

ESTILOS DE VIDA E AUTOCONCEITO: UM ESTUDO COMPARATIVO EM ADOLESCENTESDina M. Alves¹, Luís M. Almeida^{1,2} e Helder M. Fernandes^{1,3}Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro¹, Portugal; Escola Profissional de Cortegaça², Portugal e Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano³, Portugal

RESUMO: Este estudo objetivou comparar as diferentes dimensões do autoconceito de adolescentes em função de distintos comportamentos de saúde (prática de exercício físico, alimentação e consumo de álcool e tabaco). Uma amostra de 537 estudantes (49% do sexo masculino), com uma média de idades de $14,66 \pm 1,90$ anos preencheram o Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes (Corte-Real et al., 2004) e uma versão portuguesa do Self-Description Questionnaire II (Marsh, 1990). Os principais resultados evidenciaram que: i) existe um maior número de adolescentes que adota comportamentos benéficos para a sua saúde quando comparados com os adolescentes que recorrem a comportamentos de risco; e ii) a adoção de comportamentos de saúde em termos da prática de exercício físico, alimentação e consumo de álcool e tabaco promovem diferentes dimensões do autoconceito académico e não académico em adolescentes.

PALAVRAS CHAVE: Comportamentos de saúde, Autoconceito, Adolescência.

ESTILOS DE VIDA Y AUTOCONCEPTO: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN ADOLESCENTES

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo comparar las diferentes dimensiones del auto-concepto de los adolescentes en función de diferentes estilos de vida, específicamente las conductas de salud (ejercicio físico, nutrición y alcohol y tabaco). La muestra estuvo formada por 537 estudiantes (49% de los estudiantes varones), con una edad media de $14,66 \pm 1,90$ años. Como instrumentos se utilizaron el Inventario de comportamientos relacionados con la salud del adolescente (Corte-Real et al., 2004) y una versión en portugués del *Self-Description Questionnaire II* (Marsh, 1990). Los principales resultados mostraron que: i) hay un mayor número de adolescentes que adoptan comportamientos beneficiosos para su salud en comparación con los adolescentes que recurren a comportamientos de riesgo; y ii) la adopción de comportamientos de salud en términos de ejercicio físico, la nutrición y el alcohol y el tabaco influyó positivamente diferentes dimensiones del auto-concepto académico y no académico en adolescentes.

PALABRAS CLAVE: Comportamiento de Salud, Auto-concepto, Adolescencia.

LIFESTYLE BEHAVIORS AND SELF-CONCEPT: A COMPARATIVE STUDY IN ADOLESCENTS

ABSTRACT: The present study aimed to compare the different dimensions of self-concept of adolescents according to diverse type of health behaviors (physical exercise, nutrition, alcohol and tobacco consumption). A sample of 537 students (49% male) with a mean age of 14.66 ± 1.90 years completed the "Inventory of Health-related Behaviors of Adolescents" (Corte-Real et al., 2004) and a Portuguese version of the Self-Description Questionnaire II (Marsh, 1990). The main results showed that: i) there is a greater number of adolescents adopting behaviors beneficial to their health when compared with adolescents who adopt risky health behaviors; and ii) the adoption of health behaviors in terms of physical exercise, nutrition, and alcohol and tobacco consumption promote different dimensions of the academic and non-academic self-concept in adolescents.

KEYWORDS: health behaviors, self-concept, adolescence.

Manuscrito recibido: 14/12/2015
Manuscrito aceptado: 31/05/2016

Dirección de contacto Helder Miguel Fernandes, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Ciências do Desporto, Exercício e Saúde, Quinta de Prados - Campus Desportivo, Apartado 1013, 5001-801 Vila Real, Portugal.
Correo-e: hfernandes@utad.pt

A adolescência é uma fase da vida marcada por mudanças e transições que afetam os aspetos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais do desenvolvimento. Durante este longo período, o adolescente toma grandes decisões em relação ao seu futuro, sobretudo a nível pessoal, onde a multiplicidade de contextos

sociais e interpessoais em que se encontra envolvido promove uma grande diversidade de comportamentos que representam fatores de risco ou de proteção para a saúde (Assis, Avanci, Silva, Malaquias, Santos, & Oliveira, 2003; Moraes, Corte-Real, Dias, & Fonseca, 2009).

É sobretudo na adolescência que o jovem forma e toma decisões relativamente aos seus comportamentos, sendo eles saudáveis ou não, os quais vão persistir e refletir-se posteriormente na sua saúde na idade adulta (Corte-Real, Balaguer, Dias, Correadeira, & Fonseca, 2008; Gonçalves, 2001; Moraes et al., 2009). Neste âmbito, incluem-se comportamentos como a prática de exercício físico, a alimentação, o consumo de substâncias, álcool, tabaco e drogas, hábitos de higiene, comportamentos de segurança, etc. (Corte-Real et al., 2008). Resgate (2001) sustenta que existem diferentes fatores socioculturais que podem influenciar os comportamentos dos adolescentes: a família, a escola, o grupo de pares, as atividades de ocupação dos tempos livres e as questões associadas à aculturação. Diversos autores (e.g., Assis et al., 2003; Karlberg, 2016; Liu, Wu, & Ming, 2015; Spruit, Assink, van Vugt, van der Put, & Stams, 2016) sublinham a necessidade de se desenvolverem mais projetos de investigação e intervenção centrados na promoção de comportamentos protetores de saúde em idades pediátricas, uma vez que os adolescentes tendem a estar mais abertos a mudanças, evidenciando por isso uma maior tendência para a adoção de comportamentos saudáveis, os quais se repercutem posteriormente na vida adulta.

Sendo a escola um contexto em que os adolescentes passam uma longa e importante etapa da sua vida, deve receber especial destaque quanto à sua contribuição para a formação do *self* e consequentemente do autoconceito (Matos, 2004). Neste âmbito, o autoconceito é reconhecido como uma importante dimensão da adolescência, uma vez que a maior parte da sua formação ocorre nesta fase da vida (Gonçalves, 2001; Marsh, 1990). É particularmente importante no campo da saúde pública, uma vez que envolve o bem-estar individual e social (Assis et al., 2003). Pode ser definido como um conjunto de cognições que o sujeito possui acerca de si próprio, nos diferentes contextos e tarefas em que se encontra envolvido (Marsh, Parada, & Ayotte, 2004). Segundo o modelo de Shavelson, Hubner e Stanton (1976), o autoconceito pode ser delimitado segundo uma organização hierárquica multifacetada, a qual assume que o autoconceito global se encontra no topo, sendo que este se subdivide em dimensões de segunda ordem, conhecidas como o autoconceito académico e não académico, as quais, por sua vez, se subdividem em construtos de terceira ordem. De acordo com o exposto, o presente modelo é composto pelas percepções globais que o indivíduo tem de si, que estão no topo, sendo que as percepções específicas a um determinado contexto e situação estão na base (modelo *top-down*). Por conseguinte, as percepções que estão no topo tendem a ser mais estáveis e as percepções da base são mais instáveis e consequentemente são mais afetadas pelas experiências específicas da vida. As mudanças do autoconceito ocorrem de níveis mais baixos para níveis mais elevados (*bottom-up*), ou seja, as mudanças no autoconceito específico a situações e contextos afetam o autoconceito global, apesar de tal não acontecer de forma imediata e direta (Gonçalves, 2001; Marsh, 1990).

