



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

POLIANA VIEIRA AMARAL RODRIGUES

**Relações entre imagem corporal e autoestima em uma população
de adolescentes e jovens em um município da Bahia**

Salvador
2015

POLIANA VIEIRA AMARAL RODRIGUES

**Relações entre imagem corporal e autoestima em uma população
de adolescentes e jovens em um município da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA com área de concentração em epidemiologia como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr^a. Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Salvador
2015

AGRADECIMENTOS

Pensei que não mais escreveria agradecimentos após os da conclusão do curso de graduação. Eis que estou aqui com lágrimas nos olhos sentindo uma imensa necessidade de agradecer. O caminho até aqui não foi muito fácil e isso torna essa conquista ainda mais saborosa.

Primeiramente, agradecer a Deus, pois sem Tua proteção não teria trilhado este caminho.

A minha família, imensamente, que mesmo sem entender muito bem o que eu “tanto estudava” sempre me dava forças pra continuar, mesmo que de tão longe. E hoje sei que sou o orgulho de mainha.

A Rosana Aquino, minha orientadora, por toda paciência, dedicação, confiança e incentivo. Realmente não poderia ter melhor pessoa para me conduzir neste caminho.

A Leila D. Amorim, pelo auxílio valoroso durante as análises.

A família GRAB, por todos os momentos de crescimento pessoal e profissional, pelo apoio imensurável, não tenho palavras para agradecer a todos neste momento. Vocês foram minha família em Salvador e tornaram esta caminhada muito mais leve.

A Valéria Coutinho, a borboleta do meu jardim. Agradeço por sempre cuidar de mim.

A Marina Luna, pelo auxílio sempre que precisei e principalmente pelos momentos de muita aprendizagem. Saiba que me espelhei em você muitas vezes nesta caminhada.

A família ASTEC, pelo total apoio sempre. São amigas que levarei para a vida.

Aos colegas de turma, em especial, aos amigos Erik, Chandra e Michelle, pelas noites de estudo, pelos artigos compartilhados, pelas discussões edificantes e principalmente por ter me permitido saborear a amizade de vocês.

A turma da resiliência, obrigada pela torcida e companheirismo sempre. Com vocês nunca me senti sozinha.

Ao amigo Sócrates, que me proporcionou um lar para que eu pudesse me sentir verdadeiramente em casa.

A equipe do Colegiado de Pós-Graduação, em especial a Bia, pelo apoio.

A família Jardim Valéria, obrigada pela compreensão e apoio nos momentos de ausência. Apesar do pouco tempo de convivência agradeço por ter sido tão bem acolhida por todos. Afinal, estar feliz com o que se faz ajuda a vida a caminhar mais leve.

Aos amigos de longa data e aos mais recentes que sempre torceram pela chegada deste momento e contribuíram de forma singular.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para esta experiência tão enriquecedora.

RODRIGUES, Poliana Vieira Amaral. Relações entre imagem corporal e autoestima em uma população de adolescentes e jovens em um município da Bahia, 2015. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RESUMO

A imagem corporal é a representação mental do corpo, influenciada por aspectos culturais, religiosos e sociais. A insatisfação corporal é o desejo de que o corpo seja diferente da forma como o percebe, gerando uma avaliação negativa sobre o mesmo. A adolescência é a fase onde os indivíduos estão vulneráveis a distorções na autopercepção da imagem corporal e estas podem estar relacionadas à autoestima. O presente estudo possui como objetivo analisar a associação entre a autopercepção da imagem corporal e o nível de autoestima de adolescentes e jovens de um município da Bahia. Trata-se de estudo transversal, aninhado à pesquisa intitulada “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos”, com dados obtidos através de inquérito domiciliar, realizado entre os meses de outubro de 2011 e janeiro de 2012. A variável dependente foi a imagem corporal e a independente a autoestima, sendo ajustadas por variáveis socioeconômicas, demográficas, de condição de saúde e familiares. Para análise foi utilizada a regressão logística multinível com correção para amostragem complexa. A prevalência de insatisfação corporal foi de 80,5%. Entre as meninas, 47,3% desejavam ter um corpo mais magro, 54,1% dos meninos desejavam aumentar a silhueta e 77,9% dos indivíduos não estimavam bem o seu tamanho corporal. Após ajuste, por todas variáveis do estudo, a autoestima mostrou-se associada positiva e significativamente (OR:1,72; IC(95%): 1,20-2,48) com a imagem corporal. As variáveis faixa etária, sexo, autopercepção de saúde, estado nutricional, trabalho do responsável pela família e relacionamento com os pais também foram associadas significativamente após ajuste. Conclui-se que a autoestima está associada significativamente a imagem corporal. Sugere-se incorporação desta temática nas políticas públicas de saúde e o fortalecimento das políticas já existentes, a exemplo do Programa de Saúde na Escola.

Palavras-chave: Imagem Corporal. Autoestima. Estado Nutricional.

RODRIGUES, Poliana Vieira Amaral. The relationship between body image and self-esteem among teenagers in a city in Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ABSTRACT

Body image is a mental picture of the real body. It is influenced by cultural, religious and social aspects. Being unsatisfied with one's own body means that one wishes his/her body to be different from the way he or she notices it, which creates a negative evaluation about it. Being a teenager means being vulnerable to distortions of one's self-perception of the body. And it could be related to self-esteem issues. The objective of this study is to analyze the association between self-perception of the body image and the level of self-esteem of teenagers and young adults from a city in Bahia. It is a transversal study nestled in a research named *"Assessing life styles and accessibility of Primary Health Care services of the population between 15 and 24 years old"*. Data from this research was gathered via a home questioning performed between October, 2011, and January, 2012. The dependent variable was body image; self-esteem was the independent one. They were adjusted using other variables, such as social economics, demographic, health status and family members. In order to analyze the data, a multilevel logistic regression together with correction for complex sampling was used. Body image dissatisfaction prevailed with 80.5% of the answers. Among girls, 47.3% wish they had a thinner body. 54.1% of boys wish they had a stronger shape, and 79.8% of individuals could not measure their body sizes well. After adjusting the result with all the variables in usage, self-esteem proved to be positively and meaningfully associated with body image (OR:1,72; IC(95%): 1,20-2,48). Age group, sex, self-perception of health, nutritional status, job of the one in charge for the family and parents/children relationship were variables also associated to the study after the adjustment. It is possible to conclude, then, that self-esteem is meaningfully related to body image. It is suggested the incorporation of these themes in public health policies, as well as the strengthening of the ones that already exist, such as the School Health Program.

Keywords: Body Image. Self-esteem. Nutritional Status.

SUMÁRIO

1. Introdução	07
2. Revisão de Literatura	09
2.1. Representação Social e o Corpo Social	09
2.2. Imagem Corporal	10
2.3. Autoconceito e Autoestima	13
3. Pergunta de investigação	16
4. Objetivos	16
Objetivo geral e específicos	16
5. Métodos	17
5.1. Modelo Teórico	17
5.2. Desenho de Estudo	18
5.3. Local e População do Estudo	18
5.4. Estudo Piloto	21
5.5. Instrumentos de Coleta de Dados	21
5.5.1. Escala de Autoestima de Rosenberg	22
5.5.2. Escala de Figura de Silhuetas	22
5.5.3. Medidas Antropométricas	23
5.6. Descrição das variáveis	24
5.7. Plano de Análise	25
5.8. Aspectos Éticos	26
6. Resultados	27
7. Discussão	38
8. Considerações Finais	42
Referências	44

ANEXOS

Anexo A - Questionário

Anexo B - Figura 2. Escala de Figura de Silhuetas

APÊNDICES

Apêndice A - Comparação entre amostra final e valores perdidos

Apêndice B - Quadro de Variáveis

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é definida como o período de passagem entre a infância e a vida adulta (WHO, 1986), sendo marcada por mudanças nos aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais (ASSIS *et al.*, 2003). Este período se inicia, biologicamente, com as alterações decorridas da puberdade e termina quando seu crescimento e personalidade já estão consolidados (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006), a maior dificuldade desta fase gira em torno da autoaceitação e da responsabilidade em fazer escolhas (FORTES, *et al.*, 2013), caracteriza-se por ser uma fase de contestações, onde os adolescentes estão vulneráveis e são influenciados a seguir as representações culturais do grupo em que estão inseridos (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006). Esta série de dificuldades e mudanças podem influenciar na autopercepção da imagem corporal.

A imagem corporal é conceituada por Schilder (1999) como a figura do corpo que é formada na mente. Trata-se de um fenômeno multifacetado, não sendo somente uma construção cognitiva, mas influenciado pelas atitudes, desejos e interações sociais. A representação mental do corpo é constituída continuamente, podendo mudar com o passar do tempo e devido aos sentimentos e emoções. A formação da imagem corporal é também influenciada pelos eventos diários (SCHILDER, 1999) e por diversas variáveis como sexo, idade, etnia, condição socioeconômica e aspectos culturais (CASH, 2004). Estudos têm evidenciado altas prevalências de insatisfação com a imagem corporal (DUMITH *et al.*, 2012; PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006). Vários fatores afetam a insatisfação corporal em adolescentes, dentre eles a autoestima (FORTES, *et al.*, 2014; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012)

Entende-se por autoestima a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo (O'DEA, 2012) e expressa uma atitude de aprovação ou reprovação de si (SBICIGO, BANDEIRA e DELL'AGLIO, 2010). Este fenômeno está ligado à superação de desafios e ao sentimento de competência. Pinheiro e Giugliani (2006) em estudo realizado com escolares de Porto Alegre encontrou associação entre a imagem corporal e os níveis de autoestima. Afirmando que a satisfação com o próprio corpo está relacionada com o nível de autoestima, a percepção da expectativa dos pais e dos amigos.

A investigação das relações entre a autoestima e a percepção da imagem corporal é importante, pois um melhor entendimento sobre estas relações possibilitaria a elaboração de políticas públicas de saúde apropriadas à realidade destes adolescentes e jovens. Além de contribuir para traçar estratégias mais efetivas na redução de problemas relacionados à imagem corporal. Logo, os aspectos relacionados à autoestima e a autoimagem corporal devem ser considerados no planejamento de estratégias para prevenção de problemas no crescimento dos adolescentes (AVANCI *et al.*, 2007).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Representação Social e o Corpo Social

A representação social é um tema de interesse na área das ciências sociais e da psicologia social (ASSIS *et al.*, 2003). A abordagem deste tema foi retomada, após longo tempo de esquecimento científico, com o objetivo de estudar os comportamentos e as relações sociais sem simplificá-las ou deformá-las (MOSCOVICI, 2001).

A representação social é conceituada como o sistema de interpretação da relação dos indivíduos com o mundo e com os outros. Sendo orientadora e organizadora das condutas adotadas pelos mesmos. Trata-se de um fenômeno composto por diversos elementos: cognitivos, ideológicos, normativos, atitudes, opiniões e imagens (JODELET, 2001). Cada indivíduo está exposto à pressão das representações dominantes e é neste contexto que irá pensar ou expressar seus sentimentos (MOSCOVICI, 2001).

Gomes, Mendonça e Pontes (2002) entendem as representações sociais como conceituações que explicam as mudanças e experiências do indivíduo e sua relação com o meio, traduzindo a forma como a coletividade vive, age e pensa suas relações. Os autores chamam atenção para o fato de que as representações sociais não devem ser vistas como determinantes isolados das práticas dos indivíduos e sim como parte de um conjunto aberto que é influenciado pelas interações indivíduo-indivíduo e indivíduo-meio.

Sendo assim, utilizar a perspectiva da representação social para realizar estudos sobre o corpo, permitirá reconhecer o caráter social da percepção individual de corpo, pois entende-se que há uma relação direta entre os pensamentos e atitudes do indivíduo e os de seu grupo ou pares (SECCHI, CAMARGO e BERTOLDI, 2009). É imprescindível entender como cada sociedade representa o corpo, para assim compreender as percepções individuais e os comportamentos acerca do mesmo.

Um estudo realizado por Jodelet (1984, apud SECCHI, CAMARGO e BERTOLDI, 2009), com mulheres francesas evidenciou as mudanças nas representações sociais do corpo ao longo do tempo. Foram comparadas as representações em duas amostras (uma em 1960 e outra em 1975), com um intervalo de tempo de 15 anos entre elas. As mulheres da primeira

amostra representaram o corpo em duas dimensões: o corpo e a mente, o que se relaciona com as restrições morais, físicas e sexuais características da época. Já na segunda, o corpo passa a ser visto como um produto social, que tem características hedonistas, que podem estar associadas às ideais feministas difundidas entre os anos 60 e 70. Secchi, Camargo e Bertoldi (2009), em estudo recente realizado no Brasil, evidenciaram duas representações sociais de corpo, a primeira relacionada à beleza e à aparência física significando poder nas relações interpessoais, e a segunda que diz respeito aos padrões de beleza associados à magreza.

Cada sociedade entende o corpo de forma diferenciada, dependendo das representações sociais existentes, determina a forma como ele é percebido e cria seus padrões próprios de reconhecimento corporal, seja padrões de beleza, de sensualidade, de saúde e estes fazem os indivíduos se constituírem como homens e mulheres (BARBOSA, MATOS e COSTA, 2011). Estes padrões são influenciados pela religião, grupo familiar, classe social e pelos aspectos culturais. Atualmente a representação social de corpo tem sido mediada pelo interesse da indústria de consumo, que veicula padrões de beleza, associados a ideais de saúde, magreza e atitude. A necessidade humana de se enquadrar nestes padrões e a importância excessiva dada a eles parece estar gerando uma imagem corporal em crise (IRIART, CHAVES e ORLEANS, 2009) visto que estes padrões são inatingíveis pela maioria dos indivíduos e muitas vezes cerceados pela condição financeira (PAIM e STREY, 2004).

