rapazes e raparigas – a maior parte das correlações são muito fracas ($r \leq 0,19$) e fracas ($0,20 \leq r \leq 0,39$). Nos rapazes, as correlações de mais elevada magnitude verificam-se entre as subescalas Competência Escolar vs Auto-Estima Global ($r=0,42$), Aparência Física vs Auto-Estima Global ($r=0,55$) e Aceitação Social vs Competência Atlética ($r=0,66$). Esta última correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,01$), o que indicia a possibilidade de ocorrer na população em idêntica magnitude. No grupo das raparigas, as correlações mais expressivas foram encontradas entre as subescalas Competência Escolar vs Aparência Física ($r=-0,50$), Auto-Estima Global vs Aparência Física ($r=0,52$) e Aceitação Social vs Competência Atlética ($r=0,79$). Regista-se o facto da primeira correlação ter um sentido inverso, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde a diminuição da outra (de forma moderada, dada a magnitude da correlação) e a última ser estatisticamente significativa ($p < 0,01$), daí a forte probabilidade ocorrer na população em semelhante magnitude.

A matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Auto-conceito de Susan Harter “como é que eu sou?” com o índice de massa corporal (IMC), nos dois grupos – rapazes e raparigas – observa-se que apenas as correlações do IMC com a Competência Escolar (rapazes: $r=0,08$; raparigas: $r=0,44$) e com a Atitude Comportamental (rapazes: $r=0,17$; raparigas: $r=0,28$) tiveram orientação positiva, as restantes correlações têm orientação negativa.

Relativamente à matriz de correlação entre as subescalas do Questionário de Auto-conceito de Susan Harter “qual é para ti a importância destas coisas?”, observa-se que a maior parte das correlações nos grupos das raparigas e dos rapazes são de muito fraca e fraca magnitude, respectivamente. Nos rapazes as correlações mais elevadas verificam-se entre as subescalas Aceitação Social vs Competência Atlética ($r=0,70$) e Competência Atlética vs Aparência Física ($r=0,54$), ao passo que nas raparigas ocorrem entre as subescalas Competência Escolar vs Aparência Física ($r=0,67$) e Competência Escolar vs Atitude

Comportamental ($r=0,66$), todas estatisticamente significativas ($p<0,05$) e de moderada intensidade, o que indicia a forte probabilidade destas correlações, obtidas numa amostra, serem susceptíveis de ocorrerem na população em idêntica magnitude.

Importa, ainda, referir que no grupo dos rapazes todas as correlações têm orientação positiva, ao passo que nas raparigas as correlações entre a Competência Escolar vs Aceitação Social e Competência Escolar vs Competência Atlética, ainda que de muito fraca magnitude, têm orientação negativa.

Este resultado permitir considerar que as crianças e adolescentes diagnosticados com obesidade, apresentam elevados índices de insatisfação, apresentando um baixo auto-conceito (Jay, 2004; Muller, 1999 cit in Simões & Meneses, 2007). É possível constatar que as crianças com excesso de peso desenvolvem índices de auto-estima negativos associados a elevados sentimentos de tristeza, ansiedade e solidão, fortemente ligados ao desenvolvimento de comportamentos de risco (Strauss, 2000).

Capítulo 5- Conclusão Geral

O presente estudo tem como principal objectivo relacionar a percepção do auto-conceito e a violência escolar em adolescentes com obesidade. Como tal, o estudo é caracterizado por uma amostra de conveniência constituída por 30 elementos (17 do sexo masculino e 13 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos. Como pressuposto desta investigação, considerou-se pertinente avaliar os jovens com obesidade, em relação à percepção do auto-conceito e à vitimização por parte dos colegas.

Seguidamente, será apresentado um breve resumo relativo aos resultados obtidos. Assim, constatou-se que existe uma relação negativa entre o IMC e o auto-conceito, no sentido de que, quanto mais elevado é o IMC, mais baixo é o auto-conceito apresentado pelo adolescente com obesidade.

Relativamente ao fenómeno do *bullying*, verificou-se que as agressões afectam igualmente ambos os géneros, não se verificando diferenças estatisticamente significantes entre os rapazes e as raparigas, afectando de igual forma os seus auto-conceitos.

Por fim, são referidas algumas considerações e limitações acerca do estudo desenvolvido. No que diz respeito às primeiras, seria importante a criação de um grupo de adolescentes sem obesidade, constituindo-se como um grupo de comparação, em relação à amostra conseguida para a investigação, de forma a relacionar as variáveis auto-conceito e vitimização e obtendo um resultado mais significativo entre as mesmas, sendo esperado um maior índice de vitimização e um menor auto-conceito.

Relativamente às limitações encontradas, seria pertinente a replicação do estudo com uma amostra mais vasta, podendo mesmo ser desenvolvido um estudo longitudinal, de forma a verificar as consequências para o auto-conceito que advém do *bullying*. Outro aspecto a ser considerado é o facto de serem utilizados questionários, o que poderá ter conduzido a respostas socialmente desejáveis, bem como a presença de ou não de outro(s) significativo(s) podem ter enviesado os relatos dos participantes. Por último, é relevante a recolha da amostra em diferentes instituições, possibilitando a comparação de jovens de diferentes idades, de diferentes graus de vitimização, de diferentes áreas geográficas e, porventura, de diferentes grupos étnicos.