Diversos estudos têm-se centrado na pesquisa sobre a associação entre os estilos de vida e diferentes dimensões psicossociais em populações adolescentes e adultas, nomeadamente a ansiedade, o bem-estar, a satisfação com a vida e as percepções de saúde mental e/ou global (Conry et al.,

2011; Hoying, Melnyk, & Arcoleo, 2016; Velten et al., 2014), sendo enfatizada a importância que deve ser atribuída pelos profissionais de saúde à influência dos estilos de vida na saúde mental (Walsh, 2011). Todavia, o estudo científico sobre o efeito dos estilos de vida nas diferentes dimensões do autoconceito dos adolescentes parece ser limitado, existindo, porém, evidências encorajadoras em como programas de modificação comportamental centrados em uma ou mais dimensões dos estilos de vida de adolescentes promovem efeitos positivos em distintas dimensões psicossociais (e.g., Brennan, Wilks, Walkley, Fraser, & Greenway, 2012; Hoying et al., 2016; Liu, et al., 2015; Spruit, et al., 2016).

Perante o exposto, o propósito central do presente estudo é investigar o efeito da adoção de certos estilos de vida, mais especificamente dos comportamentos de saúde prática de exercício físico, alimentação e consumo de tabaco e álcool, nas distintas dimensões do autoconceito em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Importa, contudo, denotar que estes hábitos comportamentais não têm necessariamente um efeito imediato na saúde dos adolescentes. A inexistência de prática de exercício físico e de uma dieta alimentar saudável origina, primeiro, o aumento de peso no adolescente e, só mais tarde, com um prolongar destes maus hábitos de saúde, o aparecimento de excesso de peso ou até mesmo obesidade. Da mesma forma, o consumo de tabaco e de álcool demora algum tempo a tornar-se um hábito na vida do adolescente e a afetar diretamente a sua saúde. Por serem processos lentos, sem um efeito imediato, os adolescentes só consciencializam os efeitos nefastos daqueles comportamentos com o passar do tempo (Corte-Real, 2006). Como tal, consideramos ser primordial o desenvolvimento de um estudo que permita dar a conhecer à população em geral, e em sobretudo aos adolescentes, que os estilos de vida não saudáveis podem estar na origem, ou podem propiciar, o desenvolvimento de alguns problemas psicológicos (Corte-Real, 2006; Corte-Real et al., 2008a; Walsh, 2011).

Deste modo, o objetivo principal deste estudo foi comparar as diferentes dimensões do autoconceito de adolescentes em função de distintos comportamentos de saúde (prática de exercício físico, alimentação e consumo de álcool e tabaco).

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 537 estudantes, entre os 12 e os 18 anos ($M = 14.66$, $DP = 1.90$), recrutados de turmas de uma escola secundária da região interior norte, desde o 7º ao 12º ano, sendo 49% ($n = 263$) do sexo masculino e 51% ($n = 274$) do feminino.

Trata-se de uma amostra não-probabilística, de conveniência, uma vez que a escolha dos elementos não depende da probabilidade, mas sim das características da pesquisa (Sampieri, Colado, & Lucio, 2006). Foram escolhidas, de forma aleatória, por sorteio, quatro turmas de cada ano, das oito a nove que existiam em cada ano de escolaridade.

Instrumentos

Com a anamnese objetivou-se caracterizar a amostra relativamente a algumas variáveis sociodemográficas, nomeadamente, o sexo e a idade.

O Inventário de comportamentos relacionado com a saúde dos adolescentes foi desenvolvido por Corte-Real, Balaguer e Fonseca (2004). Permite recolher um vasto conjunto de informações sobre os comportamentos relacionados com a saúde e estilos de vida saudáveis dos adolescentes. Foi elaborado a partir do questionário utilizado no estudo europeu "The Health Behavior Schoolchildren" (HBSC) (Matos, 2004). Tendo em conta que este estudo apenas se foca nos comportamentos de prática de exercício físico, hábitos alimentares e hábitos de consumo (álcool e tabaco), foram utilizadas nesta investigação apenas as partes do inventário que permitiram aceder a essas variáveis. Corte-Real et al. (2004) propõem que estes comportamentos devem ser categorizados em três grupos diferentes. No Grupo I (Comportamentos de Risco Elevado - CRE) são contemplados comportamentos considerados de risco para a saúde dos adolescentes: a) prática de exercício físico inexistente, b) consumo de alimentos saudáveis inexistente, c) consumo de alimentos não-saudáveis em média 4 a 6 dias por semana e d) consumo de tabaco e álcool regular (2 a 3 vezes por semana). O Grupo II (Comportamentos de Risco Moderado - CRM) abrange comportamentos considerados moderadamente de risco para a saúde dos adolescentes: a) prática de exercício físico reduzida (2 a 3 vezes por semana, menos de 20 minutos), b) consumo irregular de alimentos saudáveis (1 a 3 dias por semana), c) consumo de alimentos não saudáveis entre 1 a 3 dias por semana e d) consumo irregular de tabaco e álcool (uma vez por semana). Por fim, o Grupo III (Comportamentos Protetores de Saúde - CPS) é constituído por comportamentos considerados protetores para a saúde dos adolescentes: a) prática de exercício físico regular (3 ou mais vezes por semana, mais de 30 minutos), b) consumo regular de alimentos saudáveis (4 a 6 vezes por semana), c) consumo inexistente de alimentos não saudáveis e d) consumo de tabaco e álcool inexistente ou esporádico (1 vez por mês). Os estudos realizados anteriormente com este inventário comprovam as boas propriedades psicométricas do mesmo (Corte-Real et al., 2008a, 2008b; Moraes et al., 2009).

O *Self-Description Questionnaire II* (SDQ-II) baseia-se no modelo teórico multidimensional e hierárquico do autoconceito de proposto por Shavelson et al. (1976). O SDQ-II corresponde a uma versão do SDQ-I, desenvolvido por Marsh, Relich e Smith (1983), concebido para medir o autoconceito das crianças e pré-adolescentes. Esta segunda versão (Marsh, 1990) visa a medição do autoconceito em jovens que se situam na adolescência média e final. É constituída por 102 itens, repartidos por 11 fatores, ou seja, o Autoconceito Académico que compreende três domínios específicos: a Língua Materna (10 itens), a Matemática (10 itens) e as disciplinas Escolares Gerais (10 itens) e o Autoconceito Não Académico, que se encontra subdividido em oito domínios específicos, nomeadamente, a Aparência Física (8 itens), a Atividade Física e Desporto (8 itens), Relação com os Pares do Mesmo Sexo (10 itens), Relação com os Pares do Sexo Oposto (8 itens), Relação com os Pais (8 itens), Honestidade e Integridade (10 itens), Estabilidade Emocional (10 itens), e o Autoconceito Geral (10 itens). O Autoconceito Total é medido pela soma das subescalas do Autoconceito Académico, Não Académico e pela subescala do Autoconceito Geral, sendo que deve ser

interpretado como uma avaliação global do eu (*self*). O questionário é cotado numa escala de *Likert* de 6 pontos, em que 0 corresponde a "Completamente falso" e 6 corresponde a "Completamente verdadeiro", sendo que o sujeito respondente deve avaliar se a afirmação apresentada por cada item corresponde ao que pensa acerca de si próprio (Marsh et al., 2004). Os diferentes estudos realizados com o SDQ-II revelam que este instrumento tem tão boas propriedades psicométricas como a versão original de Marsh (Carapeta, Ramires, & Viana, 2001; Fontaine, 1991a, 1991b).