2.2 Imagem Corporal

A imagem corporal é a representação mental do corpo (CAMPANA e TAVARES, 2009). Os indivíduos formam novas representações mentais a cada experiência vivenciada, sendo influenciados por aspectos culturais, religiosos e sociais. Além disso, a imagem corporal não é estática, sendo possível destruir e reconstruir a imagem corporal continuamente (SCHILDER, 1999).

O estudo dos aspectos neurológicos ligados à imagem corporal foram os primórdios das pesquisas sobre este tema. E foi Paul Schilder, pesquisador vienense, e seu grupo que

começaram a ver o fenômeno além destes aspectos (CAMPANA; TAVARES, 2009). Schilder (1999) afirma que a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo físico. Confirma que existe um corpo existencial, um corpo biológico, mas também um corpo vivenciado, que está sujeito aos sentimentos e emoções. Atualmente a imagem corporal é conceituada de forma ampla, abrangendo os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais e estes mantendo uma interação constante entre eles (BARROS, 2005).

Nas pesquisas contemporâneas, sobre imagem corporal, o objetivo não é somente a identificação de alterações que podem ser consideradas patológicas. O foco destes estudos está em duas dimensões da imagem corporal: a perceptiva e a atitudinal (CAMPANA e TAVARES, 2009). A dimensão perceptiva diz respeito à estimativa do tamanho e da forma corporal pelo indivíduo, e esteve mais ligada a avaliação corporal nos distúrbios alimentares. A atitudinal, ou subjetiva, avalia crenças, afetos e comportamentos (SLADE, 1994). Ao iniciar uma pesquisa sobre imagem corporal é necessário ter clareza sob qual dimensão se pautará, para que haja escolha adequada do métodos e os resultados tenham coerência com o arcabouço teórico (CAMPANA e TAVARES, 2009).

Um grande número de instrumentos foi criado para avaliar a dimensão atitudinal da imagem corporal, dentre eles as escalas de silhuetas (CAMPANA e TAVARES, 2009). Esta dimensão é composta por quatro componentes: a insatisfação ou satisfação em relação à aparência; um componente afetivo, relativo às emoções; um cognitivo, que se refere a pensamentos distorcidos e crenças sobre o corpo; e por último um componente comportamental, que diz respeito ao ato de evitar situações de exposição do corpo. (THOMPSON e VAN DEN BERG, 2002 *apud* CAMPANA e TAVARES, 2009). Estes mesmos autores afirmam que um sentimento negativo da imagem corporal pode ser desencadeado por dois fatores: a comparação entre os pares e a internalização de um modelo ideal de corpo.

As questões relacionadas à insatisfação com a imagem corporal, à sua percepção e a representação do corpo são documentadas na literatura científica, tanto em estudos nacionais (MIRANDA *et al.*, 2012; COSTA e VASCONCELOS, 2010; SECCHI, CAMARGO e BERTOLDO, 2009; DUMITH *et al.*, 2012; BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006; PESTROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012), como em estudos internacionais, estes tem maior preocupação

em descrever as metodologias mais adequadas para a investigação da imagem corporal (ALTABE, 1996; SMOLAK, 2004; THOMPSON, 2004; CASH, 2004).

Diversos estudos apontam altas prevalências de insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes. Vale ressaltar que diferentes instrumentos são utilizados para medir a insatisfação, tais como: a escala de figuras de silhuetas e o *Body Shape Questionnaire*. (CORSEUIL et al., 2009; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012; PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006). A insatisfação corporal também está relacionada com diversos distúrbios alimentares, a exemplo da anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar (PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012; PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006).

A diferença na percepção da imagem corporal entre os sexos, também vem sendo estudada. Estudos apontam que há diferença na prevalência de insatisfação entre os sexos, sendo maior entre as meninas, porém chamam atenção que isto não significa que o problema não exista entre os meninos (SMOLAK, 2004; KAKHESITA, 2006). O fato de as meninas desejarem um corpo mais magro e os meninos um corpo mais musculoso é um resultado consistente na literatura científica (BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006; CORSEUIL et al., 2009; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012; PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006).

Estudo desenvolvido em São Paulo, com adolescentes entre 14 e 19 anos, mostrou que apesar de entre os meninos as prevalências de desvios nutricionais (magreza, sobrepeso e obesidade) serem mais elevadas, são as meninas que apresentam autopercepção da imagem corporal mais comprometida (BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006). O mesmo estudo chama atenção para a necessidade de maior observação desses aspectos pelos profissionais de saúde que atendem estes adolescentes.

Em relação ao estado nutricional, aferido através do Índice de Massa Corporal (IMC), existe uma relação de que quanto maior o índice obtido menor a satisfação corporal (DUMITH et al., 2012; SECCHI, CAMARGO e BERTOLDI, 2009). Assim, o estado nutricional é um forte preditor da insatisfação com a imagem corporal.

2.3 Autoconceito e Autoestima

Os construtos autoconceito e autoestima constituem a base da representação social (ASSIS et al., 2003) e auxiliam a compreensão dos padrões de comportamento humano (SERRA, 1988).

O autoconceito é o conjunto de percepções sobre si mesmo, ou seja, tudo aquilo que o indivíduo reconhece como fazendo parte de si, incluindo os aspectos cognitivos, comportamentais e os afetivos (ASSIS et al., 2003), estas percepções possuem uma estrutura multidimensional e são influenciadas por características individuais e pelas interações sociais (TRZESNIEWSKI, DONNELLAN e ROBINS, 2003).

O autoconceito é constituído por características materiais (família, corpo, bens), espirituais e sociais (relações interpessoais, papéis, personalidade). Há quatro tipos de influências sob o mesmo, sendo a primeira delas, chamada de fenômeno do espelho, onde a opinião do indivíduo sobre si é influenciada pelo modo como os outros o enxergam. Outra influência diz respeito ao desempenho alcançado em situações específicas, tendo relação com a ideia de competência e incompetência. Os pares sociais também influenciam, visto que o indivíduo confronta suas condutas com as de seus pares. Por fim, a avaliação de um comportamento específico baseando-se em valores de grupos normativos (igreja, escola). Estes dois últimos podem proporcionar ao indivíduo a sensação de satisfação ou insatisfação, por considerar-se próximo ou afastado de alguns padrões (SERRA, 1988).

Entende-se a autoestima como parte integrante do autoconceito, guarda relação com a valoração que o indivíduo atribui a si, gerando uma atitude de negatividade ou positividade, constituindo o juízo pessoal de valor expresso nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo (ROSENBERG, 1989 apud ASSIS et al., 2003). Ou seja, é o sentimento que o indivíduo tem sobre si mesmo e sua avaliação sobre suas habilidades e atributos, podendo variar nas diversas situações vivenciadas durante a vida (O'DEA, 2012).

Trata-se de um construto complexo e pouco abordado cientificamente no contexto brasileiro, e no âmbito da saúde coletiva (ASSIS et al., 2003), mas que se apresenta popularizado no senso comum, por meio da literatura de autoajuda (AVANCI et al., 2007). Este construto tem sua importância no campo da saúde pública, pois envolve o bem-estar

tanto individual quanto coletivo, é necessário que a saúde psicológica do indivíduo esteja bem para que o mesmo possa viver em sociedade. Além disso, níveis elevados de autoestima constituem fator protetor para o desenvolvimento de alguns problemas psicológicos (O'DEA, 2012; SERRA, 1988) e podem influenciar na melhora do desempenho em diversas situações, tanto na adolescência como na vida adulta (TRZESNIEWSKI, DONNELLAN e ROBINS, 2003).

A autoestima já foi relacionada a diversos fatores, tais como a insatisfação corporal (O'DEA, 2012; PERRIN, et al., 2010; PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006;), gênero, idade (ROMANO, NEGREIROS e MARTINS, 2007), classe social (MRUK, 1995) e a questões comportamentais (TRZESNIEWSKI, DONNELAN e RICHARD, 2003).

Perrin, et al., (2010) em estudo longitudinal sobre saúde do adolescente, realizado nos Estados Unidos encontrou prevalência de 50% de autoestima baixa. Além de relacionar este fenômeno com uma maior chance de percepção corporal equivocada, principalmente para indivíduos com sobrepeso. A autoestima elevada associa-se ao sucesso ocupacional, relações interpessoais saudáveis e melhora do desempenho acadêmico, quando baixa ao aparecimento de sintomas depressivos, alguns problemas de saúde e ao comportamento antissocial (TRZESNIEWSKI, DONNELAN e RICHARD, 2003).

Em relação ao sexo, há maior prevalência de autoestima elevada entre homens, e sua relação ainda não foi bem estabelecida com a idade (ROMANO, NEGREIROS e MARTINS, 2007). Em relação ao estrato social, autores afirmam que a classe social não define a autoestima, e sim o fato de existir referências positivas para o indivíduo em seu grupo. Assim, uma criança com nível socioeconômico baixo pode apresentar elevados níveis de autoestima, isso se justificaria pelo fato de ter alguém de referência que lhe inculque apreço e valor pelo que ele é (MRUK, 1995). Indivíduos que possuem autoestima elevada são capazes de lidar melhor com os desafios e se adaptam mais facilmente a situação (ASSIS *et al.*, 2003).

Trzesniewski, Donnelan e Richard (2003) realizaram uma revisão sistemática sobre a formação da autoestima e a possibilidade de intervenção sobre a mesma e apontam a adolescência como possível fase desta intervenção, discutem ainda a adolescência inicial (10 a 14 anos) como alvo preferencial para intervenções que desejem influenciar os níveis de autoestima. Esta abertura pode ser explicada pelo momento vivenciado por este grupo, um

período de numerosas transformações sociais, cognitivas e biológicas. Mas ressaltam que a autoestima está sujeita a mudanças em todos os ciclos da vida.

Assim, a autoestima precisa ser melhor estudada, pois uma maior compreensão deste fenômeno pode contribuir para entender os padrões do comportamento humano e como se estabelece suas relações interpessoais, auxiliando na elaboração de estratégias efetivas para intervir nos níveis de auto estima de adolescentes e jovens.

3. Pergunta de Investigação

Existe associação entre a autopercepção da imagem corporal e a autoestima de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos?

4. Objetivos

4.1 Geral

Analisar a associação entre a autopercepção da imagem corporal e o nível de autoestima de adolescentes e jovens de um município da Bahia.

4.2 Específicos

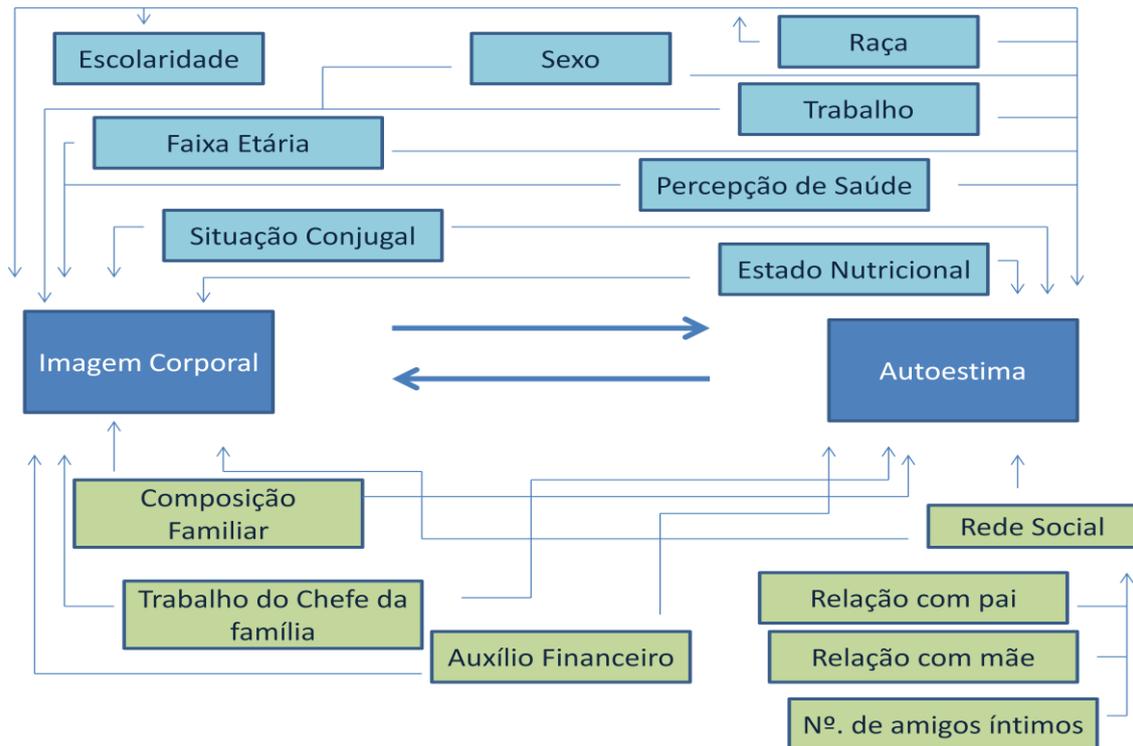
1. Caracterizar a autopercepção da imagem corporal segundo sexo e estado nutricional;
2. Caracterizar a autoestima segundo sexo e estado nutricional;
3. Testar a associação entre autopercepção de imagem corporal e autoestima ajustada por fatores sociodemográficos, comportamentais e familiares.