Como nota final, é necessário alertar para a alteração dos hábitos alimentares das crianças e jovens, de forma a prevenir as consequências físicas, psicológicas e sociais que advém da obesidade, tendo por isso, a Psicologia da Saúde um papel imprescindível, uma vez que tem como objectivo educar para a saúde e promover a alteração e a aprendizagem de novos hábitos alimentares, considerados mais saudáveis. Contudo, este processo só é possível

se a família se encontrar inserida no mesmo, uma vez que se constituem como os alicerces para a criação de condições que promovam a mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (s.d). *Características Psicológicas Associadas à Saúde: a Importância do Auto-conceito*. Webartigos.com
- Almeida, G., Loureiro, S., & Santos, J. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 283-292.
- Almeida, A. & Paias, T., (s.d.). *Esteja atento ao Bullying escolar*. [On – line]. Available: <http://www.Psiconos.pt/artigos/bullyingescolar.html>. (Consultado a 16 Nov. 2010).
- Ballone, G.J. (2005). *Maldade da infância e adolescência: Bullying*. Disponível em www.psiqweb.med.br [Consultado a Dezembro de 2010].
- Barlow, D. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psiquiátricos* (M.R.B. Osório, Trad). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1993).
- Barreto, M., Benalte, A., Gómez, A.; Gala, J. & Lupiani, M.(2007). El bullying y otras formas de violencia adolescente. In: *Cuadernos de Medicina Forense*, 13, 48-49, 165-177.
- Barros, N. (2010). *Violência nas escolas: Bullying*. Lisboa, Bertrand Editora.
- Bastos, M., & Pereira, M. A., (2008). *Obesidade Infantil*. Webartigos.com
- Beane, A. (2011). *Proteja o seu filho do Bullying*. Lisboa, Porto Editora.
- Bernardi, F., Chichelero, C & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Berry, T., & Howe, B. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of sport behaviour*, 23, 207-208.

- Biblioteca Escolar (2008/2009). *Bullying: violência na escola*. Centro de Recursos Educativos. Escola EB2,3/ S de Valença.
- Blaya, C. (2006). *Violência e Maus-Tratos em Meio Escolar*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Botelho, R., & Sousa, J. (2007). Bullying e educação física na escola: características, casos consequências e estratégias de intervenção. *Revista de Educação Física*, 139, 58–70.
- Branco, M. & Pereira, A. (2001). A auto-estima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente. *Psicologia Educação e Cultura*, 2, 335-346.
- British Medical Association (BMA, 2005). *Preventing childhood obesity*. London.
- Britz, B., Siegfried, W., Siegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmanns, B., Renschmidt, H., Wittchen, H., & Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 197-206.
- Buela-Casal, G., & Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Byrne, N. M., & Hills, A.P. (1997). Correlations of body composition and body-image assessments of adolescents. *Percept Mot Skills*, 84, 1330-1336.
- Candau, V., Lucinda, M. & Nascimento, M. *Escola e violência*. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.

- Cardoso, L. (2006). *Avaliação Psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional à Obesidade*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade Ribeirão Preto.
- Cardoso, L. (2006). *Avaliação Psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional à Obesidade*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade Ribeirão Preto.
- Carvalhosa, S., Lima, L., & Matos, M.G. (2001). Bullying—A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Análise Psicológica*, 4 (29), 523 – 537.
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará. (2005). *Auto-conceito, Imagem corporal em crianças obesas*. Disponível em <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/30/13.htm>. [Consultado a Dezembro de 2010].
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência* (Trad. de L. S. Oliveira). Lisboa: Verbo.
- Colovini, C.E., & Costa, M.R. (s.d.). *O fenómeno Bullying na percepção dos professores*. [On – line]. Available: http://www.bullying.pro.br/artigo_cientifico.pdf. (8 de Outubro de 2010).
- Correia, M. (2004). *Determinantes psico-afectivas e sócio-culturais no tratamento da Obesidade*. Dissertação de Doutorado em Ciências Biomédicas apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Damke, S. & Santos, S. (2007). *A concepção de Bullying nas escolas*. Comunicação apresentada no I Congresso de Educação UNIPAN, Cascavel.
- Dietz, W.H. (1998). Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *Journal of Nutrition*, 129, 411-414.
- DGS, (2005). Programa Nacional de Combate à obesidade. Ministério da Saúde.

- Emídio, R., Santos, A., Maia, J., Monteiro, L. & Veríssimo (2008). Auto-conceito e aceitação pelos pares no final do período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 3, 491-499.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar (Obra original publicada em 1968).
- Fante, C. (2005). Fenómeno Bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 361-371.
- Ferreira, S., Tinoco, A., Penato, E. & Viana, N. L. (2006). Aspectos Etiológicos e o Papel do exercício físico na Prevenção e Controle da Obesidade. *Revista de Educação Física/Universidade Federal de Viçosa - Brasil*.
- Ferreira, E. (2006). Bullying em Contexto Escolar: Narrativas e Significados em Adolescentes e Pré-Adolescentes. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- Ferreira, T. & Faria, M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 227-234.
- Figueiredo, M. (2000). Relações entre o auto-conceito e as variáveis idade, ano de escolaridade, género e NSE. *Análise Psicológica*, 3, 501-520.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os Adolescentes*. Lisboa, Editorial Presença.
- Fontaine, A. (1991). Desenvolvimento do auto-conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13-31.
- Fontaine, M. & Faria, L. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à População Portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.