Deste modo, as variáveis independentes do estudo são as dimensões dos estilos de vida, i.e., prática de exercício físico, hábitos alimentares e hábitos de consumo (álcool e tabaco), enquanto as dimensões do autoconceito constituem as variáveis dependentes.

Procedimentos

A recolha de dados passou por um conjunto de etapas. Antes da sua administração, os questionários foram submetidos a um processo de avaliação por parte do Diretor da Escola, para aprovação da aplicação dos mesmos. Obtida a aprovação, foi fornecido aos alunos participantes um formulário de consentimento informado para entrega e assinatura pelos respetivos encarregados de educação, sendo salientado nesse documento a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados. Depois da receção de todos os consentimentos informados, procedeu-se à administração dos questionários. Esta fase foi concretizada pessoal e presencialmente pelo primeiro autor, nas salas de aulas, tendo os adolescentes sido informados quanto à duração do preenchimento do inquérito (cerca de 30 minutos).

Análise estatística

Inicialmente foram calculados os *scores* do SDQ-II e calculados os *alphas de Cronbach* dos mesmos, de forma a se analisar a sua consistência interna. De seguida, foi efetuada uma análise descritiva destes fatores, procedendo-se igualmente à verificação da normalidade dos dados. Para isso, foram utilizadas as medidas de assimetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*), assumindo-se a normalidade sempre que os valores destes coeficientes se situassem no intervalo padronizado de -1 a 1 (Dancey & Reidy, 2006).

Posteriormente procedeu-se à realização de testes estatísticos para responder aos objetivos anteriormente enunciados. Para isso, efetuaram-se diversas análises de variância univariada (ANOVA), seguidas do teste de comparações múltiplas (*post hoc*) Bonferroni, a fim de se averiguar as diferenças no autoconceito em função dos três grupos distintos dos comportamentos associados aos estilos de vida (CRE, CRM e CPS).

Em todos os procedimentos foi estabelecido um nível de significância de 95% ($p < 0.05$) e utilizado o software SPSS v16.

RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características descritivas do autoconceito, totais e suas respetivas dimensões, quanto aos valores da média, desvio padrão, bem como os valores de *skewness*, *kurtosis* e *alpha* de Cronbach.

Tabela 1
Análise descritiva, normalidade e de consistência interna dos fatores do autoconceito

Dimensões	M (DP)	Skewness	Kurtosis	α
<i>Autoconceito (AC)</i>				
Língua Materna	39.50 (9.41)	-0.042	-0.489	.82
Matemática	38.26 (12.88)	-0.267	-0.695	.92
Escolar Geral	44.93 (9.32)	-0.434	-0.556	.88
Aparência Física	33.57 (9.11)	-0.560	-0.144	.90
AF e Desporto	36.29 (807)	-0.897	0.594	.83
Relação Pares Mesmo Sexo	50.04 (7.47)	-1.059	1.688	.81
Relação Pares Sexo Oposto	37.23 (6.83)	-0.606	0.052	.79
Relação com os Pais	40.14 (6.92)	-1.249	1.875	.82
Estabilidade Emocional	38.50 (8.32)	-0.410	0.011	.73
Honestidade e Integridade	47.84 (6.69)	-0.694	0.900	.71
Geral	46.29 (8.41)	-0.615	0.074	.84

Nesta tabela é possível analisar que o valor máximo da média das 11 dimensões do autoconceito corresponde ao fator do Autoconceito na Relação com os Pares do Mesmo Sexo (50.04 ± 7.47), enquanto o valor mais baixo pertence à dimensão do Autoconceito na Aparência Física (33.57 ± 9.11).

Tabela 2
Análise descritiva dos comportamentos de saúde em função dos níveis CRE, CRM e CPS

Comportamentos de saúde	CRE n (%)	CRM n (%)	CPS n (%)
Prática de exercício físico	20 (3.7%)	162 (30.2%)	355 (66.1%)
Alimentação saudável	6 (1.1%)	161 (30.0%)	370 (68.9%)
Alimentação não saudável	178 (33.1%)	345 (64.2%)	14 (2.7%)
Consumo de tabaco	83 (15.5%)	114 (21.2%)	340 (63.3%)
Consumo de álcool	40 (7.5%)	280 (52.1%)	217 (40.4%)

Nota: CRE – Comportamentos de Risco Elevado; CRM – Comportamentos de Risco Moderado; CPS – Comportamentos Protetores de Saúde

Na tabela 2 estão expostos os dados, incluindo as distribuições em percentagem, relativamente aos três níveis de comportamento: Comportamentos de Risco Elevado, Comportamentos de Risco Moderado e Comportamentos Protetores de Saúde, no que concerne à prática de exercício físico, ao consumo de alimentos saudáveis e de alimentos não saudáveis e ao consumo de tabaco e álcool. Pode-se observar na tabela 2 que a distribuição dos adolescentes pelos diferentes comportamentos de saúde tende a ser maior para os níveis de Comportamentos Protetores de Saúde, à exceção do consumo de alimentação não saudável e de álcool, onde se verifica que a maioria dos participantes tende a adotar Comportamentos de

Risco Moderado. Quanto aos Comportamentos Protetores de Saúde, o grupo com maior número de adolescentes é o do consumo de alimentação saudável (68.9%). Relativamente aos comportamentos de saúde que revelam um maior número de adolescentes a adotar Comportamentos de Risco Elevado destacam-se o consumo de alimentação não saudável (33.1%), seguido do consumo de tabaco (15.5%). Por outro lado, os comportamentos de consumo de alimentos saudáveis (1.1%) e de prática de exercício físico (3.7%) são os comportamentos de saúde que revelam menor número de adolescentes a adotar níveis de Comportamento de Risco Elevado.

Tabela 3
Comparação do autoconceito em função dos grupos de prática de exercício físico

Dimensões	CRE M (DP)	CRM M (DP)	CPS M (DP)	F	p
<i>Autoconceito (AC)</i>					
Língua Materna	40.25 (9.92)	40.65 (8.17)	38.99 (9.88)	1.795	.167
Matemática	37.90 (14.47)	35.76 (12.98)	39.43 (12.62)	4.572	.011
Escolar Geral	45.45 (8.51)	43.87 (9.36)	45.39 (9.33)	1.511	.222
Aparência Física	32.10 (10.01)	32.52 (8.93)	34.12 (9.12)	1.990	.138
AF e Desporto	29.70 (10.63)	32.62 (8.53)	38.34± (6.84)	39.778	.001
Relação Pares Mesmo Sexo	47.30 (10.70)	49.57 (7.44)	50.40 (7.24)	2.084	.126
Relação Pares Sexo Oposto	34.25 (8.06)	36.73 (7.01)	50.40 (7.24)	2.981	.052
Relação com os Pais	39.25 (6.38)	39.94 (6.78)	40.29 (7.02)	0.314	.731
Estabilidade Emocional	36.35 (9.10)	37.39 (8.76)	39.12 (8.02)	3.132	.044
Honestidade e Integridade	47.55 (6.30)	48.21 (6.86)	47.69 (6.64)	0.358	.699
Geral	46.75 (9.75)	44.94 (8.72)	46.88 (8.14)	3.004	.049
Académico	123.60 (25.92)	120.28 (23.50)	123.80 (24.65)	1.178	.309
Não Académico	313.25 (38.13)	321.93 (39.11)	334.47 (38.05)	7.895	.001
Total	436.85 (48.88)	442.21 (53.55)	458.28 (54.06)	5.869	.003

Nota: CRE – Comportamentos de Risco Elevado; CRM – Comportamentos de Risco Moderado; CPS – Comportamentos Protetores de Saúde

Na tabela 3 são apresentadas as diferenças nas dimensões do autoconceito entre os três níveis de comportamento (CRE, CRM e CPS) no que concerne à prática de exercício físico.

