

Escola Superior de Educação João de Deus



Mestrado em Ciências da Educação na Especialização em Educação Especial no
Domínio Cognitivo e Motor

**Dinamização de um programa e intervenção junto de um grupo de
adolescentes obesos**

Núria Sofia Gomes Queirós Botelho

Lisboa, 2013

Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial no
Domínio Cognitivo e Motor

Núria Sofia Gomes Queirós Botelho

**Dinamização de um programa e intervenção junto de um
grupo de adolescentes obesos.**

Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior João de Deus com vista
à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade em
Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor

Sob a orientação do Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Lisboa, 2013

Resumo

A obesidade é uma doença crônica, que acarreta uma série de implicações de ordem psicossocial, sobretudo na adolescência. *Objetivos:* No presente estudo pretendeu-se dinamizar um programa de intervenção junto de um grupo de adolescentes obesos, com vista a promover o seu desenvolvimento pessoal e a capacitá-los para lidar de forma mais adaptativa com a obesidade. *Método:* O programa, constituído por 8 sessões, foi implementado com um grupo de 8 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 12 e 15 anos. Todos os participantes preencheram no início e no final do programa a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens e a Escala de Autoconceito de *Piers-Harris Children's Self Concept Scale*. Foi ainda aplicado um questionário de avaliação do programa, no final do mesmo. Na análise de dados aplicou-se o teste *Wilcoxon* para amostras emparelhadas e a análise de conteúdo do material escrito. *Resultados:* Denotou-se uma melhoria estatisticamente significativa após a intervenção em algumas dimensões do autoconceito (Popularidade, Satisfação e Felicidade, Aparência e Atributos Físicos) e da alexitimia (Dificuldade em identificar sentimentos), bem como ao nível do Autoconceito Global. Relativamente à perceção da eficácia do programa emergiram as seguintes subcategorias: aquisição de mais conhecimentos sobre a obesidade; alteração positiva da imagem corporal; diminuição da timidez; aquisição de competências emocionais; aumento da autoconfiança e da autoestima; sentimento de bem estar e visão dos benefícios do programa como um processo cumulativo. *Conclusões:* Os resultados obtidos reforçam a pertinência da intervenção psicológica em grupo ao nível do desenvolvimento pessoal e adaptação à obesidade nos adolescentes, bem como a necessidade dos programas de intervenção não se centrarem unicamente na perda de peso.

Palavras-chave: Adolescência, Obesidade, Intervenção em grupo.

Abstract

Obesity is a chronic disease, which causes a number of psychosocial implications, especially at youth. Objectives: This study was intended to devise, implement and evaluate a group intervention program with obese teenagers, to promote their personal development and enable them to deal with obesity. Method: The program consists of eight sessions, with a group of eight subjects of both sexes, with ages between 12 and 15 years. All participants filled the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Piers-Harris Children's Self Concept Scale at the beginning and at the end of the program. They also filled a program evaluation questionnaire at the end of it. For data analysis we applied the Wilcoxon test for paired samples and the content analysis of written material. Results: A significant statistically improvement is shown after the intervention in some dimensions of self-concept (Popularity, Satisfaction and Happiness, Physical Appearance and Attributes) and alexithymia (Difficulty identifying feelings), as well as at the Global Self-Concept level. Regarding the perceived effectiveness of the program emerged the following subcategories: a wider knowledge acquisition about obesity; a positive modification of body image; decreased shyness; emotional skills attainment; increased self-confidence and self-esteem; a sense of welfare and a sense of the program benefits as a cumulative process. Conclusions: The results support the relevance of psychological group intervention at the personal development level and at helping teenagers adjust to obesity, as well as the need for intervention programs that do not focus solely on weight loss.

Keywords: Youth, Obesity, Group Intervention.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que tornaram possível a concretização desta minha dissertação.

Em primeiro lugar quero deixar uma palavra ao grupo dos oito adolescentes que me ajudaram na realização deste projeto.

Não posso deixar de referir o indispensável contributo do Centro de Saúde de S. Pedro do Sul que prontamente se disponibilizou a coordenação, cedendo o espaço físico para a concretização deste meu trabalho, e em particular a nutricionista pela parceria que fez comigo e pelo encaminhamento dos seus pacientes.

Aos meus pais um agradecimento muito especial, por tudo aquilo que me deram e ensinaram a dar... Obrigada do fundo do coração pelo incentivo, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade, pelos sorrisos e desabafos partilhados. Obrigada pela vossa constante presença na minha vida! São a janela que se abre quando as portas do mundo se fecham!

Ao Professor Doutor Horácio Saraiva, pela orientação, disponibilidade e profissionalismo que sempre demonstrou.

Ao Agrupamento de Escola de Santa Cruz da Trapa, em particular ao Doutor António Ribeiro, que prontamente se disponibilizou a cooperar, fornecendo alguns dados para a concretização deste projeto.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para este trabalho e que a memória atraiçoa, mas o coração não esquece.

A todos vocês um muito OBRIGADA!

Lisboa, Agosto de 2013

Núria Botelho

Abreviaturas

A – Atividade

AC – Autoconceito

ACG – Autoconceito Global

CSSPS – Centro de Saúde de São Pedro Do Sul

DGS – Direção Geral de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHCSCS-2 – Escala de Autoconceito de Piers-Harris Children's Self Concept Scale

TAS-20 – Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

Índice Geral

Índice de Anexos	- 3 -
Índice de Quadros.....	- 3 -
Índice de Tabelas	- 3 -
Introdução	- 4 -
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico	- 5 -
1. Obesidade na adolescência	- 6 -
1.1. Definição e classificação	- 6 -
1.2. Prevalência.....	- 6 -
1.3. Etiologia.....	- 7 -
1.4. Implicações da obesidade a nível físico.....	- 8 -
2. Implicações psicológicas da obesidade na adolescência	- 8 -
2.1. Implicações da obesidade na imagem corporal do adolescente.....	- 9 -
2.2. Implicações da obesidade no autoconceito do adolescente.	- 11 -
2.3. Relação entre competência emocional e obesidade na adolescência.....	- 13 -
2.4. Implicações da obesidade no desenvolvimento social do adolescente	- 15 -
3. A intervenção em grupo na obesidade.....	- 16 -
4. Pertinência e objetivos do estudo.....	- 20 -
CAPÍTULO II - Método	- 22 -
5. Participantes	- 23 -
6. Material utilizado.....	- 23 -
6.1. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens	- 24 -
6.2. Escala de Autoconceito de Piers-Harris Children’s Self Concept.....	- 25 -
6.3. Questionário de avaliação do programa “E que tal crescer para cima?”	- 25 -
6.4. Ficha de avaliação das sessões “Sessão X... E que tal?”	- 26 -
7. Procedimento	- 26 -
7.1. Recolha de dados	- 26 -
7.2. Análise dos dados	- 26 -
CAPÍTULO III – Planeamento da Intervenção	- 28 -
8. Caracterização do grupo	- 29 -
8.1. Tipo de grupo.....	- 29 -
8.2. População-alvo e critérios de seleção	- 29 -
8.3. Tamanho e constituição do grupo	- 29 -
8.4. Duração da intervenção.....	- 30 -

9. Objetivos gerais e específicos da intervenção	- 30 -
10. Descrição das sessões de intervenção.....	- 30 -
CAPÍTULO IV - Resultados.....	- 35 -
11. Implicações da obesidade a nível físico e psicossocial	- 36 -
11.1. Discriminação social.....	- 37 -
11.2. Imagem corporal	- 37 -
11.3. Limitações da obesidade	- 38 -
11.4. Preocupação com possíveis doenças.....	- 38 -
12. Expetativas dos participantes antes da intervenção	- 38 -
12.1. Criação de laços de amizade.....	- 39 -
12.2. Desenvolvimento psicológico em geral	- 39 -
13. Implicações do programa de intervenção ao nível do autoconceito	- 39 -
14. Implicações do programa de intervenção ao nível da alexitimia	- 40 -
15. Avaliação de cada sessão por parte dos participantes	- 41 -
16. Avaliação do programa por parte dos participantes	- 42 -
16.1. Avaliação do programa em geral	- 42 -
16.2. Processos de mudança significativos	- 44 -
17. Outros dados	- 46 -
CAPÍTULO V - Discussão	- 47 -
Conclusão	- 52 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	- 55 -
ANEXOS	- 64 -

Índice de Anexos

Anexo 1: Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens

Anexo 2: Escala de Autoconceito de *Piers-Harris Children's Self Concept Scale*

Anexo 3: Questionário de avaliação do programa “E que tal crescer para cima?”

Anexo 4: Ficha de avaliação das sessões “Sessão X... E que tal?”

Anexo 5: Declaração de consentimento informado

Anexo 6: Folha de recolha dos dados sócio - demográficos

Anexo 7: Descrição das técnicas utilizadas na intervenção

Anexo 8: Frases colocadas no *Blog*

Anexo 9: Material da Técnica “A minha imagem”

Anexo 10: Material da Técnica “Comunicação”

Anexo 11: Material da Técnica “Minuto desafiante”

Anexo 12: Material da Técnica “As cores do meu corpo”

Anexo 13: Material da Técnica “O corpo não é tudo”

Índice de Quadros

Quadro 1: Descrição da estrutura do programa de intervenção.....	31 -
Quadro 2: Impacto da obesidade a nível físico e psicossocial	36 -
Quadro 3: 1º Núcleo Temático - Avaliação do programa em geral	43 -
Quadro 4: 2º Núcleo Temático - Processos de mudança mais significativos.....	44 -

Índice de Tabelas

Tabela 1: Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas relativas à escala PHSCS-2..	40 -
Tabela 2: Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas relativas à escala TAS-20	41 -
Tabela 3: Avaliação das sessões por parte dos participantes.....	41 -
Tabela 4: Avaliação do grau de conforto sentido nas sessões.....	42 -

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é a epidemia do século XXI, revelando-se uma doença complexa, de origem multifatorial e com graves implicações a nível físico e psicossocial, deixando uma marca negativa no desenvolvimento do adolescente (Dietz, 1998). Com efeito, tem-se registado um aumento da prevalência de obesidade no grupo dos adolescentes a nível mundial e Portugal também não é exceção. Cerca de 80% dos adolescentes obesos têm uma forte probabilidade de se tornarem adultos obesos (Fonseca & Matos, 2005; Fonseca et al., 2008).

Neste sentido, a par do esforço que deve ser desenvolvido ao nível da prevenção, torna-se primordial descobrir medidas de intervenção mais eficazes que visem ajudar os adolescentes obesos a perder peso, a optar por um estilo de vida mais ativo e promover o seu bem-estar (físico e psicológico) (Fonseca et al., 2008). A obesidade necessita de uma intervenção complexa e contínua, de forma abrangente, multidimensional e multidisciplinar.

Desta forma, no presente estudo pretendeu-se elaborar, implementar e avaliar um programa de intervenção psicológica em grupo com adolescentes obesos, com vista a promover o seu desenvolvimento pessoal e a capacitá-los para lidar de forma mais adaptativa com a obesidade. Em termos específicos, pretende-se investigar se a intervenção em grupo tem impacto ao nível: (a) das competências de relacionamento interpessoal; (b) das competências emocionais; (c) do autoconceito (d) da imagem corporal e (e) da ansiedade.

A presente investigação encontra-se dividida em 6 capítulos. No primeiro, efetuámos o enquadramento teórico que sustenta a pertinência do trabalho desenvolvido, o qual inclui uma breve abordagem a quatro temas-base: caracterização geral da obesidade; conceptualização de adolescência, principais transformações e implicações da obesidade nesta fase do desenvolvimento humano; intervenção em grupo na obesidade e pertinência e objetivos do estudo. O segundo capítulo fundamenta as opções metodológicas, nomeadamente os critérios de seleção da amostra e a técnica de recolha e análise dos dados. No terceiro capítulo descreve-se o planeamento da intervenção e no quarto são apresentados os resultados da investigação, seguindo-se a discussão dos mesmos no quinto capítulo. Termina-se com as principais conclusões do presente trabalho, as limitações identificadas, deixando-se ainda algumas sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I

Enquadramento Teórico

1. Obesidade na adolescência

1.1. Definição e classificação

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define obesidade como “uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde”. Este excesso de gordura provém de sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, a quantidade de energia ingerida é superior à despendida (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2005, p. 10). A pessoa denominada obesa excede o peso em pelo menos 20% do que seria adequado para a sua idade, sexo, estatura e constituição física (Fernández & Ros, 2003).

A DGS (2005) sugere a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) para fazer a avaliação antropométrica de adolescentes. Este determina-se dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado. O IMC apresenta uma boa correlação com a adiposidade corporal. Contudo, o IMC, quando aplicado a crianças e adolescentes, deve ser percentilado, tendo como base tabelas de referência, que indicam determinados pontos de corte (e.g. Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

1.2. Prevalência

A obesidade é uma doença crónica, cujos níveis de prevalência têm vindo a aumentar exponencialmente nas crianças e nos adolescentes, sendo atualmente considerada a epidemia do século XXI (DGS, 2005).

Um estudo realizado entre 1997-1998, em treze países europeus, Israel e EUA, num total de 29 242 adolescentes, de ambos os sexos, entre os treze e os quinze anos de idade, evidenciou diferenças significativas nas prevalências de excesso de peso e de obesidade entre os adolescentes, sendo superior nos EUA, Irlanda, Grécia e Portugal (Lissau et al., 2004).

Segundo a International Obesity Task Force (IOTF, 2005), 150 milhões de crianças, entre os 6 e os 17 anos, têm excesso de peso e 45 milhões são obesas. Outro dado interessante resultou da análise de uma revisão da literatura publicada entre 1970 e 1992, elaborada por Serdula et al. (1993), que concluiu que entre as crianças consideradas obesas na idade pré-escolar, cerca de 1/3 continuavam obesas na idade adulta e, entre as que eram consideradas obesas na idade escolar, cerca de metade continuavam obesas na idade adulta.

Em Portugal, de acordo com Matos e Equipa Aventura Social (2006), 2,8% dos adolescentes portugueses são obesos e 15,2% apresentam excesso de peso. Amaral e seus colaboradores, em 2007, efetuaram uma investigação, no distrito de Viseu, envolvendo adolescentes entre os 12 e os 18 anos, que revelou que a prevalência de excesso de peso é de 13,7% e a prevalência de obesidade é de 3,4%.

1.3. Etiologia

Existem dois tipos de fatores implicados no desenvolvimento da obesidade: os internos ou biológicos, que são os que isolados ou associados desencadeiam a obesidade, e os externos ou ambientais, que fazem parte do ambiente em que o sujeito vive (Barbosa, 2004 cit in Viana, 2008). Importa salientar que a etiologia desta doença é multifatorial, heterogénea e dependente da interação conjunta de todos os fatores, embora os dados epidemiológicos apontem para uma preponderância dos fatores ambientais (Duarte, 2006; Viana, 2008).

Em relação ao grupo dos fatores internos, incluem-se os genéticos que significam que a criança ou o adolescente pode ter uma predisposição genética para ser obesa, quando apresenta uma história clínica familiar relevante para a obesidade (Viana, 2008). Segundo Moreira (2005), cerca de 25 a 70% das variações do peso corporal podem ser atribuídas aos fatores genéticos. Os fatores metabólicos, que também se inserem neste grupo de fatores, sugerem que o metabolismo varia de pessoa para pessoa, ou seja, há pessoas que nascem com um metabolismo que facilita o aumento de peso sem que elas comam muito.

No que respeita aos fatores externos destacam-se os alimentares, a inatividade física e os fatores psicológicos. Neste sentido, a quantidade exagerada de comida, sobretudo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética, aliada com um estilo de vida sedentário, visível na diminuição da prática de exercício físico, podem levar ao aumento da prevalência da obesidade (Wang, Monteiro & Popkin, 2002). Num estudo de Oliveira, Cerqueira, Souza e Oliveira (2003), constatou-se que a obesidade infantil e juvenil está inversamente relacionada com a prática de atividade física sistemática, com a presença de televisão, computador e videojogos em casa, e com o baixo consumo de verduras. Relativamente aos fatores psicológicos, os problemas emocionais podem levar o indivíduo a comer mais, funcionando como um mecanismo de defesa ou compensação (Fernández & Ros, 2003; Moreira, 2005).

1.4. Implicações da obesidade a nível físico

A obesidade na adolescência tem inúmeras implicações a nível físico, projetando o aparecimento cada vez mais precoce de diversas patologias graves. Destacam-se as alterações ao nível do crescimento, em que se constata que as crianças obesas podem apresentar um estado de maturação física precoce resultante da aceleração da maturação biológica, bem como podem apresentar uma idade óssea avançada para a respetiva idade cronológica e níveis elevados de hormonas sexuais (Dietz, 1998; Fernández & Ros, 2003; Moreira, 2005).

Com efeito, a obesidade surge associada a patologias diversas como: aterosclerose, artrite, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, problemas de vesícula biliar, hipertensão e alguns tipos de cancro (Dietz, 1998; Galvão-Teles, Baptista & Carmo, 1996; Muller, 2001; Pi-Sunyer, 1993). Reconhecem-se, ainda, alterações dermatológicas, em que as estrias e as infeções de foro cutâneo são bastante frequentes. Alterações respiratórias são igualmente constantes, sendo que 30% das crianças obesas manifestam um quadro de apneia do sono. Por último, é de referir as alterações ortopédicas, que interferem com o nível de mobilidade física da criança (Dietz, 1998; Fernández & Ros, 2003; Moreira, 2005).

A obesidade na adolescência não está, efetivamente, associada a uma boa qualidade de vida, quer por aumentar a probabilidade de complicações na vida adulta, quer pelo facto de estas se fazerem sentir de uma forma negativa ainda durante a adolescência (Duarte, 2006).

2. Implicações psicológicas da obesidade na adolescência

Adolescência, do latim *adolescere*, significa “crescer”, “desenvolver-se”. É, pois, uma etapa do desenvolvimento humano fundamental para o crescimento e maturação física e psicológica. O que identifica melhor este período é, de facto, a celeridade da mudança, envolvendo alterações profundas e radicais, de uma forma rápida e acentuada (Barbosa, 2008; Beato, 2008; Elliott & Feldman, 1990).

As transformações que caracterizam todo este período sucedem-se nas várias áreas do desenvolvimento (físico, cognitivo, emocional e social). São transformações que ocorrem em todas estas áreas em simultâneo e de forma interdependente, ou seja, as alterações num determinado domínio afetam e são afetadas pelos restantes domínios (Beato, 2008).

A *Society for Research on Adolescence* (SRA) delimitou a adolescência entre os 10 e os 22 anos de idade, com três fases específicas: a) adolescência inicial (10 aos 15 anos), que revela sobretudo alterações a nível físico; b) adolescência intermédia (15 aos 18 anos), marcada especialmente pelo desenvolvimento da autonomia e independência e c) adolescência final (18 aos 22 anos), que se assume como a fase da tomada de responsabilidade e papéis de adulto (Elliott & Feldman, 1990; Sampaio, 1996).

Com efeito, propomo-nos a analisar as diversas transformações que ocorrem nas diferentes áreas do desenvolvimento durante a adolescência. Concomitantemente, pretendemos fazer um paralelo com as implicações da obesidade em alguns desses domínios específicos, que mereceram toda a nossa atenção e que são o foco deste trabalho. A adolescência é uma etapa por si só complicada e a vivência de uma doença crónica, como é o caso da obesidade, torna-a ainda mais difícil. Na perspetiva de Muller um dos momentos mais críticos para o aparecimento da obesidade é o início da adolescência (2001).

2.1. Implicações da obesidade na imagem corporal do adolescente

As transformações físicas e corporais, que acompanham a maturidade sexual, estão na base do desenvolvimento da adolescência, na fase a que chamamos puberdade (Muuss, 1990 in Barbosa, 2008), que não é mais que o estatuto biológico deste período.

Na puberdade ocorrem transformações hormonais, biológicas e corporais importantes, que levam ao desenvolvimento das características sexuais primárias, que são os órgãos diretamente relacionados com a reprodução, e secundárias, que são os sinais fisiológicos da maturação sexual e que não envolvem os órgãos sexuais. Na verdade, a puberdade é determinada e normativa, podendo ser considerado um fenómeno universal, embora varie de indivíduo para indivíduo, e envolve mudanças na aparência e formas do corpo, o que acarreta fortes implicações a nível da imagem e satisfação corporal (Barbosa, 2008).

A imagem ou perceção do próprio corpo, enquanto dimensão fundamental da identidade pessoal, condensa o “conjunto de representações, sentimentos, atitudes que o indivíduo elaborou acerca do seu próprio corpo ao longo da existência” (Bruchon-Schweitzer, 1990, p. 173-174). É, portanto, uma experiência personalizada, que implica uma avaliação subjetiva do tamanho, forma, peso ou aspeto físico geral. É de salientar que não há necessariamente uma correlação entre essa experiência subjetiva e a realidade objetiva (Pruzinsky & Cash, 1990).

A imagem corporal não sendo um fenómeno estático, elabora-se e estrutura-se progressivamente ao longo do desenvolvimento, através de experiências sensoriais, cognitivas, afetivas e sociais (Bruchon-Schweitzer, 1990), com base num processo de mediação indivíduo-família-sociedade (Pruzinsky & Cash, 1990). Neste sentido, o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva e estável implica a aceitação das mudanças anatómicas, subjacente a um fenómeno cultural (Steinberg & Blinn, 1993 cit in Barbosa, 2008), afetado por diversos fatores (estado de humor, forma de vestir, influência dos media, etc.) (Pruzinsky & Cash, 1990). De facto, esta representação mental do próprio corpo influencia o comportamento, a autoestima, a natureza das relações e o desenvolvimento de psicopatologia no indivíduo (Garner, 1997; Pruzinski & Cash, 1990).

A adolescência é, como vimos, uma etapa de grandes mudanças a nível físico. Estas mudanças podem ser marcantes na vida dos adolescentes, principalmente nas raparigas, que tendem a conceptualizar as transformações no seu corpo de forma negativa, vivenciando este fenómeno de forma insatisfatória (Barbosa, 2008). Na verdade, para os jovens a questão do corpo e da imagem corporal é essencial, uma vez que esta é a “chave” para o relacionamento com os outros (Davidson & McCabe, 2006). Nesta fase, a comparação e identificação com o grupo de pares torna-se determinante (Fonseca et al., 2008) e, consequentemente, o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa pode condicionar o desenvolvimento de aptidões interpessoais e de relações positivas com outros (Beato, 2008).