- Franco, V. & Nicolau, H. (2008). Auto-conceito dos professores: principais factores usando modelos de Análise de Dados Multivariada, *Educar*, 32, 161-179.
- Francischi, P., Pereira, O., Freitas, S., Klopfer, M., Santos, C. & Vieira, P. (2000). Obesidade: Actualização Sobre Sua Etiologia, Morbidade e Tratamento. *Revista de Nutrição*, 13 (1) 2000
- Freire, Simão & Ferreira (2005). O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico- um questionário aferido para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Educação*, 19 (2), 157-183.
- Garrow, J., Sadler, M.J., Strain, J.J., & Caballero B. (1999). *Obesity Encyclopaedia of Human Nutrition*. Academic Press, London, 1430-1446.
- González, E. (2004). Los Niños y La Auto-estima. *Revista Psicológica*. Disponível em: <http://los%20niños%20Y%20LA%20AUTOESTIMA.htm>. (Consultado a 18 de Novembro de 2010).
- Griffiths, J., Wolke, D., Page, S., & Horwood, P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch. Dis. Child*, 91, 121-125.
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M.J. (2000). Twenty years`research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-studies. *Child Psychol Psychiatry*, 41, 441-455.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). Classificação Nacional de Profissões. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.
- Janssen, I., Craig, W., Boyce, W., & Pickett, W. (2004). Association between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113 (5), 1187-1199.

- Jay, M. (2004). Childhood obesity is not phat. *The Journal of Pediatrics*, 144, A1.
- Lago, A., Massa, J., & Piedra, R. (2006). Crianças contra crianças: o bullying, uma perturbação emergente. *Revista na Pediatria*, 64 (2), 101-104.
- Leite, R. L. O. (1999) *A supervisão dos recreios: uma medida eficaz na prevenção do Bullying*. Dissertação de Mestrado apresenta ao Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Lopes, M., Moreno, A. & Martínez, C. (2004). Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17 (3), 80-92.
- Lourenço, O.M. (1992). *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina.
- Machado, M. (1999). *Raciocínio operatório formal: análise do seu estatuto no desenvolvimento*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Martins, M., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. *Provas Psicológicas em Portugal, I*, 79-89.
- Martins, D., Nunes, M. & Noronha, A (2008). Satisfação com a imagem corporal e auto-conceito em adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática*, 10(2),94-105.
- McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2001). Parent peer, and media influence in body image strategies to increase or decrease body size among adolescents boys and girls. *Adolescence*, 36 (142), 225-240.
- Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*, 15, 155-161.

- Nascimento, M., & Neto, J. (2006). *Infância: Violência, Instituições e Políticas públicas*. São Paulo: Expressão e Arte Editora.
- Navarro, R. (2007). *Avaliação do auto-conceito de pré-escolares obesos em três escolas do Município de Dourados*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde.
- Neto, A. (2005). Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. *Revista de pediatria*, 81, S164–S172.
- Neto, J. & Nascimento, M.(2006). *Infância: Violência, Instituições e Políticas públicas*. São Paulo: Expressão e Arte Editora.
- Nobre, E. Jorge, Z., Macedo, A., & Castro, J., (2004). *Tendências do peso em Portugal no final do século XX, estudo de coorte de jovens do sexo masculino*. *Acta Med. Port.*, p. 205-209.
- Oliveira, S., & António, S. (2006). Sentimentos de adolescente relacionados ao fenómeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista81/original_04.htm (Consultado a 20 de Novembro de 2010).
- Oliveira, A.M., Cerqueira, E.M., Sousa, J., & Oliveira, A. (2003). *Sobrepeso e obesidade infantil: influência de factores biológicos e ambientais em Feira Santana*. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/obes_em_feira_de_santana.pdf [Consultado a Dezembro de 2010]
- Oliveira, C., Mello, M., Cintra, I. & Fisberg, M. (2004). *Revista Nutrição*, 17 (2), 237-245.
- Oliveira, A., Albuquerque, C., Carvalho, G., Sendin, P., & Silva, M. (2009). *Determinantes da Obesidade nos Adolescentes*. Actas do Vº Seminário Internacional/IIº IberoAmericano de Educação Física, Lazer e Saúde.

- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Pediatric*, 94 (11), 1550-1557.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGrawHill.
- Paumgarten, F. (2011). Tratamento Farmacológico da Obesidade: a perspectiva da saúde pública. *Caderno Saúde Pública*, 27 (3), 404-405.
- Pearce, J., Boerges, J., & Prinstein, S. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity review*, 10, 386-393.
- Peralta, C. & Rodrigues, A. (2006). *Juízo Moral na Adolescência: A Psicologia Social na Senda da Psicologia do Desenvolvimento Através da Análise de Poemas de Canções Rock*. Psicologia.com.pt
- Pereira, T. (2007). *Obesidade: A Epidemia do Século XXI?*. Psicologia.com.pt
- Pereira, B., Condessa, I., Carvalho, G., Cunha, C. & Pereira, V. (2009). *Determinantes da Obesidade nos Adolescentes*. Actas do Vº Seminário Internacional/IIº Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde
- Pestana, MH; Gageiro, JN (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo, 4ª ed. Lisboa.
- Póvoas, F. (2007). *O Prazer de Emagrecer*. 6ª Edição. Porto: Caderno, 25-82.
- Queirós, M. (2008). *A actividade física e o bullying em crianças com excesso de peso/obesas*. Monografia apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Ramirez, F. C. (2001). *Condutas agressivas na idade escolar*. Lisboa: Editora McGraw Hill.

Rebelo, S.L. (s.d.). *Bullying: uma realidade cruel no contexto escolar*. [On - line]. Available: <http://www.profala.com/arteducesp120.htm>. (12 out.2010).

Revista Crescer (2007). *Comendo emoções e Combatendo a Obesidade*. Editora Globo.

Rocha, A., Castro, C., & Santiago, L. M. (2007). Obesidade Infantil: que consequências?. *Revista Referência*, IIª série – n. 5, p. 59-68.