5. Métodos

5.1 Modelo Teórico

O modelo teórico foi elaborado para subsidiar a análise da associação entre os fenômenos imagem corporal e autoestima. A revisão da literatura demonstrou que vários fatores estão associados tanto à autopercepção da imagem corporal como à autoestima, assim, foram identificadas diversas co-variáveis que devem ser ajustadas para verificar existência de associação. Estas co-variáveis podem ser classificadas em dois níveis. O primeiro nível é familiar e social e o segundo individual. Considerou-se como fator de confundimento no nível familiar e social as seguintes variáveis: atividade de trabalho do chefe da família, recebimento de algum auxílio financeiro pela família, a composição familiar, que indica a existência ou não de núcleo familiar, e a rede social, que será mensurada neste estudo, pelo nível de relacionamento com a família (pai e mãe) e pelo número de amigos íntimos referido pelo indivíduo. As co-variáveis consideradas ao nível individual foram: faixa etária, sexo, escolaridade, raça, situação conjugal, se o adolescente ou jovem exerce alguma atividade remunerada, a percepção de saúde autorreferida do mesmo e por fim o estado nutricional. Ressalta-se que, dada a natureza dos fenômenos e o desenho do estudo transversal, não é possível estabelecer se a associação investigada é causal, ou seja, se o indivíduo tem uma autopercepção da imagem corporal alterada por ter autoestima baixa ou se a tem uma autoestima baixa por ter uma autopercepção corporal alterada. Assim, a relação existente entre os dois fenômenos analisados neste estudo foi simbolizada pelo uso de setas nos dois sentidos no modelo teórico.

Figura 1. Modelo teórico elaborado para este estudo



Fonte: Desenvolvido pela autora

5.2 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal, individuado, tipo inquérito domiciliar, aninhado à pesquisa intitulada “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 e 24 anos”, que abrangeu áreas cobertas e descobertas pela Estratégia de Saúde da Família e foi desenvolvido com adolescentes e jovens de um município da Bahia.

5.3 Local e população de estudo

O inquérito domiciliar foi realizado entre os meses de outubro de 2011 e janeiro de 2012, no município de Camaçari. O município localiza-se na Região Metropolitana de Salvador, ocupa uma área territorial de aproximadamente 785 Km², com uma população de 255 929 habitantes, concentradas principalmente na área urbana (95,5%). As mulheres representam 50,4% da população. A faixa etária predominante é a de 20 a 29 anos (22%) e os adolescentes e jovens, entre 15 e 24 anos, constituem 19% desta população. Trata-se do

município mais industrializado do estado e que possui o maior PIB industrial do Nordeste (IBGE, 2010). A rede própria municipal de saúde, no âmbito da atenção primária, é composta por 38 Unidades Básicas de saúde, sendo 28 Unidades de Saúde da Família. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 58,3% (CAMAÇARI, 2012).

A amostragem foi do tipo probabilística por conglomerados em três estágios de seleção: unidade primária – microárea; unidade secundária – domicílio e unidade terciária – indivíduo adolescente ou jovem. A partir de um mapeamento do município realizado pela Secretária Municipal de Saúde foi possível selecionar aleatoriamente áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e áreas cobertas por Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS).

Para o primeiro estágio da seleção utilizou-se uma listagem da Secretária Municipal de Saúde com informações sobre todas as microáreas do município segundo unidade de referência e acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A lista possuía ainda, identificação dos logradouros e quantidade de domicílios. Do total de 477 microáreas que representavam 100% de cobertura do município, 266 apresentavam cobertura de ACS e 211 não estavam cobertas por ACS ou não apresentavam informações. Estas microáreas foram ordenadas numericamente e procedeu-se o sorteio aleatório de oitenta microáreas. Cada microárea teve equiprobabilidade de ser selecionada. Das sorteadas, houve necessidade de exclusão de onze microáreas da orla do município, sendo que dez delas foram excluídas por serem consideradas inseguras para a realização do trabalho de campo e uma microárea não foi localizada, pois era zona rural e descoberta por ACS. Ao final, foram incluídas 68 microáreas no estudo, sendo 33 da modalidade de saúde da família e 35 de unidade básica de saúde.

O segundo estágio da seleção foi constituído pelo sorteio dos domicílios. Em cada microárea, a coleta de dados seguiu a ordem de sorteio dos logradouros, também realizado de forma aleatória. A seleção dos domicílios ocorreu a partir do domicílio de menor numeração, considerado o 1º domicílio da rua a ser visitado. O entrevistador seguia domicílio a domicílio pelo lado direito e ao final do trecho passava para o lado esquerdo da rua, retornando ao ponto inicial. Ao final do logradouro, o entrevistador seguia para a próxima rua sorteada na microárea, até completar a amostra prevista de domicílios. Todo o mapeamento realizado em cada logradouro, assim como a identificação de domicílios com

residentes na faixa etária e a situação da entrevista de estudo eram registrados em uma ficha pelos entrevistadores.

O terceiro estágio da amostragem ocorria após identificação de domicílio com pelo menos um residente entre 15 e 24 anos. Realizava-se o sorteio aleatório, quando necessário, de um morador por domicílio nesta faixa etária para responder ao questionário, mesmo que não estivesse presente no momento. Gestantes, pessoas com necessidades especiais (que inviabilizassem a realização do questionário) e empregados domésticos daquele domicílio, identificados dentro da faixa etária, eram excluídos do sorteio.

Em caso de domicílios fechados, sem informações sobre seus moradores, e quando o indivíduo sorteado estava ausente o entrevistador retornava 3 (três) vezes, preferencialmente em turnos diferentes e aos finais de semana. O agendamento por telefone ou pessoalmente também foram estratégias adotadas para realização das entrevistas.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa estatístico Stata 12, estimando o número de sujeitos necessários para detectar uma diferença na prevalência dos desfechos estudados entre duas populações (uma adscrita às ESF e a outra adscrita às UBS), com nível de significância 0,95 e poder estatístico 0,80. Foi considerado como indicador de referência a prevalência de hábitos alimentares não saudáveis entre adolescentes, que teve a prevalência estimada de 36,6% (Neutzling *et al.*, 2010¹). Estimou-se um efeito de redução através da ESF de 20% deste valor. Além de um coeficiente de correlação intraclasse de 0,0104 (Amorim *et al.*, 2007²), o tamanho de conglomerado de 30 microáreas em cada população e um efeito de planejamento de 1,30. O valor de 1755 indivíduos foi considerado como suficiente para o objetivo da pesquisa.

A amostra final foi composta por 1701 indivíduos, 97% do previsto inicialmente. Destes 355 (20,9%) foram excluídos da análise por não possuir informações completas nas variáveis de interesse para este estudo ou por não terem participado da avaliação antropométrica. Uma análise comparativa entre os valores perdidos e a amostra final foi

¹ Neutzling, M.B; Araújo, C.L.P; Vieira, M.F.A; Hallal, P.C; Menezes, A.M.B. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. Rev Saúde Pública, 41(3):336-42, 2007.

² Amorim, Leila D. ; Bangdiwala, Shrikant I. ; McMurray, Robert G. ; Creighton, Dana ; Harrell, Joanne . Intraclass Correlations Among Physiologic Measures in Children and Adolescents. Nursing Research (New York), v. 56: 355-360, 2007.

realizada, constatando-se que houve uma distribuição não aleatória dos valores perdidos para a autopercepção da imagem corporal, a idade e a atividade de trabalho dos jovens e adolescentes (consultar apêndice A).

5.4 Estudo Piloto

O inquérito domiciliar foi precedido por um estudo piloto, realizado no mesmo município, que objetivou testar a logística de campo e treinar a equipe de coleta de dados composta por supervisores e entrevistadores. A área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família não sorteada foi selecionada para o desenvolvimento deste estudo. Algumas adequações na formatação do instrumento e em erros de digitação foram corrigidas para aperfeiçoar e facilitar a aplicação dos questionários.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado um questionário contendo 120 questões. O referido questionário era composto por blocos: o primeiro, referente à localização do domicílio; o segundo, composto por questões de características gerais da família e pelas medidas antropométricas; o terceiro, continha as questões socioeconômicas, demográficas e de saúde (condição de saúde autorreferida e existência de problemas de saúde prévios) individuais e da família e condições de vizinhança; o quarto, trazia questionamentos sobre a autoestima e os hábitos de saúde individuais (alimentação, atividade física, tabaco e consumo de álcool). (Consultar Anexo A).

Foram aplicadas duas escalas específicas, sendo a primeira a Escala de Autoestima de Rosenberg e a segunda a Escala de Figuras de Silhuetas. Foram aferidas as medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) de cada um dos indivíduos sorteados. As escalas específicas e o método utilizado para mensuração das medidas antropométricas são descritos abaixo.

5.5.1 Escala de Autoestima de Rosenberg

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi criada em 1965, é amplamente utilizada e conhecida internacionalmente (ASSIS *et al.*, 2003). Neste estudo foi utilizada a adaptação para a população brasileira revisada por Hurtz e Zanon (2011) e validada para adolescentes por Sbicigo, Bandeira e Dell’Aglío (2010).

A escala possui dez perguntas, destas seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão negativa. As respostas estão dispostas no formato Likert de somente três alternativas (discordo, nem concordo nem concordo e concordo). Este formato foi também utilizado no estudo de validação e tem como objetivo facilitar a compreensão dos adolescentes.

Em relação à pontuação obtida pode variar de 10 a 30 pontos. Para obter o escore total é necessário fazer um somatório das respostas das questões. As pontuações das questões 1, 4, 7, 8, 9 e 10, seguem os valores: Discordo=1 ponto, Nem concordo, Nem discordo= 2, Concordo=3. Enquanto as questões 2, 3, 5 e 6 tem valor invertido Concordo=1, Nem concordo, Nem discordo=2, Discordo=3. A escala encontra-se disponível no Anexo A (Questão 40)

5.5.2 Escala de Figuras de Silhuetas

A Escala de Figuras de Silhuetas utilizada neste estudo, foi validada no Brasil para crianças e adultos, por Kakeshita *et al.*, (2009) e posteriormente validada para adolescentes por Laus *et al.*, (2013). É um instrumento de fácil aplicação, tem baixo custo e é bastante utilizado em pesquisas epidemiológicas. A escala, tal qual utilizada encontra-se no Anexo B.

A escala consiste em 15 imagens que variam desde a mais estreita até a mais larga, tendo um incremento constante no Índice de Massa Corporal (IMC) entre elas. Cada figura, expressa na escala, corresponde a um IMC médio. O intervalo de IMC médio variou de 12,5 a 47,5 Kg/m². A altura média brasileira considerada foi de 1,72m para homens e 1,65m para mulheres (KAKHESITA, 2008). Cada participante foi convidado a escolher a figura que melhor o representaria e a que gostaria de ser.

5.5.3 Medidas Antropométricas

As medidas de peso e altura foram utilizadas para calcular o IMC. O IMC é um indicador antropométrico utilizado para avaliar sobrepeso e obesidade e é o resultado da relação do peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado³.

As medidas foram aferidas por pesquisadores treinados seguindo um método padronizado. Foi elaborado um manual de instruções que continha detalhadamente todo o procedimento a ser realizado.

O treinamento foi realizado por uma nutricionista experiente, teve carga horária de 4 horas e incluiu treinamento prático. Os materiais e equipamentos utilizados foram: estadiômetro escala 0,1cm, balança eletrônica portátil Tanita BF-680W, fita inelástica de 150cm, lápis, caneta dermográfica e álcool gel.

Por tratar-se de uma população de adolescentes e jovens, foi necessário utilizar duas formas de categorização do IMC. Para os adolescentes (15 a 19 anos), foram usados percentis obtidos a partir de gráficos de peso e idade segundo sexo, adotados pela Organização Mundial de Saúde (2007)⁴, que classifica os indivíduos como obesos (IMC acima do percentil 97), com sobrepeso (IMC acima ou igual ao percentil 85 e abaixo do percentil 97), eutróficos (acima ou igual ao percentil 3 e abaixo do percentil 85) e com magreza (IMC inferior ao percentil 3). Para os indivíduos jovens (20 a 24 anos), foi utilizada a categorização de adultos, que considera obesidade (IMC igual ou maior que 30), sobrepeso (IMC maior ou igual a 25 e menor que 30), eutrofia (maior ou igual a 18,5 e menor que 25) e magreza (IMC abaixo de 18,5)⁵

³ LOHMAN T.G, ROCHE A.F, MARTORELL R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Human Kinetics: Champaign, IL, USA; 1988 p. 177

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Growth curves for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, 85 (9), september 2007. Disponível em: < <http://www.who.int/growthref/en/> >. Acesso em: 01 abr. 2015.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva, 1995.

5.6 Descrição das variáveis

Foram utilizadas duas variáveis dependentes do estudo relativas à autopercepção da imagem corporal, satisfação da imagem e acurácia, mensuradas utilizando a Escala de Figuras de Silhueta. Em relação à satisfação, neste estudo, o indivíduo foi classificado como satisfeito quando a mesma imagem foi escolhida para ambas as representações, e insatisfeito quando foram escolhidas imagens diferentes para o corpo que lhe representa e o corpo que gostaria de ser. Ainda foi avaliado o sentido da insatisfação com a imagem corporal, obtido através da diferença entre a figura escolhida como atual e a que gostaria de ser, podendo desejar aumento ou redução da sua silhueta. A acurácia da estimação do tamanho corporal foi mensurada utilizando a tabela de correspondência entre a figura e o IMC médio da escala de figuras de silhuetas (KAKHESITA, 2008). Esta foi calculada levando em consideração o IMC obtido pelas medidas antropométricas aferidas e a figura escolhida como representativa do seu corpo atual.

A variável independente principal foi o nível de autoestima, dicotomizado em autoestima elevada (0) e autoestima baixa (1), mensurado através da Escala de Autoestima de Rosenberg. Para fins de análise, quanto maior a pontuação obtida na escala maior o nível de autoestima do indivíduo. Não existe ponto de corte estabelecido na literatura científica para a referida escala aplicada com sistema Likert de três pontos, assim um critério estatístico foi utilizado para categorizar os indivíduos entre baixa e elevada autoestima. Foi avaliada a distribuição não simétrica dos dados e optou-se por categorizar observando-se o 1º quartil, categorização semelhante foi utilizada por outros estudos que usaram esta escala com Likert de três pontos⁶.

As co-variáveis utilizadas neste estudo foram subdivididas em quatro blocos: 1) características demográficas; 2) condições socioeconômicas individuais e familiares; 3) condição de saúde e 4) relacionamento familiar e com amigos. No quadro 1 estão listadas todas as variáveis, e suas categorizações, incluídas neste estudo (Consultar apêndice B).