Importa agora analisar o impacto da obesidade na imagem corporal do adolescente. Um estudo realizado por Ferriani, Dias, Silva e Martins (2005), com 14 adolescentes obesos, de ambos os sexos, teve como objetivo conhecer a perceção dos participantes em relação ao seu corpo quando colocados em frente a um espelho e a sua influência na vida social. Concluiu-se que os adolescentes obesos manifestaram o receio explícito de se olharem no espelho, devido à insatisfação corporal e à rejeição do próprio corpo, assim como vivenciaram experiências estigmatizantes que são refletidas de modo negativo nas suas relações sociais.

Vários estudos mostram uma associação entre insatisfação corporal e excesso de peso em adolescentes (e.g. Carvalho, Cataneo, Galindo & Malfará, 2005; Israel & Ivanova, 2002; Richards, Petersen, Boxer, & Albrecht, 1990; Rosenblum & Lewis, 1999; Santos & Baptista, 2004; Schwatz & Brownell, 2004). De facto, os indivíduos obesos não apreciam os seus corpos e/ou distorcem as suas perceções sobre eles, sentindo-se inseguros em relação aos outros (Apfeldorfer, 1997; Candy & Fee, 1998). No caso específico da adolescência, há relatos de sentimentos de inferioridade entre adolescentes obesos, revelando muitos problemas

em relação à aceitação da sua imagem corporal e à valorização do seu próprio corpo (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005; Ferriani et al., 2005).

2.2. Implicações da obesidade no autoconceito do adolescente

A construção da identidade é o foco central da adolescência (Erikson, 1976; Papalia, Olds & Feldman, 2001) e, segundo Erikson (1976), tendo por base a teoria psicossocial do desenvolvimento, a tarefa principal desta etapa do ciclo de vida é o confronto com a crise da identidade *versus* confusão da identidade.

A adolescência acarreta profundas transformações, em que se espera que o adolescente construa um sentido coerente do *self*, que se forma através da integração de experiências presentes e passadas, consolidando as aquisições positivas de estádios anteriores (confiança, autonomia, iniciativa e indústria) e com o conjunto de valores e projetos, com os quais se pretende orientar ao longo da sua vida, encontrando, assim, o seu lugar na sociedade. Sem dúvida, o conceito que possuímos do eu, a forma como nos vemos a nós próprios e o modo como somos vistos pelos outros, constitui a base da personalidade adulta (Erikson, 1976).

Segundo Sampaio (1996), o desenvolvimento da identidade implica a construção de uma noção sólida e coerente de quem somos e do que queremos. Neste sentido, a investigação tem demonstrado que as pessoas que constroem a sua identidade de modo satisfatório são menos reativas a situações de stress, utilizam estratégias adequadas de tomada de decisão e de resolução de problemas (e.g. Dias & Fontaine, 2001), utilizam mecanismos de defesa mais adaptativos e apresentam melhor autoestima (Tesch & Cameron, 1987).

A construção do *self* assume grande preponderância na vida psíquica do adolescente. Neste contexto, impõe-se abordar o autoconceito (AC), uma vez que este está inter-relacionado com o conceito de identidade. O AC global corresponde à perceção que cada indivíduo tem de si, reportando-se, em termos específicos, à aparência, aos valores, às atitudes, à competência e à aceitabilidade social (Faria, 2005; Faria & Fontaine, 1990).

O AC representa um elemento essencial da personalidade, funcionando como organizador da ação, podendo facilitá-la ou inibi-la, consoante seja positivo ou negativo, respetivamente, bem como funcionando como unificador e guia, perante acontecimentos importantes (Faria & Azevedo, 2004). Segundo Shavelson, Hubner e Stanton (1976), o AC é organizado, estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, desenvolvimental e avaliativo.

De acordo com Shavelson e Bolus (1982), o AC geral divide-se em AC académico e em AC não-académico. Por sua vez, o AC académico subdivide-se em áreas mais específicas, de acordo com os diferentes domínios de aprendizagem. No que respeita ao AC não-académico, este subdivide-se em AC físico, AC social e AC emocional.

Com efeito, durante a adolescência o AC torna-se diferenciado, multifacetado e estruturado (Faria & Fontaine, 1990), passando o adolescente a ter maior capacidade para integrar no conceito de si mesmo o *feedback* avaliativo dos outros (Faria & Azevedo, 2004). Efetivamente, é a partir da influência das experiências nos vários contextos de vida (família, escola, grupo de pares), bem como das interpretações que os indivíduos fazem dessas experiências e dos reforços e avaliações que os outros significativos fazem dos seus comportamentos, que se constroem as perceções acerca de si próprio e o autoconhecimento. Também a este nível é importante o papel das atribuições causais que os outros e o próprio elaboram para as mais variadas condutas (Faria, 2005).

Vejamos agora o impacto que a obesidade poderá ter no AC do adolescente. De facto, o AC do adolescente quando acompanhado por uma doença crónica, como a obesidade, poderá ficar ameaçado, embora esta associação não seja unânime entre os investigadores.

Costa et al. (2006), desenvolveram um estudo em que um dos objetivos foi avaliar a relação do AC (global e subescalas) com o sexo e a idade, numa população clínica de 100 crianças e adolescentes com obesidade, a frequentar a Consulta de Nutrição Pediátrica do Hospital de São Miguel, em Oliveira de Azeméis. A amostra foi dividida por 3 grupos etários: Grupo A (8-11 anos), Grupo B (12-14 anos) e Grupo C (15-18 anos). Os investigadores concluíram que os obesos apresentavam um AC Global (ACG) positivo e elevado. De uma forma geral, os adolescentes tinham um ACG mais baixo, em comparação com as crianças e apenas os rapazes mais velhos apresentavam um ACG significativamente inferior ao dos seus pares controle, mas ainda dentro de valores positivos. Os resultados encontrados não sugerem relação direta entre obesidade infantil e ACG. No entanto, na avaliação das subescalas verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos (experimental e controle) para o escalão etário mais velho, em ambos os sexos, nas subescalas de atributos físicos e satisfação/felicidade.

Um estudo transversal realizado por Simões e Meneses (2007) teve como objetivo comparar o AC em crianças obesas e não obesas, entre os 8 e os 12 anos, numa amostra de 100 crianças, das quais 45 eram obesas. Verificou-se que os sujeitos não obesos apresentavam

valores médios significativamente mais elevados nas subescalas “Competência Atlética” e “Aparência Física”, enquanto os sujeitos obesos apresentavam valores médios significativamente mais elevados na subescala “Atitude Comportamental”.

De facto, a evidência empírica tem revelado que os adolescentes obesos são frequentemente desencorajados a participar em jogos e em atividades desportivas, uma vez que este tipo de atividades exige força e flexibilidade, sendo o excesso de peso sentido por eles como um incómodo nessas atividades, contribuindo, deste modo, para que se sintam menos competentes ao nível das atividades físicas (Apfeldorfer, 1997; Mello, Luft & Meyer, 2004).

Um dos domínios que mais contribui para a definição do AC do adolescente é o domínio físico, particularmente, o da aparência física, mostrando-se fundamental para a sua autoestima global. O domínio físico tem um papel fundamental no ajustamento psicossocial do adolescente (Faria, 2005), por isso, é inegável o impacto psicológico que a obesidade assume nesta etapa e que pode ser determinante na génese de perturbações que podem afetar estes sujeitos durante toda a sua vida (Dietz, 1998).

2.3. Relação entre competência emocional e obesidade na adolescência

Na adolescência torna-se essencial desenvolver determinadas competências emocionais (Fonseca et al., 2008), que vão possibilitar a compreensão de padrões emocionais e a resolução de problemas em contextos que envolvem emoções (Faria & Santos, 2006). Mayer e Salovey (1997) definiram inteligência ou competência emocional em quatro níveis: “capacidade para perceber emoções, para reconhecer e gerar emoções de modo a apoiar o pensamento, para compreender emoções e o pensamento baseado nelas, e para regular as emoções de modo reflexivo para promover o desenvolvimento emocional e intelectual” (p. 5). Assim, a competência emocional revela-se importante em diferentes contextos do desenvolvimento humano, como a família e a escola, contribuindo para a melhoria das competências sociais e para um melhor ajustamento do indivíduo (Faria & Santos, 2006).

Embora não haja uma definição consensual, é unânime entre os investigadores que “as emoções exercem uma influência marcante na vivência do ser humano, assumindo funções ao nível biológico, psicológico/ motivacional, desenvolvimental e social” (Torres, 2005, p. 181). Segundo Damásio (2000), as emoções são dirigidas para o exterior e são públicas, manifestando-se externamente através da postura corporal, movimentos oculares, expressão

facial, entre outros indicadores, sendo difícil controlar a sua expressão. Já a percepção ou a experiência das mudanças associadas à resposta emocional constituem os sentimentos. É através dos sentimentos que as emoções iniciam o seu impacto na mente.

De seguida, pretendemos analisar a relação entre competência emocional e obesidade na adolescência. De facto, as questões emocionais associadas à obesidade são cada vez mais citadas na literatura (e.g. Campos, Sigulem, Moraes, Escrivão, & Fisberg, 1996; Macht, 2008; Elfhag & Morey, 2008). Os estudos de Leon, Fulkerson, Perry e Cudeck (1993) revelaram alguns fatores relevantes para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, designadamente uma maior proporção de emoções negativas (sobretudo, uma maior reatividade ao *stress*), uma pobre autoconsciência (dificuldade em identificar e distinguir emoções e sentimentos) e uma dificuldade em controlar os impulsos.

Laquatra e Clopton (1994), numa amostra de 308 mulheres com anorexia, bulimia e obesidade, constataram que os resultados do Eating Disorders Inventory (EDI) e a escala de Toronto Alexithymia Scale (TAS) se correlacionavam, bem como que a dificuldade em identificar sentimentos estava associada à perturbação alimentar.

Herscovici (1997 cit in Güenter, 2000) assinala a alexitimia como uma dificuldade sentida pelos indivíduos obesos. Deste modo, impõe-se abordar o constructo alexitimia. Este caracteriza-se pela dificuldade em identificar e descrever sentimentos, tal como em distinguir os sentimentos de sensações corporais decorrentes da atividade emocional. É ainda característico dos indivíduos alexitímicos um estilo de pensamento literal, com processos imaginativos limitados e orientado para o exterior, que foi designado como pensamento operatório por Marty e M'Uzan (1963 cit in Prazeres, 2000; Torres, 2005).

Segundo Bruch (1962), a dificuldade para discriminar e expressar sentimentos, assim como para diferenciar estados emocionais e sensações corporais, constituem um défice central na obesidade. O estudo de Clerici et al. (1992 cit in Ramos, 2008) concluiu que os sujeitos obesos possuíam um índice significativo de características alexitímicas. Na verdade, algumas pessoas obesas não conseguem distinguir entre estarem assustadas, zangadas, tristes ou com fome, entendendo todos estes estados e sensações como fome, o que as leva a comer demasiado sempre que se sentem perturbadas, ou seja, têm uma escassa consciência interior, não conseguindo gerir e apaziguar os seus sentimentos (Apfeldorfer, 1997; Goleman, 1995). Kahtalian (1992 cit in Cataneo et al., 2005) considera que o ato de comer é tranquilizador

para os obesos. Com efeito, a incapacidade em compreender os sentimentos torna difícil o desenvolvimento de respostas adaptativas.

Na perspetiva de Macht (2008) as emoções influenciam a ingestão alimentar de cinco formas diferentes: 1) as emoções decorrentes da alimentação controlam as escolhas alimentares; 2) as emoções intensas suprimem a ingestão de comida; 3) as emoções dificultam o controlo cognitivo relativamente ao ato de comer; 4) as emoções negativas levam à ingestão como forma de regular as emoções e, finalmente, 5) as emoções regulam o ato de comer de forma congruente com a emoção experienciada. Assim, consoante as emoções vividas e os hábitos alimentares adquiridos, a ingestão emocional pode ser resultado de um bloqueio, de um produto das emoções ou uma consequência dos processos de regulação.

Se é importante para qualquer adolescente desenvolver as suas competências a nível emocional, para o adolescente obeso será ainda mais importante (Fonseca et al., 2008). Este é, sem dúvida, um grande desafio que se coloca à intervenção psicológica nesta área.

2.4. Implicações da obesidade no desenvolvimento social do adolescente

Na adolescência também se operam modificações nos processos de socialização. Com efeito, as relações interpessoais tornam-se mais autónomas e menos dependentes dos pais ou de outras figuras significativas, verificando-se um desenvolvimento de atitudes e comportamentos socialmente mais responsáveis e adaptados e, ainda, o estabelecimento de relações mais maduras com os pares (Beato, 2008).

Este é um período de intensa sociabilidade (Faria, 2005), em que o adolescente começa a ter maior capacidade para pensar sobre aquilo que os outros sentem e pensam acerca de si e dos seus comportamentos e para assumir a perspetiva do outro (Beato, 2008). Neste período de vida, o adolescente tem necessidade de ser reconhecido pelos outros, o que faz acentuar o desejo de pertencer a um grupo de referência. As interações que se estabelecem entre pares fornecem um modelo de relações que na fase adulta irão ser fundamentais. Note-se que é no seio do grupo que se discutem as problemáticas sentidas, como a autoridade paterna, a procura de estatuto, a identificação sexual, e também onde se partilham experiências, emoções e valores (Claes, 1995 in Senos & Diniz, 1998). Portanto, o grupo assume um papel primordial na vida do adolescente, sendo uma importante fonte na construção da identidade social (Senos & Diniz, 1998).

Os obesos são considerados, de forma estereotipada, como lentos, preguiçosos e caprichosos. Muitas vezes são socialmente discriminados e hostilizados pelos pares, professores e até pela própria família. Isto acarreta um claro prejuízo para a sua adaptação psicossocial (Dietz, 1998; Stunkard & Wadden, 1992).

Os adolescentes obesos tendem a ser excluídos pelo grupo e a ser menos convidados para participar nas mesmas atividades dos seus pares, ora por serem incapazes de as realizar, ora por serem frequentemente alvo de chacota. Deste modo, estes jovens procuram isolar-se, como que numa tentativa de se afastarem do tipo de humilhações a que estão sujeitos (Ferriani et al., 2005; Pereira 2007). Assim, acabam por perder uma boa parte das experiências que estão associadas a um crescimento mental saudável na adolescência (Dietz, 1998).

Stradmeijer (2000) analisou a relação entre o funcionamento familiar e o ajustamento psicossocial em 70 adolescentes com obesidade, comparando-as com 73 com peso normal, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. Verificou que tanto os pais como os professores indicaram mais problemas comportamentais em adolescentes com excesso de peso, particularmente com 13 anos de idade. Outro estudo, realizado por Epstein, Myers e Anderson (1996), avaliou 152 crianças obesas em tratamento, revelando que a maioria apresentava problemas de relacionamento social, quando avaliadas pelos próprios pais.

Vários estudos sugerem que existe, efetivamente, uma realidade social de discriminação, existindo como que uma aversão à gordura, num contexto social obcecado pela boa forma física (e.g. Almeida, Loureiro, & Santos, 2002; Bosch, Stradmeijer, & Seidell, 2003; Israel & Ivanova, 2002). Esta discriminação social tem um claro impacto na adaptação e construção da identidade social do adolescente (Stern et al., 2007), com um consequente défice ao nível do autoconceito (Viana, 2008).

3. A intervenção em grupo na obesidade

O ser humano existe integrado em diferentes inter-relacionamentos grupais, sendo portador de um conjunto de sistemas desejos, identificações, valores, capacidades e necessidades básicas com as quais ele é compelido a (con) viver. De facto, desde o nascimento o indivíduo participa em diferentes grupos, passando a maior parte do tempo interagindo com eles, numa constante dialética entre a busca da sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (Zimmerman & Osório, 1997).

A definição de grupo é bastante vaga e imprecisa, podendo designar diferentes conceptualizações. Segundo Zimerman e Osório (1997) um grupo não é meramente um somatório de indivíduos. Este constitui uma identidade própria, com leis e mecanismos específicos, existindo uma distribuição hierárquica de posições e papéis. Todos os integrantes do grupo estão reunidos em torno de um objetivo comum, sendo indispensável que fiquem preservadas as identidades específicas de cada um dos seus elementos. Os grupos são utilizados em diferentes contextos, por exemplo ao nível pedagógico, terapêutico, de formação, de animação sociocultural e de trabalho, tendo especificidades diferentes, podendo ser ou não com liderança profissional (Guerra & Lima, 2005).

Remetendo para o campo da saúde, a intervenção em grupo assume um papel essencial, sobretudo numa época em que as doenças crónicas têm aumentado significativamente, exigindo que o indivíduo integre a doença no seu dia-a-dia, fazendo alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, de forma a preservar a sua qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2007). A intervenção em grupo é um espaço terapêutico de partilha, coesão e suporte social, apresentando inúmeras vantagens de aprendizagem (Guerra & Lima, 2005).

Procurando aprofundar a importância deste tipo de intervenção, destaca-se o Modelo Interaccional de Yalom (2000), ligado sobretudo aos grupos terapêuticos, mas também aplicável aos grupos de desenvolvimento e de encontro. Assim, este autor defende a existência de doze fatores terapêuticos indispensáveis a um processo terapêutico de grupo, que funcionam numa interligação dinâmica entre eles. De seguida, faz-se uma breve abordagem aos fatores que nos parecem ter mais vantagens em intervenções em grupo com adolescentes obesos e que poderão funcionar como mecanismos potenciais de mudança.

Salienta-se a *coesão do grupo* que está ligada à relação terapêutica estabelecida com o líder e com os outros elementos, bem como à relação com o próprio grupo. Este é um dos fatores mais importantes, sendo um pré-requisito para a emergência de outros fatores terapêuticos e essencial para a eficácia do grupo (Yalom, 1995, 2000).

A *universalidade* procura contrariar a crença irracional de que se é o único a viver aquele problema (Yalom, 1995, 2000). Neste sentido, é fundamental estimular a partilha de condutas ocultas e que possam causar vergonha, funcionando como processo de socialização e aceitação (Zimerman & Osório, 1997), para que os adolescentes obesos sintam que não estão sozinhos e que muito do que experienciam é partilhado por outras pessoas nas mesmas condições.

O *altruísmo* é essencial na promoção da autoestima, na medida em que se entende que ao oferecer apoio incondicional ao outro, isto provoca uma sensação de utilidade e valorização pessoal (Yalom, 1995, 2000). Quando um adolescente obeso consegue colaborar para que o outro melhore, por exemplo, a sua relação com a alimentação, sente-se em melhores condições para fazê-lo também.

A *catarse* remete para a necessidade de libertação de emoções, que segundo Yalom (1995, 2000) se torna mais operacional no processo interpessoal, onde existe um contexto social de exteriorização do problema. Com efeito, o grupo possibilita a expressão de emoções fortes, atuando como suporte e como um campo onde se realiza uma verdadeira experiência emocional corretiva (Zimmerman & Osório, 1997).

O *desenvolvimento de competências sociais* poderá ser vantajoso em futuros relacionamentos interpessoais exteriores à experiência grupal (Yalom, 1995, 2000). Este aspeto é importante, uma vez que na adolescência o excesso de peso contribui para a estigmatização/discriminação e para o empobrecimento do funcionamento psicossocial. Neste sentido, é necessário trabalhar os modelos sociais da beleza e desenvolver uma atitude crítica em relação a estes (Zimmerman & Osório, 1997), ajudando a contrariar o isolamento, a vergonha e o constrangimento em público.

A *modelagem* remete para o facto de a aprendizagem poder ocorrer pela simples observação de uma intervenção terapêutica com um elemento do grupo com problemas semelhantes (Yalom, 1995, 2000). Num grupo de obesos isso pode acontecer quando um dos elementos do grupo relata como conseguiu resolver uma situação emocional que o impelia a comer (Zimmerman & Osório, 1997).

Por último, salientamos o *grupo como microcosmos social*, que emerge quando o grupo começa a exhibir os seus comportamentos de forma natural e espontânea (Yalom, 1995, 2000). Num grupo de adolescentes obesos isto poderá permitir a cada elemento minimizar o sentimento de vergonha e de rejeição social e incrementar uma atitude de autoconfiança.

Apesar destas potencialidades da intervenção em grupo na obesidade, constata-se a escassez de estudos existentes neste domínio.

A nível nacional apenas se encontrou um estudo exploratório realizado por Fonseca et al. (2008), que teve como objetivo verificar se a efetividade do controlo do IMC a curto e médio prazo era significativamente diferente, utilizando dois tipos de intervenção. Neste

estudo participaram 16 adolescentes obesos, com mais de 12 anos. Foram distribuídos por dois grupos: um grupo de intervenção individual tradicional e um grupo de intervenção experimental. Os sujeitos do grupo experimental integraram um programa específico que englobava a sua participação e a dos seus pais numa intervenção em grupo. Foram realizadas seis sessões com o grupo de adolescentes e outras seis com o grupo de pais, sendo ambas organizadas em quatro módulos: competências sociais; exercício físico; alimentação; adolescência (enquanto etapa específica do desenvolvimento) e particularidades da obesidade e das perturbações do comportamento alimentar. Os resultados indicam uma redução significativa do IMC no final da intervenção no grupo experimental, o que não se verificou no grupo que foi objeto da intervenção individual. No entanto, na reavaliação efetuada um ano depois, os resultados sugerem de novo um aumento do IMC, apesar de se manter inferior ao inicial, o que poderá sugerir que o tipo de intervenção utilizada para ser eficaz a médio/longo prazo necessita de continuidade (Fonseca et al., 2008).

A nível internacional os estudos também são escassos. É de salientar o estudo de Akker et al. (2007), que permitiu concluir que um programa de intervenção em grupo para crianças e adolescentes (com idades entre os 8 e os 15 anos), seguindo a linha cognitivo-comportamental, pode ser eficaz na redução do peso, através da adoção de um estilo de vida saudável, do desenvolvimento da autoestima e de uma imagem positiva. Importa referir que ao longo da intervenção foi requerido o envolvimento dos pais no processo de mudança.

É ainda de sublinhar o estudo desenvolvido por Jelalian et al. (2006), que envolveu 76 adolescentes obesos, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. Neste estudo fez-se a comparação entre dois tipos de Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), com a duração de 4 meses, nomeadamente: TCC de grupo com reforço de pares e TCC de grupo com exercício físico. Concluiu-se que ambos os tratamentos conduziram à perda de peso, no entanto os participantes da primeira intervenção (TCC com reforço de pares) conseguiram manter, de forma mais significativa, o peso perdido (35% *versus* 12%) 10 meses após o início dos tratamentos. Estes resultados são justificados pelo simples facto de os jovens da mesma idade servirem de modelos em relação a comportamentos de saúde positivos, numa fase desenvolvimental em que os adolescentes procuram sobretudo a identificação com os pares. As atividades de grupo neste programa incluíam desafios físicos e mentais, com o objetivo de aumentar a autoconfiança e desenvolver capacidades sociais e de resolução de problemas.