A análise dos resultados do teste de comparações múltiplas Bonferroni permitiu verificar que os adolescentes incluídos no grupo dos comportamentos protetores de saúde reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da atividade física e desporto ($p < .001$), estabilidade emocional ($p = .046$), não acadêmico ($p < .001$) e total ($p < .01$) em comparação com os adolescentes do grupo dos comportamentos de risco elevado. Por sua vez, os adolescentes do grupo CPS também reportaram

níveis superiores de autoconceito nos domínios da matemática ($p = .028$), atividade física e desporto ($p < .01$) e total ($p < .01$) em relação aos do grupo dos comportamentos de risco moderado. Apesar do efeito significativo ($p < .05$) verificado no domínio do autoconceito geral, não se observaram diferenças significativas entre grupos.

Com o objetivo de verificar se para o comportamento alimentar saudável (tabela 4) e não saudável (tabela 5) haveriam diferenças no autoconceito relativamente aos três níveis de comportamento (CRE, CRM e CPS) procedeu-se a uma análise de comparação de médias entre estes três grupos.

Tabela 4

Comparação do autoconceito em função dos níveis de comportamento alimentar saudável

Dimensões	CRE M (DP)	CRM M (DP)	CPS M (DP)	F	p
<i>Autoconceito (AC)</i>					
Língua Materna	23.83 (5.56)	37.70 (8.89)	40.59 (9.35)	14.453	.001
Matemática	27.00 (10.58)	35.30 (12.62)	39.74 (12.75)	9.248	.001
Escolar Geral	33.17 (6.15)	42.02 (8.84)	46.39 (9.15)	18.289	.001
Aparência Física	30.50 (13.40)	33.49 (8.84)	33.65 (9.17)	0.360	.698
AF e Desporto	39.00 (4.29)	35.86 (7.90)	36.43 (8.20)	0.619	.539
Relação Pares Mesmo Sexo	46.50 (4.51)	49.42 (7.09)	50.36 (7.64)	1.567	.210
Relação Pares Sexo Oposto	36.00 (4.82)	37.19 (6.87)	37.27 (6.85)	0.107	.899
Relação com os Pais	36.00 (6.69)	39.11 (6.74)	40.66 (6.94)	3.969	.019
Estabilidade Emocional	39.67 (8.87)	37.53 (8.14)	38.90 (8.38)	1.587	.205
Honestidade e Integridade	39.33 (8.07)	46.38 (8.14)	48.61 (6.49)	11.618	.001
Geral	39.00 (8.44)	45.14 (8.23)	46.91 (8.40)	4.827	.008
Acadêmico	84.00 (18.65)	115.01 (22.18)	126.72 (24.37)	22.245	.001
Não Acadêmico	306.00 (21.09)	324.12 (37.53)	332.90 (39.31)	3.986	.019
Total	390.00 (29.37)	439.14 (50.15)	459.63 (54.56)	12.490	.001

Nota: CRE – Comportamentos de Risco Elevado; CRM – Comportamentos de Risco Moderado; CPS – Comportamentos Protetores de Saúde

Tabela 5

Comparação do autoconceito em função dos níveis de comportamento alimentar não saudável

Dimensões	CRE M (DP)	CRM M (DP)	CPS M (DP)	F	p
<i>Autoconceito (AC)</i>					
Língua Materna	38.16 (9.02)	40.07 (9.49)	43.86 (10.39)	3.991	.019
Matemática	35.77 (13.00)	39.66 (12.70)	35.43 (11.32)	5.814	.003
Escolar Geral	43.49 (9.72)	45.69 (9.08)	44.57 (8.32)	3.296	.038
Aparência Física	34.03 (8.93)	33.32 (9.11)	33.86 (11.58)	0.365	.694
AF e Desporto	36.54 (8.06)	36.19 (8.14)	35.64 (7.01)	0.162	.850
Relação Pares Mesmo Sexo	50.57 (7.13)	49.70 (7.64)	51.43 (7.31)	1.051	.350
Relação Pares Sexo Oposto	38.07 (7.05)	36.83 (6.55)	36.57 (9.82)	2.022	.133
Relação com os Pais	38.72 (7.68)	40.78 (6.38)	42.50 (7.07)	6.171	.002
Estabilidade Emocional	38.44 (8.75)	38.39 (8.00)	41.93 (8.60)	1.224	.295
Honestidade e Integridade	46.11 (7.05)	48.62 (6.319)	50.64 (6.87)	9.876	.001
Geral	45.48 (8.85)	46.67 (8.19)	57.21 (7.79)	1.261	.284
Acadêmico	117.42 (23.86)	125.43 (24.44)	123.86 (18.65)	6.481	.002
Não Acadêmico	327.97 (39.67)	330.50 (38.22)	339.79 (45.07)	0.713	.491
Total	445.39 (52.38)	455.92 (54.75)	463.64 (58.25)	2.527	.081

Nota: CRE – Comportamentos de Risco Elevado; CRM – Comportamentos de Risco Moderado; CPS – Comportamentos Protetores de Saúde

Analisando-se os resultados da tabela 4 referente à alimentação saudável, salienta-se que os adolescentes do grupo CPS reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da língua materna ($p < .001$), matemática ($p = .001$), escolar geral ($p < .001$), relação com os pais ($p = .045$), honestidade e integridade ($p < .001$), acadêmico ($p < .001$), não acadêmico ($p = .037$) e total ($p < .01$), em comparação com os do grupo CRE. Igualmente, verificou-se que os adolescentes do grupo CPS reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da

língua materna ($p < .01$), acadêmico ($p < .001$) e total ($p < .01$), em comparação com os do grupo CRM. Por sua vez, os adolescentes do grupo CRM também reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da língua materna ($p < .001$) e acadêmico ($p < .01$), em comparação com os do grupo CRE.

Relativamente aos resultados dos comportamentos alimentares não saudáveis reportados na tabela 5, verificou-se que o grupo dos CPS reportou níveis superiores nos domínios da língua materna ($p = .033$), relação com os pais ($p = .040$) e

honestidade e integridade ($p=.040$), em relação aos do grupo CRE. No entanto, os adolescentes do grupo CRM também reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da matemática ($p < .01$) em relação aos do grupo CPS, e nos domínios da matemática ($p < .001$), escolar geral ($p = .032$) e académico ($p < .001$) em comparação com os do grupo CRE.

Posteriormente efetuaram-se análises para verificar as diferenças quanto às médias dos grupos CRE, CRM e CPS nas dimensões do autoconceito, relativamente ao consumo de tabaco e álcool (tabela 6 e 7, respetivamente).