⁶ FORTES, L.S; COELHO, F.D; PAES, S.T; FERREIRA, M.E.C. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino? Revista Paulista de Pediatria, 32(3): 236-40, 2014.

O bloco das características demográficas conta com as variáveis sexo, faixa etária e raça. O bloco das condições socioeconômicas familiares e individual possui seis variáveis. A primeira diz respeito à composição familiar, onde foi considerado os residentes em cada unidade doméstica, tendo quatro categorias: unipessoal (indivíduo que mora sozinho), família nuclear (que possui pai e mãe ou seus correlatos), família mononuclear (que possui pai ou mãe ou seus correlatos) e outras (que incluiu outros parentes). As demais dizem respeito ao recebimento de algum auxílio financeiro do governo pela família, se o adolescente ou jovem exercia atividade de trabalho, frequentava a escola e qual a sua situação conjugal e por fim pela atividade de trabalho do chefe da família. O bloco das condições de saúde é composto por duas variáveis, o estado nutricional e a situação de saúde autorreferida. O último bloco refere-se ao relacionamento com familiares e amigos, sendo o relacionamento com pai e mãe categorizado em bom relacionamento (0) e relacionamento difícil (1) e o número de amigos íntimos referido pelo indivíduo que foi categorizado de acordo com a mediana em nenhum amigo(0), de 1 a 5 amigos (1) e mais de 5 amigos (2).

5.7 Plano de Análise

Inicialmente, foi realizada uma análise comparativa entre os valores perdidos e a amostra com dados completos para todas as variáveis, para comparação foi utilizado o teste X^2 de Pearson com correção para amostragem complexa.

Após, foi realizada uma análise descritiva das variáveis dos blocos: socioeconômico, demográfico, familiar e das condições de saúde, sendo calculadas as médias e os desvios padrão, assim como os valores mínimos e máximos, das variáveis quantitativas, e frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas e uma análise bivariada entre a autopercepção da imagem corporal e o nível de autoestima segundo estado nutricional. Também foram analisadas a acurácia da estimacão corporal e o sentido da insatisfação. Os dados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Para analisar a associação entre a autopercepção da imagem corporal e autoestima, ajustada pelos fatores já descritos no modelo teórico, foi empregada uma modelagem

multinível, utilizando a regressão logística. Vale ressaltar que foi aplicada na modelagem a correção necessária para amostragens complexas, calculando o OR e os seus respectivos intervalos de confiança (95%). Inicialmente foi elaborado um modelo bivariado para analisar a associação entre a autopercepção da imagem corporal e as demais variáveis sem ajustes, por fim foi construído o modelo final com base nas variáveis relevantes do ponto de vista teórico. Foi estimado o ICC (Coeficiente de Correlação Intraclasse), também conhecido como rho, através do modelo vazio, somente com a variável dependente e foi encontrado o valor de 0,163.

Realizou-se testes estatísticos para verificar a interação do sexo sobre a relação entre a autopercepção da imagem corporal e a autoestima. Não foi observada modificação de efeito do sexo sobre estas variáveis, o termo-produto introduzido no modelo de regressão logística multinível não foi estatisticamente significativo.

5.8 Aspectos éticos

O projeto “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 e 24 anos” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, através do parecer número 019-09/CEP-ISC. Foi solicitada anuência do gestor municipal de saúde do município estudado para coleta de dados. Os entrevistados, após receber esclarecimentos quanto aos propósitos do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e quando menores seus respectivos responsáveis também consentiram, conforme recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

6. Resultados

A amostra final foi constituída por 1346 indivíduos, predominantemente do sexo feminino (58,1%), com idade entre 15 e 19 anos (57,9%), tendo média de 19 anos ($\pm 2,8$). A maioria se denominava negro ou pardo (80,2%) e frequentava a escola (51,8%), não havendo diferença entre os sexos para estas variáveis (tabela 1). Ressalta-se que entre os adolescentes de 15 a 18 anos (idade escolar), 21,4% não frequentavam a escola e destes 47,3% possuíam somente o ensino fundamental incompleto. Dos que frequentavam a escola 28,8% cursavam o ensino fundamental, o que sugere uma distorção idade/série (dados não apresentados na tabela).

Comparando homens e mulheres, foi observado, entre os homens, maior percentual de solteiros (90,6% dos homens e 68,4% das mulheres), menor percentual que referiu possuir religião (56,2% dos homens e 63,4% das mulheres) e maior percentual que referiu desempenhar atividade de trabalho (49,5% dos homens e 23,8% das mulheres). Em relação à autopercepção de saúde, 68,6% dos homens e 56,9% das mulheres referiu que sua saúde era boa ou muito boa e, quanto ao estado nutricional, 73,8% e 64,7%, respectivamente, dos homens e das mulheres era eutróficos. Todas as diferenças entre os sexos para estas variáveis foram estatisticamente significantes (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da população de estudo por sexo segundo idade, raça, religião, situação conjugal, escolaridade, trabalho, autopercepção de saúde e estado nutricional. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Características individuais	Homens		Mulheres		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
15 a 19	346	61,4	433	55,4	779	57,9	0,04**
20 a 24	218	38,7	349	44,6	567	42,1	
Raça							
Branco	56	9,9	76	9,7	132	9,8	0,50
Negro	222	39,4	338	43,2	560	41,6	
Pardo	228	40,4	292	37,3	520	38,6	

Índio/Amarelo/Não se enquadra	58	10,3	76	9,7	134	10,0	
Religião							
Possui	317	56,2	527	63,4	844	62,7	0,00**
Não possui	247	43,8	255	32,6	502	37,3	
Situação Conjugal							
Solteiro/Divorciado/Viúvo	511	90,6	535	68,4	1046	77,7	0,00**
Casado/Mora Junto	53	9,4	247	31,6	300	22,3	
Trabalha							
Não	285	50,5	596	76,2	881	65,5	0,00**
Sim	279	49,5	186	23,8	465	34,6	
Frequenta a escola							
Estuda	299	53,0	398	50,9	697	51,8	0,49
Não estuda	265	47,0	384	49,1	649	48,2	
Autopercepção de Saúde							
Muito boa	91	16,1	66	8,4	157	11,7	0,00**
Boa	296	52,5	379	48,5	675	50,2	
Regular	160	28,4	297	38,0	457	34,0	
Ruim	17	3,0	40	5,1	57	4,2	
Estado Nutricional							
Magreza	30	5,3	61	7,8	91	6,8	0,00**
Eutrofia	416	73,8	506	64,7	922	68,5	
Sobrepeso	87	15,4	139	17,8	226	16,8	
Obesidade	31	5,5	76	9,7	107	8,0	

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari 2011-2012

* Utilizando teste X^2 de Pearson com correção para amostragem complexa

** Estatisticamente significativo

Em relação à composição familiar mais predominante, 45,7% das famílias eram nucleares, ou seja, possuíam na mesma unidade doméstica o pai e a mãe ou seus correlatos. A maioria dos considerados responsáveis pela família desempenhava atividade de trabalho remunerada (70,2%). No que diz respeito ao recebimento de auxílio financeiro, 36,2% das famílias o recebiam, sendo que em 95,9% dos casos o auxílio era o Bolsa Família (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das famílias. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Características da Família	n	%
Unidade Doméstica		
Unipessoal	12	0,9
Nuclear	615	45,7
Mononuclear	321	23,9
Outras	398	29,6
Trabalho do Chefe de família		
Não Trabalha	401	29,8
Trabalha	945	70,2
Auxílio Financeiro		
Não recebe	859	63,8
Recebe	487	36,2

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari, Bahia, 2011-2012

Em relação à autopercepção da imagem corporal global, 80,5% dos indivíduos não estavam satisfeitos com a própria imagem. Quando analisado o sentido da insatisfação 43,5% dos indivíduos desejavam aumentar o tamanho da sua silhueta. Comparando homens e mulheres, foi observado, entre as mulheres, maior percentual de insatisfação (83,3% das mulheres e 76,8% dos homens). Sendo que mulheres desejam diminuir a silhueta (47,3%) e homens aumentá-la (54,1%), as diferenças entre os sexos para estas variáveis foram estatisticamente significantes (tabela 3).

Tabela 3. Insatisfação com a imagem corporal e sentido da insatisfação segundo sexo. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Homens		Mulheres		Total		p -valor*
	n	%	n	%	N	%	
Insatisfação Corporal							
Não	131	23,2	131	16,8	262	19,5	0,00**
Sim	433	76,8	651	83,3	1084	80,5	
Sentido da Insatisfação							
Deseja diminuir a silhueta	128	22,7	370	47,3	498	37,0	0,00**
Deseja aumentar a silhueta	305	54,1	281	35,9	586	43,5	

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari 2011-2012 * Utilizando teste X² de Pearson com correção para amostragem complexa

Na análise da autopercepção da imagem corporal por estratos do estado nutricional, percebeu-se que entre os eutróficos, 76,7% estavam insatisfeitos com sua imagem corporal. Este percentual aumenta quando analisamos os magros e os acima do peso, 89,0% e 88,9%, respectivamente. Entre os homens, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre a autopercepção da imagem corporal segundo estado nutricional. Entre as mulheres, 77,9% das eutróficas não estavam satisfeitas com sua imagem corporal, este percentual aumenta entre as magras e com sobrepeso/obesidade, 88,5% e 94,4%, respectivamente, estas diferenças são estatisticamente significativas (tabela 4).

Tabela 4. Relação entre estado nutricional e autopercepção da imagem corporal segundo sexo. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Sexo	Autopercepção da Imagem Corporal	Eutróficos		Magreza		Sobrepeso/Obesidade		Total		p -valor*
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Homens	Satisfeitos	103	24,8	3	10,0	25	21,2	131	23,2	0,15
	Insatisfeitos	313	75,2	27	90,0	93	78,8	433	76,8	
Mulheres	Satisfeitos	112	22,1	7	11,5	12	5,6	131	16,8	0,00**
	Insatisfeitos	394	77,9	54	88,5	203	94,4	651	83,3	
Total de Insatisfação		707	76,7	81	89,0	296	88,9	1084	80,5	

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari 2011-2012

* Utilizando teste X² de Pearson com correção para amostragem complexa

** Estatisticamente significativo

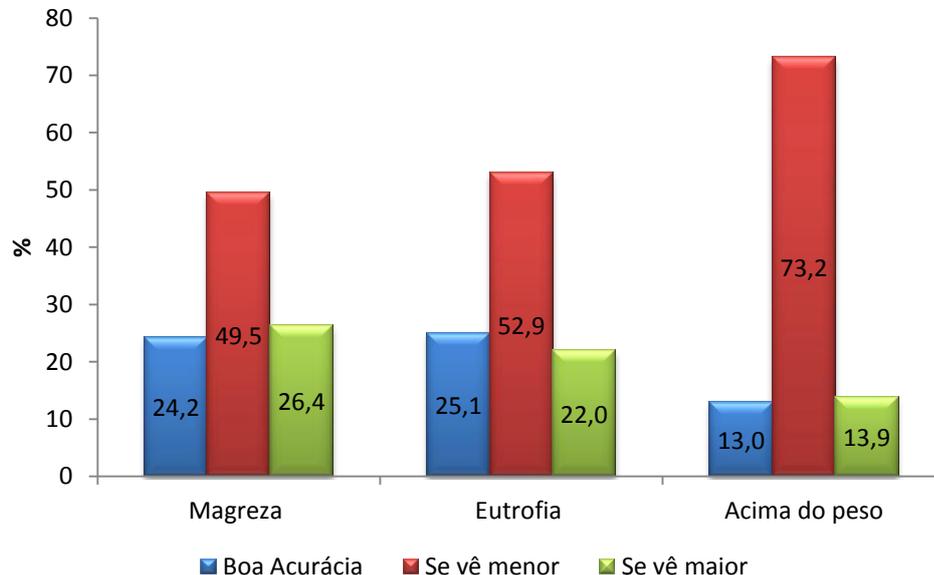
Na análise da acurácia da estimacão do tamanho corporal verificou-se que 77,9% dos indivíduos não estimavam bem o seu tamanho corporal. Quando analisado o sentido desta distorção, observou-se que 57,7% veem sua silhueta menor do que de fato é. Na análise comparativa entre os sexos, observou-se que, as mulheres apresentam maior percentual de distorção na estimacão corporal (82,1% das mulheres e 72,2% dos homens), sendo que 69,8% das mulheres e 40,8% dos homens subestimam seu tamanho corporal (dados não apresentados no gráfico).

Na análise da acurácia da estimacão corporal de acordo com o estado nutricional, percebeu-se que independente da classificacão nutricional há subestimacão do tamanho

corporal (49,5% entre os magros, 52,9% entre os eutróficos e 73,2% entre os acima do peso). Entre os magros encontra-se o maior percentual de superestimação da silhueta (26,4% entre os magros, 22,0% entre os eutróficos e 13,9% entre os acima do peso). Estas diferenças são estatisticamente significativas (p-valor: 0,00) (Gráfico 1).

Comparando os sexos, foi observado que, entre os considerados em magreza, 43,3% dos homens e 52,5% das mulheres subestimam seu tamanho corporal. Entre os eutróficos, as mulheres apresentam um percentual maior de subestimação (66,5% das mulheres e 36,3% dos homens), já entre os considerados acima do peso (sobrepeso+obesidade) o percentual de subestimação entre as mulheres é ainda maior (82,3% das mulheres e 56,4% dos homens). Estas diferenças tanto para homens como para mulheres foram estatisticamente significativas. (Dados não apresentados no gráfico).