Em geral, estudos anteriores demonstraram resultados positivos também na utilização da intervenção em grupo com adultos obesos (e.g., Renjilian et al., 2001; Seamoore, Buckroyd

& Stott 2006; Wilfley et al., 2002), revelando-se também uma estratégia de intervenção eficaz na promoção da adaptação e adesão do doente ao tratamento com grupos de doentes sujeitos a cirurgia bariátrica (Henriques, 2008; Vieira & Estima, 2008).

No tratamento da obesidade utilizam-se técnicas baseadas no modelo cognitivo-comportamental, uma vez que é o que tem mostrado maior eficácia em diversos estudos empíricos (e.g. Duchesne, 2006; Pimenta, Leal, Branco & Maroco, 2009; Rodríguez, Gómez, Martínez & Pérez, 2003; Straub, 2005). Este preconiza uma intervenção semi-estruturada, objetiva, orientada para a resolução do problema, abordando fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais. A intervenção na obesidade segundo este modelo implica a abordagem de novos comportamentos e atitudes que a pessoa deve assumir para garantir hábitos de vida ajustados. Como elementos essenciais do tratamento privilegiam: controlo de estímulos; modificação de pensamentos negativos; gestão de stress; implementação de objetivos comportamentais; melhoramento da imagem corporal e, finalmente, perturbações do padrão alimentar (Moreira, 2005; Rodríguez et al., 2003; Straub, 2005).

As técnicas cognitivo-comportamentais quando combinadas com o poder terapêutico da intervenção em grupo podem, efetivamente, produzir mudanças a longo-prazo no indivíduo obeso. Em suma, sendo a obesidade considerada uma doença crónica necessita de uma intervenção complexa e contínua, de forma abrangente, multidimensional e multidisciplinar, já que afeta todos os domínios da qualidade de vida (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2008).

4. Pertinência e objetivos do estudo

A revisão bibliográfica efetuada evidencia a pertinência da investigação desenvolvida. Os adolescentes obesos podem apresentar baixa autoestima, baixo autoconceito, faltos de autoconfiança, estados de depressão e ansiedade elevada, fraco rendimento escolar, relacionamento interpessoal deficitário, tendo tudo isto origem na rejeição social, característica de um contexto social que dá primazia à beleza física, levando à discriminação e culminando no isolamento (Brownell & Wadden, 1992; Dietz, 1998; Erermis et al., 2004; Fernández & Ros, 2003; Moreira, 2005; Stunkard & Wadden, 1992).

Perante isto, acentua-se a necessidade urgente de intervenção nesta problemática, sobretudo tendo em conta que a taxa de eficácia dos tratamentos é baixa (Fonseca et al., 2008). No que respeita à intervenção psicológica em grupo, são muito escassos os estudos que

se centram na elaboração e na implementação de programas dirigidos a esta problemática em geral e a adolescentes em específico. No entanto, tendo em conta os fatores terapêuticos definidos por Yalom (1995, 2000), facilmente se reconhece a pertinência e aplicabilidade dos mesmos num grupo constituído por adolescentes obesos.

No que respeita às características específicas do grupo alvo a intervir, a opção recai, portanto, sobre adolescentes obesos, em que se pretende promover o seu desenvolvimento pessoal, numa perspetiva preventiva e de amortecimento do impacto da obesidade, promovendo o seu bem estar. Deste modo, consideramos que várias áreas poderão beneficiar da intervenção psicológica, nomeadamente: imagem corporal; expressão emocional; stress; autoestima; autoconceito e competências de comunicação. Isto porque vários estudos demonstram, como vimos, as implicações da obesidade nestas áreas que, ao longo deste estudo, enquadrámos em quatro grandes domínios do desenvolvimento na adolescência, designadamente: físico, emocional, construção da identidade e, por fim, social.

Na perspetiva de Fonseca et al. (2008), que é também a nossa, o objetivo último de qualquer intervenção com adolescentes obesos é a promoção do seu bem-estar, de modo a que se sintam melhor consigo próprio, tanto a nível físico como psicológico, sendo que para isso as intervenções não deverão apenas ter em linha de conta o controlo do peso, mas também um melhor entendimento das várias transformações que estão a ocorrer durante este período do desenvolvimento humano.

A presente investigação distingue-se dos estudos expostos anteriormente, pelo facto de avaliar os benefícios de um programa de intervenção em grupo a nível psicológico e não na perda de peso, procurando promover o bem-estar dos adolescentes obesos.

Assim, este estudo exploratório tem como principal objetivo elaborar, implementar e avaliar um programa de intervenção psicológica em grupo com adolescentes obesos, com vista a promover o seu desenvolvimento pessoal e a capacitá-los para lidar de forma mais adaptativa com a obesidade.

Considerando as principais áreas de intervenção delineadas para o programa, pretende-se investigar se a intervenção em grupo tem impacto ao nível: (a) das competências de relacionamento interpessoal; (b) das competências emocionais; (c) do autoconceito (d) da imagem corporal e (e) da ansiedade.

CAPÍTULO II

Método

5. Participantes

A amostra do presente estudo é não probabilística e sequencial, na medida em que a probabilidade relativa de um qualquer elemento ter sido incluído na amostra é desconhecida e todos os indivíduos que eram elegíveis para participar neste estudo foram incluídos conforme iam aparecendo (Ribeiro, 2008).

Participaram neste estudo 8 indivíduos, 5 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, entre os 12 e os 15 anos de idade, sendo a média de 13.38 ($DP= 0.92$). Todos os participantes frequentavam a Consulta de Nutrição do Centro de Saúde de S. Pedro do Sul (CSSPS), distrito de Viseu, e obedeciam aos seguintes critérios: (1) idade (12-15 anos); (2) diagnóstico de excesso de peso ou obesidade e (3) residência na área metropolitana de Viseu. A classificação de excesso de peso/obesidade foi definida segundo os parâmetros de Cole et al. (2000).

O grupo de intervenção iniciou-se em Janeiro de 2012 e terminou em Julho de 2012, num total de 8 sessões, com uma periodicidade quinzenal.

O programa de intervenção em grupo iniciou-se com 10 elementos, tendo desistido dois após a primeira sessão. Os restantes 8 elementos frequentaram as sessões até ao fim.

6. Material utilizado

Para se proceder à avaliação da eficácia do programa foram aplicadas duas escalas de autorresposta, no início e no fim do grupo: (1) Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; adaptação portuguesa por Prazeres, Parker, & Taylor, 2000) para avaliar a componente emocional e (2) Escala de Autoconceito de *Piers-Harris Children's Self Concept Scale* (PHCSCS-2; Piers & Herzberg, 2002; versão portuguesa de Veiga, 2006) para avaliar o autoconceito.

Foi ainda aplicado um questionário de avaliação do programa (Questionário de Avaliação do Programa “E que tal crescer para cima?”), de autopreenchimento, desenvolvido especificamente para este estudo, para cada elemento dar a sua opinião sobre o programa de intervenção em grupo, na sua globalidade. Este questionário foi aplicado na última sessão.

A avaliação de cada sessão foi implementada através de uma ficha (Sessão X... E que tal?) elaborada apenas para este programa de intervenção, que foi preenchida por cada elemento no final de cada sessão. É de salientar que para avaliar a eficácia do programa, também se recorreu ao material escrito pelos participantes, proveniente de algumas das técnicas aplicadas ao longo das sessões e de comentários deixados no *blog*.

De seguida, apresenta-se uma descrição dos instrumentos atrás referidos.

6.1. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens

Para o estudo da componente emocional aplicou-se a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20), adaptada para o português por Prazeres, Parker e Taylor (2000) (cf. Anexo 1). Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Bagby, Parker e Taylor (1994).

A TAS-20 é um instrumento de autoavaliação, constituído por 20 itens, no qual é solicitado ao sujeito que assinale o seu grau de concordância para cada um dos itens, numa escala tipo Likert de cinco pontos (1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo em parte; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo em parte; 5 - Concordo totalmente). No que diz respeito à cotação da mesma, esta realiza-se atribuindo a cada item um valor de 1 a 5, podendo obter-se uma nota total de alexitimia, expressa numa escala de 20 a 100. Salienta-se que cinco dos itens são cotados inversamente (itens 4, 5, 10, 18, 19) (Torres, 2005). Para a nota total da TAS-20, foram estabelecidos os seguintes pontos de corte: a) igual ou inferior a 51, o indivíduo é considerado não alexitímico; b) igual ou superior a 61, indica que é alexitímico. Os resultados entre 52 e 60 correspondem a uma zona fronteira (Taylor et al., 1997 cit in Torres, 2005).

Os estudos de análise fatorial revelam a presença de uma estrutura com três fatores, congruente com o construto de alexitimia: (Fator 1) dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção (7 itens: 1,3,6,9,11,13,14); (Fator 2) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (5 itens: 2,4,7,12,17); (Fator 3) estilo de pensamento orientado para o exterior (8 itens: 5,8,10,15,16,18,19,20) (Prazeres et al., 2000).

O instrumento tem mostrado possuir uma adequada consistência interna e precisão teste-reteste, bem como uma excelente fiabilidade (Prazeres et al., 2000; Veríssimo, 2001). “Atualmente, a TAS-20 é apontada como a escala que apresenta melhor validade e fidelidade no estudo da alexitimia e desde que foi desenvolvida tem-se tornado no instrumento de

avaliação mais vastamente utilizado, tanto ao nível da investigação como da prática clínica” (Torres, 2005, p. 265).

6.2. Escala de Autoconceito de Piers-Harris Children's Self Concept

Para avaliar o autoconceito, optou-se pela Escala de Autoconceito de Piers-Harris Children's Self Concept Scale (PHCSCS-2; Piers & Herzberg, 2002; adaptada à população portuguesa por Veiga, 2006) (cf. Anexo 2).

A PHCSCS-2 é constituída por 60 itens, em relação aos quais o sujeito deve assinalar a sua resposta de acordo com a escala dicotómica *sim/não*. A pontuação da escala determina-se atribuindo a cada item um ponto ou zero, conforme a resposta dada seja reveladora, respetivamente, de uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo.

Este instrumento abrange seis fatores: (1) Aspeto Comportamental (AC) (itens 12, 13, 14, 18, 19, 20, 27, 30, 36, 38, 45, 48, 58); (2) Ansiedade (AN) (itens 4, 7, 10, 17, 23, 29, 56, 59); (3) Estatuto Intelectual e Escolar (EI) (itens 5, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 34, 39, 43, 50, 52, 55); (4) Popularidade (PO) (itens 1, 3, 6, 11, 32, 37, 41, 47, 51, 57); (5) Aparência e Atributos físicos (AF) (itens 8, 9, 15, 33, 44, 46, 49, 54); (6) Satisfação e Felicidade (SF) (itens 2, 28, 31, 35, 40, 42, 53, 60).

É uma medida recomendada por vários autores e é frequentemente utilizada na investigação científica, a nível nacional e internacional (Veiga, 2006).

6.3. Questionário de avaliação do programa “E que tal crescer para cima?”

O Questionário de avaliação do programa “E que tal crescer para cima?” (cf. Anexo 3) foi elaborado especificamente para este estudo, com o objetivo de se averiguar a eficácia do mesmo. Este questionário integrava uma série de questões abertas, no sentido de se analisar a pertinência do programa para cada participante, a adequação da sua estrutura, bem como o modo como cada um experienciou esta vivência em grupo. Incluía também questões fechadas, no sentido de se obter uma avaliação geral do programa por parte dos participantes e do grau de conforto sentido durante o desenvolvimento do mesmo. Este questionário foi preenchido individualmente na última sessão do programa.

6.4. *Ficha de avaliação das sessões “Sessão X... E que tal?”*

No sentido de avaliar cada sessão, criou-se a ficha “Sessão X... E que tal?” (cf. Anexo 4), também elaborada pela investigadora para o presente estudo. A ficha foi preenchida individualmente, no final das atividades propostas em cada sessão. Esta ficha contempla duas partes, uma em que o participante avalia globalmente a sessão e outra em que assinala como se sentiu durante a mesma. É ainda reservado um espaço para a livre expressão de ideias (“Gostava de dizer...”). Esta avaliação sessão a sessão permite uma melhor adequação do processo às necessidades do grupo.

7. Procedimento

7.1. *Recolha de dados*

Para dar início à investigação, fez-se o pedido de autorização formal à direção do CSSPS, o qual foi aceite. É de salientar que a seleção dos participantes e a implementação do programa foi feita em articulação com os responsáveis pela Consulta de Nutrição e de Psicologia.

Depois de concretizado o levantamento dos utentes, tendo em conta os critérios de seleção já explicitados, contactou-se telefonicamente os encarregados de educação e marcou-se uma entrevista inicial. Nesta entrevista foi explicada a estrutura do programa, o carácter voluntário da participação e a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi analisada a motivação do adolescente para integrar o grupo e, mediante a concordância dos mesmos em participar, os encarregados de educação assinaram uma declaração de consentimento informado (Anexo 5). Nesta entrevista inicial foi feita a recolha dos dados sócio - demográficos (Anexo 6) e foram administrados os instrumentos de avaliação TAS-20 e PHCSCS-2 (pré-teste). No final, foi entregue um cartão como símbolo de entrada no grupo de intervenção. Na última sessão foram igualmente administrados a TAS-20 e PHCSCS-2 e foi preenchido o questionário de avaliação do programa, individualmente (pós-teste).

7.2. *Análise dos dados*

No que respeita à análise dos dados, optou-se por análise quantitativa e qualitativa, num sentido complementar. “A investigação qualitativa ajuda a explicar, a compreender o quê e o

porquê, que a investigação quantitativa ajuda, com a força dos números, a identificar” (Ribeiro, 2008, p. 75).

Recorreu-se à análise estatística para estudar os dados resultantes das escalas aplicadas (TAS-20 e PHCSCS-2), seguindo uma metodologia de pré-teste e pós-teste. A análise diferencial das respostas obtidas nestes dois momentos constitui um indicador da eficácia do programa, nomeadamente no que respeita à componente emocional e ao autoconceito. Para se analisar os dados obtidos utilizou-se o programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Dado o reduzido tamanho da amostra ($n = 8$) procedeu-se à utilização de um teste não paramétrico, o *Wilcoxon*, para amostras emparelhadas. Este teste procura avaliar a existência ou não de diferenças significativas entre os dois momentos da análise, concretamente o início e o fim da intervenção.

A par da avaliação quantitativa, foi realizada uma avaliação qualitativa, fazendo-se uma análise de conteúdo de todo o material escrito resultante das atividades propostas ao longo das sessões, dos comentários registados no *blog* e do questionário de avaliação do programa. O processo de codificação dos dados e respetiva construção da grelha de análise de conteúdo resultou das leituras sucessivas do material, através das quais se procurou pensar os dados, identificando unidades de significado emergentes (categorias) e delineando possibilidades de estruturação (Bardin, 1995). De facto, as categorias obtidas foram sendo formuladas e refinadas à medida que os dados iam sendo analisados, o que fez com que este processo fosse gradual e pouco linear, sendo alvo de repetidas reformulações.

CAPÍTULO III

Planeamento da Intervenção

Este capítulo pretende descrever o planeamento da intervenção, fazendo-se uma caracterização mais pormenorizada do grupo, dos objetivos da intervenção, bem como a descrição de cada sessão e das atividades desenvolvidas.

8. Caracterização do grupo

8.1. Tipo de grupo

Tratou-se de um grupo de desenvolvimento (não terapêutico), no qual se procurou promover o crescimento pessoal e a aquisição de competências relacionais (Guerra & Lima, 2005). O grupo caracterizou-se por uma liderança diretiva, sendo a líder do grupo a própria investigadora deste estudo.

Como racional teórico, optou-se pela linha Cognitivo-Comportamental, ora porque esta teoria é a que tem demonstrado melhores resultados (e.g. Duchesne, 2006; Pimenta et al., 2009; Rodríguez et al., 2003; Straub, 2005), ora porque faz da intervenção em grupo um processo dinâmico, orientado para as principais prioridades e necessidades do grupo (Radomile, 2005 cit in Henriques, 2008).

8.2. População-alvo e critérios de seleção

Os participantes que integraram o grupo são utentes do CSSPS, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos de idade, com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade e residentes em Viseu. Assim, o grupo foi homogéneo relativamente à doença (obesidade) e à idade (adolescência), de forma a potenciar a partilha de problemas semelhantes e específicos da doença e da própria fase da adolescência, bem como aumentar a probabilidade de funcionarem como modelos entre si. Contudo, o grupo foi heterogéneo quanto às características socioeconómicas e ao sexo, ampliando, assim, a probabilidade de uma maior troca de experiências e perspetivas de análise em relação à obesidade (Guerra & Lima, 2005).

8.3. Tamanho e constituição do grupo

O grupo foi constituído por 8 elementos. Considerou-se que este seria o tamanho adequado, tendo em conta o número de sessões e a duração de cada sessão, pretendendo-se, por um lado, proporcionar condições para que as atividades decorressem de forma mais

eficaz e, por outro, possibilitar uma maior disponibilidade para atender às idiossincrasias de cada participante (Corey, 1987; Guerra & Lima, 2005). O grupo foi *fechado*, não havendo entrada de novos elementos, permitindo, assim, um maior comprometimento e abertura entre eles, para se trabalhar ativamente sobre os seus problemas e facilitar o seu desenvolvimento e coesão grupal (Guerra & Lima, 2005).

8.4. Duração da intervenção

Dado que se trata de uma intervenção breve, foram realizadas 8 sessões, quinzenalmente, com uma duração aproximada de 80 minutos cada.

9. Objetivos gerais e específicos da intervenção

Estabeleceu-se como objetivo geral desta intervenção promover o desenvolvimento pessoal dos adolescentes obesos, capacitando-os para lidar de forma mais adaptativa com a obesidade. Assim, pretendia-se: (1) promover o desenvolvimento de relações interpessoais; (2) desenvolver competências de comunicação; (3) favorecer a expressão emocional; (4) desenvolver competências para lidar com o stress; (5) estimular o aumento da autoestima e do autoconceito e (6) aumentar a satisfação com o corpo.

10. Descrição das sessões de intervenção

No quadro que se segue apresentam-se os objetivos gerais e específicos de cada sessão, bem como as respetivas técnicas utilizadas. Por uma questão de limite de páginas, a explicação detalhada de cada uma das técnicas encontra-se em anexo (cf. Anexo 7). É de salientar que todas as sessões começaram com uma técnica de quebra-gelo, com características extremamente dinâmicas, procurando-se promover contacto e movimento corporal. No final de cada sessão foi entregue uma ficha de avaliação da sessão (cf. Anexo 4).

Quadro 1: Descrição da estrutura do programa de intervenção

SESSÃO	OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/TÉCNICAS
1 “Quem somos?”	- Apresentar os membros do grupo. - Explicitar a estrutura do programa.	- Favorecer o conhecimento mútuo dos participantes e a sua interação. - Promover um ambiente agradável.	A1: “Quem é quem?” (adaptado de Fritzen, 1981) [30 minutos]
		- Favorecer a interação entre os participantes.	A2: “Indo ao encontro” (Soler, 2003) [5 minutos]
	- Definir o funcionamento do grupo. - Analisar as expetativas dos participantes.	- Apresentar o programa. - Definir as regras fundamentais para a interação e cooperação no grupo.	A3: “O nosso programa” [20 minutos]
		- Explorar as expetativas dos elementos do grupo.	A4: “Expressando expetativas” (adaptado de Costa, 2003) [25 minutos]
2 “Somos um grupo e queremos conhecer-nos melhor”	- Promover a coesão e empatia do grupo. - Promover o desenvolvimento de relações interpessoais.	- Criar um clima relaxado e de confiança entre o grupo.	A1: “Salada de fruta” (Delgado & Campo, 1993) [10 minutos]
		- Aprofundar o conhecimento mútuo dos participantes. - Promover a coesão grupal.	A2: “Teia de aranha” (Xesús, 2007). [20 minutos]
	- Explorar e refletir sobre as consequências psicossociais da obesidade.	- Treinar competências de relacionamento interpessoal, nomeadamente a confiança.	A3: “Tempestade de neve” (Orlick, 1986) [20 minutos]
		- Facilitar a partilha de experiências sobre o impacto de “ser obeso”. - Refletir sobre conotações negativas associadas à palavra “obesidade”.	A4: “Caixinha da obesidade” (adaptado de Brandes & Phillips, 1977) [30 minutos]

SESSÃO	OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/TÉCNICAS
3 “Somos um grupo e sabemos comunicar”	- Promover a coesão do grupo. - Promover o desenvolvimento de relações interpessoais. - Treinar competências de comunicação.	- Criar um clima de confiança e relaxado	A1: “Ultrapassando a bola” (Wiertsema, 1993) [10 minutos]
		- Explorar a importância da comunicação nas relações humanas.	A2: “Jogo dos quadrados” (Equipa de formadores da SEIS, 1997). [25 minutos]
		- Explicar os tipos de comunicação existentes, nomeadamente a assertividade.	A3: “Comunicação” [15 minutos]
		- Treinar a capacidade de comunicar de forma assertiva.	A4: “Minuto Desafiante” (adaptada de Torremorell, 2002) [30 minutos]
4 “Sabemos expressar-nos!”	- Manter a coesão do grupo. - Fomentar a expressão emocional.	- Criar um clima agradável.	A1: “Massagem de grupo” (Vopel, 1998a) [15 minutos]
		- Promover a identificação, expressão (verbal e não verbal) e partilha de sentimentos.	A2: “Sentimentos” (Gonçalves, s.d.) [65 minutos]
5 “Stress, meu inimigo”	- Reconhecer a importância dos exercícios de relaxamento. - Treinar técnicas de relaxamento.	- Criar um clima agradável.	A1: “Garças lutadoras” (Wiertsema, 1993) [10 minutos]
		- Treinar exercícios de respiração diafragmática.	A2: “Respiração diafragmática” (Payne, 2003) [20 minutos]
		- Promover situações de relaxamento.	A3: “Relaxando através da imaginação e da música” [50 minutos]

SESSÃO	OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/TÉCNICAS
6 “Somos todos especiais”	- Refletir sobre valores pessoais. - Promover a autoestima e o autoconceito.	- Criar um clima agradável.	A1: “Morto/Vivo” (Berkenbrock, 2002) [10 minutos]
		- Promover a auto-avaliação de valores e a capacidade de gerir alternativas. - Criar uma oportunidade para a auto-exploração de si e das suas experiências.	A2: “Pirâmide dos Valores” (adaptado de Vopel, 1998b) [50 minutos]
		- Promover a autoestima e o autoconceito. - Diminuir a dificuldade de exprimir apreciações sobre si próprio.	A3: “Festinhas no Ego” (Fundação Portuguesa “A comunidade contra a sida”) [20 minutos]
7 “O corpo não é tudo”	- Refletir sobre a valorização do corpo e a sua importância. - Aumentar a consciência sobre a imagem corporal. - Promover a autoestima e o autoconceito.	- Criar um clima agradável.	A1: “Arco-Íris de balões” (Fundação Portuguesa “A comunidade contra a sida”) [5 minutos]
		- Explorar a perceção da imagem corporal atual e ideal.	A2: “A minha imagem” [30 minutos]
		- Promover a compreensão das atitudes de cada um em relação ao corpo.	A3: “As cores do meu corpo” (Vopel, 1998c) [15 minutos]
		- Refletir sobre a valorização atribuída ao corpo e as implicações da perceção da imagem corporal a nível psicológico.	A4: “O corpo não é tudo” [20 minutos]
		- Promover a autoestima.	A5: “Eu gosto de mim, porque...” (Duarte et al., 2002). [10 minutos]

SESSÃO	OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/TÉCNICAS
8 “A nossa despedida”	- Finalizar o programa. - Avaliar o programa.	- Fomentar a continuidade do contacto entre os elementos do grupo.	A1: “O meu postal” (Fritzen, 1981) [30 minutos]
		- Dar aos membros do grupo oportunidade para reflectirem sobre a importância deste programa nas suas vidas.	A2: “Estamos a chegar ao fim... E?” [20 minutos]
		- Avaliar a forma como decorreu o programa na sua globalidade. - Administrar as escalas (pós-teste)	A3: “Este programa foi...” [30 minutos]
		- Incutir o sentimento de pertença ao grupo, como uma identidade própria.	A4: “Surpresa” [10 minutos]

Como um complemento às sessões de intervenção, foi criado um *blog*. Em cada sessão eram colocados novos *posts*, relacionados com a temática abordada nessa sessão, sendo os participantes convidados a comentá-los.