Tabela 6

Comparação do autoconceito em função dos grupos de consumo de tabaco

Dimensões	CRE M (DP)	CRM M (DP)	CPS M (DP)	F	p
<i>Autoconceito (AC)</i>					
Língua Materna	36.82 (10.50)	36.75 (8.96)	41.13 (8.92)	13.977	.001
Matemática	33.81 (12.90)	37.29 (13.25)	39.68 (12.51)	7.515	.001
Escolar Geral	42.17 (9.27)	44.68 (8.61)	45.69 (9.45)	4.885	.008
Aparência Física	34.57 (8.86)	34.68 (9.20)	32.95 (9.45)	2.131	.120
AF e Desporto	36.57 (8.10)	36.01 (7.85)	36.31 (8.16)	0.127	.880
Relação Pares Mesmo Sexo	50.98 (6.67)	50.02 (6.27)	49.81 (8.00)	0.811	.445
Relação Pares Sexo Oposto	39.04 (6.22)	38.00 (6.27)	36.54 (7.06)	5.457	.005
Relação com os Pais	38.06 (8.10)	39.61 (6.89)	40.83 (6.51)	5.897	.005
Estabilidade Emocional	38.01 (8.93)	37.50 (8.34)	38.95 (8.15)	1.464	.232
Honestidade e Integridade	45.59 (7.46)	46.07 (6.40)	48.98 (6.33)	14.332	.001
Geral	45.98 (8.52)	46.11 (7.47)	46.43 (8.70)	0.129	.879
Académico	112.80 (24.29)	118.73 (21.72)	126.50 (24.39)	13.068	.001
Não Académico	328.81 (36.75)	327.99 (36.55)	330.81 (40.18)	0.262	.770
Total	441.60 (50.54)	446.72 (47.12)	457.31 (56.80)	3.696	.025

Nota: CRE – Comportamentos de Risco Elevado; CRM – Comportamentos de Risco Moderado; CPS – Comportamentos Protetores de Saúde

Tabela 7

Comparação do autoconceito em função dos grupos de consumo de álcool

Dimensões	CRE M (DP)	CRM M (DP)	CPS M (DP)	F	p
<i>Autoconceito (AC)</i>					
Língua Materna	34.55 (9.19)	38.23 (9.16)	42.02 (9.14)	16.372	.001
Matemática	38.25 (12.44)	37.23 (12.83)	39.60 (12.97)	2.078	.126
Escolar Geral	42.68 (8.88)	44.31 (9.22)	46.15 (9.41)	3.668	.026
Aparência Física	36.30 (8.14)	33.75 (9.47)	32.82 (8.74)	2.591	.076
AF e Desporto	37.73 (6.97)	35.84 (8.25)	36.60 (8.02)	1.214	.298
Relação Pares Mesmo Sexo	49.48 (8.52)	50.26 (6.81)	49.85 (8.07)	0.308	.735
Relação Pares Sexo Oposto	39.08 (6.77)	37.51 (6.54)	36.53 (7.15)	2.845	.059
Relação com os Pais	35.55 (8.06)	39.83 (6.71)	41.40 (6.58)	13.273	.001
Estabilidade Emocional	39.30 (9.58)	37.40 (8.30)	39.77 (7.94)	5.251	.006
Honestidade e Integridade	43.98 (7.61)	47.40 (6.36)	49.12 (6.60)	11.756	.001
Geral	45.70 (8.35)	46.17 (8.19)	46.56 (8.73)	0.241	.786
Académico	115.48 (24.09)	119.87 (22.94)	127.76 (25.36)	8.572	.001
Não Académico	327.10 (36.19)	328.16 (38.33)	332.66 (40.02)	0.934	.394
Total	442.58 (49.94)	448.02 (51.81)	460.43 (57.18)	3.987	.019

Nota: CRE – Comportamentos de Risco Elevado; CRM – Comportamentos de Risco Moderado; CPS – Comportamentos Protetores de Saúde

No que concerne ao consumo de tabaco, a análise dos resultados do teste de Bonferroni permitiu verificar que os adolescentes incluídos no grupo CPS reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da língua materna ($p < .001$), matemática ($p < .01$), escolar geral ($p < .01$), relação com os pais ($p < .01$), honestidade e integridade ($p < .001$), académico ($p < .001$) e total ($p = .043$) em comparação com os adolescentes do grupo CRE. Por sua vez, os adolescentes do grupo CPS também reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da língua materna ($p < .001$), honestidade e integridade ($p < .001$) e académico ($p < .01$), em relação aos do grupo CRM. Todavia, no caso do domínio do autoconceito na relação com os pares do sexo oposto, o grupo CRE apresentou média superior em relação ao grupo CPS ($p < .01$).

No que diz respeito aos resultados relativos ao efeito do consumo de álcool, patentes na tabela 7, verificou-se que os adolescentes do grupo dos CPS reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da língua materna ($p < .001$), escolar geral ($p = .046$), relação com os pais ($p < .001$), honestidade e integridade ($p < .001$), académico ($p < .01$) e total ($p = .026$) em comparação com os adolescentes do grupo CRE. Igualmente, verificou-se que o grupo dos CPS reportou níveis superiores nos domínios da língua materna ($p = .033$), relação com os pais ($p = .031$), estabilidade emocional ($p < .01$), honestidade e integridade ($p = .011$) e académico ($p < .01$), em relação aos do grupo CRM. Por sua vez, os adolescentes do grupo CRM também reportaram níveis superiores de autoconceito nos domínios da língua

materna ($p = .045$), relação com os pais ($p < .01$) e honestidade e integridade ($p < .01$), em comparação com os do grupo CRE.

DISCUSSÃO

O principal objetivo desta pesquisa consistiu em investigar o efeito da adoção de certos estilos de vida, mais especificamente dos comportamentos de saúde prática de exercício físico, alimentação e consumo de tabaco e álcool, nas distintas dimensões do autoconceito de alunos adolescentes. Os principais resultados sugerem que a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável, por parte dos adolescentes, se traduz em níveis mais elevados de diferentes dimensões do autoconceito acadêmico e não-acadêmico, com exceção do domínio do autoconceito na relação com os pares do mesmo sexo, em que não se identificaram quaisquer efeitos significativos.

Relativamente à caracterização dos comportamentos de saúde da amostra global, verificou-se que a maioria dos adolescentes adota comportamentos de saúde saudáveis, o que revela, conseqüentemente, que os seus estilos de vida são saudáveis ou pelo menos perto disso. Convém, no entanto, destacar que os dados do presente estudo também apontam para o facto de uma considerável parte dos adolescentes se situar no nível dos Comportamentos de Risco Moderado. Corte-Real et al. (2008a, 2008b) propõem que este fenómeno está associado à questão dos adolescentes ainda não terem um padrão comportamental bem definido, sendo que com o seu desenvolvimento tanto poderá convergir para os comportamentos de maior risco ou para os comportamentos protetores de saúde. Portanto, estes adolescentes ainda estarão indecisos quanto aos estilos de vida que irão adotar no seu futuro, sendo que essa decisão ficará cada vez mais definida com o seu desenvolvimento ao longo da adolescência e respetivos fatores de influência intra e interindividuais.