Gráfico 1- Acurácia da estimacão do tamanho corporal segundo estado nutricional. Camaçari, Bahia, 2011-2012

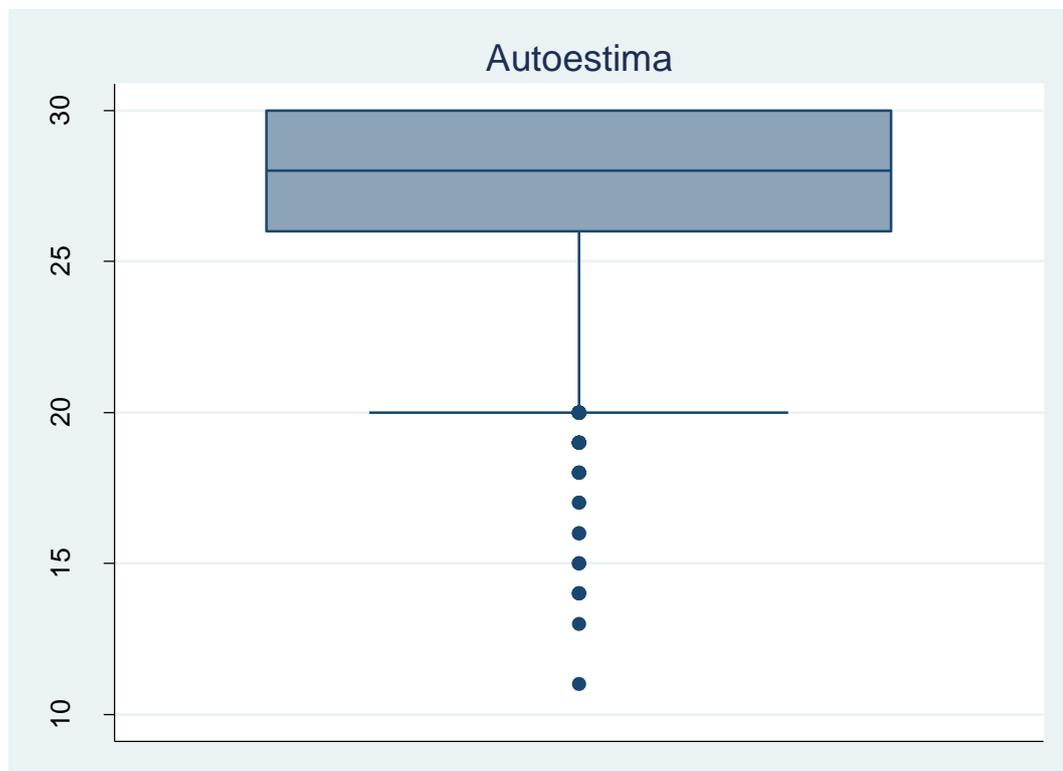


Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari 2011-2012

Para a autoestima global, a pontuação variou entre 11 e 30 pontos. A média e a mediana foram de 27,6 e 28, respectivamente, o percentil 75 encontra-se no limite máximo dos dados e o percentil 25 corresponde a 26 pontos, sugerindo uma autoestima elevada na

população estudada. Em relação à simetria da distribuição dos dados, conclui-se que são assimétricos, pois não há equidistância entre a linha mediana e os extremos (gráfico 2). Na comparação entre os sexos, observou-se, que as mulheres possuem autoestima mais baixa, com mediana de 29 para os homens e 28 para as mulheres, tendo pontuação mínima menor (11 pontos para mulheres e 13 para os homens) (dados não apresentados no gráfico).

Gráfico 2- Box Plots da distribuição da pontuação obtida na escala de autoestima de Rosenberg global. Camaçari, Bahia, 2011-2012



Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari 2011-2012

A população estudada possui um elevado nível de autoestima alta (72,7%). Em relação ao estado nutricional, não houve diferença significativa entre os grupos de autoestima. Analisando a autopercepção da imagem corporal, percebeu-se maior percentual de autoestima baixa entre os insatisfeitos com a imagem corporal (87,5% entre os insatisfeitos e 77,9% entre os satisfeitos) (tabela 5).

Tabela 5. Relação entre o nível de autoestima, estado nutricional e autopercepção da imagem corporal. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Autoestima Elevada		Autoestima Baixa		Total		p -valor*
	n	%	n	%	n	%	
Estado Nutricional							
Magreza	62	6,3	29	7,9	91	6,8	0,41
Eutróficos	670	68,5	252	68,5	922	68,5	
Sobrepeso/Obesidade	246	25,2	87	23,6	333	24,7	
Insatisfação Corporal							
Não	216	22,1	46	12,5	262	19,5	0,00**
Sim	762	77,9	322	87,5	1084	80,5	
Total	978	72,7	368	27,3	1346	100	

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari 2011-2012

* Utilizando teste χ^2 de Pearson com correção para amostragem complexa ** Estatisticamente significativo

Na análise bivariada, utilizando modelagem multinível por regressão logística, observou-se que, a autopercepção corporal esteve associada significativamente com a autoestima (OR: 1,98), faixa etária (OR: 1,34), raça (pardo) (OR: 1,70), autopercepção de saúde (OR: 1,73), estado nutricional em magreza (OR: 2,47) e em sobrepeso/obesidade (OR: 2,46), com trabalho do chefe da família (OR: 1,49), e com o relacionamento com os pais (OR: 1,62). Não mostrou associação significativa com a escolaridade, com a atividade de trabalho do jovem/adolescente e com sua situação conjugal. Também não teve associação com receber auxílio financeiro do governo, número de amigos íntimos e a composição familiar da unidade doméstica que reside o adolescente ou jovem (tabela 6).

Tabela 6. Modelo bivariado da associação entre autopercepção da imagem corporal e as variáveis preditoras sociodemográficas e familiares. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Modelo Bivariado	
	OR	IC (95%)
Autoestima		
Autoestima elevada	1	-
Autoestima baixa	1,98	1,40-2,81*

Faixa Etária		
Jovens	1	-
Adolescentes	1,34	1,02-1,76*
Sexo		
Masculino	1	-
Feminino	1,53	1,16-2,01*
Raça		
Branco	1	-
Negro	1,37	0,87-2,14
Pardo	1,70	1,07-2,69*
Índio/Amarelo/Não se enquadra	1,25	0,70-2,21
Frequenta a Escola		
Estuda	1	-
Não estuda	0,89	0,67-1,17
Trabalha		
Não	1	-
Sim	0,85	0,64-1,12
Autopercepção de Saúde		
Muito boa/boa	1	-
Regular/ruim	1,73	1,28-2,33*
Estado Nutricional		
Eutróficos	1	-
Magreza	2,47	1,25-4,86*
Sobrepeso/Obesidade	2,46	1,68-3,58*
Situação Conjugal		
Solteiros	1	-
Casados	0,86	0,62-1,19
Trabalho do chefe de família (anos)		
Trabalha	1	-
Não Trabalha	1,49	1,08-2,04*
Auxílio Financeiro		
Não recebe	1	-
Recebe	1,33	0,99-1,78
Número de amigos		
Mais de 5 amigos	1	-
De 1 a 5 amigos	1,31	0,99-1,75

Nenhum amigo	0,71	0,40-1,23
Relacionamento com pais		
Bom	1	-
Difícil	1,62	1,22-2,16*
Composição Familiar		
Nuclear+Mononuclear	1	-
Outros e Unipessoal	1,00	0,74-1,34

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari, Bahia, 2011-2012

* Estatisticamente significante

No modelo bruto a autopercepção da imagem corporal demonstrou associação positiva e estatisticamente significativa com a autoestima (OR: 1,98; IC(95%): 1,40-2,81). Após ajuste, por todas demais variáveis do estudo, permaneceu associada positiva e significativamente (OR:1,72; IC(95%): 1,20-2,48). As variáveis que também foram associadas significativamente após ajuste foram faixa etária, sexo, autopercepção de saúde, estado nutricional, trabalho de responsável pela família e relacionamento com os pais (Tabela 7).

Tabela 7. Modelo bruto e ajustado da associação entre autopercepção da imagem corporal e autoestima ajustado por variáveis sociodemográficas e familiares. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Modelo Bruto		Modelo ajustado	
	OR	IC	OR	IC
Autoestima				
Autoestima elevada	1	-	1	-
Autoestima baixa	1,98	1,40-2,81*	1,72	1,20-2,48*
Faixa Etária				
Jovens			1	-
Adolescentes			1,41	1,01-1,98*
Sexo				
Masculino			1	-
Feminino			1,40	1,02-1,93*
Raça				
Branco			1	-

Negro	1,25	0,79-1,99
Pardo	1,57	0,98-2,53
Índio/Amarelo/Não se enquadra	1,08	0,60-1,96
Religião		
Possui	1	-
Não Possui	1,16	0,86-1,58
Frequenta a Escola		
Estuda	1	-
Não estuda	0,98	0,71-1,38
Trabalha		
Não	1	-
Sim	1,09	0,79-1,50
Autopercepção de Saúde		
Muito boa/boa	1	-
Regular/ruim	1,52	1,11-2,08*
Estado Nutricional		
Eutróficos	1	-
Magreza	2,20	1,10-4,40*
Sobrepeso/Obesidade	2,70	1,82-4,01*
Situação Conjugal		
Solteiros	1	-
Casados	0,72	0,46-1,13
Trabalho do chefe de família (anos)		
Trabalha	1	-
Não Trabalha	1,49	1,07-2,08*
Auxílio Financeiro		
Não recebe	1	-
Recebe	1,18	0,87-1,60
Número de amigos		
Mais de 5 amigos	1	-
De 1 a 5 amigos	1,15	0,84-1,57
Nenhum amigo	0,58	0,31-1,06
Relacionamento com pais		
Bom	1	-
Difícil	1,39	1,03-1,88*
Composição Familiar		

Nuclear+Mononuclear	1	-
Outros e Unipessoal	1,13	0,76-1,67

* Estatisticamente significante

7. Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram uma associação significativa entre a autopercepção da imagem corporal e a autoestima, mesmo depois de ajustada por todos os fatores de confundimento. Os adolescentes e jovens com autoestima baixa tiveram 1,72 mais chances de serem insatisfeitos com sua imagem corporal. Outros estudos também elucidaram tal associação (O'DEA, 2012; FORTES et al., 2014; PERRIN, et al., 2010; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012; PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006), corroborando com a ideia que a autoestima é um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento de uma autopercepção corporal positiva, e quando elevada desempenha um papel protetor contra as distorções da percepção da imagem corporal (O'DEA, 2012). Um estudo norte americano realizado com 13 001 adolescentes, entre 12 e 21 anos demonstrou associação entre autoestima baixa e insatisfação com a imagem corporal, principalmente naqueles indivíduos classificados em sobrepeso (PERRIN, et al., 2010). Achados semelhantes também foram encontrados no presente estudo, onde os indivíduos classificados em sobrepeso/obesidade apresentaram 2,70 vezes mais chances de serem insatisfeitos com a própria imagem corporal quando comparados aos eutróficos.

A prevalência de insatisfação corporal encontrada foi alta (80,5%). Prevalências também altas, porém com menores proporções foram encontradas em estudos que utilizaram a escala de figura de silhuetas como instrumento de mensuração (BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006; DUMITH et al., 2012; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012). Confirmando os achados encontrados neste estudo, Miranda et al. (2012) em pesquisa realizada em Juiz de Fora, com indivíduos de 20 anos, em média, encontrou prevalência de 76,6% de insatisfação corporal, utilizando escala de figuras de silhuetas com 15 figuras.

No presente estudo observou-se maiores prevalência de insatisfação corporal entre mulheres (83,3%) quando comparadas aos homens (76,8%), sendo que mulheres possuíam 1,40 vezes mais chances de estarem insatisfeitas com sua imagem corporal. Achado este consistente com a literatura publicada (BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006; DUMITH et al., 2012; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012). Novos estudos realizados em países ocidentais já discutem que apesar da maior prevalência de insatisfação entre as mulheres, este é um problema de grande magnitude também para os homens (O'DEA, 2012). Para entender essa

diferença significativa entre os gêneros, faz-se importante refletir sobre as construções sociais das representações de corpo para ambos os sexos. O ideal de corpo feminino e masculino é consequência dessa construção e em parte é explicada pelas diferenças de gênero existentes na sociedade. A socialização do corpo feminino é marcada por elementos de fragilidade e passividade, onde a beleza física é a característica mais marcante e existe uma pressão social forte para manter o corpo dentro dos padrões estabelecidos. Para os homens as características marcantes são a força e a virilidade (PAIM e STREY, 2004), a pressão social sobre o mesmo não é exercida com a mesma intensidade, gerando menores níveis de insatisfação (O'DEA, 2012; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012).

Alguns estudos descrevem os motivos desta insatisfação e trazem dentre os principais a autoestima baixa e a influência exercida pela mídia (O'DEA, 2012; LEVINE e CHAPMAN, 2011; PETROSKI, PELEGRINI e GLANER, 2012). A mídia de massa, incluindo televisão, revistas, cinema, vídeo game e internet, exercem um forte papel na divulgação do ideal imaginário de corpo. Atualmente, o ideal construído para o corpo feminino é jovem, magro, alto e alcançável apenas com empenho pessoal. Já o masculino é alto e musculoso e também perpassa pela disciplina e empenho pessoal. Meninas adolescentes afirmam que o ideal divulgado na mídia influencia na sua concepção de corpo perfeito e motiva a necessidade de perder peso, gerando insatisfação com sua imagem corporal (LEVINE e CHAPMAN, 2011). No que concerne à autoestima, neste estudo as mulheres apresentaram maior prevalência de autoestima baixa. Romano, Negreiros e Martins (2007) encontraram resultados semelhantes em estudo realizado em cidade do interior da Região Norte do país. Porém, O'Dea (2012) afirma que a autoestima vem sendo descrita como um preditor para a insatisfação corporal, mas aponta pouca diferença entre os gêneros, trazendo que enquanto as mulheres são mais vulneráveis a apresentar distorções de imagem corporal, o nível de autoestima é muito similar entre os sexos.