O objetivo do *blog* era criar um espaço de partilha de informações sobre a obesidade e o próprio período de desenvolvimento em que se encontravam os participantes (adolescência), mas também criar um espaço de partilha de emoções, sentimentos e pensamentos relativos ao programa e a outros aspetos que eles considerassem pertinentes. Por uma questão de confidencialidade foram criados *nicknames*, na primeira sessão de grupo.

CAPÍTULO IV

Resultados

Os dados centrais emergentes deste trabalho foram organizados em sete domínios: (1) implicações da obesidade a nível físico e psicossocial; (2) expectativas dos participantes antes da intervenção (3) implicações do programa de intervenção ao nível do autoconceito; (4) implicações do programa de intervenção ao nível da alexitimia; (5) avaliação de cada sessão por parte dos participantes; (6) avaliação do programa em geral por parte dos participantes e (7) outros dados.

No que respeita à análise qualitativa, iremos descrever cada um dos domínios, analisando as categorias emergentes e dentro destas, identificando subcategorias, exemplificando-as com extratos dos registos escritos dos participantes. Cada um dos participantes desta investigação recebeu um símbolo diferenciado para preservar o seu anonimato. Neste sentido, passamos a designá-los de P1, P2, P3 e assim consecutivamente.

11. Implicações da obesidade a nível físico e psicossocial

Neste domínio identificámos cinco categorias (ver Quadro 2) subjacentes às implicações da obesidade a nível físico e psicossocial, percecionadas pelos participantes: (1) discriminação social; (2) imagem corporal; (3) limitações da obesidade e (4) preocupação com possíveis doenças.

Quadro 2: Impacto da obesidade a nível físico e psicossocial

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Discriminação Social	- Sem subcategorias
2. Imagem corporal	- Partes do corpo que mais gostam - Partes do corpo que menos gostam - Sentimentos associados à diferença entre a imagem corporal real e a ideal
3. Limitações da obesidade	- Limitações na realização de atividades desportivas - Limitações na compra de roupa
4. Preocupação com possíveis doenças	- Sem subcategorias

11.1. Discriminação social

Alguns dos participantes relataram a vivência de experiências estigmatizantes, sendo alvo de apelidos pejorativos por parte dos colegas devido ao excesso de peso. O sentimento de rejeição também esteve presente. Destacamos aqui algumas palavras dos participantes, resultantes da técnica “Caixinha da obesidade” (Sessão 2), realizada anonimamente, e de alguns comentários deixados no *blog*:

[Anónimo] “O que mais me preocupa é... que os outros não me aceitem como eu sou.”

[Anónimo] “O que mais me preocupa é... os outros a chamarem-me gordo”.

[P3] “Quando nos olham de cima a baixo pela nossa aparência, por aquilo que vêm por fora”.

[P2] “Não me param de chamar presunto, mas eu já nem posso ligar.”

11.2. Imagem corporal

Em relação ao tema da imagem corporal, identificámos três subcategorias: (1) partes do corpo que mais gostam; (2) partes do corpo que menos gostam e (3) sentimentos associados à diferença entre a imagem corporal real e a ideal. As duas primeiras subcategorias emergiram da técnica “As cores do meu corpo” (Sessão 7) e a última subcategoria da técnica “A minha imagem” (Sessão 7).

No que respeita às *partes do corpo que os participantes mais gostam*, verificou-se que as mais referidas foram os “olhos” (50.0%), “o rosto” (50.0%) e a “boca” (33.3%) e que as *partes do corpo que os participantes menos gostam* são a “barriga” (83.3%), as “pernas” (83.3%) e as “mãos” (50.0%).

Para analisar a diferença entre a imagem corporal real e ideal percebida pelos participantes, recorreu-se a uma Escala de Silhueta, integrada na técnica “A minha imagem” (Sessão 7) (cf. Anexo 9), constituída por 9 imagens de adolescentes, compreendidas entre a magreza (1) e a obesidade (9). Identificou-se a escolha de níveis mais elevados no que respeita à imagem real, sendo a média do grupo de 6.83, e de níveis mais baixos em relação à imagem ideal, com média de 4.83. De facto, constata-se diferenças entre a percepção da imagem corporal real e ideal, com média da diferença de 2, o que acarreta uma série de sentimentos negativos, como comprovam as expressões que se seguem, retiradas da técnica “A minha imagem” (Sessão 7), da parte “Isto faz-me sentir...”:

[P2] “Eu não posso dizer que me sinto muito mal, mas também não posso dizer que me sinto muito bem. Sinto-me simplesmente mais ou menos.”

[P3] “Eu gostava de ser de outra maneira, daquilo que sou agora e gostava de melhorar para o que era ideal.”

[P6] “Creio que não falta muito para ficar ideal, contudo alguns esforços são necessários.”

[P7] “A minha imagem não está certa. Gostaria que ela mudasse. Faz-me sentir um pouco mal, mas tudo se resolve.”

11.3. Limitações da obesidade

Uma das limitações referidas pelos participantes, subjacente ao facto de ser obeso, é a realização de atividades desportivas. As seguintes frases, retiradas da técnica “Caixinha da obesidade” (Sessão 2), demonstram este facto:

[Anónimo] “Sinto dificuldade em fazer alguns exercícios físicos.”

[Anónimo] “Sinto dificuldade em fazer exercício. Correr.”

Outra das limitações relatadas remete para a dificuldade em comprar roupa da moda, visível nesta expressão:

[Anónimo] “Sinto dificuldade em comprar roupa da moda, fico muito triste por isso.”

11.4. Preocupação com possíveis doenças

Através da técnica “Caixinha da obesidade” (Sessão 2), os participantes também evidenciaram alguma preocupação com o possível aparecimento de outras doenças na idade adulta, associadas à obesidade:

[Anónimo] “O que mais me preocupa é ter alguma doença no futuro, por ter peso a mais.”

[Anónimo] “O que mais me preocupa é o facto de poder vir a ter graves problemas mais tarde.”

12. Expetativas dos participantes antes da intervenção

Neste domínio identificámos apenas duas categorias subjacentes às expetativas dos participantes antes da intervenção, emergentes da aplicação da técnica “Expressando expetativas” (Sessão 1): (1) Criação de laços de amizade e (2) Desenvolvimento psicológico em geral.

12.1. Criação de laços de amizade

No que respeita à *Criação de laços de amizade*, esta foi uma das expectativas comuns à maior parte dos participantes. Destacamos aqui algumas das suas frases:

[P2]: “Espero que quando o programa acabar sejamos todos grandes amigos: como uma família bem unida para que o nosso objetivo seja mais que realizado.”

[P5]: “[...] Quero fazer amizades sem preconceitos ou medo de o dizer. No fundo quero viver com vocês tudo o que queiram que eu viva.”

[P6]: “[...] e também iremos fazer amizades. Amizade é o mais importante.”

12.2. Desenvolvimento psicológico em geral

Alguns dos adolescentes integraram positivamente o sentido do título atribuído ao programa “E que tal crescer para cima?”, recorrendo, precisamente, à palavra “crescer” para demonstrar as expectativas em relação ao programa, num sentido de *desenvolvimento psicológico em geral*, conforme podemos observar nestas expressões:

[P2]: “Vamos todos crescer para cima.”

[P4]: “Crescer [...] E aprender mais coisas.”

13. Implicações do programa de intervenção ao nível do autoconceito

Na Tabela 1 apresentam-se as médias das respostas dadas relativas a cada uma das subescalas da PHSCS-2, bem como ao total da mesma. Como forma de verificar se os resultados da escala sobre o AC diferem estatisticamente nos dois momentos de avaliação, utilizou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon*, para amostras emparelhadas.

Este teste revela que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível do *score* total ($z = -2.521, p < .05$) e das subescalas “Popularidade” ($z = -2.388, p < .05$), “Satisfação e felicidade” ($z = -2.401, p < .05$) e “Aparência e atributos físicos” ($z = -2.388, p < .05$). Esta diferença vai no sentido de um aumento do AC global, bem como no sentido dos participantes se sentirem mais populares, mais satisfeitos e felizes e com uma percepção mais positiva da sua aparência e atributos físicos no final da intervenção em grupo comparativamente com a forma como se sentiam no início da mesma. Nas restantes subescalas (“Estatuto Intelectual e Escolar”, “Aspecto Comportamental” e “Ansiedade”) não se verificam diferenças estatisticamente significativas, embora se observe um aumento das médias do primeiro para o

segundo momento, no sentido de um aumento de uma percepção positiva ao nível do estatuto intelectual e escolar, do seu comportamento e de uma diminuição da percepção de ansiedade.

Tabela 1: Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas relativas à escala PHCSCS-2

Autoconceito	Pré-teste M (DP)	Pós-teste M (DP)	Wilcoxon Z	P
Estatuto Intelectual e Escolar	7.63 (2.925)	9.38 (2.973)	-1.421	.155
Aspecto Comportamental	9.75 (2.659)	10.88 (1.642)	-1.913	.056
Ansiedade	3.13 (1.959)	4.50 (2.000)	-1.913	.056
Popularidade	5.00 (2.976)	7.63 (2.326)	-2.388	.017*
Satisfação e felicidade	5.50 (.926)	7.00 (.926)	-2.401	.016*
Aparência e atributos físicos	2.88 (1.959)	4.88 (1.458)	-2.388	.017*
AC Total	33.88 (10.960)	44.25 (8.396)	-2.521	.012*

* $p \leq .05$

14. Implicações do programa de intervenção ao nível da alexitimia

Na Tabela 2 encontram-se as médias das respostas dadas a cada uma das subescalas da TAS-20, bem como da pontuação total da mesma escala, antes e após a intervenção. A fim de se procurar verificar se as diferenças entre os resultados obtidos diferem estatisticamente, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Wilcoxon*, para amostras emparelhadas.

Pode observar-se que o valor médio do *score* total da alexitimia antes da intervenção foi 65.13 e depois da intervenção foi 51.88. Tendo em conta os pontos de corte estabelecidos, pode referir-se que no pré-teste o grupo apresentou uma média compatível com a presença de alexitimia e no pós-teste esta situou-se no limite da zona fronteira. Contudo, o teste de *Wilcoxon* revela que a diminuição da pontuação entre os dois momentos não é estatisticamente significativa.

Relativamente às subescalas avaliadas no domínio da alexitimia, verificámos que existiu uma diferença estatisticamente significativa apenas ao nível de F1 ($z = -1.970$, $p < .05$). Esta diferença vai no sentido dos participantes sentirem uma menor dificuldade em identificar sentimentos no pós-teste.

Tabela 2: Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas relativas à escala TAS-20

Alexitimia	Pré-teste	Pós-teste	Wilcoxon	P
	M (DP)	M (DP)	Z	
TAS-20 (F1)	24.88 (7.453)	15.88 (6.490)	-1.970	.049*
TAS-20 (F2)	16.88 (5.643)	13.75 (3.495)	-1.278	.201
TAS-20 (F3)	23.38 (3.662)	22.25 (3.454)	-.423	.672
TAS-20 (total)	65.13 (14.933)	51.88 (10.316)	-1.893	.058

Nota: TAS-20 (F1): Dificuldade em identificar sentimentos; TAS-20 (F2): Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; TAS-20 (F3): Estilo de pensamento orientado para o exterior

* $p \leq .05$

15. Avaliação de cada sessão por parte dos participantes

Na Tabela 3 apresenta-se a avaliação das sessões por parte dos participantes e na Tabela 4 o grau de conforto sentido, tendo como base a Ficha de Avaliação das Sessões “Sessão X... E que tal?” (cf. Anexo 4). Constata-se que a tendência foi para avaliarem as sessões entre “Muito Boas” e “Boas” e para identificarem o grau de conforto sentido durante as sessões entre 8 e 10 (escala 0 - 10).

Tabela 3: Avaliação das sessões por parte dos participantes

	Muito boa	Boa	Média	Má	Péssima	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
S1	7 (87.5%)	1 (12.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
S2	7 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)*
S3	7 (87.5%)	1 (12.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
S4	7 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)*
S5	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)*
S6	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)*
S7	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (100%)**
S8	8 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)

* Faltou um elemento; ** Faltaram dois elementos

Tabela 4: Avaliação do grau de conforto sentido nas sessões

Grau	10 N (%)	9 N (%)	8 N (%)	7 N (%)	6 N (%)	5 N (%)	4 N (%)	3 N (%)	2 N (%)	1 N (%)	Total N (%)
S1	3 (37.5%)	3 (37.5%)	2 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
S2	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7* (100%)
S3	7 (87.5%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)
S4	7 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7* (100%)
S5	6 (85.7%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7* (100%)
S6	7 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7* (100%)
S7	4 (66.7%)	2 (33.3%)	2 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6** (100%)
S8	8 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)

Nota: Escala: 10 – MUITÍSSIMO Confortável a 1 – Pouco Confortável

16. Avaliação do programa por parte dos participantes

Relativamente à avaliação do programa de intervenção na sua globalidade, por parte dos participantes, todos eles (100.0%) avaliaram o programa como “Muito bom” e referiram terem-se sentido “MUITÍSSIMO Confortáveis” ao longo das sessões.

No que respeita à análise de conteúdo, neste domínio identificámos dois núcleos temáticos: (1) Avaliação do programa em geral e (2) Processos de mudança significativos.

16.1. Avaliação do programa em geral

No núcleo temático *Avaliação do programa em geral* emergiram duas categorias (Quadro 3): (1) Expetativas acerca do programa e (2) Sentimentos associados ao programa em geral.

Quadro 3: 1º Núcleo Temático - Avaliação do programa em geral

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Expetativas acerca do programa	- Percepção de que o programa correspondeu às expetativas - Percepção de que o programa ultrapassou as expetativas
Sentimentos associados ao programa em geral	- Programa de intervenção como uma experiência significativa - Vontade de dar continuidade ao programa

16.1.1. Expetativas acerca do programa

Esta categoria emergiu da análise às respostas dadas à seguinte questão do questionário de avaliação do programa: “Achas que o programa correspondeu às tuas expetativas? Porquê?”. Resultou, assim, a subcategoria *percepção de que o programa correspondeu às expetativas*. Destacamos aqui algumas palavras dos elementos do grupo:

[P2]: “Sim. Tratou do tema da obesidade.”

[P3]: “Sim, porque consigo expressar-me muito melhor.”

[P6]: “Sim, a convivência agradou-me.”

Derivou ainda outra subcategoria, *percepção de que o programa ultrapassou as expetativas*, para a qual realçamos as seguintes expressões dos participantes:

[P1]: “eu pensava que ia ser uma seca.”

[P4]: “eu achava que não ia haver mudanças, que ia continuar o mesmo de sempre...”

[P5]: “nunca pensei que o programa fosse assim, pensava que íamos falar sobre nutrição.”

16.1.2. Sentimentos associados ao programa em geral

Os participantes perceberam o *programa de intervenção como uma experiência significativa*, tal como evidenciam as seguintes expressões:

[P3]: “Gostei muito de toda esta experiência, vou guardar para sempre isto!”

[P6]: “Adorei as sessões! Uma experiência para a vida!”

Alguns dos adolescentes manifestaram também *vontade de dar continuidade ao programa*, como atestam estas verbalizações:

[P2]: “Queria que continuasse [...] “Quero outra vez quando começarem as aulas”

[P3]: “Gostava que tivesse tido mais sessões.”

16.2. *Processos de mudança significativos*

Ainda no âmbito da avaliação da eficácia do programa, analisamos os *Processos de mudança significativos*, tendo recorrido à técnica “Estamos a chegar ao fim... E?” (Sessão 8) e ao questionário de avaliação do programa. Identificámos, assim, duas categorias (Quadro 4): (1) Perceções das implicações do programa no presente e (2) Perceções das implicações do programa para o futuro.

Quadro 4: 2º Núcleo Temático - *Processos de mudança mais significativos*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Perceções das implicações do programa no presente	- Aquisição de mais conhecimentos sobre a obesidade - Alteração da imagem corporal - Diminuição da timidez - Aquisição de competências emocionais - Aumento da autoconfiança e da autoestima - Sentimento de bem-estar - Visão dos benefícios do programa como um processo cumulativo
Perceções das implicações do programa para o futuro	- Atingir o peso indicado - Intenção de manter no futuro o que conseguiram obter no presente - Encarar os problemas com mais facilidade - Impacto geral no futuro

16.2.1. *Perceções das implicações do programa no presente*

Na categoria *perceções das implicações do programa no presente* emergiram sete subcategorias que desenvolveremos seguidamente.

Com efeito, apenas um dos elementos do grupo fez referência à *aquisição de mais conhecimentos sobre a obesidade*:

[P2]: “Descobri mais coisas sobre a obesidade.”

Alguns dos participantes revelaram *alteração da imagem corporal*, numa perspetiva positiva, como se pode constatar nestas expressões:

[P1]: “Sentia-me um bocado mais gorda.”

[P3]: “estou a emagrecer”

[P8]: “Eu achava ao princípio que era feio e que era gordo. Agora percebi que era ao contrário.”

Vários elementos indicaram *diminuição da timidez*, tal como se pode verificar:

[P1]: “Sou menos tímida e convivo com mais pessoas.”

[P4]: “Para me socializar melhor com os outros [...] tornou-me mais extrovertido.” [...] “O programa ajudou a não ser tão tímido.”

[P7]: “já sei lidar melhor com a timidez”

Outra das implicações do programa no presente foi a aquisição de competências emocionais:

[P3]: “O programa foi útil para aprender a lidar com os meus sentimentos! [...] E consigo falar de mim e de como sou de maneira mais descontraída.”

[P3]: “Não me conseguia expressar bem [...] o meu refúgio era a comida.”

[P5]: “Já falo melhor dos meus sentimentos.”

[P7]: “Foi muito útil, porque me ajudou a controlar certos sentimentos [...] estou mais aberta.”

Também ao nível da autoconfiança e da autoestima, os adolescentes referiram alterações positivas:

[P4]: “aumentou a minha autoestima”

[P5]: “confio mais em mim”

[P6]: “ (antes) tinha a autoestima rebaixada”

[P7]: “já sou muito mais segura de mim”

Alguns participantes revelaram um aumento do sentimento de bem-estar, como evidenciam os exemplos que transcrevemos:

[P1] “Agora no programa sinto-me bem”

[P6]: “Sou mais livre, com outras ideias.”

Por último, alguns participantes tiveram uma *visão dos benefícios do programa como um processo cumulativo*:

[P5]: “Melhorei muito em quase todos os aspectos, melhorei a minha forma de ser.”

[P8]: “Foi útil desde o princípio até ao fim.”

16.2.2. *Percepções das implicações do programa para o futuro*

No que respeita às *percepções das implicações do programa para o futuro*, surgiram quatro subcategorias: (1) Atingir o peso indicado; (2) Intenção de manter no futuro o que conseguiram obter no presente; (3) Encarar os problemas com mais facilidade e (4) Impacto geral no futuro. Vejamos cada uma das subcategorias identificadas.

Assim, apenas um dos participantes relatou ambicionar *atingir o peso indicado* para a sua idade, peso e estatura:

[P3]: “Vou alcançar o meu peso, custe o que custar!”

Outros adolescentes pretendem *manter no futuro o que conseguiram obter no presente*:

[P5]: “Espero continuar assim e melhorar os meus defeitos.”

[P6]: “Vou continuar a ser assim!”

Um dos elementos do grupo indicou que o programa no futuro o irá ajudar a *encarar os problemas com mais facilidade*:

[P4] “Encarar os problemas mais facilmente.”

Por fim, os participantes revelaram que os benefícios que percecionaram do programa terão *impacto no futuro*, tal como evidenciam as seguintes expressões:

[P2] “Espero utilizar aquilo que aprendi no programa e seguir os meus objetivos.”

[P8]: “Penso que através disto (o programa) aprendi muito para o futuro.”

17. Outros dados

É ainda de fazer referência à utilização do blog e do email. Com efeito, todos os participantes do sexo feminino deixaram comentários no blog, sendo que apenas um dos elementos do sexo masculino é que o fez. A maior parte dos comentários publicados no blog ocorreram entre a Sessão 1 e 4. Em relação ao email, os participantes nunca utilizaram este recurso.

CAPÍTULO V

Discussão

Neste capítulo, proceder-se-á à discussão dos resultados descritos anteriormente, destacando os aspectos mais significativos e procurando, sempre que possível, confrontá-los com a investigação existente.

No que diz respeito ao domínio das implicações da obesidade a nível físico e psicossocial, encontrámos relatos de discriminação social, tal como tem sido descrito na literatura (e.g. Almeida et al., 2002; Dietz, 1998; Ferriani et al., 2005; Stunkard & Wadden, 1992), o que poderá justificar, em parte, o desenvolvimento de uma certa insatisfação com o corpo, tal como se constatou em algumas expressões dos participantes.