Rodríguez, N. (2004). *Bullying: Guerra nas escolas*. Lisboa: Sinais de Fogo.

Rodriquez, N.E. (2007). *Bullying: Guerra nas escolas*. Lisboa: Sinais de Fogo.

Sabrina, R. (2006). Victimization of Obese Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 22 (4), 201-206.

Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sanches, J., Costa, J., & Gomes, M. (2006). Auto-Imagem corporal em adolescentes do sexo feminino: um estudo entre escolares do ensino fundamental. *Revista científica da femininas*, 2 (1), 223

Santos, C.O., & Damke, A.S. (2007). *A concepção de bullying nas escolas*. Comunicação apresentada no I Congresso de Educação UNIPAN, Cascavel.

Santos, E. (2007). *O bullying em uma escola filantrópica: As crianças contam suas histórias*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Santos, I. & Baptista, A. (2004). A Imagem Corporal nas Perturbações Alimentares e na Obesidade. *Avaliação Psicológica*, X, 511-521.

Santos, P.J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg self-esteem scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares: In *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. VI, pp. 101-103). Braga: Apport.

- Santos, P.J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sardinha, L. B., & Moreira, M. H. (1999). Avaliação da adiposidade em crianças e adolescentes através do Índice de Massa Corporal. *Endocrinologia, Metabolismo & Nutrição*, 8 (4), 155-164.
- Schoenborn, A., Adams, F., & Barnes, M. (2002). Body weight status of adults: United States, 1997-1998. *Advance Data from Vital and Health Statistics* .
- Schwartz, M.B., & Brownell, K.D.(2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56.
- Serrate, R. (2009). *Lidar com o Bullying na escola*. Sintra, K Editora.
- Silva, T.N. (2006). *Bullying só quem vive sabe traduzir*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Católica de Pelotas, Pelotas.
- Silva, L. (2008). *Impacto de intervenção no sobrepeso e obesidade em crianças de seis a dez anos de idade, matriculadas em escolas públicas e particulares na região urbana de Criciúna- Sc*. Tese de doutoramento, Brasil.
- Silva, D. (2009). *Variáveis Psicossociais na Obesidade Infantil*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Silva, R. (2010). *A obesidade na infância para a adolescência: um estudo longitudinal em meio escolar*. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Educação da Universidade do Minho.
- Simões, D. & Meneses, R. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2): 246-251.

- Sisto, F., Bartholomeu, D., Ruela, F., & Fernandes, D. (2004). Auto-conceito e emoções. In C. Machado, L.S. Almeida, M.M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (vol.10, pp. 68-74). Braga: Psiquilibrios.
- Smolak, L. (2003). Body image in children and adolescents: where do we go from here?, *Body Image*, 1(1), 15-28.
- Sprinthall, A., Collins, A. (1999) *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Soares, D. & Petroski, E. (2003). Prevalência em crianças de factores Etiológicos e Tratamento da Obesidade Infantil. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*.
- Sousa, P. (2006). *Desenvolvimento moral na adolescência*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Strauss, R. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105 (1), 1-5.
- Teles, A., Reis, J., Dias, T. (2008). *Obesidade: Prevenção e Terapêutica*. Lisboa: Editorial Presença
- Teixeira, S. (2008). *Os maus-tratos entre pares: um estudo das percepções sociais de alunos no 2º e 3º ciclos do ensino básico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Vasques, F., Martins, F. & Azevedo, A. (2004). Aspectos Psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 31 (4), 195-198.
- Viana, V.(2002). Psicologia, Saúde e Nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. 4 (XX): 611-624

Villar, P. & Abreu, R. (2011). *A Idade Do Armário*. Lisboa, Esfera dos Livros.

Wang, J., Ronald, I. & Jeremy, L. (2009). Bullying Victimization Among Underweight and Overweight U.S. Youth: Differential Associations for Boys and Girls. *Journal of Adolescent Health*, 47, 99-101.

Wardle, J. & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research*, 19 (3), 421-440

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, encontro-me a desenvolver o projecto de investigação intitulado: “Obesidade na Adolescência: a repercussão no auto-conceito e o fenómeno da violência escolar”. Desta forma, solicito a participação no estudo, que consistirá apenas na administração de questionários, onde o participante terá que responder a algumas questões.

A participação é importante, uma vez que permite obter conhecimentos acerca da temática em questão. As informações recolhidas são estritamente confidenciais, pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se a qualquer momento. É de salientar que esta pesquisa não trará nenhum dano ou prejuízo para o participante,

Serão administrados os questionários: Questionário sócio-demográfico, Questionário de Perfil Clínico, Questionário de Auto-conceito de Susan Harter e Questionário para Estudo da Violência entre Pares no 3º ciclo do Ensino Básico.

Data/...../.....

Data/...../.....

Assinatura do Investigador

Assinatura do participante

Questionário sócio-demográfico

Dados sócio-demográficos

Idade: _____

Género: _____

Nacionalidade: _____

Residência: _____

Escolaridade: _____

Estado civil dos pais: _____

Agregado familiar: _____

Tens irmãos? _____

Quantos? _____

Nível sócio-económico: Alto _____ Médio _____ Baixo _____

Após a escola, com quem convives?

Questionário Perfil Clínico

Antecedentes Familiares Relevantes

Grau de Parentesco: _____

Doenças: _____

Dados e Antecedentes Pessoais

Altura: _____

Peso: _____

Exercício Físico: Sim _____ Não _____ Qual? _____

Regularidade _____

Internamentos: Sim _____ Não _____

Causa _____

Existências de patologias

Foro	Medicação
Congénita	
Pulmonar	
Cardiovascular	
Infecto-contagiosa	
Gastroenterologia	
Endocrinologia	
Nervoso	
Psiquiátrico	
Dermatológico	

Oftalmológico	
Otorrinológico	

Consideras-te saudável? Sim _____ Não _____

Porquê? _____

Que outras especialidades médicas frequentas?