No que diz respeito ao sentido da insatisfação corporal, as mulheres desejavam diminuir o tamanho da silhueta (47,3%) e os homens aumentá-la (54,1%). Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por diversos estudos (DUMITH, et al., 2012; BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006; Petroski, Pelegrini e Glaner, 2012). Petroski, Pelegrini e Glaner (2012) em estudo transversal realizado em escolares de Santa Catarina, entre 11 e 17 anos de idade, encontraram prevalência de 52,4% para as mulheres que desejam diminuir sua

silhueta e 26,4% para os homens que desejavam aumentá-la. Porém Dumith et al., (2012) em estudo longitudinal realizado em Pelotas encontrou que mesmo no sexo masculino o desejo estava voltado para reduzir a silhueta. Estes achados devem refletir a discussão realizada acima, que diz respeito a forte pressão exercida, principalmente pela mídia de massa, para o alcance de um corpo ideal, cujo padrão figura fora da realidade para a maioria dos indivíduos.

Em virtude da escala de figuras de silhuetas utilizada neste estudo, foi possível aferir a acurácia da estimação do tamanho corporal (LAUS, et al., 2013). Os resultados demonstraram que 77,9% dos indivíduos não estimam bem o seu tamanho corporal e 57,7% destes, subestimam sua silhueta corporal. Resultados contrários aos encontrados por Mota et al. (2012), em estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, com adolescentes de 16 anos, em média, que evidenciou que os adolescentes, de ambos os sexos, superestimam o seu tamanho corporal.

No que diz respeito ao estado nutricional, 68,5% da amostra foram classificados como eutróficos, destes 76,7% estavam insatisfeitos com sua imagem corporal. Esta insatisfação aumenta quando analisamos o grupo de magros e de sobrepeso/obesidade, 89,0% e 88,9% de insatisfação, respectivamente, achados que corroboram com outros estudos realizados no BRASIL (BRANCO, HILÁRIO e CINTRA, 2006; CORSEIUL et al., 2009). Os adolescentes e jovens classificados como magros e acima do peso, tiveram 2,20 e 2,70 vezes mais chances de ser insatisfeitos com sua imagem corporal quando comparados aos classificados como eutróficos. Resultados semelhantes foram encontrados por Branco, Hilário e Cintra (2006) que encontraram associação positiva e significativa entre o estado nutricional e a autopercepção da imagem corporal em adolescentes e por Pinheiro e Giugliani (2006) que também observaram que o IMC esteve associado à insatisfação corporal.

Os aspectos sociais são considerados fatores de risco para insatisfação com a imagem corporal, aspectos como: relação afetiva pobre com a família, pressão familiar, dentre outros (CONTI et al., 2010). O presente estudo evidenciou que o relacionamento com os pais esteve associado à insatisfação com a imagem corporal e o bom relacionamento com seus genitores (pai/mãe ou seus correlatos) parece exercer efeito protetor. Porém não há muitos estudos

que tenham investigado o relacionamento com os pais, o que dificulta análises comparativas.

O presente estudo contribui para preencher a lacuna existente no conhecimento em relação à autoestima, são escassos os estudos de base populacional realizados no Brasil que elucidem a associação entre a autopercepção corporal e autoestima, estima-se que este seja um dos primeiros. Porém tem algumas limitações que precisam ser consideradas. Primeiramente, por tratar-se de um estudo com delineamento transversal, é difícil estabelecer relação causal entre os dois fenômenos estudados, sendo necessários estudos com outros desenhos metodológicos para investigar as relações causais entre a imagem corporal e a autoestima.

Outra limitação diz respeito ao número de valores perdidos (questões não respondidas no questionário aplicado ou a falta de medidas antropométricas), levando conseqüentemente a exclusão dos indivíduos que não tinham dados completos para as variáveis analisadas. Este procedimento acarretou a exclusão não aleatória para a variável autopercepção da imagem corporal e atividade de trabalho do adolescente ou jovem, o que pode ter levado a uma superestimação da insatisfação corporal de jovens e adolescentes participantes deste estudo. Ainda sobre as limitações é necessário pontuar a não existência de um ponto de corte, estabelecido na literatura, para a escala de Rosenberg utilizada neste estudo, com três opções de resposta. Assim houve um estabelecimento de ponto de corte baseado em critérios estatísticos, sugere-se a realização de estudo com objetivo de estabelecer pontos de corte para classificação dos indivíduos segundo o nível de autoestima,

Como potencialidades destacamos, primeiramente, o tipo de estudo, pois trata-se de um inquérito domiciliar. É importante utilizar este tipo de abordagem em estudos com essa temática, pois possibilitará conhecer melhor a distribuição deste fenômeno na população geral. Vale destacar o caráter inovador das co-variáveis incluídas no estudo, pois não encontrou-se registros de estudos quantitativos que considerassem a composição familiar, o número de amigos e a qualidade do relacionamento com os pais como fatores de confundimento. Destaque-se também o rigor metodológico com o qual a análise dos dados foi realizada, principalmente no que diz respeito à adequação dos métodos utilizados à natureza das variáveis e a correção realizada por razão da amostragem complexa.

8. Considerações Finais

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a autoestima baixa associou-se à insatisfação com a imagem corporal, mesmo depois de ajustada por fatores socioeconômicos, demográficos, de condição de saúde e de relacionamento familiar. É necessário reconhecer a magnitude deste problema para o desenvolvimento dos adolescentes e jovens e refletir maneiras de problematizá-lo no campo das políticas públicas de saúde.

Há pouca preocupação por parte governamental a respeito de problemas relacionados à imagem corporal, o que é refletido na quase ausência de políticas públicas que abordem estratégias para o enfrentamento deste problema. Faz-se necessário, primeiramente, reconhecer a importância da insatisfação corporal como problema de saúde, que pode levar a consequências, como por exemplo, os distúrbios alimentares e a depressão. No Brasil, os serviços de saúde não são convidativos aos adolescentes e jovens, pois muitas vezes condutas adotadas afastam o jovem destes serviços. O âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria ser o contato preferencial destes adolescentes e jovens, muitas vezes não exerce seu papel na promoção da saúde e os adolescentes e jovens só terão acesso quando já desenvolvida alguma patologia.

Faz-se necessário fortalecer políticas públicas já existentes como estratégia para inserir a discussão desta temática no âmbito da APS e da escola, a exemplo do Programa de Saúde na Escola e o apoio à implementação da caderneta de saúde do adolescente. Através destas estratégias, trabalhar nas escolas e nas unidades de saúde, seja em consulta individual ou atividade coletiva, temas relativos ao conhecimento do corpo, a cidadania, direitos e deveres, como já preconizado por estes programas, podem elevar o nível de autoestima dos adolescentes e ter reflexos na autopercepção da imagem corporal. Além de tornar o adolescente sujeito do seu cuidado e possibilitar neles uma atitude crítica e reflexiva em relação a si mesmo.

Recomenda-se a realização de mais estudos que elucidem os motivos das preocupações constantes com o corpo pelos adolescentes, para assim conseguir melhor compreender quais os fatores de risco e de proteção para a insatisfação corporal. Além de

ilustrar fatores de proteção que tenham atuação positiva mesmo na presença dos fatores de risco. Como por exemplo, a influência do relacionamento familiar e com os amigos na autopercepção da imagem corporal.

9. Referências

- ALTABE, M. **Ethnicity and Body Image**: Quantitative and Qualitative Analysis. Ethnicity and Body Image. Department of Psychology, University of South Florida, Tampa, Florida. 1996
- ASSIS, S.G; AVANCI, J.Q; SILVA, C.M.F.P; MALAQUIAS, J.V; SANTOS N.C; OLIVEIRA, R.V.C. **A representação social do ser adolescente**: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3): 669-680,2003.
- AVANCI, J.Q; ASSIS, S.G; SANTOS, N.C; OLIVEIRA, R.V.C. **Adaptação Transcultural de Escala de Auto Estima para Adolescentes**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405, 2007.
- BARBOSA, M.R; MATOS, P. M; COSTA, M. E. **Um olhar sobre o corpo**: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1): 24-34, 2011.
- BARROS, D. D. **Imagem corporal**: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, 12 (2): 547-554, 2005.
- BRANCO, L.M; HILÁRIO, M.O.E; CINTRA, I.P. **Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com o seu estado nutricional**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6): 292-296, 2006.
- CAMAÇARI. **Relatório Anual de Gestão**. 2012.
- CAMPANA, A.N.N.B; TAVARES, M.C.G.C.F. **Avaliação da Imagem Corporal**: Instrumentos e Diretrizes para pesquisa. São Paulo: Phorte, 2009.
- CASH, T.F. **Body image**: past, present, and future. *Body Image* 1: 1-5, 2004.
- CORSEIUL, M.W; PELEGRINI, A; BECK, C; PETROSKI, E.L. **Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes**. *R. da Educação Física/UEM*, 20 (1): 25-31, 2009.
- COSTA, L.C.F; VASCONCELOS F.A.G. **Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4): 665-76, 2010.
- DUMITH, S.C; MENEZES, A.M.B; BIELEMANN R.M; PETRESCO S; SILVA, I.C.M; LINHARES, R.S; AMORIM, T.C; DUARTE, D.V; ARAÚJO, C.L.P; SANTOS, J.V. **Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2499-2505, 2012.
- FORTES, L.S; CIPRIANIB, F.M; COELHO, F.D; PAES, S.T; FERREIRA, M.E.C. **A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino?** *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3): 236-240, 2014.
- GOMES, R; MENDONÇA, E. A; PONTES, M. L. **As representações sociais e a experiência da doença**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5): 1207-1214, 2002.
- HUTZ, C.S; ZANON, C. **Revisão da Adaptação, Validação e Normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg**. *Avaliação Psicológica*, 10(1): 41-49, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contagem Populacional**. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290570&search=bahia|camacari>. Acesso em: fev. 2015.

IRIART, J.A.B; CHAVES, J.C; ORLEANS, R.G. **Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4): 773-782, 2009.

JODELET, D. **Representações Sociais: Um domínio em expansão**. In: As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p.45-66, 2001.

LAUS, M.F; ALMEIDA, S.S; MURAROLE, M.B; BRAGA-COSTA, T.M. **Estudo de Validação e Fidedignidade de Escalas de Silhuetas Brasileiras em Adolescentes**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (4): 403-409, 2013.

LEVINE, M.P; CHAPMAN, K. **Media Influences on Body Image**. In: Body Image: A handbook of Science, Practice and Prevention. Edited by Thomas F. Cash and Linda Smolak. 2ª Ed. 2011.

KAKESHITA, I.S; SILVA, A.I.P; ZANATTA, D.P; ALMEIDA, S.S. **Construção e Fidedignidade Teste-Retest de Escalas de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2): 263-270, 2009.

KAKESHITA, I.S. **Construção, Validação e padronização de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Universidade Federal de São Paulo, 2008.

KAKESHITA, I.S; ALMEIDA, S.S. **Relação entre índice de massa corporal e a percepção de auto-imagem em universitários**. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):497-504, 2006.

MIRANDA, V.P.N; FILGUEIRAS, J.F; NEVES, C.M; TEIXEIRA, P.C; FERREIRA, M.E.C. **Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1):25-32, 2012.

MOSCOVICI, S. **Das representações coletivas às representações sociais: elementos de uma história**. In: As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p.45-66, 2001.

MOTA, D.C.L; LAUS, M.F; ALMEIDA, S.S; COSTA, T.M.B; MOREIRA, R.C.M. **Imagem Corporal e suas Relações com a Atividade Física e o Estado Nutricional em Adolescentes**. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 43(2): 237-242, 2012.

Mruk C 1995. **Self-esteem: research, theory, and practice**. Springer Publishing Company, Nova York. National Advisory Mental Health Council, 1996.

O'DEA, JA. **Body Image and Self-Esteem**. In: Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Edited Thomas F. Cash. Vol 1 (A-F), 2012.

PAIM, M.C.C; STREY, M.N. **Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade**. *Lecturas Educación Física y deportes*. Revista Digital Buenos Aires, 2004

PAXTON, S.J. **Public Policy Approaches to Prevention**. In: Body Image: A handbook of Science, Practice and Prevention. Edited by Thomas F. Cash and Linda Smolak. 2ª Ed. 2011.