Relativamente à perceção da imagem corporal, verifica-se que todos os elementos do grupo assinalaram uma pontuação menor na imagem ideal comparativamente com a real, o que revela por parte dos participantes uma clara insatisfação com o corpo. Este facto está de acordo com vários estudos nesta área, que mostram uma associação entre insatisfação corporal e excesso de peso, o que acarreta graves consequências psicossociais (e.g. Carvalho et al., 2005; Israel & Ivanova, 2002; Richards et al., 1990; Rosenblum & Lewis, 1999; Santos & Baptista, 2004; Schwatz & Brownell, 2004).

Em relação às escolhas dos participantes pelas partes do corpo que mais gostam, estes referem as partes em que a acumulação de gordura é mínima ou inexistente (olhos, boca) e as que menos gostam são precisamente as zonas nas quais tendencialmente se denota uma acumulação exagerada de gordura (barriga e pernas). Estes dados corroboram os resultados do trabalho desenvolvido por Ferriani et al., em 2005, nos quais se verificou que os adolescentes obesos apresentavam sentimentos conflituosos em relação ao seu corpo, manifestando o receio explícito de se olharem no espelho, optando por desviar o olhar das partes do corpo em que há uma acumulação exagerada de gordura.

No que concerne às limitações subjacentes ao facto de ser obeso, sobressaiu a realização de atividades desportivas e a dificuldade em comprar roupa de moda. De facto, a literatura evidencia que os adolescentes obesos têm dificuldades na realização de atividades desportivas, na medida em que exige força e flexibilidade, sendo o excesso de peso percecionado como um incómodo para a concretização deste tipo de atividades (Ferriani, 2005; Mello et al., 2004). Num estudo com uma amostra de 5.697 jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, verificaram-se diferenças significativas entre jovens obesos e não-obesos em relação à prática de exercício físico (Fonseca & Matos, 2005).

Quanto à dificuldade em comprar roupa, este dado reforça a percepção de que as lojas estão pouco vocacionadas para vender tamanhos grandes, respondendo, maioritariamente, à valorização do corpo magro. No estudo de Ferriani et al. (2005), constatou-se que os adolescentes, sobretudo do sexo feminino, manifestavam vontade de usar roupa de moda, mas não o faziam porque tinham vergonha em usá-las.

Alguns participantes evidenciaram também alguma preocupação com o possível aparecimento de outras doenças na idade adulta, associadas à obesidade. Esta preocupação é natural, face à evidência científica de que a obesidade acarreta uma série de implicações a nível físico (DGS, 2005; Dietz, 1998; Galvão-Teles et al., 1996; Muller, 2001; Pi-Sunyer, 1993) e a consequente divulgação desta informação nos meios de comunicação social. Este resultado vai de encontro ao do estudo de Fonseca e Matos (2005), que concluiu que adolescentes obesos/com excesso de peso tinham maior probabilidade de percecionarem o seu estado de saúde como sendo pobre.

Relativamente ao AC, constatámos diferenças estatisticamente significativas ao nível da “Popularidade”, da “Satisfação e felicidade” e da “Aparência e atributos físicos”, bem como ao nível do *score* total da escala. A literatura indica que a alteração da imagem corporal estimulada pelo aumento de peso poderá provocar uma desvalorização do autoconceito e da autoestima. Consequentemente, poderá surgir um decréscimo da sensação de bem-estar e um aumento da sensação de inadequação social, com implicações ao nível da performance relacional (Brownell & Wadden, 1992). Todos estes aspectos funcionam de forma interligada, tal como evidenciam os resultados deste estudo.

Com efeito, esta evolução positiva entre os dois momentos de avaliação pode ser justificável pelo facto da imagem corporal, da autoestima e do autoconceito terem sido as áreas mais trabalhadas durante a intervenção. As técnicas utilizadas ao longo das sessões, aliadas ao constante trabalho de reflexão orientado para a consciencialização da relação com o corpo e a valorização de outras áreas da *self*, provavelmente facilitou a vivência do corpo e promoveu sentimentos de um maior bem-estar geral. Paralelamente, os factores terapêuticos que potencialmente se desenvolvem com o decorrer da terapia grupal, tais como o altruísmo, o suporte social e o desenvolvimento de competências sociais (Yalom, 1995) podem ter estimulado a partilha de ideias e a diminuição do constrangimento em público, tendo impacto nos resultados alcançados. A literatura sustenta esta leitura dos resultados na medida em que indica que a influência da aceitação social, das relações e a popularidade no grupo de pares contribui para a avaliação do *self* do adolescente (Barbosa, 2008).

Nas restantes subescalas (“Estatuto Intelectual e Escolar”, “Aspecto Comportamental” e “Ansiedade”) não se verificam diferenças estatisticamente significativas. De facto, as duas primeiras áreas não foram alvo de intervenção direta. Quanto à subescala “Ansiedade” esta temática foi abordada apenas numa única sessão. Esta é uma área difícil de trabalhar com uma intervenção breve como a que foi realizada e, como tal, dificilmente se poderiam esperar mudanças de grande amplitude a este nível.

Considerando as implicações do programa de intervenção ao nível da alexitimia, verificámos alterações significativas ao nível da “Dificuldade em identificar sentimentos”, o que reforça a pertinência do trabalho efectuado nas sessões dedicadas à estimulação da identificação de emoções. É de salientar que a literatura indica que pessoas com problemas alimentares vivenciam as suas emoções de uma forma confusa e revelam dificuldade em distingui-las e descrevê-las, sendo que o comportamento alimentar poderá surgir como um mecanismo regulador de estados emocionais intensos e negativos (Torres, Guerra & Vieira, 2010; Torres, 2005). Se atendermos conjuntamente a esta grelha de leitura teórica e aos nossos resultados, podemos levantar a hipótese de uma intervenção continuada na área emocional poder ter reflexos na diminuição da sintomatologia alimentar. O facto de não termos encontrado diferenças significativas entre o pré e o pós-teste em F2, F3 e no *score* total da escala TAS-20, sugere que as mudanças na área emocional, apesar de serem possíveis, não surgem num curto espaço de tempo e necessitam de uma intervenção mais prolongada.

Fazendo uma breve discussão da avaliação das sessões por parte dos participantes, constata-se que a tendência foi para avaliarem as sessões entre “Muito Boas” e “Boas” e para identificarem o grau de conforto sentido durante as sessões entre 8 e 10 (escala 0 - 10). O programa de intervenção na sua globalidade foi avaliado por todos os elementos do grupo como “Muito Bom” e todos eles assumiram sentirem-se “Muitíssimo Confortáveis”.

No geral, pode concluir-se que a avaliação das sessões em particular e do programa em geral foi muito positiva, sendo considerada uma experiência significativa para todos os participantes, manifesta na vontade de lhe dar continuidade. Por fim, salienta-se a percepção bastante positiva dos elementos do grupo em relação ao impacto do programa nas suas vidas. Tal poderá sugerir-nos que os temas foram pertinentes para os participantes, o que realça ainda mais a importância de trabalhar a adaptação à obesidade nesta população, a par da intervenção multidisciplinar direccionada para a perda de peso. Por outro lado, acreditamos

que a metodologia utilizada teve um papel significativo nestes resultados, nomeadamente a intervenção grupal, com recurso a técnicas de dinâmica de grupos.

Na nossa opinião, o feedback dos adolescentes sobre as mudanças que percecionaram em si próprios assumem um papel fundamental na avaliação desta intervenção, na medida em que são espontâneos e não submetidos a uma grelha rígida de resposta. Considerámos interessante verificar que as áreas nas quais se encontraram diferenças estatisticamente significativas foram igualmente as áreas nas quais os adolescentes referiram sentir um maior impacto do programa, nomeadamente: autoconceito; imagem corporal; aquisição de competências emocionais e competências de relacionamento interpessoal. Com efeito, os resultados vão de encontro às áreas ou componentes que foram mais trabalhadas ao longo das sessões. Acreditamos, pois, que um maior número de sessões permitiria aprofundar determinadas áreas, podendo facilitar processos de mudança mais significativos e efetivos a longo prazo.

É ainda de referir a utilização da internet (*blog* e email) como auxílio na intervenção, onde esperávamos ter obtido uma maior adesão a este nível. De facto, considerámos que existiu uma maior preferência pelas sessões presenciais comparativamente com a comunicação via internet. Os motivos não foram explorados, mas levantamos várias hipóteses, como: (1) os participantes não terem acesso fácil à internet; (2) o sentimento de vergonha de uma possível exposição (embora tivessem sido criados *Nicknames*); (3) o facto de os assuntos a comentar não suscitarem interesse ou terem um grau de dificuldade elevado, dado que apelavam a uma partilha intensa de sentimentos, valores e pensamentos e (4) a preferência pela dinâmica que se cria nas sessões presenciais, que suporta as expectativas iniciais dos participantes em relação ao programa (criação de laços de amizade). Esta expectativa vai ao encontro do que tem sido evidenciado na investigação científica, no sentido de os adolescentes obesos apresentarem competências de relacionamento interpessoal deficitárias (Brownell & Wadden, 1992; Erermis et al., 2004; Stunkard & Wadden, 1992). Assim, o programa poderá ter sido visto como uma possibilidade de desenvolvimento a este nível, num contexto seguro.

Em conclusão, os dados obtidos no presente estudo sugerem a pertinência da intervenção psicológica em grupo direcionada para o desenvolvimento pessoal e a adaptação à obesidade, na adolescência.

Concluída a análise e discussão dos resultados, é fundamental refletir-se sobre os mesmos. Assim, embora os resultados deste estudo exploratório não possam ser generalizados à população alvo, podem, no entanto, constituir um contributo para a intervenção na obesidade.

De facto, verificámos que existiu uma melhoria nas diversas áreas que foram alvo de intervenção, designadamente: competências de relacionamento interpessoal; competências emocionais; autoconceito; imagem corporal e ansiedade. Genericamente, os resultados obtidos reforçam a necessidade dos programas de intervenção não se centrarem unicamente na perda de peso. Torna-se, assim, crucial trabalhar concomitantemente a adaptação à obesidade nesta faixa etária, pois é uma fase desenvolvimental em que “o aspeto exterior se apresenta como a “chave” para o relacionamento com os outros” (Fonseca et al., 2008, p. 54), sendo que a comparação social e a necessidade de inclusão no grupo de pares têm um grande peso. Também nesta idade, se inicia o despertar pelas relações românticas, que necessariamente envolvem maior intimidade. Todos estes aspetos contribuem significativamente para o desenvolvimento da identidade, da autoestima e do sentimento de bem-estar.

Efetivamente, este estudo fornece-nos pistas sobre alguns ingredientes terapêuticos que devem ser abordados ao nível da intervenção, nomeadamente: imagem corporal; expressão emocional; autoconceito; ansiedade e competências de comunicação. Estes ingredientes terapêuticos funcionam como a ponte para o desenvolvimento da autoestima, do otimismo, da felicidade e da responsabilidade social, “para que estes adolescentes consigam superar as possíveis frustrações ligadas ao seu corpo pela valorização e aceitação dos aspetos positivos inerentes a si, à sua vida e ao seu papel na sociedade” (Fonseca et al., 2008, p. 54).

No que respeita às limitações deste estudo, salientam-se alguns aspetos, que deverão ser equacionados em trabalhos posteriores. Em primeiro lugar, pelo facto desta intervenção ser constituída por 8 sessões, poder-se-á ter corrido o risco de se ter abordado as diferentes áreas de forma pouco profunda. Para futuras intervenções, sugere-se a elaboração de um planeamento mais aprofundado em determinadas áreas, cujos resultados não foram tão expressivos, como aconteceu ao nível da ansiedade, da dificuldade em descrever os sentimentos aos outros e do estilo de pensamento orientado para o exterior.

Também seria importante ter-se realizado um estudo de *follow-up*, passados seis meses e um ano após o final da intervenção, com o objetivo de averiguar se as mudanças efetuadas se mantiveram a médio prazo.

Outras limitações deste estudo são o tamanho da amostra e a representatividade da mesma. Com efeito, os constrangimentos de tempo associados à realização deste trabalho, bem como a fraca adesão dos pais dos adolescentes e dos próprios a este tipo de programas aquando um primeiro contacto, estiveram na base do reduzido número de participantes. No futuro seria desejável aumentar este número.

Em relação à recolha e tratamento de dados, consideramos que uma metodologia qualitativa e quantitativa foi de extrema importância, pois só assim se pode obter um balanço real dos benefícios de uma intervenção em grupo, dado que este tipo de metodologia suscita uma considerável complexidade de informação, conferindo aos participantes uma voz ativa na construção do conhecimento. Contudo, pensamos que teria sido ainda mais enriquecedor proceder à gravação de cada sessão. Isto permitiria tirar partido de uma avaliação mais sistematizada, na medida em que se perdeu muita informação que foi veiculada exclusivamente de forma oral.

Para futuras investigações, sugere-se também o controlo do IMC, pré e pós-intervenção, pois tal permitiria avaliar o impacto do programa ao nível do peso, não obstante o facto de esse não ser um objetivo primário de intervenção. Sugere-se ainda que estudos futuros analisem, para além da eficácia, o processo subjacente às mudanças, sendo para tal necessário a definição de mais momentos de avaliação ao longo da intervenção e a implementação de *Randomized Control Trials* considerando três grupos: um experimental, a ser alvo apenas de intervenção psicológica grupal, e dois grupos de controlo, nos quais um seria submetido ao tratamento médico e nutricional e outro não seria alvo de nenhuma intervenção.

Seria também desejável incluir uma bateria complementar de instrumentos de avaliação no domínio da imagem corporal, da autoestima e da ansiedade, para analisar mais aprofundadamente as possíveis diferenças a este nível.

Por último, reiteramos a importância de uma intervenção complexa e continua no tratamento da obesidade, de forma abrangente, multidimensional e multidisciplinar, tendo em consideração que uma abordagem grupal pode, indubitavelmente, potenciar a mudança de crenças e comportamentos disfuncionais, bem como facilitar a normalização de experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Akker, E., Puiman, P., Groen, M., Timman, R., Jongejan, M., & Trijsburg, W. (2007). A cognitive behavioral therapy program for overweight children. *The Journal of Pediatrics*, 151 (3), 280-283.
- Amaral, O., Pereira, C., & Escoval, A. (2007). Prevalência de obesidade em adolescentes do distrito de Viseu. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 47-58.
- Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia, bulimia, obesidade*. Lisboa: Instituto Jean Piaget.
- Bagby, R., Parker, J., & Taylor, G. (1994). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure." *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Barbosa, R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal*. Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beato, A. (2008). "Adolescer" entre relações - parentalidade, amizade e amorosidade: Que contributos na transição para a idade adulta? Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Berkenbrock, V. (2002). *Brincadeiras e dinâmicas para grupos: diversões para dentro e fora de sala de aula, encontros de grupos, festas de família, reuniões de trabalho, e muitas outras ocasiões*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Bosch, J., Stradmeijer, M., & Seidell, J. (2003). Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: Implication for preventive and curative interventions. *Patient Education and Counselling*, 5, 1-10.
- Brandes, D. & Phillips, H. (1977). *Manual de jogos educativos: 140 jogos para professores e animadores de grupo*. Lisboa: Moraes Editora.
- Brownell, K. & Wadden, T. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 505-517.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris: PUF.

- Campos, A., Sigulem, D., Moraes, D., Escrivão, A., & Fisberg, M. (1996). Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesas através da escala Wechsler. *Revista de Saúde Pública*, 30, 85-90.
- Candy, C. & Fee, V. (1998). Underlying dimensions and psychometric properties of the eating behaviours and body image test for preadolescent girls. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (1), 117-127.
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Autoconceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15 (30), 131-139.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K. & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-3.
- Costa, E. P. (2003). *Técnicas de dinâmica facilitando o trabalho com grupos* (2º ed). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Costa E., Pinto, A., Marques, E., Loureiro, I., Brandão, L., Monteiro, V. et al. (2006). *Obesidade e auto-conceito global: Que relação?* [Poster]. Oliveira de Azeméis: Hospital de S. Miguel. 17º Congresso SEPa / 9ª Reunião SPA-SPP.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Davidson, T. & McCabe, M. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146 (1), 15–30.
- Delgado, F. & Campo, P. (1993). *Sacando Jugo al Juego*. Barcelona: Integral.
- Dias, M. & Fontaine, A. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dietz, W. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 515-525.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Duarte, F., Barroso, R., Lemos, D., Gonçalves, M., & Antunes, H. (2002). *Razões de peso para um bom peso: Manual de sobrevivência para “adolescere”*. ? : Henedina Antunes.

- Duarte, M. (2006). *Estudo sobre a actividade física extra curricular e hábitos de lazer em crianças dos 13 aos 17 anos e a sua relação com o IMC*. Monografia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.
- Duchesne, M. (2006). Psicoterapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In A. M. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão, & W. Coutinho, *Transtornos alimentares e obesidade* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Elfhag, K. & Morey, L. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9, 285–293.
- Elliott, G., & Feldman, S. (1990). Capturing the adolescent experience. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp.1-14). Cambridge: Harvard University Press.
- Epstein, L., Myers, M., & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Journal of Obesity*, 4 (1), 65-74.
- Equipa de Formadores da SEIS (1997). *Jogos pedagógicos* (4ª ed.). Lisboa: IEFP.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar. M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46, 296-301.
- Erikson, E. (1976). *Juventude e crise*. Rio de Janeiro: ZAHAR.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (23), 361-371.
- Faria, L. & Azevedo, A. (2004). Manifestações diferenciais do autoconceito no fim do ensino secundário português. *Paidéia*, 14 (29), 265-276.
- Faria, L., & Fontaine, A. M. (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.
- Faria, L. & Santos, N. (2006). Competência emocional: adaptação e validação intercultural do Emotional Skilld and Competence Questionnaire (ESCQ). In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Coord.), *XI Actas da Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 349-356). Braga: Psiquilibrios Edições.

- Fernández, C. & Ros, E. (2003). La obesidad infantil. In J. Quiles, M. Sebastián, & F. Carrillo (Ed.), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia* (pp. 113-133). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferriani, M., Dias, T., Silva, K., & Martins, C. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (1), 27-33.
- Fonseca, H., & de Matos, M. G. (2005). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: An overview of associated factors. *European Journal of Public Health*, 15 (3), 323-328.
- Fonseca, H., Nobre, C., Santos, M., Patrício, Z., Neves, S., Duarte, N. et al. (2008). Obesidade na adolescência: Uma proposta de intervenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39 (2), 53-56.
- Fritzen, S. (1981). *Exercícios práticos de dinâmica de grupo* (Vol. I) (32ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Fundação Portuguesa “A comunidade contra a sida” (s.d.). Projecto de voluntariado realizado pelo CAOJ.
- Galvão-Teles, A., Baptista, F., & Carmo, I. (1996). Obesidade e cancro. *Comportamento Alimentar e Nutrição*, 3, 7-13.
- Garner, D. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30 (1), 30-46.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gonçalves, G. (s.d.). *Sentimentos*. Aveiro: Gostar Editora.
- Güenter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 1 (18), 59-70.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Henriques, A. (2008). *Elaboração, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo em doentes obesos após colocação de banda gástrica*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- International Obesity Task Force (2005). EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. *EU Platform Briefing Paper* prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity.
- Israel, A. & Ivanova, M. (2002). Global and dimensional selfesteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 424-429.

- Jelalian, E., Mehlenbeck, R., Lloyd-Richardson, E., Birmaher, V., & Wing, R. (2006). "Adventure therapy" combined with cognitive-behavioral treatment for overweight adolescents. *International Journal of Obesity*, 30, 31-39.
- Laquatra, T. & Clopton, J. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19 (4), 373-380.
- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (2), 438-444.
- Lissau, I., Overpeck, M., Ruan, J., Due, P., Holstein, B., & Hediger, M. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158 (1), 27-33.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses, hoje e em oito anos*. In www.aventurasocial.com.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-34). New York: Basic Books.
- Mello, E., Luft, V., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80, 95-110.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: Muito peso, várias medidas* (2ª ed.). Porto: Ambar.
- Muller, R. (2001). Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, 38 (1), 45-48.
- Oliveira, A., Cerqueira, E., Souza, J., Oliveira, A. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: Influência dos fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 47 (2), 144-150.
- Orlick, T. (1986). *Juegos y deportes cooperativos*. Madrid: Popular.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa: McGrawHil.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pereira, S. (2007). Projecto de intervenção em crianças e adolescentes obesos. *Ser Saúde*, 6, 98-113.
- Piers, E. V., & Herzberg, D. S. (2002). *Piers-Harris 2: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (2ª Ed. rev.). California: Western Psychological Services.

- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente: Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2 (27), 175-187.
- Pi-Sunyer, F. (1993). Medical Hazards of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 119 (7), 655-660.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 109-121.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *RIDEP*, 9, 9-21.
- Pruzinsky, T. & Cash, T. (1990). Integrative themes in body-image: development, deviance, and change. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 337-349). New York: Guilford Press.
- Ramos, I. (2008). *A vivência da obesidade: da emoção ao comportamento alimentar*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Renjilian, D., Perri, M., Nezu, A., McKelvey, W., Shermer, R., & Anton, S. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 717-721.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Oliveira de Azeméis: Legis Editora/ Livpsic.
- Richards, M., Petersen, A., Boxer, A., & Albrecht, R. (1990). Relation of weight to body image in pubertal girls and boys from two communities. *Developmental Psychology*, 26 (2), 313-321.
- Rodríguez, J., Gómez, E., Martínez, G., & Pérez, J. (2003). *Obesidade*. Rio de Mouro: Editora Everest.
- Rosenblum, G. & Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70 (1), 50-64.
- Santos, I. & Baptista, A. (2004). A imagem corporal nas perturbações alimentares e na obesidade. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Coord.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 511-521). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Sampaio, D. (1996). *Voltei à escola*. Lisboa: Editorial Caminho.