Nutrição _____

Pedopsiquiatria _____

Pediatria _____

Outras _____

COMO É QUE EU SOU

Adaptação do Self-Perception Profile for Children de Susan Harter

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

U.I.P.C.D.E. – Unidade de Investigação de Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação

SOU
TAL E
QUAL
ASSIM

SOU
UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU
UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU
TAL E
QUAL
ASSIM

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostam de brincar na rua nos seus tempos livres	MAS	Outras gostam mais de ficar em casa a ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--	-----	--	--------------------------	--------------------------

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham que são muito boas nos seus trabalhos da escola. | MAS | Outras preocupam-se porque muitas vezes não sabem fazer os trabalhos da escola. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham difícil fazer amigos. | MAS | Outras acham muito fácil fazer amigos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças são muito boas em todas as espécies de desportos. | MAS | Outras acham que não são muito boas quando fazem desporto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças gostam do aspecto que têm. | MAS | Outras não gostam do aspecto que têm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças não gostam do modo como se portam. | MAS | Outras gostam do modo como se portam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não estão muito satisfeitas consigo próprias.	MAS	Outras estão bastante satisfeitas consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são tão inteligentes como outras crianças da sua idade.	MAS	Outras não têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm muitos amigos.	MAS	Outras não têm muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam de ser muito melhores no desporto.	MAS	Outras acham que são boas no desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão satisfeitas com a altura e peso que têm.	MAS	Outras gostariam que a sua altura ou peso fossem diferentes .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam fazer aquilo que devem .	MAS	Outras não costumam fazer o que devem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças não gostam da vida que têm.	MAS	Outras gostam da vida que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças demoram muito tempo a fazer os trabalhos da escola.	MAS	Outras conseguem fazer os trabalhos da escola depressa .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam de ter muitos amigos.	MAS	Outras têm todos os amigos que querem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que podiam ser boas em qualquer desporto que nunca experimentaram.	MAS	Outras receiam não ser boas em desportos que nunca experimentaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu corpo fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu corpo tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam portar-se como sabem que <u>devem portar-se</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam portar-se como sabem que devem portar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão <u>contentes</u> consigo próprias.	MAS	Outras normalmente não estão contentes consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>esquecem</u> muitas vezes o que aprendem.	MAS	Outras conseguem <u>lembrar-se</u> das coisas com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças conseguem que as suas ideias sejam <u>sempre</u> aceites pelas outras crianças.	MAS	Outras <u>não</u> conseguem que as suas ideias sejam aceites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são <u>melhores</u> do que as outras da mesma idade a fazer desporto.	MAS	Outras acham que <u>não</u> são capazes fazer desporto tão bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu aspecto físico (a sua aparência) fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu aspecto físico tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças arranjam muitas vezes <u>complicações</u> , por causa das coisas que fazem.	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer coisas que as metam em complicações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostam</u> do tipo de pessoa que são.	MAS	Outras preferiam ser <u>outra</u> pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são muito <u>boas</u> nos estudos.	MAS	Outras <u>não</u> são muito boas nos estudos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que <u>mais</u> crianças da sua idade gostassem delas.	MAS	Outras acham que a maior parte dos crianças da sua idade <u>gostam</u> delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em jogos e desportos algumas crianças costumam <u>assistir</u> em vez de jogar.	MAS	Outras <u>jogam</u> a maior parte das vezes em vez de ficarem só a ver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que a sua cara ou os seus cabelos fossem <u>diferentes</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> da cara e do cabelo que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças fazem coisas que sabem que <u>não deviam</u> fazer.	MAS	Outras <u>quase nunca</u> fazem coisas que não devem fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão muito <u>satisfeitos</u> por serem aquilo que são.		Outras gostavam de ser <u>diferentes</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>dificuldade</u> na escola para descobrirem as respostas certas.	MAS	Outras quase sempre conseguem <u>responder certo</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>todos</u> os amigos que gostavam de ter.	MAS	Outras gostavam de ter <u>mais</u> amigos porque sentem que têm poucos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>dificuldade</u> em novas actividades desportivas.	MAS	Outras são <u>boas</u> desde o princípio em novas actividades desportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são <u>bonitas</u> .	MAS	Outras acham que <u>não</u> são bonitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças portam-se muito <u>bem</u> .	MAS	Outras acham <u>difícil</u> portar-se bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36

Algumas crianças **não** gostam muito da maneira como fazem as coisas.

MAS

Outras acham **boa** a maneira como fazem as coisas.

QUAL É PARA TI A IMPORTÂNCIA DESTAS COISAS ?