- PERRIN, E.M; BOONE-HEINONEN, J; FIELD, A.E; COYNE-BEASLEY, T; GORDON-LARSEN, P. **Perception of Overweight and Self-esteem during Adolescence.** Int J Eat Disord, 43(5): 447–454, 2012.
- PETROSKI, E.L; PELEGRINI, A; GLANER, M.F. **Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):1071-1077, 2012.
- PINHEIRO, A.P; GIUGLIANII, E.R.J. **Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors.** Revista de Saúde Pública, 40(3):489-96, 2006.
- ROMANO, A; NEGREIROS, J; MARTINS, T. **Contributos para a Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg numa Amostra de Adolescentes da Região Interior Norte do País.** Psicologia, Saúde & Doenças, 8(1), 109-116, 2007.
- SBICIGO, J.B; BANDEIRA, D.R; DELL'AGLIO, D.D. **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna.** Psico-USF, 15(3): 395-403, 2010.
- SCHILDER, P. (1886-1940). **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SECCHI, K; CAMARGO, B.V; BERTOLDO, R.B. **Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25(2): 229-236, 2009.
- SLADE P.D. **What is body image?** Behav Resear Ther, 32(5): 497-502, 1994.
- SMOLAK, L. **Body image in children and adolescents: where do we go from here?** Body Image 1: 15-28, 2004.
- THOMPSON, J.K. **The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes.** Body Image 1: 7-14, 2004.
- TRZESNIEWSKI, K; DONNELLAN, M; ROBINS, R. **Stability of self-esteem across the life span.** Journal of Personality and Social Psychology, 84, 205-220, 2003.
- SERRA. V. A. **O auto-conceito.** Análise Psicológica, 2 (VI): 101-110, 1988.
- WERTHEIM, H.E; PAXTON, S.J. **Body Image Development in Adolescent Girls.** In: Body Image: A handbook of Science, Practice and Prevention. Edited by Thomas F. Cash and Linda Smolak. 2ª Ed. 2011.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário aplicado com os adolescentes e jovens



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Rua Basílio da Gama, S/N – Campus Canela – Salvador – Bahia – Brasil 40110-040
 Fone Fax (71) 3283 7402

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PARTE I

LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

Endereço	
Bairro	
Ponto de referência	
Telefone	
Área de cobertura	(1) PSF (2) Não PSF
Nome da unidade de saúde	
Micro-área	

PRIMEIRA VISITA:

Data e hora	____/____/2011 ____:____ h		
Nome do entrevistador			
SITUAÇÃO DA ENTREVISTA	MOTIVO DO NÃO PREENCHIMENTO		
Módulo familiar	Casa fechada/sem informações dos vizinhos		
Termo de consentimento	Casa fechada/vizinho informa que a casa não tem moradores		
Termo de consentimento pais	Sorteado ausente		
Medidas (peso, altura, cintura)	Sorteado menor de 18 anos presente sem termo de consentimento		
Entrega de termo de consentimento e carta de apresentação	Recusa		
AGENDAMENTO DE NOVA VISITA			
Data: ____/____/2011. Hora: _____ Nome e telefone para contato: _____			

SEGUNDA VISITA:

Data e hora	____/____/2011 ____:____ h		
Nome do entrevistador			
SITUAÇÃO DA ENTREVISTA	MOTIVO DO NÃO PREENCHIMENTO		
Módulo familiar	Casa fechada/sem informações dos vizinhos		
Termo de consentimento	Casa fechada/vizinho informa que a casa não tem moradores		
Termo de consentimento pais	Sorteado ausente		
Medidas (peso, altura, cintura)	Sorteado menor de 18 anos presente sem termo de consentimento		
Entrega de termo de consentimento e carta de apresentação	Recusa		

OBSERVAÇÕES:

--

Nome do entrevistado: _____

Entrevistador: O quadro seguinte deverá ser preenchido no primeiro contato com algum RESIDENTE DO DOMICÍLIO MAIOR DE 18 ANOS.

Vamos iniciar identificando TODOS os moradores deste domicílio e vamos solicitar algumas informações sobre cada um deles..

Entrevistador: PARA CADA UM DOS MORADORES, PERGUNTE AS QUESTÕES DE 1 A 3 E ESCREVA NO CAMPO CORRESPONDENTE:

1. O primeiro nome de cada um dos moradores;
2. A idade em anos de cada um dos moradores. Para os menores de 1 ano, escreva < 1 ano;
3. O sexo de cada um dos moradores e escreva no quadro F (feminino) ou M (masculino);

Agora, para as questões 4 a 8, considere TODAS AS PESSOAS que moram no domicílio, INCLUSIVE AS CRIANÇAS, em caso afirmativo, marque com um X no campo correspondente.

4. Quem são as pessoas que freqüentam a escola?
5. Quem são as pessoas que trabalham entre os moradores deste domicílio, incluindo trabalho informal?
6. Há algum aposentado entre os moradores deste domicílio?
7. Há alguma gestante entre as moradoras do domicílio?
8. Algum dos moradores trabalha como empregado (a) doméstico (a) neste domicílio?

Nº	1. Nome	2. Idade	3. Sexo (F / M)	4. Freqüenta a escola? (Marque X)	5. Trabalha? (Marque X)	6. Aposentado? (Marque X)	7. Gestante? (Marque X)	8. Empregado doméstico? (Marque X)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Entrevistador: Após preenchimento do quadro, realize o SORTEIO DO ENTREVISTADO, seguindo os seguintes passos:

- 1º) Identifique os moradores com idade entre 15 e 24 anos, excluindo as gestantes e empregados domésticos deste domicílio, e marque com um X na coluna N° do Quadro 1.
- 2º) Separe as fichas do sorteio que correspondem ao número da ordem destes indivíduos e solicite ao entrevistado que retire uma ficha, sendo este, o número do entrevistado.

Agora, eu irei fazer um sorteio para identificar quem será entrevistado. Entram no sorteio as pessoas entre 15 e 24 anos que não estejam gestantes e que não sejam trabalhadores domésticos neste domicílio. Você poderia retirar uma destas fichas?

Membro da família sorteado para entrevista:

Nome:	Data de nascimento: ____/____/____
Escola:	Telefone:

Medidas antropométricas: Data das medidas: ____/____/2011

PESO AUTO REFERIDO:

Circunferência da cintura 1:	Peso:	Altura:	Circunferência da cintura 2: ^{kg}
Peça de roupa e tipo de tecido o entrevistado está usando:			

OBSERVAÇÃO:

Peça ao entrevistado para ficar descalço, antes da tomada de peso e altura. Tirar os adereços da cabeça (como presilhas, bonés, arcos, tranças etc.).

Data: ____/____/2011 Hora: ____: ____

Parte III

Nome do entrevistado: _____ Nome do entrevistador: _____

As questões referentes à Parte III (sobre a família, o domicílio e a vizinhança) poderão ser respondidas pelo entrevistado sorteado ou por outro morador (maior de 18 anos).

ATENÇÃO: Leia e solicite assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO.

**Agora, vamos fazer algumas questões sobre a PESSOA RESPONSÁVEL pela família.
(Pessoa Responsável pelo domicílio é aquela que é reconhecida como tal pelos demais moradores. Censo 2010)**

Quem é o responsável pela família?

Nome: _____

9. Qual foi a última série escolar que o Sr.(a) (nome do responsável) _____ completou?

- 0() Analfabeto
 1() Ensino fundamental incompleto (da alfabetização até a 7ª série/8º ano)
 2() Ensino fundamental completo (até a 8ª série/9º ano)
 3() Ensino médio incompleto (até o 2º ano)
 4() Ensino médio completo (até o 3º ano/3 série)
 5() Ensino superior incompleto
 6() Ensino superior completo (concluiu a faculdade)
 9() Não sabe informar

10. O Sr.(a) (nome do responsável) _____ trabalha?

- 0() não 1() sim. Qual a sua ocupação? _____ 9() não sabe informar
 _____ → (siga para Q.12)

11. Se não trabalha, o Sr.(a) (nome do responsável) _____ é ...

(LEIA AS ALTERNATIVAS)

- 0() Responsável pelo cuidado da casa ou dona de casa 4() Apenas estudante
 1() Desempregado a procura de trabalho 8() Não se aplica
 2() Sem ocupação no momento 9() Não sabe informar
 3() Está afastado do trabalho por motivo de doença

12. No trabalho atual (a) Sr.(a) (nome responsável) _____ é.... LEIA AS ALTERNATIVAS

- 0() Empregado sem carteira assinada 3() Empregador
 1() Empregado com carteira assinada 9() Não sabe informar
 2() Funcionário público ou Militar 4() Autônomo ou conta-própria. Recolhe INSS? 0() não
 8() Não se aplica 1() sim
 9() não sabe informar

Agora, vamos fazer algumas questões sobre SEU DOMICÍLIO e sobre os MORADORES do domicílio

13. Algum morador deste domicílio recebe algum auxílio financeiro, como por exemplo, bolsa família, amparo a portador de deficiência, bolsa pró-jovem ou PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil? A QUESTÃO ABAIXO ACEITA MAIS DE UMA RESPOSTA

- 0() não 2() sim, Bolsa pró jovem
 1() sim, Bolsa Família 3() sim, PETI 4() outro. Qual? _____

14. Quantos cômodos têm no domicílio, inclusive banheiro e cozinha? |__|__|

(Não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais. Censo 2010).

15. Quantos cômodos servem de dormitório para os moradores? |__|__|

16. Vou ler uma lista sobre serviços e bens e você responde se na sua casa tem ou não....

LEIA AS ALTERNATIVAS

- | | | |
|----------------------------|----------|----------|
| 1. Luz elétrica | 0() não | 1() sim |
| 2. Água encanada | 0() não | 1() sim |
| 3. Banheiro dentro de casa | 0() não | 1() sim |
| 4. Telefone fixo | 0() não | 1() sim |

5. Telefone celular	0() não	1() sim
6. Máquina lavar roupas (não considere tanquinho)	0() não	1() sim
7. Geladeira	0() não	1() sim
8. Rádio	0() não	1() sim
9. Televisão	0() não	1() sim
10. Computador	0() não → (siga para Q.17)	1() sim
11. Computador com acesso a internet	0() não	1() sim

17. Algum morador deste domicílio tem carro de uso pessoal? 0() não 1() sim

Para responder às questões seguintes (Q 18) vamos usar as alternativas desta cartela (CARTELA 1).

Vou falar AFIRMAÇÕES a respeito de sua vizinhança e você responde ...

(1) Concordo

(2) Não concordo nem discordo

(3) Discordo

18. Na sua vizinhança....	Concordo	não concordo nem discordo	Discordo
1. Há muitos lugares para praticar atividades físicas, como praças, quadras de esportes, etc.	1()	2()	3()
2. É fácil ir a pé aos lugares.	1()	2()	3()
3. Frequentemente você vê outras pessoas praticando atividade física em sua vizinhança	1()	2()	3()
4. O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança.	1()	2()	3()
5. Você se sente seguro(a) andando de dia na sua vizinhança.	1()	2()	3()
6. Você se sente seguro(a) andando de noite na sua vizinhança.	1()	2()	3()
7. As ruas de sua vizinhança são iluminadas à noite.	1()	2()	3()
8. As pessoas se cumprimentam e geralmente param para conversar umas com as outras.	1()	2()	3()
9. Você pode pedir ajuda ou um favor aos seus vizinhos.	1()	2()	3()
10. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximos à sua casa.	1()	2()	3()
11. Existem muitas lanchonetes próximas à sua casa.	1()	2()	3()
12. Existem muitos bares próximos à sua casa.	1()	2()	3()
13. Existem locais que vendem cigarros próximos a sua casa.	1()	2()	3()

Agora não precisa mais olhar na cartela

19. Você ou outro morador de sua residência já sofreu alguma violência na sua vizinhança, como assalto, roubo, violência sexual ou seqüestro, durante o tempo que você mora neste local?

0() não

1() sim

9() não sabe informar

Parte IV

Data: ____/____/2011 Hora: ____: ____

Nome do entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Data de nascimento: ____/____/____

*As questões referentes à Parte IV SÓ PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADO SORTEADO.***Agora vamos fazer algumas perguntas sobre você.**

20. Há quanto tempo você mora neste domicílio? |__|__| anos |__|__| meses
21. Você frequenta a escola ou faculdade?
0() não → (siga para Q.23) 1() sim
22. Em que turno você estuda?
1() matutino 2() vespertino 3() noturno 8() não se aplica (não frequenta a escola)
23. Qual a série escolar que você cursa, ou caso não estuda, a última série que completou?
0() Analfabeto 4() Ensino médio completo (até o 3º ano/3 série)
1() Ensino fundamental incompleto (da alfabetização até a 7ª série/8º ano) 5() Ensino superior incompleto
2() Ensino fundamental completo (até a 8ª série/9º ano) 6() Ensino superior completo (concluiu a faculdade)
3() Ensino médio incompleto (até o 2º ano) 7() Ensino técnico incompleto
8() Ensino técnico completo
9() Não sabe informar
24. Você trabalha?
0() não 1() Sim. Qual a sua ocupação? _____ → (siga para Q.26) 9() não sabe informar
25. Se não trabalha, você é ... (LEIA AS ALTERNATIVAS)
1() Responsável pelo cuidado da casa, ou dona de casa 5() Apenas estudante
2() Desempregado a procura de trabalho 8() Não se aplica
3() Sem ocupação no momento 9() Não sabe informar
4() Aposentado ou afastado do trabalho por doença
→ (siga para Q.28)
26. Quantas horas por semana você trabalha nesta atividade?
|__|__| horas 8() não se aplica 9() não sabe informar
27. Você trabalha à noite?
0() não 1() sim 8() não se aplica
28. Em relação a sua raça ou cor, você se considera... LEIA AS ALTERNATIVAS
0() Branco 2() Pardo 4() Não se enquadra.
1() Negro 3() Índio ou amarelo Especifique: _____
29. Em relação a situação conjugal atual, você é... LEIA AS ALTERNATIVA
0() Casado ou mora junto 2() Divorciado 4() Viúvo
1() Solteiro 3() Separado
30. Você tem filhos?
0() não 1() sim Quantos? |__|__|
31. Quem são as pessoas que vivem com você em sua casa?
0() Ninguém, mora sozinho 5() Filho(a). Quantos: |__|__| 10() Empregados
1() Mãe 6() Padrasto/namorado da mãe 11() Outro parente. Informe relação de parentesco: _____
2() Pai 7() Madrasta/namorada do pai
3() Irmãos e irmãs. Quantos: |__|__| 8() Avô 12() Outros. Especifique: _____
4() Companheiro(a), marido/esposa 9() Avó _____
32. Você tem religião?
0() não → (siga para Q.35) 1() sim
33. Qual a sua religião?
1() Católica 3() Umbanda 5() Evangélico. Especifique: _____ 8() não se aplica
2() Candomblé 4() Espiritismo 6() Outra. Especifique: _____
34. Você é praticante desta religião?
0() não 1() sim 8() não se aplica 9() não sabe informar

Agora vamos fazer algumas perguntas SOBRE A SUA SAÚDE

35. Sobre a sua situação de saúde, você considera *LEIA AS ALTERNATIVAS*

0() muito boa 1() boa 2() regular 3() ruim

36. Você apresenta alguma doença ou problema de saúde no momento?

0() não 1() sim. Qual? _____ 9() não sabe informar

Para responder as questões seguintes (Q 37) vamos usar as alternativas da CARTELA 2.

Vou perguntar a frequência que você teve alguns problemas de saúde nos últimos 6 meses e você responde ...