- Seamoore, D., Buckroyd, J., & Stott, D. (2006). Changes in eating behavior following group therapy for women who binge eat: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 337-346.
- Senos, J. & Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, 2 (16), 267-276.
- Serdula, M., Ivery, D., Coats, R., Freedman, D., Williamson, D., & Byers, T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine*, 22 (2), 167-177.
- Shavelson, R. & Bolus, R (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.
- Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, J. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Silva, I., Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2008). Adaptação psicossocial e satisfação com o apoio social em indivíduos obesos. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Org.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ispa.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251.
- Soler, R. (2003). *Jogos cooperativos para educação infantil*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Stern, M., Mazzeo, S., Gerke, C., Porter, J., Bean, M., & Laver, J. (2007). Gender, ethnicity, psychosocial factors, and quality of life among severely overweight, treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (1), 90-94.
- Stradmeijer, M. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Journal of Eating Weight Disorders*, 27 (1), 110-114.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Stunkard, A. & Wadden, T. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.
- Tesch, S. A., & Cameron, K. A. (1987). Openness to experience and development of adult identity. *Journal of Personality*, 55, 615-630.
- Torremorell, M. (2002). *Guía de mediación escolar: Programa comprensivo de actividades de 6 a 16 años*. Barcelona: Octaedro – Rosa Sensat.
- Torres, S. (2005). *O corpo e o silêncio das emoções: Estudo da alexitimia na anorexia nervosa*. Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

- Torres, S., Guerra, M., & Vieira, F. (2010). Implicações dos determinantes das escolhas alimentares na intervenção em contexto escolar: Uma breve revisão e reflexão. *Revista SPESE*, 2, 5-7.
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Revista de Psicologia e Educação*, 5 (1), 39-48.
- Veríssimo, R. (2001). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens - I. Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-536.
- Viana, F. (2008). *A obesidade infantil no concelho de Viana do Castelo*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Vieira, F. & Estima, C. (2008). Contributo da intervenção psicológica em grupo no tratamento da obesidade. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Org.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ispa.
- Vopel, K. (1998a). *Juegos de interacción para adolescentes, jóvenes y adultos: Motivación, confianza, sinceridad*. (2ª ed.) (Vol.7). Madrid: Editorial CCS.
- Vopel, K. (1998b). *Juegos de interacción para adolescentes y jóvenes: Valores, objetivos e intereses: escuela y aprendizaje: trabajo y tiempo libre*. (4ª ed) (Vol.1). Madrid: Editorial CCS.
- Vopel, K. (1998c). *Juegos de interacción para niños y preadolescentes: Comunicación, cuerpo, confianza*. (2ª ed) (Vol.11). Madrid: Editorial CCS.
- Xesús, J. (2007). *Técnicas e jogos cooperativos para todas as idades*. Porto: Edições Asa.
- Wang, Y., Monteiro, C. & Popkin, B. M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75 (6), 971-977.
- Wiertsema, H. (1993). *100 Jogos de Movimento*. Porto: Edições ASA.
- Wilfley, D., Welch, R., Stein, R., Spurrell E., Cohen, L., Saelens, B. et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4ª Ed). New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Zimmerman, D. & Osorio, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXO 1

**Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor,
adaptação portuguesa por Prazeres, Parker, & Taylor, 2000)**

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta para cada afirmação.

Use a seguinte escala:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldades em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5

12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5
18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

© (Taylor, Bagby & Parker, 1992)

Adaptação de Nina Prazeres (2000), F.P.C.E.-U.L., autorizada por G. J. Taylor

ANEXO 2

Escala de Autoconceito de *Piers-Harris Children's Self Concept Scale* (PHCSCS-2; Piers & Herzberg, 2002; versão portuguesa de Veiga, 2006)

Por favor, lê atentamente cada uma das afirmações que se seguem e responde, sinceramente, pondo uma **cruz** no espaço que corresponde à tua opinião (Sim/Não).

AFIRMAÇÃO		SIM	NÃO
1	Os meus colegas de turma troçam de mim.		
2	Sou um pessoa feliz.		
3	Tenho dificuldades em fazer amizades.		
4	Estou triste muitas vezes.		
5	Sou uma pessoa esperta.		
6	Sou uma pessoa tímida.		
7	Fico nervoso(a) quando o professor me faz perguntas.		
8	A minha aparência física desagrada-me.		
9	Sou um chefe nas brincadeiras e nos desportos.		
10	Fico preocupado(a) quando tenho testes na escola.		
11	Sou impopular.		
12	Porto-me bem na escola.		
13	Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.		
14	Crio problemas à minha família.		
15	Sou forte.		
16	Sou um membro importante da minha família.		
17	Desisto facilmente.		
18	Faço bem os meus trabalhos escolares.		
19	Faço muitas coisas más.		
20	Porto-me mal em casa.		
21	Sou lento(a) a terminar os trabalhos escolares.		
22	Sou um membro importante da minha turma.		
23	Sou nervoso(a).		
24	Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.		
25	Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.		
26	Os meus amigos gostam das minhas ideias.		
27	Meto-me frequentemente em sarilhos.		
28	Tenho sorte.		

AFIRMAÇÃO		SIM	NÃO
29	Preocupo-me muito.		
30	Os meus pais esperam demasiado de mim.		
31	Gosto de ser como sou.		
32	Sinto-me posto de parte.		
33	Tenho o cabelo bonito.		
34	Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).		
35	Gostava de ser diferente daquilo que sou.		
36	Odeio a escola.		
37	Sou dos últimos a ser escolhido(a) nas brincadeiras e nos desportos.		
38	Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.		
39	Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.		
40	Sou infeliz.		
41	Tenho muitos amigos.		
42	Sou alegre.		
43	Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.		
44	Sou bonito(a).		
45	Meto-me em muitas brigas.		
46	Sou popular entre os rapazes.		
47	As pessoas embirram comigo.		
48	A minha família está desapontada comigo.		
49	Tenho uma cara agradável.		
50	Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.		
51	Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de participar.		
52	Esqueço o que aprendo.		
53	Dou-me bem com os outros.		
54	Sou popular entre as raparigas.		
55	Gosto de ler.		
56	Tenho medo muitas vezes.		
57	Sou diferente das outras pessoas.		
58	Penso em coisas más.		
59	Choro facilmente.		
60	Sou uma boa pessoa.		

ANEXO 3

Questionário de avaliação do programa “E que tal crescer para cima?”

E Que Tal Crescer Para Cima?!...

1. Qual é a tua opinião em relação ao número de sessões feitas (8) e a duração de cada uma delas (cerca de uma hora e vinte minutos)?

2. Em que medida é que achas que este programa foi útil para ti?

3. Achas que o programa correspondeu às tuas expetativas? Porquê?

4. Qual foi a tua sessão preferida?

5. Qual foi a sessão que menos gostaste?

6. Sentiste o grupo motivado e participativo ao longo das sessões?

7. Como avalias os métodos utilizados pela terapeuta e as suas capacidades na condução das sessões?

8. Como avalias o programa em geral?

Muito bom ☐

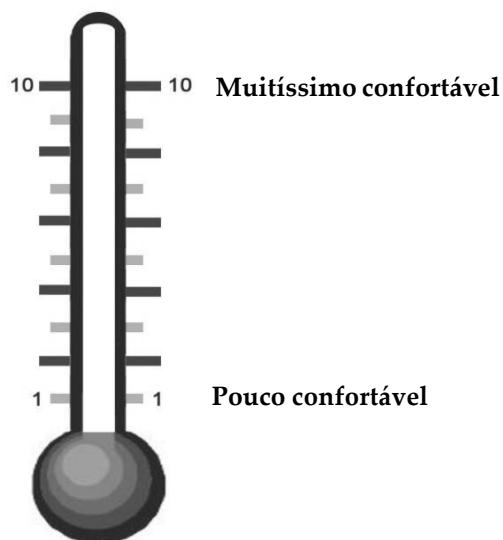
Bom ☐

Médio ☐

Mau ☐

Péssimo ☐

9. Como te sentiste durante as sessões em geral?



Gostava de dizer...

Nome: _____

ANEXO 4

Ficha de avaliação das sessões “Sessão X... E que tal?”

Sessão X... É que tal?!

■ Como avalias a sessão de hoje?

Muito boa ☐

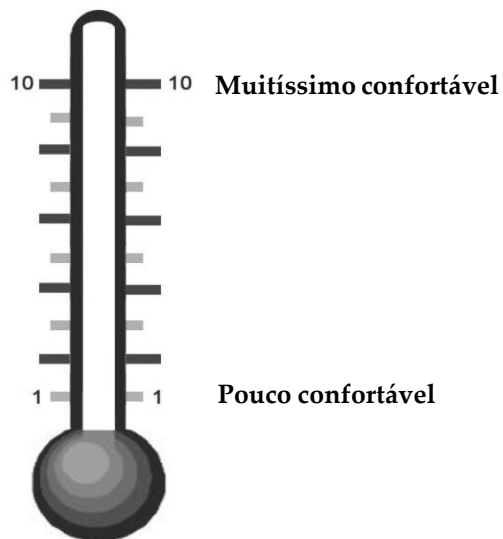
Boa ☐

Média ☐

Má ☐

Péssima ☐

■ Como te sentiste durante a sessão?



Gostava de dizer _____

Nome: _____

Data: ____/____/____

ANEXO 5

Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

Tomei conhecimento do objetivo do estudo e fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas.

Fui informado sobre o funcionamento do programa em causa e que o meu educando tem o direito de recusar participar e que a sua recusa em fazê-lo não terá consequências.

Assim, declaro que eu, _____,
autorizo que o meu educando, _____,
participe no Programa de Intervenção em Grupo, intitulado “*E Que Tal Crescer para Cima?*”, com salvaguarda da confidencialidade, sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

O Encarregado de Educação

São Pedro do Sul, _____ de Janeiro de 2012

ANEXO 6

Folha de recolha dos dados sócio-demográficos

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade em anos: _____

Telefone (casa): _____

Telemóvel: _____

FAMÍLIA

PAI

MÃE

Idade: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Escolaridade: _____

Nº de Irmãos: _____

Idades: _____

Familiares próximos que têm obesidade: _____

ESCOLA

Nome da escola que frequenta: _____

Ano de escolaridade: _____

Atividades fora da escola (tempos livres):

Data de preenchimento: ____/____/____

ANEXO 7

Descrição das técnicas utilizadas na intervenção

SESSÃO 1 – “QUEM SOMOS?”

❖ Atividade 1 “Quem é quem” (adaptado de Fritzen, 1981)

Material

Folha “Quem é quem”; canetas

Procedimento

O terapeuta pede para que se formem subgrupos, de 2 elementos. Durante cerca de 10 minutos os elementos entrevistam-se um ao outro, recorrendo às perguntas da folha “Quem é quem” (Como te chamas?; Quantos anos tens?; Que dia fazes anos? Que escola frequentas?; E em que ano andas?; Quais são os teus passatempos preferidos?; Qual é o teu clube?).

Depois reúnem-se todos em grande grupo e cada elemento apresenta o colega que entrevistou.

❖ Atividade 2 “Indo ao encontro” (Soler, 2003)

Procedimento

O terapeuta pede para que os adolescentes fiquem em pé, em círculo. Ao seu sinal (palmas), têm que se deslocar pela sala, em várias direções. Cada vez que encontrarem um colega têm que o cumprimentar, com um aperto de mão, e dizendo alguma coisa, como “Olá”, “Gosto do teu sorriso”, “Acho-te simpático”, “Gostei de te conhecer”, etc.

❖ Atividade 3 “O nosso programa”

Material

Apresentação em formato de Power Point; panfletos (com calendarização; site do *blog*)

Procedimento

O terapeuta apresenta e explica, genericamente, o programa de intervenção em grupo, nomeadamente objetivos, duração, entre outros. É também exposto a criação do *blog* na internet, como um espaço feito para eles partilharem sentimentos, pensamentos e emoções com todos os elementos do grupo (é entregue um pequeno panfleto com o site do *blog*). Neste

momento, é também pedido a cada elemento para escolher o *Nickname* que irá utilizar no *blog*. Apenas os elementos do grupo saberão o *Nickname* de cada um. O terapeuta apresenta, ainda, as regras essenciais para o bom funcionamento do grupo.

❖ **Atividade 4 “Expressando expetativas” (adaptado de Costa, 2003)**

Material

Folhas de papel em branco; canetas; lápis de cor

Procedimento

O terapeuta entrega a cada elemento uma folha de papel em branco. Solicita-se que cada um represente na folha, através de um desenho e/ou escrevendo, as suas expetativas sobre o programa. Depois abre-se a discussão em grande grupo, pedindo a cada um que fale sobre as suas expetativas.

SESSÃO 2 – “SOMOS UM GRUPO E QUEREMOS CONHECER-NOS MELHOR”

❖ **Atividade 1 “Salada de fruta” – *Quebra-Gelo* (Delgado & Campo, 1993)**

Material

Cadeiras

Procedimento

Os participantes estão sentados em círculo com o terapeuta no meio. Seguindo a ordem pela qual estão sentados, o terapeuta atribui o nome de um fruto a cada participante (banana, laranja, pêssago). Explica as regras do jogo: quando chamar um dos frutos, todos os participantes a quem foi atribuído esse fruto se levantam e trocam de cadeiras. O que ficar sem cadeira deverá chamar outro fruto e assim sucessivamente. Quando se chamar “salada de fruta” todos os participantes se levantam e trocam de lugar.

❖ **Atividade 2 “Teia de aranha” (adaptado de Xesús, 2007)**

Material

1 Novelo de lã

Procedimento

Os participantes sentam-se em círculo. O terapeuta explica as regras e inicia a atividade. Com o novelo na mão começa recordando o seu nome e idade, passando a falar sobre um dia de um aniversário que tenha sido muito especial para si. Ata a ponta da lã no dedo e lança o novelo a um outro elemento do círculo. O elemento que recebe o novelo diz também o seu nome e idade e fala sobre um dia de um aniversário que foi especial. Ata a lã e atira o novelo a um outro colega.

A atividade continua até todos os elementos estarem apresentados e atados, formando uma teia de aranha. Repete-se o processo, pela ordem inversa: o último a receber o novelo devolve-o ao anterior, indicando agora apenas uma qualidade pessoal que o caracteriza (exemplo, “amigo”). Cada qualidade só pode ser referida uma vez.

❖ **Atividade 3 “Tempestade de neve” (Orlick, 1986)**

Material

Vendas em tecido; fita; arcos; caixas; pedras

Procedimento

O terapeuta explica a atividade, que consiste em guiar um companheiro, de olhos vendados, através de uma série de obstáculos. Propõe-se ao grupo o seguinte contexto: duas pessoas estão perdidas numa tempestade de neve e tentam voltar para casa; entretanto, um deles ficou cego. O companheiro que pode ver irá tentar guiar o colega através da tempestade, ultrapassando os vários obstáculos que surgem, mas sem poderem falar um com o outro. Os participantes juntam-se aos pares, nos quais um deles irá vender os olhos. O terapeuta deverá preparar previamente um percurso com fitas (túnel), arcos (charcos de água), caixas (troncos de árvores), pedras, etc. Os elementos do grupo juntam as mãos ou os braços, para evitar que se percam na tempestade, e seguem o percurso, tentando salvar-se. Quando tiverem ultrapassado todos os obstáculos, trocam de posições e recomeçam o percurso.

Posteriormente é feita uma discussão em grande grupo, refletindo no modo como se sentiram durante a atividade, se tiveram ou não dificuldade em entregar-se ao companheiro e as diferenças que sentiram quando conduziram e quando foram conduzidos.

❖ **Atividade 4 “Caixinha da obesidade” (adaptado de Brandes & Phillips, 1977)**

Material

3 caixas com os 3 tipos de cartões diferentes; canetas

Procedimento

Cada adolescente tira um cartão de cada uma das 3 caixas, que contém uma frase diferente, devendo completá-las. As frases são: “Para mim a obesidade é...”; “O que mais me preocupa é...” e “Sinto dificuldade em...”.

Depois dos cartões serem preenchidos são novamente colocados nas respectivas caixas, sendo baralhados. Cada adolescente tira aleatoriamente um cartão de cada caixa e deve lê-los, transpondo para o grupo se sente ou não o mesmo que foi descrito. No final, deve ser realizada uma reflexão em grupo, desmitificando crenças distorcidas.

SESSÃO 3 – “SOMOS UM GRUPO E SABEMOS COMUNICAR”

❖ **Atividade 1 “Ultrapassando a bola” – Quebra-Gelo (adaptado de Wiertsema, 1993)**

Material

2 bolas com cores diferentes

Procedimento

Os participantes dispõem-se em círculo e o terapeuta numera-os, alternadamente, com os números 1 e 2. Formam-se, assim, dois grupos. A atividade consiste em passar a bola, unicamente entre os jogadores do mesmo grupo, sempre no sentido dos ponteiros do relógio, sem a deixar cair.

O terapeuta entrega uma das bolas a um elemento do grupo 1, que inicia a atividade, passando a bola a um colega do seu grupo. A bola deve circular por todos os elementos do grupo, sempre no sentido dos ponteiros do relógio. O terapeuta recolhe a bola e entrega a

outra bola a um dos elementos do grupo 2, que repete o procedimento anterior. Esta primeira parte serve apenas para que os jogadores memorizem entre quem devem atirar a sua bola.

Começa então o jogo propriamente dito, entregando cada uma das bolas a um dos membros dos dois grupos, os quais devem encontrar-se em extremos opostos do círculo. As bolas são atiradas a cada um dos jogadores do respetivo grupo. Se uma bola cair, a pessoa que a deveria ter apanhado pega na bola e atira-a ao jogador mais próximo do seu grupo. A ideia é que uma das bolas consiga ultrapassar a outra. Se isso acontecer, o grupo recebe um ponto e o jogo recomeça. O terapeuta deve assinalar o grupo que consegue obter mais pontos.

❖ **Atividade 2 “Jogo dos quadrados” (adaptado Equipa de formadores da SEIS, 1997)**

Material

5 Envelopes, cada um com um número variado de peças geométricas

Procedimento

O terapeuta forma dois grupos. A um dos grupos, constituído com 5 elementos, pede-se que se sentem numa mesa, sendo entregue um envelope a cada elemento, não podendo abrir enquanto não lhe forem dadas instruções. O outro grupo, constituído pelos restantes elementos, têm que observar e registar os aspetos mais importantes do comportamento dos colegas. Posto isto, são anunciadas as regras em voz alta: cada pessoa vai receber diferentes peças que estão dentro do envelope e o objetivo é construírem todos cinco quadrados iguais, com 18 cm. Para tal não podem falar, nem fazer sinais, nem pedir peças. Apenas podem dar e receber peças dos outros jogadores. Têm 15 minutos para o fazerem.

Em grande grupo, discute-se a atividade, refletindo nas seguintes questões: Como se sentiram durante o jogo? Qual foi a primeira reação ao ver as peças? Quais foram as maiores dificuldades? Que fatores favoreceram a colaboração no grupo? Que fatores dificultaram a colaboração no grupo?. No final, o terapeuta deverá focar o papel da comunicação, a importância da circulação de informação e as implicações de não comunicar.

❖ **Atividade 3 “Comunicação” (Sem referência)**

Material

Apresentação em Power Point; folha informativa (cf. Anexo 10)

Procedimento

O terapeuta apresenta e explica, através de suporte informático, os vários tipos de comunicação e o que caracteriza, fundamentalmente, a assertividade. Entrega uma folha com esta informação a cada elemento.

❖ Atividade 4 “Minuto Desafiante” (adaptada de Torremorell, 2002)

Material

2 Tabuleiros de jogo; 2 dados; marcadores de jogo; cartões (cf. Anexo 11); cronómetro; 8 placas verdes e 8 placas vermelhas.

Procedimento

Forma-se dois grupos de 4 elementos (para que a dinâmica do jogo seja mais rápida e todos tenham oportunidade de falar várias vezes). O terapeuta apresenta as regras do jogo, fornecendo o tabuleiro de jogo, o dado, os cartões e os marcadores a cada grupo. Todos colocam os seus marcadores sobre o tabuleiro, lançando o dado para ser determinada a posição de jogo de cada um. De seguida, inicia-se o jogo e cada elemento lança o dado e avança o número de casas correspondente ao número que saiu.

As casas podem ter quatro cores (laranja; amarelo; cor-de-vinho; azul), em que três correspondem a um cartão com a mesma cor. Existem três tipos de cartões/desafios, que se encontram em cima do tabuleiro: o laranja – “Eu tenho o direito de...”; o azul – “Sinto que/Penso que/Para mim...”; cor-de-vinho – “Eu concordo/discordo com...”. Note-se que as casas amarelas não correspondem a nenhum desafio. Os participantes têm apenas um minuto para completar a frase do cartão, de forma assertiva, tendo que seguir as seguintes regras: quem cumprir o minuto que lhe é estipulado avança duas casas; quem ultrapassar o minuto tem que recuar duas casas e se algum elemento falar fora da sua vez fica uma vez sem jogar.

O terapeuta vai ser o juiz, tendo como função fazer cumprir as regras. Após os desafios serem consumados por cada elemento, os restantes têm que avaliar se o desafio foi ou não bem realizado (de acordo com as características de uma comunicação assertiva explicadas na atividade anterior), mostrando uma placa verde ou vermelha, consoante a opinião seja positiva ou negativa, respetivamente. O adolescente só avança duas casas se a maior parte do grupo avaliar positivamente a resolução do desafio, mesmo que este o tenha cumprido num minuto.

SESSÃO 4 – “SABEMOS EXPRESSAR-NOS!”

❖ Atividade 1 “Massagem de grupo” (adaptado de Vopel, 1998a)

Procedimento

O terapeuta pede aos participantes que formem pares. Os vários pares deverão formar um círculo, em pé, no centro da sala, de modo a que todos se vejam. Nos vários pares, o participante de trás, deverá colocar as mãos nos ombros do colega, a uma distância tal que os braços fiquem ligeiramente dobrados.

Seguidamente, o terapeuta explica as regras: 1) todos devem manter os olhos fechados durante a atividade; 2) é proibido falar; 3) devem massajar as costas, ombros e nuca do companheiro da frente; 4) para comunicar com o companheiro da frente só podem utilizar as mãos; 5) para comunicar com o companheiro de trás, só podem emitir sons ou fazer gestos para que este entenda onde e como deve fazer a massagem; 6) quem faz a massagem deve estar atento aos sinais emitidos pelo companheiro para assim satisfazer os seus desejos. Durante cerca de 5 minutos os participantes desenvolvem a atividade. Após esse tempo, o terapeuta dá sinal para pararem. Mantendo os olhos fechados, tiram as mãos dos ombros dos colegas e sacodem-nas com força. Os participantes vão agora trocar de posições: quem deu as massagens é agora massajado pelo colega que as recebeu, seguindo as mesmas instruções.

No final discute-se como se sentiram durante a atividade.

❖ Atividade 2 “Sentimentos” (Gonçalves, s.d.).

Material

Jogo Sentimentos (Gonçalves, s.d.)