NOME: _____ ANO: ____ TURMA: _____ Nº: _____

SOU TAL
E
QUAL
ASSIM

SOU UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU TAL
E
QUAL
ASSIM

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham que é importante ser bom aluno para se sentirem bem. | MAS | Outras não acham que seja assim tão importante o modo como vão nos estudos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças não acham que seja importante ter muitos amigos. | MAS | Outras acham que ter muitos amigos é importante para se sentirem bem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham que é importante ser bom em desportos. | MAS | Outras não acham que a habilidade para desportos seja importante para se sentirem bem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham que é importante ser bonito para se sentirem bem. | MAS | Outras acham que não é muito importante ser bonito. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham que é importante portar-se bem. | MAS | Outras acham que o modo como se portam não é muito importante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas crianças acham que ter boas notas não é muito importante para se sentirem bem. | MAS | Outras acham que ter boas notas é importante . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham <u>importante</u> brincar com outras crianças.	MAS	Outras <u>não</u> acham importante brincar com muitas crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que ter geito para desportos <u>não</u> é importante para se sentirem bem.	MAS	Outras acham que ser bom atleta é <u>importante.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que o seu aspecto físico <u>não</u> é importante para se sentirem bem.	MAS	Outras acham que o seu aspecto físico é <u>importante.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que o modo como se portam <u>não</u> é muito importante.	MAS	Outras acham que é <u>importante</u> portar-se como deve ser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO P/A O ESTUDO DA VIOLÊNCIA ENTRE PARES

Este questionário destina-se a recolher opiniões dos estudantes acerca de alguns aspectos da sua vida escolar. É anónimo e a informação recolhida através dele é absolutamente confidencial.

Ano de escolaridade: _____

A. Começamos por te pedir alguns dados de carácter pessoal:

1. Que idade tens? _____ 2. A que género pertences?

1	Masculino	<input type="checkbox"/>
---	-----------	--------------------------

2	Feminino	<input type="checkbox"/>
---	----------	--------------------------

3. Onde nasceste?

1	Portugal	<input type="checkbox"/>
2	África	<input type="checkbox"/>
3	América	<input type="checkbox"/>
4	Ásia	<input type="checkbox"/>
5	Europa	<input type="checkbox"/>

4. Qual é a profissão do teu pai? _____

5. Qual é a profissão da tua mãe? _____

6. Quais são as habilitações académicas do teu pai?

1	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
2	Sabe ler e escrever sem grau de escolaridade	<input type="checkbox"/>
3	1º ciclo (4º ano)	<input type="checkbox"/>
4	2º ciclo (6º ano)	<input type="checkbox"/>
5	Escolaridade obrigatória (9º ano)	<input type="checkbox"/>
6	Ensino secundário (12º ano)	<input type="checkbox"/>
7	Ensino Superior	<input type="checkbox"/>

7. Quais são as habilitações académicas da tua mãe?

1	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
2	Sabe ler e escrever sem grau de escolaridade	<input type="checkbox"/>
3	1º ciclo (4º ano)	<input type="checkbox"/>
4	2º ciclo (6º ano)	<input type="checkbox"/>

5	Escolaridade obrigatória (9º ano)	<input type="checkbox"/>
6	Ensino secundário (12º ano)	<input type="checkbox"/>
7	Ensino Superior	<input type="checkbox"/>

8. Onde nasceu o teu pai?

1	Portugal	<input type="checkbox"/>
2	África	<input type="checkbox"/>
3	América	<input type="checkbox"/>
4	Ásia	<input type="checkbox"/>
5	Europa	<input type="checkbox"/>

9. Onde nasceu a tua mãe?

1	Portugal	<input type="checkbox"/>
2	África	<input type="checkbox"/>
3	América	<input type="checkbox"/>
4	Ásia	<input type="checkbox"/>
5	Europa	<input type="checkbox"/>

10. Qual a situação civil dos teus pais?

1	Casados	<input type="checkbox"/>
2	Divorciados	<input type="checkbox"/>
3	Separados	<input type="checkbox"/>
4	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>
5	União de facto	<input type="checkbox"/>
6	Solteiros	<input type="checkbox"/>

11. Tens irmãos?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

Se respondeste não passa à pergunta 12.

11.1. Quantos irmãos tens?

11.2. Os teus irmãos são?

1	Um	<input type="checkbox"/>
2	Dois	<input type="checkbox"/>
3	Três ou mais	<input type="checkbox"/>

1	Mais velhos	<input type="checkbox"/>
2	Mais novos	<input type="checkbox"/>
3	Mais velhos e mais novos	<input type="checkbox"/>
4	Mesma idade	<input type="checkbox"/>

12. Com quem vives?

1	com os pais	<input type="checkbox"/>
2	com pais e irmãos	<input type="checkbox"/>
3	só com a mãe	<input type="checkbox"/>
4	só com o pai	<input type="checkbox"/>
5	com mãe e irmãos	<input type="checkbox"/>
6	com pai e irmãos	<input type="checkbox"/>
7	outras situações	<input type="checkbox"/>

13. A que origem étnica pertences?

1	Lusa	<input type="checkbox"/>
2	Africana	<input type="checkbox"/>
3	Luso-africana	<input type="checkbox"/>
4	Indiana	<input type="checkbox"/>
5	Luso-indiana	<input type="checkbox"/>
6	Asiática	<input type="checkbox"/>
7	Luso-asiática	<input type="checkbox"/>
8	Brasileira	<input type="checkbox"/>
9	Luso-francesa	<input type="checkbox"/>
10	Luso-canadiano/americano	<input type="checkbox"/>
11	Luso-equatoriana	<input type="checkbox"/>

B. Agora gostaríamos que nos falasses de alguns aspectos da tua vida escolar.

1. O que pensas do ambiente da tua escola?

2. O que pensas do relacionamento entre as pessoas da tua turma?

C. 1. Nas **duas últimas semanas** sentiste-te alguma vez vítima de alguma ou algumas das agressões que a seguir se referem, por parte de colegas, ou por outras pessoas, na escola ou nas suas imediações? (Assinala com uma cruz nos quadrados que correspondem às situações de que foste vítima).

1.1. Empurraram-te, com violência

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.2. Ameaçaram-te

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.3. Gozaram-te/humilharam-te

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.4. Bateram-te

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.5. Chamaram-te nomes ofensivos

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.6. Levantaram calúnias/rumores a teu respeito (disseram coisas más de ti ou da tua família)

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.7. Excluíram-te do grupo (não quiseram conviver contigo)

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.8. Tiraram-te coisas (objectos pessoais, dinheiro, . . .)