Prática de exercício físico

No que diz respeito aos resultados obtidos quanto à prática de exercício físico, verifica-se que os adolescentes que adotam comportamentos saudáveis de prática de exercício físico, nomeadamente, a prática de três ou mais vezes por semana e mais de 30 minutos por dia, revelam níveis mais elevados de autoconceito total em comparação com os grupos de risco moderado e elevado, observando-se também diferenças nas dimensões do Autoconceito na Matemática, do Autoconceito na Atividade Física e Desporto, do Autoconceito na Estabilidade Emocional e do Autoconceito Geral. Estas associações demonstram que o exercício físico para além de demonstrar benefícios a nível físico, também revela vantagens a nível psicológico, cognitivo e social. Tamayo et al. (2001) propõem que a prática de exercício físico origina modificações corporais que permitem corresponder aos padrões de beleza estipulados pela sociedade. O indivíduo ao perceber que está a atingir as exigências sociais, aumenta os seus níveis de bem-estar psicológico e bem-estar social, sendo que conseqüentemente, eleva os níveis de autoconceito na sua totalidade. Com isto, torna-se perceptível que os adolescentes que praticam exercício físico com maior regularidade e que tendem, em consequência atingir os padrões estéticos estipulados pela sociedade, apresentem níveis elevados de estabilidade emocional e de autoconceito geral, ou seja, são adolescentes que se sentem

bem consigo próprios e têm um elevado sentimento de si, uma vez que não estão sob a preocupação e pressão de ter que atingir estas exigências, porque caso contrário seriam discriminados e julgados. No que concerne à relação com a dimensão do Autoconceito na Matemática, a sua compreensão torna-se um pouco complicada. Strong et al. (2005) verificaram, na sua investigação, que os sujeitos que praticavam exercício físico revelavam elevados níveis de Autoconceito Acadêmico, no entanto, não apresentaram nenhuma possível explicação para este fenómeno. As alterações e os benefícios cerebrais originados pelo exercício físico também podem facilitar a compreensão deste resultado. Mais recentemente, diversos estudos de revisão sistemática e meta-análise têm documentado de forma consistente o efeito positivo da atividade em diferentes medidas de rendimento académico/escolar de crianças e adolescentes (e.g., Fedewa & Ahn, 2011; Lees & Hopkins, 2013; Spruit et al., 2016). Adicionalmente, diversos estudos realizados sobre os benefícios da prática de exercício físico para o funcionamento cognitivo enumeram uma série de vantagens, nomeadamente: melhoria significativa da atenção seletiva, melhoria do processamento de informação complexa, facilitação no processo de resolução de problemas, redução do risco de desenvolvimento de problemas/declínio cognitivos, ou seja, melhoria do funcionamento cognitivo, entre outros (para uma revisão consultar McMorris, Tomporowski, & Audiffren, 2009). O exercício físico parece também ser fator protetor da perda de memória e pode contribuir para o abrandamento da evolução da doença de Alzheimer e de outras perturbações como a Demência (Blondell, Hammersley-Mather, & Veerman, 2014; Faulkner & Taylor, 2005; McMorris et al., 2009). Portanto, se tivermos em conta que o exercício físico melhora uma série de componentes cerebrais e conseqüentemente, melhora o funcionamento cognitivo, é esperado que os adolescentes que praticam exercício físico atinjam melhores resultados escolares em comparação com os que não praticam, pois estes sofrem uma maior estimulação cognitiva. Os alunos estão conscientes do seu bom desempenho escolar e tendem a apresentar uma percepção mais positiva quanto a si e às suas capacidades académicas, manifestando um autoconceito mais elevado. No entanto, no presente estudo não se confirmou a hipótese sugerida pela investigação realizada por Carrapeta et al. (2001), na qual afirmam que os indivíduos que praticam exercício físico tendem a apresentar elevados níveis de autoconceito quanto à aparência física, embora o grupo dos CPS tenha revelado uma maior média, não significativa.

Alimentação saudável e não saudável

Relativamente aos resultados obtidos quanto à alimentação saudável e não saudável, observa-se que os adolescentes com um perfil mais saudável de consumo de alimentos (i.e., consumo de alimentos saudáveis quatro a seis vezes por semana e menor consumo de alimentos não saudáveis) evidenciam níveis mais elevados em todas as dimensões do Autoconceito Acadêmico e nalgumas dimensões do Autoconceito Não Acadêmico, nomeadamente, as dimensões do Autoconceito na Relação com os Pais, do Autoconceito na Honestidade e Integridade e do Autoconceito Geral. No que respeita às dimensões do Autoconceito Acadêmico, os dados permitem concluir que os

adolescentes que consomem com bastante regularidade alimentos saudáveis tendem a desenvolver e/ou possuir percepções mais elevadas quanto às suas capacidades intelectuais, tanto a nível escolar geral, como especificamente a nível da língua materna e da matemática. Torna-se difícil dar uma explicação direta para estes resultados, dada a escassez de estudos anteriores nesta área específica. Seguindo a linha de pensamento de Carvalho, Cataneo, Galindo e Malfará (2005), Malheiro e Gouveia (2001) e Simões e Meneses (2007), pode-se retirar algumas inferências. Estes autores propõem que a adoção de uma alimentação saudável reflete-se, em grande parte, no corpo do indivíduo, ou seja, este tende a ser magro e esbelto (tal como a sociedade valoriza) e apresenta menores risco de desenvolver obesidade e outras doenças associadas. Este facto, faz com que o indivíduo tenha percepções bastante positivas a seu respeito, sendo que este sentimento de si tão positivo tende a manifestar-se em todas as dimensões do autoconceito, incluindo as dimensões do Autoconceito Académico. Assim, se um aluno se sente bem consigo próprio no geral, revela uma maior probabilidade de perceber positivamente as suas competências a vários níveis, incluindo as competências intelectuais. No entanto, estes resultados podem ser analisados numa outra perspetiva. Uma alimentação saudável é, para além do consumo de alimentos saudáveis, também caracterizada pelo tipo e diversidade de refeições que o aluno faz (Corte-Real et al., 2008a, 2008b). Portanto, um aluno que consome um maior número de refeições, e sendo elas constituídas por alimentos saudáveis, estará constantemente a reforçar as suas energias e, conseqüentemente, demonstrará mais vontade e atenção na sala de aula. Esta maior energia e vontade são percebidas pelo aluno, o que leva a desenvolver percepções muito positivas a seu respeito, no que concerne às suas capacidades académicas. No que diz respeito ao Autoconceito na Relação com os Pais, os resultados permitem verificar que os adolescentes que têm comportamentos saudáveis quanto à alimentação, apresentam um autoconceito mais positivo na relação com os pais, em comparação com os outros adolescentes que não apresentam uma alimentação saudável. Casotti, Ribeiro, Santos e Ribeiro (1998) e Mello, Luft e Meyer (2004), sugerem que, de um modo geral, a maioria dos pais tende desde cedo a impor uma alimentação saudável aos seus filhos, obrigando-os a abster-se de alimentos que fazem mal (exemplo as batatas fritas) e propõem em troca o consumo de alimentos saudáveis, tais como vegetais, sopa e peixe. Geralmente as crianças não gostam deste tipo de alimentos e preferem comer batatas fritas e chocolates ou gomas, no entanto, não podem/devem fazê-lo porque têm que cumprir as ordens e regras impostas pelos pais. Quando crescem e passam para a adolescência tendem a consumir uma maior quantidade de alimentos não saudáveis, sobretudo quando estão fora de casa e fora da supervisão parental. Instala-se aqui, possivelmente, um conflito entre filhos e pais. Portanto, os adolescentes que mostram dar continuidade à dieta saudável e tendem a adotar comportamentos de consumo regular de alimentos saudáveis, revelam ter uma melhor relação com os pais e conseqüentemente, têm percepções positivas (autoconceito positivo) no que concerne à relação que mantêm com os seus pais. No que respeita aos restantes resultados significativos, a nível do Autoconceito Emocional, mais

especificamente a nível da Honestidade e Integridade e do Autoconceito Geral, Casotti et al. (1998) propõe que, normalmente as pessoas atribuem à alimentação o papel de fonte de sobrevivência, no entanto, esta também funciona como um meio para expressar as emoções do indivíduo. Assim, podemos verificar que os adolescentes que consomem regularmente maior quantidade de alimentos saudáveis demonstram melhores níveis de funcionamento psicossocial e emocional.