Procedimento

O terapeuta organiza o grupo de forma a iniciar-se o jogo dos “Sentimentos”, seguindo vários formatos:

“Mímica”

- 1) Baralham-se as cartas.
- 2) O jogador que está à direita de quem baralhou retira uma carta, e só ele a poderá ver.
- 3) Depois fará a mímica, dando aos seus colegas a hipótese de adivinharem o sentimento.

- 4) Se o jogador conseguir que os parceiros adivinhem, ganha 2 pontos. E quem adivinhar ganha 1 ponto.
- 5) No final, ganha o jogador que tiver o maior número de pontos.

“Sentimentos”

- 1) Dão-se 4 cartas a cada jogador. O restante baralho, com as cartas voltadas para baixo, é espalhado pela mesa.
- 2) O primeiro jogador a começar é o que se encontra à esquerda do que deu as cartas.
- 3) Pede então o nome do sentimento que mais lhe convém a um dos jogadores, para ir fazendo grupos de 4 cartas que expressem o mesmo sentimento.
- 4) Se o jogador, a quem pediu a carta pretendida, a tiver, deve dar-lha, mas para conseguir a carta que lhe falta, terá de falar sobre o sentimento. Por exemplo, o jogador pede: *“Dá-me uma carta alegre”*, e o parceiro responde: *“Só te dou esta carta se me contares uma situação que tu passaste em que esteja presente este sentimento”*.
- 5) Se o jogador contar uma situação, guarda então a carta e continua a pedir o que lhe interessa, a esse ou a outro jogador, até que o parceiro a quem ele pede não tenha a carta desejada. Nesse caso, ele vai buscar ao baralho uma carta e, se calhar o sentimento que ele tinha pedido, mostra aos outros jogadores e continua a jogar. Se não calhou o que deseja, dá a vez ao jogador que está à sua esquerda.
- 6) Logo que um jogador consiga fazer um grupo de 4 cartas com o mesmo sentimento, diz “sentimento” e coloca as respectivas cartas viradas para cima para todos verem.
- 7) O jogo continua até se esgotarem as cartas que estão em cima da mesa.
- 8) Ganha quem tiver o maior número de grupo de 4 cartas.

“Sentimento Mistério”

- 1) Baralham-se as cartas.
- 2) O jogador que está à direita de quem baralhou retira uma carta, e só ele a poderá ver.
- 3) O jogador deverá dizer o que pensa sobre esse sentimento, sem referir o nome dele.
- 4) Os outros elementos devem tentar adivinhar qual é o sentimento a que o colega se está a referir. Cada um tem uma hipótese.
- 5) Quem adivinhar, recebe 1 ponto, e depois deve agir como se estivesse a sentir o sentimento referenciado na carta, recebendo mais 2 pontos.
- 6) Em grande grupo deve discutir-se como é que o corpo agiu para expressar o sentimento em causa.

No final, abre-se a discussão em grande grupo sobre a questão dos sentimentos e das emoções, refletindo sobre o modo como se sentiram ao realizar a atividade.

SESSÃO 5 – “STRESS, MEU INIMIGO”

❖ Atividade 1 “Garças lutadoras” (adaptado de Wiertsema, 1993)

Material

Giz; bola

Procedimento

Os participantes colocam-se em pé, no centro da sala. O terapeuta faz um círculo à volta deles, com o giz, e um segundo círculo à volta do primeiro, à distância de 2 metros. Obtém assim uma ilha e um fosso. Pede aos jogadores que se sustentem só numa perna e que cruzem os braços (são agora garças). As garças são animais solitários, por isso vão tentar empurrar-se umas às outras para fora da ilha. Quem ficar de pé com as duas pernas, descruzar os braços ou cair no fosso, sai para o campo de “tiro ao alvo” e daí, com uma bola muito leve, tenta atingir as garças da ilha. Se conseguir acertar numa garça, troca de lugar com esta. Os jogadores que estão no campo não podem sair do sítio, apenas atirar a bola ou passá-la uns aos outros, tentando “limpar” a ilha. A atividade termina quando restar apenas uma garça na ilha.

❖ Atividade 2 “Respiração diafragmática” (adaptado de Payne, 2003)

Procedimento

Sentados em roda, o terapeuta começa por explicar os benefícios do relaxamento no dia – a - dia. Em conjunto devem identificar alguns exercícios como fechar as mãos, empurrar os pés em direção ao solo, abrir os braços e tentar tocar com eles no teto, mascar pastilhas elásticas, que podem ajudar a diminuir a tensão em momentos críticos.

Para dar início ao relaxamento, os adolescentes devem sentar-se confortavelmente na cadeira. Encostam-se, põem os pés no chão e deixam os braços caírem soltos ao longo do corpo. O terapeuta, num tom de voz calmo, dá as seguintes instruções: "Fechem os olhos, ponham a mão direita no abdómen e coloquem a esquerda no peito. Sem tentar mudar a respiração estejam

atentos ao modo como respiram. Qual é a mão que se mexe mais, quando o ar entra nos pulmões? O truque para respirar de modo a ficar mais relaxado é começar a respirar mais com o abdómen, o que faz com que a mão que está em cima da barriga se mexa mais do que a que está em cima do peito. Procurem agora fazer esta mudança e à medida que o ar vai entrando ajudem a respirar com o abdómen, fazendo a mão direita elevar-se mais, enquanto a esquerda fica o mais quieta possível. Vão treinando até se sentirem confortáveis com este modo de respirar. Deixem o ar entrar devagar, a barriga vai ajudando, depois usem também a barriga para expulsar todo o ar... isso mesmo.” Enquanto o terapeuta dá as instruções deve também dar o exemplo.

No final, discute-se em grande grupo a atividade, se conseguiram ou não estar descontraídos e em que situações poderia ser útil este tipo de exercício.

❖ Atividade 3 “Relaxando através da imaginação e da música”

Material

Guião; Colchões; música “Senhora do mar”

Procedimento

O terapeuta propõe um método de indução de relaxamento através da imaginação de cenas relaxantes. O ambiente deve ser calmo e sem ruído. Os elementos do grupo deverão deitar-se nos colchões de forma confortável. O terapeuta segue o seguinte guião (adaptado de Henriques, 2008).

Vou procurar ajudar-vos a ficar relaxados através de uma experiência tranquila e confortável. Concentrem-se em todo o vosso corpo, procurem relaxá-lo, libertando toda a tensão que sentem... Prestem atenção à vossa respiração. Procurem respirar profundamente pelo nariz. Prestem atenção ao ar que entra e sai... Sintam o movimento do vosso corpo com a entrada e a saída do ar. Inspira e expira devagar e profundamente... Mantém essa respiração... Expira o mais lentamente possível...

A tua mente está liberta de pensamentos sobre problemas e o teu corpo adapta-se à atmosfera de calma e tranquilidade que criaste na tua mente. Concentra-te no teu corpo. Sente os membros relaxados, da face, pescoço, braços, abdómen, pernas, pés... Sente os limites do teu corpo... Imagina o teu corpo por dentro. Através da respiração liberta todas as tensões negativas...

Vais agora imaginar que pouco a pouco vais começar a flutuar... que lentamente vais voar até chegar ao céu... um céu bonito, de um azul clarinho, que te transmite calma, tranquilidade, paz. O teu corpo continua muito leve, a flutuar... Ao longe e pouco a pouco, vai-se aproximando uma nuvem... já lhe consegues tocar com a ponta do pé... e a sensação é tão agradável que ficas com vontade de mergulhar totalmente na nuvem, de te deixares envolver completamente por ela. Esta nuvem vai levar-te para fora desta sala e será guiada pela tua imaginação.

Esta viagem irá levar-te para um lugar calmo e tranquilo... À medida que ela decorre tenta reparar nos sons e nos cheiros das imagens para torná-las o mais reais possíveis. O teu corpo está completamente relaxado e encontra-se agora numa paisagem verde, tranquila, com as montanhas a verem-se no horizonte...

Sente a brisa amena do vento na cara, nos cabelos, em todo o teu corpo. O som dos pássaros, o cheiro das flores, das árvores... a relva fresca debaixo dos teus pés... desfruta do seu sossego e da sua beleza... Vês flores de todos os tipos, de todas as cores, de todos os cheiros... Sentes-te evadido por um clima de paz e felicidade... O sol brilha, está um lindo dia de Primavera... Ao caminhar encontras um riacho de águas límpidas, transparentes. Molha as mãos, sente a frescura da água no teu rosto... agora os pés... Enquanto salpicas o corpo com esta frescura sente o sol e o seu calor a aquecer o teu corpo... Sente esse bem-estar... Corre agora pela relva.... Sente novamente a brisa do vento na tua cara, no pescoço. Repara como essas sensações são agradáveis e te deixam cada vez mais relaxado... A relva é macia e confortável... Peço-te agora que te transformes num pássaro, que embalado pelo vento voa sobre as árvores e as flores... Tenta desfrutar dessa experiência, imaginando o que farias se isso fosse possível...

Concentra-te novamente no teu corpo, em como ele está relaxado. A nuvem volta a colocar-se debaixo do teu corpo e vai trazer-te de novo para esta sala.

Estás de novo nesta sala... Lentamente vais mexer o teu corpo (os braços, o pescoço, as pernas) ... Naturalmente começa a abrir os olhos e a tomar contacto com a luz da sala à medida que vais voltando à realidade... Espreguiça-te!

Posteriormente, o terapeuta propõe um método de indução de relaxamento através da audição de uma música.

Após finalização do relaxamento é dado tempo aos participantes para voltarem a sentir-se mais ativos. É feita uma reflexão em grupo sobre o que sentiram durante o processo de relaxamento (as duas atividades anteriores), se conseguiram ou não estar descontraídos e em que situações poderiam ser útil este tipo de exercício.

SESSÃO 6 – “SOMOS TODOS ESPECIAIS”

❖ Atividade 1 “Morto/Vivo” (adaptado de Berkenbrock, 2002)

Procedimento

Pede-se aos participantes para se colocarem de pé no centro da sala. O terapeuta coloca-se em frente ao grupo. O terapeuta irá gritar “vivo” ou “morto”. Se gritar “morto”, todos devem ficar de cócoras; se gritar “vivo”, todos devem ficar de pé. O terapeuta poderá gritar na ordem que quiser e poderá fazer movimentos contrários ao que está a dizer (por exemplo, gritar “vivo” e ficar de cócoras). Os participantes têm que tentar obedecer ao que foi gritado e não ao gesto. Quem se enganar é eliminado. O terapeuta deve esforçar-se por confundir os participantes. A atividade termina quando ficar apenas um participante ou quando acabar o tempo.

❖ Atividade 2 “Pirâmide dos Valores” (adaptado de Vopel, 1998b)

Material

8 Folhas A3, com uma pirâmide; revistas; marcadores; lápis de cor; post-it; folhas brancas; tesouras.

Procedimento

Esta técnica é constituída por duas fases. Numa primeira fase, o terapeuta apresenta a técnica ao grupo, dando-lhes uma folha A3 (com o desenho de uma pirâmide), tendo que cada um construir a sua pirâmide individual, baseando-se nos seus valores, estratificando-os, em cinco níveis, dos menos importantes para os mais importantes. Deste modo, em cada nível cada adolescente representará os valores e as suas expetativas futuras (relacionadas com esses valores), através de recortes de revistas, desenhos feitos por eles próprios, letras de músicas, com o objetivo de lhes dar espaço para uma escolha livre. Estas representações simbólicas serão colocadas, na pirâmide individual, com post-it, pois estas têm que ser facilmente manipuláveis para a elaboração da segunda fase da técnica.

Após a realização da pirâmide individual, o que se propõe é a construção de uma pirâmide coletiva. Deste modo, o grupo deverá discutir sobre as escolhas dos valores a colocar em cada estratificação, em que cada elemento poderá apenas escolher um valor, para cada

nível da pirâmide. Por exemplo: O elemento X no seu nível mais baixo colocou ambição, prazer; o Y colocou respeito, e assim sucessivamente. Os oito terão que determinar qual o único valor que deverão colocar, na estratificação da base. Feita essa escolha, cada elemento que tenha a representação correspondente ao valor escolhido colectivamente, deverá retirá-la da sua pirâmide individual e colocá-la na pirâmide coletiva, desenhada a giz no quadro preto, para que esta fique visível a todos. Neste sentido, todos os que tiverem, por exemplo, a representação da “amizade”, deverão colocá-la no respetivo nível escolhido em comum.

Em grande grupo explora-se como é que cada um se sentiu a ceder os seus “valores” e as estratégias que utilizaram para tal. Por outro lado, questiona-se se existiriam alguns valores que os colegas disseram que lhes fizeram repensar na sua escolha.

❖ **Atividade 3 “Festinhas no Ego” (adaptado de Fundação Portuguesa “A comunidade contra a sida”)**

Material

Folhas A4; fita-cola; canetas

Procedimento

O terapeuta distribui a cada um dos participantes uma folha A4, com o seu nome escrito, e coloca-a nas costas. Explica aos participantes que deverão movimentar-se pela sala e ao mesmo tempo escrever nas costas de todos os participantes dois elogios/caraterísticas positivas (um físico, outro psicológico) que definam o colega escolhido. A atividade termina quando todos tiverem recebido os seus elogios.

O terapeuta recolhe as folhas e, sem dizer a quem pertencem, vai lendo em voz alta os elogios. Os participantes devem tentar identificar o colega a quem os elogios foram dirigidos. Depois o elemento em causa deverá dizer se concorda com o que foi dito. Posteriormente, abre-se a discussão em grande grupo, perguntando como se sentiram durante a atividade e se tiveram dificuldade em realizá-la.

SESSÃO 7 – “O CORPO NÃO É TUDO”

❖ **Atividade 1 “Arco-Íris de balões” (adaptado de Fundação Portuguesa “A comunidade contra a sida”)**

Material

Balões coloridos; Música

Procedimento

O terapeuta distribui a cada um dos participantes um balão colorido. Cada um enche o seu balão e, ao som de música, vai atirando-o ao ar e trocando de balão com os outros colegas, sem os deixar cair. Cada participante só pode tocar num balão de cada vez. O jogo termina quando a música acaba. Nesta altura, cada participante deverá ter um balão na mão, não necessariamente da mesma cor do que tinha no início da atividade.

❖ Atividade 2 “A minha imagem”

Material

Folhas com um conjunto de silhuetas masculinas e com silhuetas femininas; Folha “Real vs Ideal” (cf. Anexo 9); canetas

Procedimento

O terapeuta entrega a cada participante uma folha, com 2 conjuntos de silhuetas femininas ou masculinas, consoante o género, que terão que preencher, assinalando, na primeira, a perceção que têm da sua imagem atual e, na segunda, a imagem que gostariam de ter (ideal). Têm ainda que continuar a frase “Isto faz-me sentir...”. Posteriormente, o terapeuta lê em voz alta o que cada um escreveu, sem indicar o nome, e pede ao grupo para responder a essa pessoa. Discute-se a atividade em grande grupo, dizendo aos colegas o que sentiram ao fazer esta atividade.

No final, o terapeuta entrega a cada adolescente a folha “Real vs Ideal” (Duarte, 2002), que deve ser lida em voz alta, refletindo depois em conjunto.

❖ Atividade 3 “As cores do meu corpo” (adaptado de Vopel, 1998c)

Material

Folha com um contorno de corpo desenhado (cf. Anexo 12); marcadores vermelhos, verdes e amarelos

Procedimento

O terapeuta entrega uma folha a cada adolescente, em que lhe é pedido para visualizarem o desenho como se correspondesse ao seu próprio corpo, tendo que pintar ou assinalar a verde as partes do corpo que mais gosta, a vermelho as que menos gosta e a amarelo as que lhe são indiferentes. Quando todos terminarem, procede-se a uma partilha com todo o grupo, pedindo-se voluntários para descreverem o que assinalaram.

Discute-se a atividade em grande grupo, abordando o modo como se sentiram ao realizar esta tarefa e se foi ou não difícil escolher quais as partes do corpo que seriam pintadas a verde, comparativamente com as vermelhas. Foca-se também a necessidade de relativizar a importância dada à imagem corporal, fazendo a ponte para a atividade seguinte “O corpo não é tudo...”.

❖ Atividade 4 “O corpo não é tudo”

Material

Apresentação em Power Point (cf. Anexo 13)

Procedimento

O terapeuta inicia a atividade, fazendo uma abordagem geral à questão da imagem corporal (utilizando o suporte informático em Power Point). Em grande grupo, o terapeuta pede para refletirem em conjunto sobre a valorização do corpo, as implicações da perceção da imagem corporal a nível psicológico e a sua importância no bem-estar de cada indivíduo.

❖ Atividade 5 “Eu gosto de mim, porque” (Duarte et al., 2002)

Material

Cartões com a frase “Eu gosto de mim, porque...”; canetas

Procedimento

O terapeuta entrega um cartão com a frase “Eu gosto de mim, porque...” a cada participante, pedindo-lhes para completarem a frase.

Em grande grupo trocam-se os cartões, e cada elemento lê em voz alta o cartão que lhe calhou (aleatoriamente). Discute-se a atividade em grande grupo.

SESSÃO 8 – “A NOSSA DESPEDIDA”

❖ Atividade 1 “O meu postal” (Fritzen, 1981)

Material

Postal; canetas

Procedimento

O terapeuta entrega a cada participante um postal, com o seu nome. Todos os postais devem percorrer o grupo, para que todos escrevam uma mensagem para o seu colega. Essa mensagem deve ser assinada. É-lhes também pedido para colocarem o seu contacto telefónico, se quiserem, e o seu endereço electrónico.

❖ Atividade 2 “Estamos a chegar ao fim... E?”

Material

Folha com os três espaços para preencher (“eu antes”; “eu agora”; “eu depois”); canetas

Procedimento

O terapeuta entrega a cada participante uma folha, com três espaços para preencher: “Eu antes”; “Eu agora” e “Eu depois”. O que se pretende é cada participante escreva uma ou duas frases que reflita como eram antes, durante e como acham que vão ser depois deste programa. Partilha-se o que cada um escreveu em grande grupo.

❖ Atividade 3 “Este programa foi...”

Material

Questionário de avaliação do programa “E que tal crescer para cima?”; Escala TAS-20 e Escala PHCSCS-2; canetas.

Procedimento

O terapeuta entrega a cada participante uma folha com a ficha de avaliação do programa. Cada um deve responder individualmente. Depois de preencherem esta folha, é pedido para cada um responder às escalas (pós-teste). Abre-se a discussão em grande grupo,

explorando o que mais e menos gostaram durante o programa, se as expectativas foram ou não cumpridas, etc.

❖ **Atividade 4 “Surpresa”**

Material

Vídeo; 8 CD`s com gravação do vídeo; foto do grupo e suporte para a foto.

Procedimento

O terapeuta projeta o vídeo realizado por ele, em que consta imagens, fotos, mensagens relativas a cada sessão. Posteriormente é entregue a cada adolescente um CD com o vídeo e uma foto do grupo e um suporte para a mesma. Finaliza-se, assim, o programa, indicando que o *blog* se vai manter por mais alguns meses e que poderão continuar a comunicar-se.

ANEXO 8

Frases colocadas no *Blog*

INÍCIO DO *BLOG*

Um novo desafio...

A adolescência é uma época marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, que ocorre entre os 11/12 anos até aos 19/20 anos. É, por isso, um período difícil, que coloca grandes e importantes desafios.

Quais têm sido os teus maiores desafios? Queres partilhar connosco?

É Possível!

É possível falar sem um nó na garganta.

É possível amar sem que venham proibir.

É possível correr sem que seja a fugir.

Se tens vontade de cantar não tenhas medo: canta.

É possível andar sem olhar para o chão.

É possível viver sem que seja de rastos.

Os teus olhos nasceram para olhar os astros.

Se te apetece dizer não, grita comigo: não!

É possível viver de outro modo.

É possível transformar em arma a tua mão.

É possível viver o amor. É possível o pão.

É possível viver de pé.

Não te deixes murchar. Não deixes que te domem.

É possível viver sem fingir que se vive.

É possível ser homem.

É possível ser livre, livre, livre.

Manuel Alegre, O Canto e as Armas

SESSÃO 1

16.01.12 – Sessão 1... E que tal?!

Cantinho partilhar: Conta um episódio da tua vida que tenha sido muito cómico.

Cantinho partilhar: Fala sobre duas razões que podem levar alguém a gostar de ser teu amigo.

SESSÃO 2

30.01.12 - Sessão 2... E que tal?!

Cantinho Partilhar: Para confiares mesmo em alguém, como é que essa pessoa precisa de ser?

Cantinho Partilhar: Fala de uma situação da tua vida em que te tenhas sentido “gozado” por causa da obesidade.

Cantinho Partilhar: Sinto que o problema da obesidade me tem afetado, porque...

SESSÃO 3

13.02.12 – Sessão 3... E que tal?!

Cantinho partilhar: Conta um episódio da tua vida em que sentiste que foste claramente assertivo.

Cantinho partilhar: Escutar, ouvir com muita atenção, é muito especial. Aprende-se a falar, não se aprende a ouvir. O que pensas sobre isto?

Cantinho partilhar: Quando as regras que alguém tenta impor são injustas ou ridículas, como é que achas que uma pessoa deve reagir?

05.03.12 – Sessão 4... E que tal?!

Hoje procurámos chegar a um lugar muito especial... O “Lugar dos Afetos”! Esse lugar está dentro de cada um de nós. Está também dentro de ti... É um “lugar” cheio de sentimentos e emoções....

Descreve um bocadinho esse lugar que está dentro de ti... Como é esse “Lugar dos Afetos”?

Cantinho Partilhar: Vergonha. Fala deste sentimento.

Cantinho Partilhar: Lutar. Fala deste sentimento.

Cantinho Partilhar: Fala sobre um sentimento de que não gostes nada.

SESSÃO 5

19.03.12 – Sessão 5... E que tal?

Cantinho partilhar: Gostava que partilhasses connosco a letra de uma música, um poema, uma imagem ou algo muito especial para ti, que te permita relaxar em momentos de maior tensão ou stress.

“E que tal crescer para cima?!” já conta com 5 sessões. Gostava que partilhasses connosco em que medida este programa está a responder ou não às tuas expetativas, qual o significado deste programa para ti e quais as atividades que fizemos até agora que mais gostaste.

SESSÃO 6

02.04.12 – Sessão 6... E que tal?

“Uma pessoa que vive sem objetivos assemelha-se a um barco que navega sem linha de rumo: circula ao sabor da corrente, sem a certeza de atingir o porto que quer. Uma pessoa que não sabe onde quer chegar nunca fica a saber onde vai chegar.”

Peço-te que reflitas um bocadinho em algumas questões: “O que ambiciono na vida?” Responde para ti próprio a esta simples pergunta! Faz uma listagem numa folha de papel (ou se quiseres partilha aqui connosco no *blog*) os objetivos de vida que tens para ti! Sê realista! Depois questiona-te: “O que preciso fazer para os concretizar? Que aspetos precisam melhorar?”