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.9. Magoaram-te, de propósito (beliscaram-te com força; picaram-te com objectos, . . .)

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.10. Estragaram-te objectos pessoais ou vestuário, de propósito

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.11. Apalparam-te, contra a tua vontade

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.12. Fizeram intrigas a teu respeito

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

1.13. Outras agressões ou perseguições

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

Quais? _____

2. Quantas vezes foste agredido ou perseguido neste período de tempo?

1	1 vez	<input type="checkbox"/>
2	2 vezes	<input type="checkbox"/>
3	3 vezes	<input type="checkbox"/>
4	mais de 3 vezes	<input type="checkbox"/>

3. Em que local ou locais ocorreram essas situações?

1	sala de aula	<input type="checkbox"/>
2	recreio	<input type="checkbox"/>
3	corredores e escadas	<input type="checkbox"/>
4	refeitório	<input type="checkbox"/>
5	espaços de Educação Física (balneários, pavilhão,)	<input type="checkbox"/>
6	casa de banho	<input type="checkbox"/>
7	imediações da escola	<input type="checkbox"/>
8	outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

4. Nessas situações, foste agredido ou perseguido por:

1	1 pessoa	<input type="checkbox"/>
2	2 pessoas	<input type="checkbox"/>
3	grupo de pessoas	<input type="checkbox"/>

5. Essas pessoas eram colegas da tua escola?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

6. Alguma dessas pessoas ou desses grupos te agrediu ou perseguiu mais do que uma vez nessas semanas?

1	não	<input type="checkbox"/>
2	sim; 2 vezes	<input type="checkbox"/>
3	sim, 3 vezes	<input type="checkbox"/>
4	sim; mais de 3 vezes	<input type="checkbox"/>

6.1. **Se sim**, ainda continuas a ser agredido ou perseguido por essa(s) pessoa(s)?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

6.2. A(s) pessoa(s) que te agrediram era(m):

-

1	do género masculino	<input type="checkbox"/>
2	do género feminino	<input type="checkbox"/>

-

1	mais velhos	<input type="checkbox"/>
2	mais novos	<input type="checkbox"/>
3	da mesma idade	<input type="checkbox"/>

-

1	da tua turma	<input type="checkbox"/>
2	de outra turma do mesmo ano	<input type="checkbox"/>
3	de outra turma de outro ano	<input type="checkbox"/>

7. Alguém presenciou essa(s) situação(ões)?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

8. Se sim, o que fizeram as pessoas que presenciaram?

1	Não fizeram nada	<input type="checkbox"/>
2	Fugiram/tiveram medo	<input type="checkbox"/>
3	Recorreram a um adulto	<input type="checkbox"/>
4	Pediram ao agressor para parar	<input type="checkbox"/>
5	Aproximaram-se para ver	<input type="checkbox"/>
6	Apoiaram o agressor	<input type="checkbox"/>
7	Aconselharam a afastar-se do agressor	<input type="checkbox"/>
8	Riram-se da situação	<input type="checkbox"/>
9	Apoiaram o agredido	<input type="checkbox"/>
10	Outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

D. 1. Durante as **duas últimas semanas**, viste alguém ser vítima de alguma ou algumas das agressões que a seguir se referem, por parte de colegas, ou por outras pessoas, na escola ou nas suas imediações? (Assinala com uma cruz nos quadrados que correspondem às situações que observaste).

1.1. Empurrar com violência

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.2. Ameaçar

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.3. Gozar/humilhar

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.4. Bater

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.5. Chamar nomes ofensivos

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.6. Levantar calúnias/rumores (dizer coisas más de alguém ou da sua família)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.7. Excluir do grupo (não querer conviver com alguém)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.8. Tirar coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.9. Magoar de propósito (beliscaram com força; picaram com objectos, . .)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.10. Estragar objectos pessoais ou vestuário, de propósito

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.11. Apalpar contra a vontade da pessoa

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.12. Fazer intrigas

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

1.13. Outras agressões ou perseguições

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

Quais? _____

2. O que fizeste?/ Que atitude tomaste?

1	Não fiz nada	<input type="checkbox"/>
2	Fugi/tive medo	<input type="checkbox"/>
3	Recorri a um adulto	<input type="checkbox"/>

4	Pedi ao agressor para parar	<input type="checkbox"/>
5	Aproximei-me para ver	<input type="checkbox"/>
6	Apoiei o agressor	<input type="checkbox"/>
7	Aconselhei-a a afastar-se do agressor	<input type="checkbox"/>
8	Ri-me da situação	<input type="checkbox"/>
9	Apoiei o agredido	<input type="checkbox"/>
10	Outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

3. Onde ocorreram essas situações?

1	sala de aula	<input type="checkbox"/>
2	recreio	<input type="checkbox"/>
3	corredores e escadas	<input type="checkbox"/>
4	refeitório	<input type="checkbox"/>
5	espaços de Educação Física (balneários, pavilhão,)	<input type="checkbox"/>
6	casa de banho	<input type="checkbox"/>
7	imediações da escola	<input type="checkbox"/>
8	outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

E. 1. Nas **duas últimas semanas** tiveste para com algum colega, na escola ou nas suas imediações, alguma das atitudes ou comportamentos que a seguir se referem? (Assinala com uma cruz nos quadrados que correspondem aos comportamentos ou atitudes que tiveste).