Consumo de tabaco e álcool

A análise comparativa entre os níveis de comportamento do consumo de tabaco e álcool em relação ao autoconceito sugere que o grupo de adolescentes que não consomem ou consomem muito raramente tabaco e álcool (i.e., CPS) apresentam níveis superiores na maioria das dimensões do autoconceito, nomeadamente nos domínios do Autoconceito Académico e algumas dimensões do Autoconceito Não Académico. Porém, no que concerne ao consumo de tabaco, observou-se que os adolescentes com maiores valores de consumo (i.e., CRE) reportaram níveis mais elevados na dimensão do Autoconceito na Relação com os Pares do Sexo Oposto, em comparação com os adolescentes do grupo dos CPS. Com efeito, os grupos de pares são de extrema importância durante a etapa de adolescência, pelo que caso o grupo de amigos mais próximos consuma tabaco, haverá uma maior possibilidade destes alunos em iniciar e manter este comportamento, com o objetivo de ser aceite e reconhecido pelos seus pares (Resgate, 2001). Assim, como é defendido por vários autores (Jones & Heaven, 1998; Lloyd, Lucas, Holland, McGrellis, & Arnold, 1998), o grupo de pares desempenha um papel importante na influência para a iniciação e manutenção deste tipo de consumos prejudiciais para a saúde. Adicionalmente é durante a adolescência que usualmente ocorre o início do verdadeiro desejo/atração pelo indivíduo do sexo oposto. Nesta fase iniciam-se as trocas de olhares, os sorrisos, os gestos significativos, embora dissimulados, a sedução e as primeiras conquistas (Silva, 2002). Portanto, se um aluno começa a demonstrar desejo por um colega de escola e este fumar, haverá certamente uma maior tendência para o início do consumo de tabaco. O objetivo da adoção deste comportamento pode passar pela vontade de começar a criar uma relação de amizade, podendo utilizar este comportamento como desculpa para uma possível aproximação entre os dois adolescentes (por exemplo, poderá pedir lume para acender o cigarro).

Quando se analisa as diferenças no Autoconceito na Relação com os Pais tendo em conta os três níveis de comportamento propostos, verifica-se que acontece o oposto do que foi verificado para o autoconceito na relação com os pares. Este facto parece ser de fácil compreensão, pois tal como ocorre com a alimentação, em que os pais explicam aos seus filhos, desde pequenos, que os alimentos não saudáveis são prejudiciais para a saúde e que devem optar sempre por uma dieta alimentar saudável, em relação ao consumo de tabaco e álcool, também revelam a preocupação em transmitir a ideia de que o consumo destes géneros de substâncias é prejudicial para a saúde. Assim, o adolescente pode tender a consumir tabaco ou álcool às escondidas dos pais com receio de recriminação parental, pois sabem que estes não autorizariam ou aceitariam de bom grado

tal comportamento, o que conduzirá a percepções negativas da relação com os progenitores (Gonçalves, 2001; Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira, & Fernandes, 2009). Por outro lado, os adolescentes que seguem os conselhos dos seus pais e não consomem tabaco nem álcool ou apenas o fazem de forma muito esporádica revelam percepções positivas na sua relação com estes e possivelmente menores conflitos com os pais ou sua autoridade/estilo educativo.

No que concerne aos resultados obtidos relativamente às dimensões do Autoconceito na Estabilidade Emocional, relativamente ao consumo de álcool, e da dimensão do Autoconceito na Honestidade e Integridade para os dois comportamentos de consumo (tabaco e álcool), verifica-se que os adolescentes que apresentam um consumo inexistente ou esporádico revelam níveis de autoconceito mais elevados em comparação com os adolescentes do grupo de CRM. É consensual que o consumo de substâncias tóxicas como o tabaco e o álcool é tido como um comportamento de risco que pode prejudicar a saúde, originando doenças graves e crónicas (Corte-Real, 2006; Vasconcelos et al., 2009). Assim, o consumo deste género de substâncias tende a ser reprovado pela sociedade e é atualmente proibido em certas idades mais jovens por legislação, sendo que essa reprovação tende a aumentar quando o consumo provém de indivíduos mais jovens (adolescentes). Consequentemente, os adolescentes sentem necessidade de antecipar a incompreensão por parte dos familiares e da sociedade em geral, e tendem a recorrer frequentemente à mentira, e como tal podem experienciar sentimentos de desonestidade e de culpabilidade (Gonçalves, 2001). Por outro lado, os adolescentes que não consomem ou apenas o fazem esporadicamente, apresentam maiores níveis de honestidade e integridade, bem como uma adequada estabilidade emocional, porque poderão sentir que não estão a infringir qualquer tipo de norma social e por isso não poderão ser julgados pelos outros. Finalmente, os resultados obtidos a nível do Autoconceito Académico sugerem que os adolescentes que consomem tabaco e álcool com mais regularidade apresentam menores níveis de autoconceito em relação à dimensão escolar geral, e especificamente ao autoconceito na língua materna e na matemática, em comparação com os adolescentes do grupo de CPS. Gonçalves (2001) sugere que estes resultados permitem constatar que os alunos que desenvolvem percepções de insucesso e de dificuldades escolares a nível geral, revelam ser os adolescentes para os quais o consumo de tabaco é mais potenciado. Ou seja, tal como é proposto por Abernathy e Massad (1995), o consumo de tabaco e álcool é frequentemente utilizado como forma de fuga aos problemas que os adolescentes enfrentam, logo, um aluno que revela dificuldades a nível escolar poderá recorrer com mais probabilidade ao consumo deste género de substância para diminuir os seus níveis de stress e mal-estar, uma vez que acreditam que este ato poderá ajudá-los a lidar e enfrentar os seus problemas escolares.

Como principais limitações do presente estudo podemos referir: i) a natureza transversal da pesquisa que não possibilita a determinação de causalidade entre as variáveis; e ii) a técnica de amostragem intencional utilizada. Como tal, as principais evidências do presente estudo devem ser analisadas e

interpretadas com a necessária precaução, em função das limitações enunciadas.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos relativamente à caracterização dos comportamentos de saúde permitem concluir que existe um maior número de adolescentes que adota comportamentos benéficos para a sua saúde quando comparados com os adolescentes que recorrem a comportamentos de risco.