Cantinho partilhar: Achas que os valores em que cada um acredita são determinantes na tomada de uma decisão? Dá um exemplo.

Cantinho partilhar: Sou especial, porque...

SESSÃO 7

30.04.12 – Sessão 7... E que tal?

“Tal como as casas têm portas, janelas e cores diferentes, umas são maiores e outras mais pequenas, umas mais altas e outras mais baixas, também tu és e serás sempre diferente de todos os que te rodeiam”. Comenta.

Pensa nisto...

Na publicidade destinada à venda de uma casa, se tiveres atento, normalmente são mostrados os melhores quartos, as mobílias mais bonitas e confortáveis. Também a TV e as revistas recorrem a modelos irrealistas, mulheres extremamente altas e esbeltas, homens fortes e muscudos, para venderem os seus produtos. E, pouco a pouco, as pessoas vão-se convencendo que têm de ser assim, custe o que custar, nem que para isso esqueçam a sua saúde que é “atropelada” com dietas e mais dietas, completamente loucas, ou com horas nos ginásios, não em busca de praticar desporto, mas para conseguirem ter “aquele corpo”.

No entanto, este padrão de beleza física é apenas uma ideia, “uma moda”, aquilo que um grupo de pessoas decide que deve ser numa determinada altura. E será que vale a pena o esforço e o sofrimento que tantas pessoas passam para se aproximarem dos padrões da moda? Para além disso, as modas mudam e nem todos as aprovam... Nunca te esqueças que o que é

bonito hoje pode não ser amanhã, ou o que é atraente para uma pessoa pode não ser para outra. Uma coisa é certa, uma companhia bem-disposta, saudável e bem consigo própria é sempre agradável e simpática para qualquer pessoa! Não achas?

Cantinho partilhar: Uma coisa que eu faço bem é...

SESSÃO 8

28.05.12 – Sessão 8... E que tal?

“E Que Tal Crescer Para Cima?” Como avalias este programa em geral? O que gostaste mais? E menos?

Cantinho partilhar: Como é que gostarias um dia mais tarde de ser lembrado?

Cantinho partilhar: Gostava que partilhasses tudo aquilo que significou para ti este Programa...

Despedida

“E que tal crescer para cima?” foi um programa feito especialmente para ti! Mas agora chegou ao fim! Espero, sinceramente, que tenham gostado! Obrigada por terem participado! Boas férias!

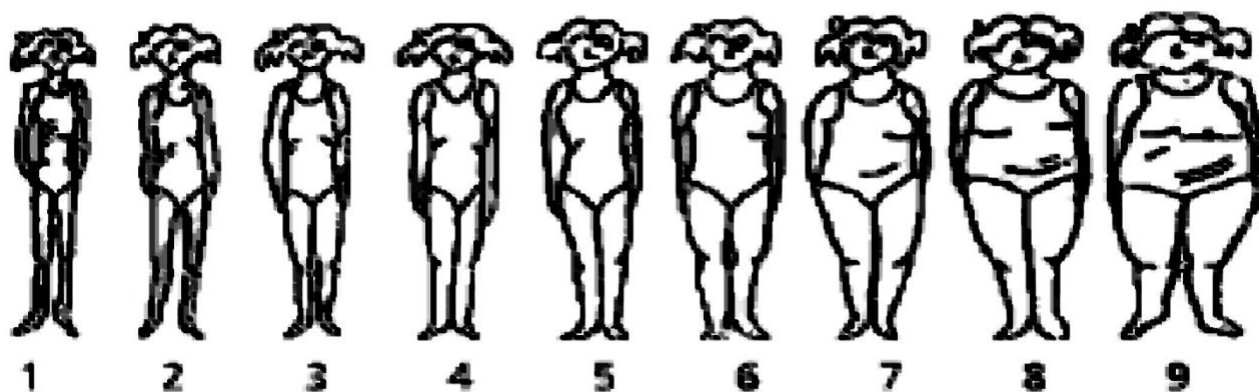
Aviso: O *blog* vai-se manter por mais alguns meses, se quiserem continuar a falar no *blog* uns com os outros podem fazê-lo!

Cantinho da conversa: Aqui é o nosso espaço para conversar...

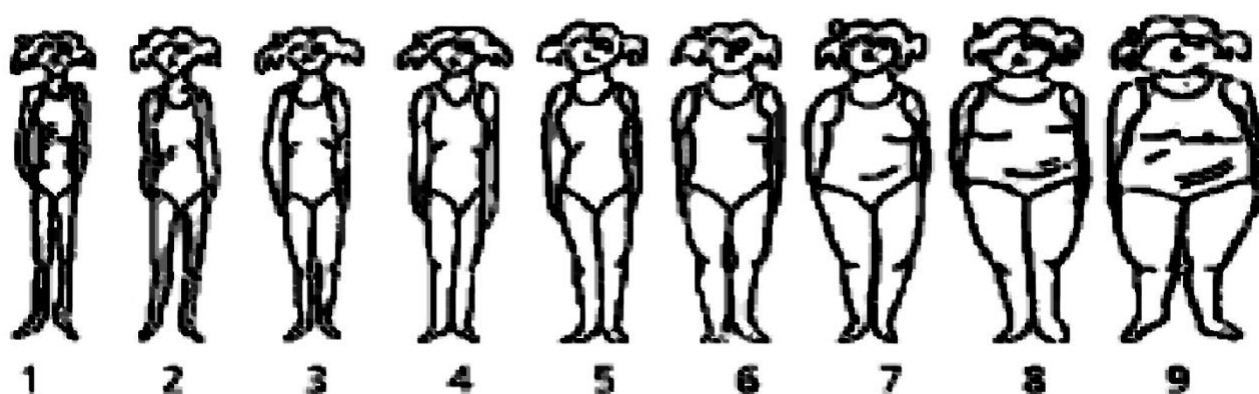
ANEXO 9

Material da Técnica “A minha imagem”

A Minha Imagem Actual...

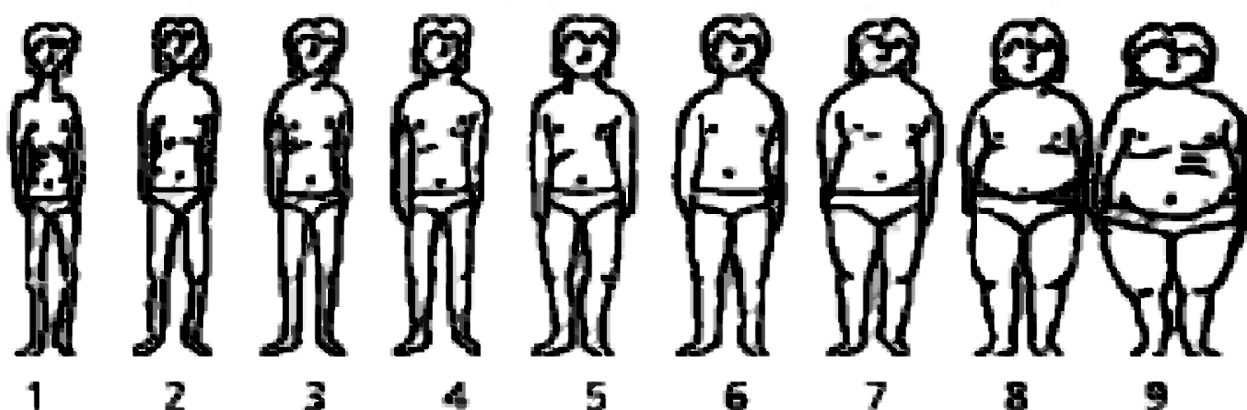


A Minha Imagem Ideal...

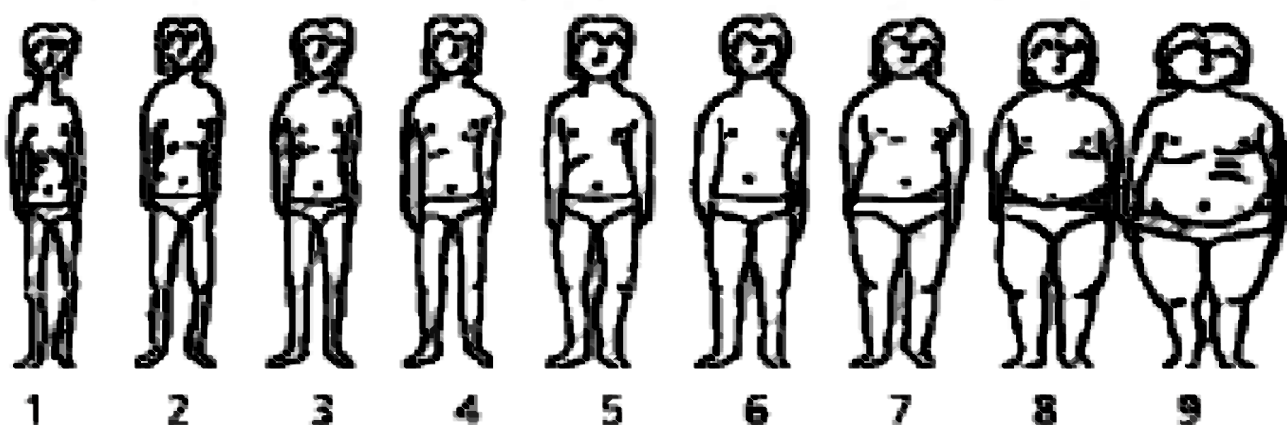


Isto faz-me sentir...

A Minha Imagem Actual...



A Minha Imagem Ideal...



Isto faz-me sentir...

REAL VS IDEAL

Já reparaste que de cada vez que olhamos para um anúncio publicitário, desfolhamos uma revista de moda ou fazemos um *zapping* pelos canais de televisão, só nos aparece mulheres altas, magríssimas e esbeltas ou homens fortes, musculados e sem ponta de gordura?! E porque será que, pouco a pouco, nos vamos convencendo de que temos que ser assim, custe o que custar, ou então ninguém vai querer ser nosso amigo, nunca vamos poder praticar desporto ou ser bons dançarinos, ninguém vai reconhecer as nossas capacidades ou apaixonar-se por nós?! Pois é, se pensarmos bem, o mundo “vende-nos” e impõe-nos constantemente um padrão de beleza física, tentando convencer-nos de que “temos de ser assim”!

A perfeição física é uma obsessão cada vez maior na nossa sociedade, o que nos leva a esquecer muitas vezes a saúde, que é “atropelada” com dietas e mais dietas, completamente loucas, ou com horas nos ginásios, não em busca do prazer de praticar desporto, mas para se conseguir ter “aquele corpo”. Se investigares um bocadinho, vais ver que nem sempre foi assim... Por exemplo, nos anos da Renascença, lá pelos séculos XIV e XV, as pessoas, sobretudo as mulheres, eram consideradas belas se fossem “redondas”, com formas avantajadas e, sim, com muita celulite! Mesmo já no século XX, em plenos anos 40 e 50, os corpos considerados bonitos eram tudo, menos magros. As mulheres bonitas eram as que tinham mais “curvas”, quer dizer, as que tinham ancas largas e peito bem acentuado! Mas com o passar dos anos, a beleza foi-se confundindo cada vez mais com a magreza e fibra muscular, aumentando a pressão para que todos sejamos assim como uma supermodelo ou um atleta bem musculado...

O padrão de beleza física é apenas uma ideia, uma moda, aquilo que um grupo de pessoas decide que deve ser numa determinada altura. E será que vale a pena o esforço e o sofrimento que tantas pessoas passam para se aproximarem dos padrões da moda?

Mais importantes do que tudo isto é que sejamos saudáveis e que nos sintamos bem com o nosso corpo. Nunca te esqueças que o que é bonito hoje pode não ser amanhã, ou o que é atraente para uma pessoa pode não ser para outra.

Uma coisa é certa, uma companhia bem-disposta, saudável e bem consigo própria é sempre agradável e simpática para qualquer pessoa!

ANEXO 10

Material da Técnica “Comunicação”

RELAÇÕES COM OS OUTROS

Os outros têm um papel muito importante na nossa vida. Através da família, amigos e colegas estamos sempre a aprender coisas novas sobre o mundo, sobre as relações entre as pessoas e até sobre nós próprios. Mas para que isso aconteça é fundamental: **comunicar!**

➤ **Estilo agressivo**

As pessoas agressivas preocupam-se em defender os seus direitos sem respeitar os direitos dos outros. Estas pessoas têm uma grande necessidade de se mostrarem superiores e, por isso, estão sempre a criticar tudo, desprezam os sentimentos dos colegas e comportam-se como se tudo fosse uma competição que eles tivessem que ganhar!

➤ **Estilo passivo**

São pessoas que não conseguem lutar pelos seus direitos e que, para evitar conflitos com os outros, preferem “passar por cima” dos seus próprios interesses e sentimentos. Dificilmente conseguem dizer **Não** quando lhes pedem alguma coisa, porque procuram agradar a todos.

➤ **Estilo assertivo**

Ser assertivo significa defender os seus direitos sem ir contra os direitos dos outros, baseando as suas relações na confiança e no respeito.

COMPORTAMENTOS TÍPICOS DE UMA PESSOA ASSERTIVA:

- Está à vontade na relação face-a-face;
- É verdadeiro consigo mesmo e com os outros, não escondendo os seus sentimentos;
- Defende os seus direitos sem ansiedade;
- Recusa pedidos pouco razoáveis: “Nunca digas sim se querias dizer não”.
- É capaz de elogiar e de fazer críticas construtivas quando acha necessário;
- Aceita elogios ou críticas, e toma-os em consideração;
- Diz as coisas muito claramente às outras pessoas;
- Não deixa que o “pisem”.

ESTRATÉGIAS QUE O ASSERTIVO UTILIZA:

- Olha para os olhos da outra pessoa e não para o chão ou para o lado.
- Mantém o corpo relaxado, nem rígido nem tenso. A respiração é calma e pausada.
- Não ri ou faz sorrisos inapropriados quando alguém está a ultrapassar os seus direitos.
- Fala com voz firme e sem hesitações.
- Quando está zangado diz à outra pessoa aquilo que pensa directamente, sem gozar nem ser agressivo.
- Fala sempre devagar e num tom baixo e firme, mesmo que o outro esteja a gritar.
- É directo: mantém o conteúdo da conversa exactamente no assunto a abordar e não fala por meias palavras.
- Refere a verdadeira razão e não “grandes desculpas”.

COMO PODES DEFENDER OS TEUS DIREITOS:

- **PEDIR:** às vezes pedir o que se quer é o mais eficaz e a única coisa necessária.
- **SER PERSISTENTE:** se a outra pessoa ataca, ameaça, ignora ou muda de assunto, deves dar sempre a mesma resposta sem encontrar outras desculpas. Se não resultar, podes dizer: “parece que não estás a ouvir o que eu estou a dizer”.
- **EXPRESSAR O SENTIMENTO NEGATIVO NA SITUAÇÃO:** “eu estou a ficar zangado com isto”.
- Se uma pessoa ignorar os teus direitos após lhe teres chamado a atenção várias vezes, deves exigir que os direitos sejam respeitados.

ANEXO 11

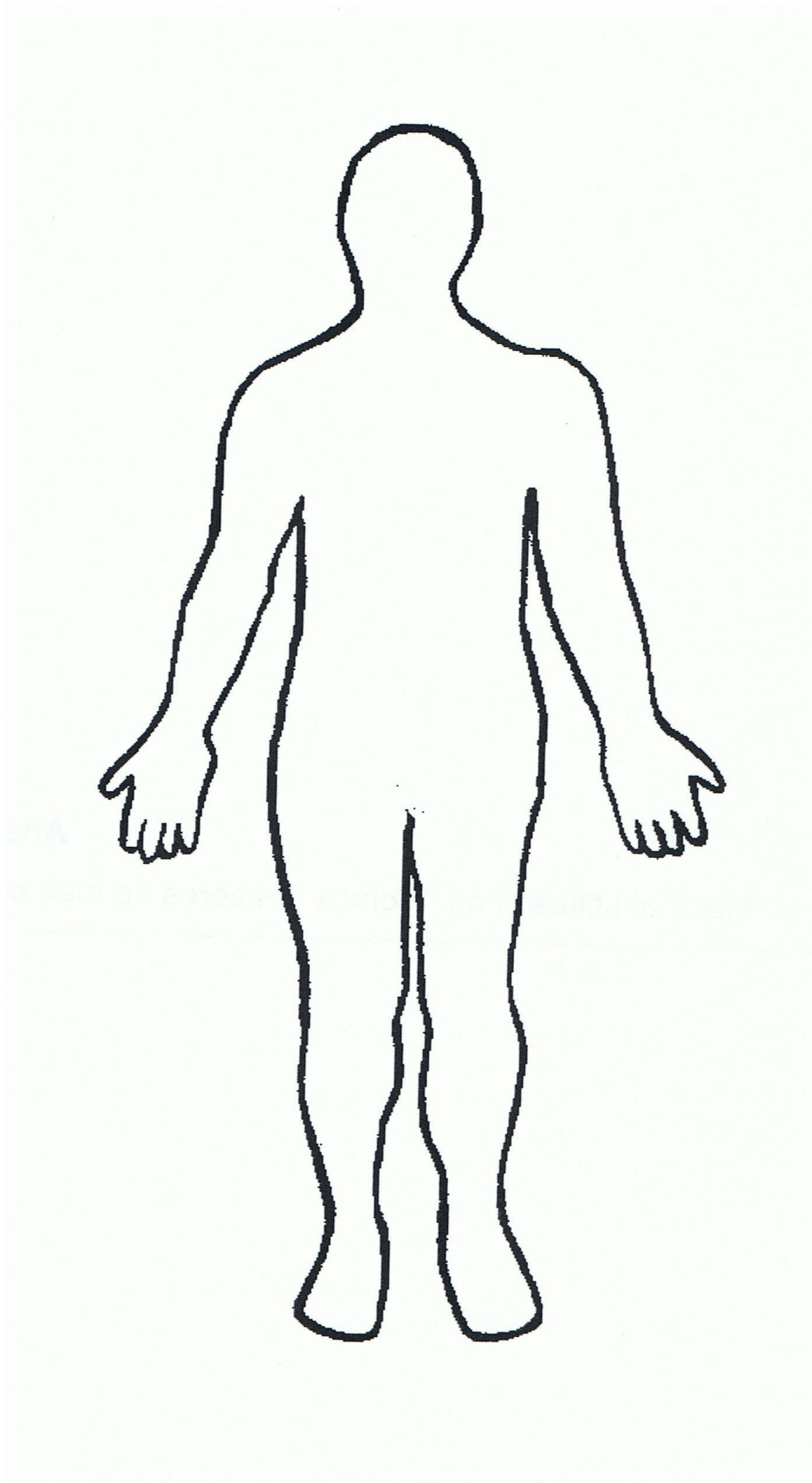
Material da Técnica “Minuto desafiante”

Frases utilizadas nos cartões

- Concordo que às vezes é difícil dizer que não a um amigo, porque tememos perdê-lo, mas...
- Discordo que dizer “NÃO” seja “ser mal-educado”, porque...
- Concordo que devemos encarar os problemas, não os ignorando, porque...
- Concordo que GOSTAR tem a ver com a liberdade de nos aceitarem tal como somos, porque...
- Discordo que a adolescência seja um “bicho-de-sete-cabeças”, porque...
- Discordo que o mais importante numa pessoa seja os seus bens materiais, porque...
- Concordo que depende, em grande parte de mim vencer a obesidade, porque...
- Concordo que feliz ou infeliz, sou sempre eu, quer dizer, ESPECIAL E ÚNICO, e isso faz-me...
- Concordo que quando sentimos dificuldade em vencer a tristeza, ter um amigo é uma grande fonte de apoio, porque...
- Discordo que tenho que ser magro para ser feliz, porque...
- Eu tenho direito à minha intimidade, porque...
- Eu tenho direito de ser respeitado, porque....
- Eu tenho direito à liberdade, porque...
- Eu tenho direito de manifestar livremente a minha opinião, porque...
- Eu tenho direito de ser compreendido, porque...
- Eu tenho direito de ser tratado com igualdade, porque...
- Eu tenho direito de...
- Penso que está nas nossas mãos encontrar várias maneiras de gostarmos de nós próprios e dos outros, porque...
- Penso que para manter uma amizade...
- Sinto que, quando alguém me diz “gosto de ti”, ...
- Sinto que o problema da obesidade me tem afetado, porque...
- Sinto orgulho num amigo quando...
- Para mim, a obesidade é...
- Perco a noção do tempo, quando...
- Para mim, a amizade é...
- Sinto-me, às vezes, rejeitado, quando...
- Para mim, a família...

ANEXO 12

Material da Técnica “As cores do meu corpo”



ANEXO 13

Material da Técnica “O corpo não é tudo”

Texto apresentado em formato Power Point

Estou gorda. Estou magro. Queria ser mais alto. Queria ser mais baixa. Queria ter o cabelo liso. Porque é que o meu nariz é tão grande? Já reparaste nas minhas orelhas? O meu peito é tão pequeno. Não gosto de ser tão mamalhuda! Porque é que as minhas ancas são assim?

Reconheces-te nestas afirmações? Achas que não vales muito e que os outros são sempre os melhores? Então pensa...

Mais do que tentar modificar o corpo, é importante uma pessoa estar bem consigo própria e entender o seu corpo como algo precioso...

O teu corpo é teu. Independentemente do que ele é...É teu! E, por isso, é a coisa mais importante do mundo para ti...

Claro que haverá coisas a modificar, mas de forma realista, e como se fosse um desafio, com objetivos, estratégias e medidas, a tomar passo a passo, devagar, porque as pressas só levam a frustrações.

Se descobrires que estás a ser demasiado crítico contigo, PÁRA! Para cada coisa que julgas negativa, escolhe uma positiva. Vai, procura, descobre e encontra...

O ser humano é feito de coisas boas e más. Ninguém é perfeito! Por isso é natural que em ti encontres coisas melhores e coisas piores... Entusiasma-te com as boas e controla as más.

O mais importante de tudo é que sejas saudável e que te sintas bem com o teu corpo; que gostes dele e, por isso, o saibas respeitar e cuidar!

E hoje tenho uma proposta para ti... Nunca adormeças sem pensar em três coisas boas que te tenham acontecido! E não sejas exigente! Basta ouvires uma música nova, ganhar um beijo de um colega especial, passear...

Nunca te esqueças que serás sempre diferente de todos os que te rodeiam e, por isso mesmo, és... ÚNICO E ESPECIAL!