1.1. Empurrar com violência

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

1.2. Ameaçar

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

1.3. Gozar/humilhar

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

1.4. Bater

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

1.5. Chamar nomes ofensivos

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

1.6. Levantar calúnias/rumores (dizer coisas más de alguém ou da sua família)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.7. Excluir do grupo (não querer conviver com alguém)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.8. Tirar coisas (objectos pessoais, dinheiro, ...)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.9. Magoar de propósito (beliscaram com força; picaram com objectos, . .)

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.10. Estragar objectos pessoais ou vestuário, de propósito

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.11. Apalpar contra a vontade da pessoa

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.12. Fazer intrigas

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1.13. Outras agressões ou perseguições

1 Sim	<input type="checkbox"/>	2 Não	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Quais? _____

2. Quantas vezes praticas-te estas acções durante este período de tempo?

1	1 vez	<input type="checkbox"/>
2	2 vezes	<input type="checkbox"/>
3	3 vezes	<input type="checkbox"/>
4	mais de 3 vezes	<input type="checkbox"/>

3. Em que local ocorreram essas situações?

1	sala de aula	<input type="checkbox"/>
2	recreio	<input type="checkbox"/>
3	corredores e escadas	<input type="checkbox"/>
4	refeitório	<input type="checkbox"/>
5	espaços de Educação Física (balneários, pavilhão,)	<input type="checkbox"/>
6	casa de banho	<input type="checkbox"/>
7	imediações da escola	<input type="checkbox"/>
8	outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

4. Estas acções foram praticadas em grupo com outros colegas ou sozinho?

1	sozinho	<input type="checkbox"/>
2	em grupo	<input type="checkbox"/>

5. Ao longo destas duas semanas, agrediste ou perseguiste algum dos teus colegas mais do que uma vez?

1	não	<input type="checkbox"/>
2	sim; 2 vezes	<input type="checkbox"/>
3	sim, 3 vezes	<input type="checkbox"/>
4	sim; mais de 3 vezes	<input type="checkbox"/>

6. Ainda continuas a agredir ou a perseguir algum desses colegas?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

7. Na tua opinião, quais as razões que levam a que tenhas estes comportamentos?

1	vingança	<input type="checkbox"/>
2	defesa de outros colegas	<input type="checkbox"/>
3	desprezo	<input type="checkbox"/>
4	"brincadeira"	<input type="checkbox"/>
5	reação a provocações	<input type="checkbox"/>
6	irritação	<input type="checkbox"/>
7	outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

8. O que sentes pelos colegas que agrides ou persegues na escola?

1	raiva	<input type="checkbox"/>
2	desprezo	<input type="checkbox"/>
3	pena	<input type="checkbox"/>
4	carinho	<input type="checkbox"/>
5	nada	<input type="checkbox"/>
6	outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

9. A(s) pessoa(s) que agrediste ou perseguiste era(m):

-

1	do género masculino	<input type="checkbox"/>
2	do género feminino	<input type="checkbox"/>

-

1	mais velhos	<input type="checkbox"/>
2	mais novos	<input type="checkbox"/>
3	da mesma idade	<input type="checkbox"/>

-

1	da tua turma	<input type="checkbox"/>
2	de outra turma do mesmo ano	<input type="checkbox"/>
3	de outra turma de outro ano	<input type="checkbox"/>

10. Alguém presenciou essa(s) situação(ões)?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

10.1. Se sim, o que fizeram as pessoas que presenciaram?

1	Não fizeram nada	<input type="checkbox"/>
2	Fugiram/tiveram medo	<input type="checkbox"/>
3	Recorreram a um adulto	<input type="checkbox"/>
4	Pediram ao agressor para parar	<input type="checkbox"/>
5	Aproximaram-se para ver	<input type="checkbox"/>
6	Apoiaram o agressor	<input type="checkbox"/>
7	Aconselharam a afastar-se do agressor	<input type="checkbox"/>
8	Riram-se da situação	<input type="checkbox"/>
9	Apoiaram o agredido	<input type="checkbox"/>
10	Outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

11. Foste castigado por causa dessa ou dessas situações?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	---	-----	--------------------------

Se sim, qual foi o castigo? _____

12. Já alguém te ajudou a modificar o teu comportamento?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

Se sim, quem? _____

13.1. Gostarias de ter um comportamento diferente com os teus colegas?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

13.2. Porquê?

14. Se sim, o que já fizeste para mudar o teu comportamento?

1	não reagir às provocações	<input type="checkbox"/>
2	controlar-me melhor	<input type="checkbox"/>
3	conviver mais com os colegas	<input type="checkbox"/>
4	conviver menos com os colegas	<input type="checkbox"/>
5	nada	<input type="checkbox"/>
6	outro	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

F. 1. O que pensas acerca do problema da agressividade na escola?

G. 1. Por vezes, saís triste ou aborrecido(a) da escola. Porquê?

2. Consideras-te vítima da agressão ou perseguição de outros na escola?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

Se respondeste não passa à pergunta 3.

2.1. O que sentes quando te agridem ou perseguem?

2.2. A que razões atribuis essas situações?

2.3. O que fazes quando te sentes agredido (a) ou perseguido(a) por alguém na escola?

2.4.1. Já pediste ajuda a alguém para ultrapassar este problema?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

2.4.2. Se sim, a quem? _____

3. Achas que os teus colegas te consideram uma pessoa agressiva?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

Porquê? _____

3.1. Concordas com a opinião dos teus colegas?

1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não	<input type="checkbox"/>
----------	-----	--------------------------	----------	-----	--------------------------

Porquê? _____

H. 1. Qualquer outro aspecto que queiras referir acerca da tua vida escolar, podes escrever aqui.