A análise diferencial entre os três níveis de comportamentos (CRE, CRM e CPS) possibilitou verificar que o contributo específico de certos comportamentos de saúde para as distintas dimensões do autoconceito. Os resultados mais relevantes possibilitaram concluir que: i) Ao nível do Autoconceito Académico, os adolescentes do grupo de CPS apresentam percepções mais positivas quanto às suas capacidades e competência académicas, comparativamente com os adolescentes dos grupos de CRM ou CRE; ii) A prática de exercício físico regular permite que os adolescentes avaliem como elevadas as suas habilidades para as diversas atividades físicas e desportos; iii) A alimentação não saudável e o consumo de tabaco e álcool interferem negativamente nas percepções que os adolescentes têm acerca da sua relação com os seus pais. Assim, um adolescente que recorre a uma dieta alimentar saudável e não consome estas substâncias prejudiciais para a saúde tende a perceber uma relação mais positiva com os pais. Por outro lado, o consumo regular de alimentos não saudáveis e o consumo diário de tabaco e álcool por parte dos jovens parece contribuir negativamente para a percepção da relação com os seus pais; iv) Os adolescentes que consomem tabaco com muita frequência, ou seja, diariamente, revelam percepções mais positivas quanto à relação com os pares do sexo oposto em comparação com os do grupo de CPS; e, v) A adoção de Comportamentos Protetores de Saúde nos domínios da prática de exercício físico, alimentação saudável e consumo de tabaco/álcool promove nos adolescentes níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões de Estabilidade Emocional, Honestidade e Integridade, bem como, um Autoconceito Geral/Total mais elevado

REFERÊNCIAS

- Abernathy, T. J., & Massad, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 120(30), 899-907.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Silva, C. M., Malaquias, J. V., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2003). A representação social do ser adolescente: Um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8(3), 669-680.
- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14(1), 510. doi: 10.1186/1471-2458-14-510
- Brennan, L., Wilks, R., Walkley, J., Fraser, S., & Greenway, K. (2012). Treatment acceptability and psychosocial outcomes of a randomised controlled trial of a cognitive behavioural lifestyle intervention for overweight and obese adolescents. *Behaviour Change*, 29(1), 36-62. doi: 10.1017/bec.2012.5
- Carapeta, C., Ramires, A. C., & Viana, M. F. (2001). O auto-conceito e participação desportiva. *Análise Psicológica*, 19(1), 51-58.

- Carvalho, A. M. P., Cataneo, C., Galindo, E. M. C., & Malfará, C. T. (2005). Auto-conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 30(15), 131-139.
- Casotti, L., Ribeiro, A., Santos, C., & Ribeiro, P. (1998). Consumo de alimentos e nutrição: Dificuldades práticas e teóricas. *Revista Cadernos de Debate*, 6, 26-39.
- Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, 11(1), 692. doi: 10.1186/1471-2458-11-692
- Corte-Real, N. (2006). *Desporto, saúde e estilos de vida: Diferentes olhares, objetivos e subjetivos, sobre os comportamentos dos adolescentes*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Corte-Real, N., Balaguer, I., & Fonseca, A. (2004). *Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes*. Porto: Laboratório de Psicologia do Desporto da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. M. (2008a). Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses: Uma análise em função do sexo e da idade. *Saúde e Comportamento dos Adolescentes*, 21(3), 209-218.
- Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. M. (2008b). Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 17-25.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: Usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Faulkner, G. E., & Taylor, A. H. (2005). *Exercise, health and mental health*. New York: Routledge.
- Fedewa, A. L., & Ahn, S. (2011). The effects of physical activity and physical fitness on children's achievement and cognitive outcomes: a meta-analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 82(3), 521-535. doi: 10.1080/02701367.2011.10599785
- Fontaine, A. M. (1991a). Desenvolvimento do conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13-31.
- Fontaine, A. M. (1991b). O auto-conceito de si próprio no ensino secundário: Processo de desenvolvimento diferencial. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 33-54.
- Gonçalves, O. (2001). *Relação entre dimensões do auto-conceito e comportamentos não saudáveis em alunos do ensino secundário*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
- Hoying, J., Melnyk, B. M., & Arcoletto, K. (2016). Effects of the COPE Cognitive behavioral skills building TEEN program on the healthy lifestyle behaviors and mental health of Appalachian early adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 65-72. doi:10.1016/j.pedhc.2015.02.005
- Jones, S. P., & Heaven, P. C. L. (1998). Psychosocial correlates of adolescent drug taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 21, 127-134.
- Karlberg, I. (2016). Are lifestyle interventions among children and adolescents futile? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5), 439. doi:10.1177/1403494816650610
- Lees, C., & Hopkins, J. (2013). Effect of aerobic exercise on cognition, academic achievement, and psychosocial function in children: A systematic review of randomized control trials. *Preventing Chronic Disease*, 10, E174. doi:10.5888/pcd10.130010
- Liu, M., Wu, L., & Ming, Q. (2015) How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(8), e0134804. doi:10.1371/journal.pone.0134804
- Lloyd, B., Lucas, K., Holland, J., McGrellis, S., & Arnold, S. (1998). *Smoking in Adolescence: Images and identities*. London: Routledge.
- Malheiro, A. & Gouveia, M. (2001). Ansiedade física social e comportamentos alimentares de risco em contexto desportivo. *Análise Psicológica*, 19(1), 143-155.
- Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2(2), 77-172.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., & Ayotte, V. (2004). A multidimensional perspective of relations between self-concept (Self Description Questionnaire II) and adolescent mental health (Youth Self-Report). *Psychological Assessment*, 16(1), 27-41.
- Marsh, H. W., Relich, J. D., & Smith, I. D. (1983). Self-concept: The construct validity of interpretations based upon the SDQ. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 173-187.
- Matos, M. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 17(3), 449-462.
- McMorris, T., Tomporowski, P., & Audiffren, M. (2009). *Exercise and cognitive functioning*. London: Wiley-Heinrich.
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182.
- Moraes, M., Corte-Real, N., Dias, C., & Fonseca, A. M. (2009). Satisfação com a vida, exercício físico e consumo de tabaco em adolescentes de diferentes áreas geográficas de Portugal. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 30(2), 137-149.
- Resgate, I. (2001). Diversidade e comportamentos juvenis: Um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diferenciadas em Portugal. *Análise Psicológica*, 19(3), 345-364.
- Sampieri, R. H., Colado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). Definição de pesquisa a ser realizada: Exploratória, descritiva, correlacional ou explicativa. In R. H. Sampieri, C. F. Colado & P. B. Lucio (Eds.), *Metodologia de pesquisa* (pp. 98-117). São Paulo: McGraw-Hill
- Shavelson, R. L., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Silva, S. P. (2002). Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes. *Caderno CEDES Campinas*, 57(22), 23-43.

- Simões, D., & Meneses, R. F. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(2), 246-251.
- Spruit, A., Assink, M., van Vugt, E., van der Put, C., & Stams, G.J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 45*, 56-71. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.006
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J. R., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., et al. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics, 146*, 732-737.
- Tamayo, A., Campos, A. P. M., Matos, D. R., Mendes, G. R., Santos, J. B., & Carvalho, N. T. (2001). A influência da actividade física regular sobre o auto-conceito. *Estudos de Psicologia, 6*(2), 157-165.
- Vasconcelos-Raposo, J., Gonçalves, O., Teixeira, C., & Fernandes, H. M. (2009). Relação entre dimensões do auto-conceito e consumo de álcool em alunos. *Motricidade, 5*(1), 51-76. doi:10.6063/motricidade.5(1).187
- Velten, J., Lavalley, K. L., Scholten, S., Meyer, A. H., Zhang, X. C., Schneider, S., & Margraf, J. (2014). Lifestyle choices and mental health: A representative population survey. *BMC Psychology, 2*(1), 58. doi:10.1186/s40359-014-0055-y
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist, 66*(7), 579-592. doi:10.1037/a0021769.