(1) Quase todos os dias (2) Mais de uma vez por semana (3) Quase todas as semanas (4) Quase todos os meses (5) Raramente ou nunca

37. Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve...

<i>LEIA AS ALTERNATIVAS</i>	Quase todos os dias	Mais de 1 vez por semana	Quase todas as semanas	Quase todos os meses	Raramente ou nunca
1. Dor de cabeça	1()	2()	3()	4()	5()
2. Dor de estomago	1()	2()	3()	4()	5()
3. Dor no pescoço ou dor nos ombros	1()	2()	3()	4()	5()
4. Cansaço	1()	2()	3()	4()	5()
5. Tontura	1()	2()	3()	4()	5()
6. Desanimo/Tristeza	1()	2()	3()	4()	5()
7. Irritação	1()	2()	3()	4()	5()
8. Nervosismo	1()	2()	3()	4()	5()
9. Dificuldade de dormir	1()	2()	3()	4()	5()
10. Medo	1()	2()	3()	4()	5()

Para responder às questões seguintes (Q 38) vamos usar a cartela CARTELA 3. Vou perguntar se para você é fácil ou difícil falar sobre coisas que lhe incomodam ou lhe aborrecem com algumas pessoas e você responde ...

(1) Muito fácil (2) Fácil (3) Difícil (4) Muito difícil (5) Eu não vejo esta pessoa (6) Não existe esta pessoa

38. Para você é fácil ou difícil falar sobre coisas que lhe incomodam ou lhe aborrecem com as seguintes pessoas?

<i>LEIA AS ALTERNATIVAS</i>	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Eu não vejo esta pessoa	Não existe esta pessoa
1. Mãe	1()	2()	3()	4()	5()	6()
2. Pai	1()	2()	3()	4()	5()	6()
3. Madrasta ou namorada do pai	1()	2()	3()	4()	5()	6()
4. Padrasto ou namorado da mãe	1()	2()	3()	4()	5()	6()
5. Irmã(s) mais velha(s)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
6. Irmão(s) mais velho(s)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
7. Namorado(a), esposo(a) ou companheiro(a)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
8. Amigo do mesmo sexo	1()	2()	3()	4()	5()	6()
9. Amigo do sexo oposto	1()	2()	3()	4()	5()	6()

39. Atualmente, quantos amigos ou amigas próximos você tem? |__|__|

Para responder às questões seguintes (Q 40) vamos usar as alternativas da cartela CARTELA 4.

Vou falar diversas afirmações que descrevem sentimentos ou pensamentos e você responde ...

1() Discordo 2() Não discordo, nem concordo 3() Concordo

40. Em relação aos seus sentimentos...

<i>LEIA AS ALTERNATIVAS</i>	Discordo	não concordo, nem discordo	Concordo
1. Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas.	1()	2()	3()
2. Eu sinto vergonha de ser do jeito que eu sou	1()	2()	3()
3. Às vezes, eu penso que não presto para nada	1()	2()	3()
4. Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas.	1()	2()	3()
5. Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso.	1()	2()	3()
6. Às vezes, eu me sinto inútil.	1()	2()	3()
7. Eu acho que tenho muitas qualidades boas.	1()	2()	3()
8. Eu tenho motivos para me orgulhar na vida.	1()	2()	3()
9. De um modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	1()	2()	3()
10. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a).	1()	2()	3()

52. Quanto tempo você leva se for a pé da sua casa até a Unidade (*de referência*) _____ ?
 |____|____| minutos 88() Não se aplica 99() Não sabe informar
53. Há transporte coletivo para o seu deslocamento do domicílio até a Unidade (*de referência*) _____ ?
 0() não 1() sim 9() Não sabe informar
54. Existem filas para marcação de consultas na Unidade (*de referência*) _____ ?
 0() não 1() sim 9() Não sabe informar
55. Existe dia específico para marcação de consultas na Unidade (*de referência*) _____ ?
 0() não 1() sim 9() Não sabe informar
56. No último ano, você participou de alguma atividade coletiva (tais como palestras, oficinas, grupos ou feiras de saúde) realizada por profissionais de saúde na Unidade (*de referência*) _____ ?
 0() não 1() sim. Qual? _____ 9() Não sabe informar
57. Você sabe o nome do seu Agente Comunitário de Saúde?
 0() não 1() sim. Qual? _____ 9() Não sabe informar
58. Algum Agente Comunitário de Saúde visita a sua casa / acompanha a sua família?
 0() não → (*siga para Q.60*) 1() sim. 9() Não sabe informar
59. Quando foi a última vez em que este agente de saúde visitou a sua família?
 0() Há menos de 30 dias 2() Há mais de 60 dias 88() não se aplica
 1() De 30 a 60 dias 9() não sabe informar
60. Você tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público? *LEIA AS ALTERNATIVAS*
 0() Não → (*siga para Q.62*) 2() Sim, apenas plano odontológico
 1() Sim, apenas plano médico 3() Sim, plano médico e odontológico
61. Há quanto tempo tem direito a esse plano de saúde sem interrupção?
 0() Até 6 meses 2() Mais de 1 ano até 2 anos 8() não se aplica (não tem plano)
 1() Mais de 6 meses até 1 ano 3() Mais de 2 anos 9() não sabe informar

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seus HÁBITOS ALIMENTARES. Para responder, por favor, pense na sua alimentação nos últimos seis meses. Lembre-se de todas as refeições - café da manhã, almoço, jantar e lanches, que você faz em casa ou fora de casa.

62. Pense na sua rotina semanal. *LEIA AS ALTERNATIVAS*

Você costuma.....	Não	Se sim, onde?		
		em casa	escola/trabalho	outro lugar
1 Tomar café da manhã?	0()	1()	2()	3()
2 Fazer o lanche da manhã?	0()	1()	2()	3()
3 Almoçar?	0()	1()	2()	3()
4 Fazer um lanche ou café da tarde?	0()	1()	2()	3()
5 Jantar ou tomar café da noite?	0()	1()	2()	3()
6 Lanchar antes de dormir?	0()	1()	2()	3()

Para responder às questões seguintes (Q 63) vamos usar as alternativas da CARTELA 5. Vou ler uma lista de alimentos e vou perguntar a frequência que você normalmente consome e você responde ...

0() Todos os dias da semana 2() 3 a 4 dias da semana 3() 1 a 2 dias por semana 5() menos de 1 vez por mês ou NÃO CONSUME
 1() 5 a 6 dias da semana semana 4() 1 a 3 vezes por mês

63. Com que frequência você normalmente consome?**63.2. No dia que você consome, quantas vezes consome?**

	Semanal					Mensal	63.2. No dia que você consome, quantas vezes consome?
	todos os dias	5-6 dias	3-4 dias	1-2 dias	1-3 por mês	menos de 1 vez por mês ou NÃO CONSUME	
1. Frutas ou sucos feitos da própria fruta ou polpa	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
2. Alimentos como batata (sem ser frita), banana-da-terra, batata-doce, aipim, inhame ou farinha de mandioca.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
3. Alimentos como pão, macarrão, arroz, lasanha ou bolachas de sal.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
4. Hortaliças como alface, brócolis, couve, agrião couve-flor, espinafre ou repolho etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
5. Legumes como abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura ou quiabo, não inclua batata.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
6. Alimentos como feijão de qualquer tipo, lentilha, ervilha ou grão de bico.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
7. Alimentos como queijo, requeijão ou iogurte	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
8. Leite (lembre-se do achocolatado, mingau ou vitaminas preparadas com leite).	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
9. Carne vermelha	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
10. Frango	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
11. Peixe	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
12. Ovos	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
13. Miúdos como moela, coração de galinha ou fígado etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
14. Alimentos como Presunto, presuntada, mortadela, salame, salsicha ou kitute etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
15. Alimentos enlatados ou em conserva como milho, ervilha, palmito, azeitona, extrato de tomate, molhos prontos, ketchup ou mostardas.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
16. Doces em geral como bolos, tortas, biscoito recheado, chiclete, pirulito, balas ou cocadas etc..	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
17. Batata frita, salgadinhos de pacote, frituras como coxinhas ou pastéis, etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
18. Refrigerantes ou sucos artificiais (de caixa, garrafa ou lata).	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
19. Manteiga, margarina, azeite de oliva ou dendê, óleo.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>
20. Feijão de qualquer tipo COM arroz	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	<input type="text"/>

64. Quando você come frango o que você faz com a pele? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() come 1() não come 8() não come frango

65. Quando você come carne vermelha, o que você faz com a gordura visível? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() come 1() não come 8() não come carne vermelha

66. Você costuma colocar sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

0() não 1() sim

67. Quantos copos de água você bebe por dia?

0() menos de 4 copos 1() 4 a 5 copos 2() 6 copos ou mais 9() não sabe informar

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES, ou seja, desde novembro do ano passado até agora
--

68. LEIA AS ALTERNATIVAS ABAIXO

- | | | | |
|---|----------|----------|--------------------|
| 1. Você recebeu alguma orientação para manter o seu peso ideal? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |
| 2. Você recebeu alguma orientação para comer pouco sal? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |
| 3. Você recebeu alguma orientação para comer pouco doce ou açúcar? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |
| 4. Você recebeu alguma orientação para comer pouca gordura e fritura? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |

Entrevistador. Se a resposta foi NÃO PARA TODAS AS ALTERNATIVAS DA Q 68, siga para Q.72.

69. Onde foi que você recebeu estas orientações? Esta questão aceita mais de uma resposta.

Unidade de saúde Qual? _____

- | | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1. Unidade de saúde de referência | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2. Outro serviço de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3. Escola | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4. Casa | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5. Televisão / rádio/ jornal | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6. Grupos comunitários | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7. Outros. Qual: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9. Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

70. Quem lhe deu esta orientação? Esta questão aceita mais de uma resposta.

- | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1 Médico | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2 Enfermeiro | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3 Dentista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4 Nutricionista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5 Agente comunitário de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6 Professor | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7 Parente, amigo ou vizinho | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 8 Outros. Quem: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9 Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

71. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

- 0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

72. Você tem interesse em mudar seus hábitos alimentares?

- 0() não 1() sim

Agora, vou lhe perguntar sobre as ATIVIDADES FÍSICAS que você pratica no seu dia-a-dia. Para responder às perguntas pense nas suas atividades de uma semana normal que você faz na escola, no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, ou como parte das suas atividades em casa.

73. Em quantos dias de uma semana normal você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos, como forma de transporte para ir de um lugar para outro ou como forma de exercícios?

- ___ dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.75)

74. Nos dias em que você CAMINHA, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

- Horas: ___|___ Minutos: ___|___ 8() Não se aplica

Agora vamos utilizar A CARTELA 6.

Atividades físicas MODERADAS fazem você suar LEVE ou aumentam UM POUCO sua respiração ou batimentos do coração. Exemplos: serviços de casa, varrer, subir escadas, lavar ou passar roupa, carregar peso leve, andar de bicicleta e dançar. POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA.

75. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar?

- ___ dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.77)

76. Nos dias em que você faz essas atividades MODERADAS, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

- Horas: ___|___ Minutos: ___|___ 8() Não se aplica

Para responder às questões seguintes vamos usar a definição e exemplos da CARTELA 7

Atividades físicas VIGOROSAS fazem você suar BASTANTE ou aumentam MUITO sua respiração ou batimentos do coração. Exemplos: correr, jogar bola, carregar peso pesado, fazer musculação.

77. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar?

___ dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.79)

78. Nos dias em que você faz essas atividades VIGOROSAS, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: ___ Minutos: ___ 8() Não se aplica

79. Você costuma fazer atividade física de recreação, de esporte ou de lazer como por exemplo fazer ginástica, jogar futebol ou dançar?

0() não 1() sim

80. Que tipo de atividade física você realiza com mais frequência? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() Atividade como forma de deslocamento 2() Atividades domésticas 4() Outra atividade
1() Atividades do trabalho 3() Lazer ou esporte

81. Em um dia de semana normal, em média, quanto tempo você Total de horas : ___ horas ___ minutos

1. Assiste televisão? ___ horas ___ minutos

2. Joga videogame ou jogar no celular? ___ horas ___ minutos

3. Fica no computador? ___ horas ___ minutos

82. No final de semana, em média, quanto tempo por dia você Total de horas : ___ horas ___ minutos

1. Assiste televisão? ___ horas ___ minutos

2. Joga videogame ou jogar no celular? ___ horas ___ minutos

3. Fica no computador? ___ horas ___ minutos

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

83. Você recebeu algum tipo de orientação sobre atividade física desde novembro do ano passado até agora?

0() não → (siga para Q.87) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q.87)

84. Onde foi que você recebeu estas orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade de saúde Qual? _____

1. Unidade de saúde de referência 0() não 1() sim 8() não se aplica

2. Outro serviço de saúde 0() não 1() sim 8() não se aplica

3. Escola 0() não 1() sim 8() não se aplica

4. Casa 0() não 1() sim 8() não se aplica

5. Televisão / rádio/ jornal 0() não 1() sim 8() não se aplica

6. Grupos comunitários 0() não 1() sim 8() não se aplica

7. Outros. Qual: _____ 0() não 1() sim 8() não se aplica

9. Não se lembra 0() não 1() sim 8() não se aplica

85. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

1 Médico 0() não 1() sim 8() não se aplica

2 Enfermeiro 0() não 1() sim 8() não se aplica

3 Dentista 0() não 1() sim 8() não se aplica

4 Nutricionista 0() não 1() sim 8() não se aplica

5 Agente comunitário de saúde 0() não 1() sim 8() não se aplica

6 Professor 0() não 1() sim 8() não se aplica

7 Parente, amigo ou vizinho 0() não 1() sim 8() não se aplica

8 Outros. Quem: _____ 0() não 1() sim 8() não se aplica

9 Não se lembra 0() não 1() sim 8() não se aplica

86. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

87. Você tem interesse em mudar seus hábitos de atividade física?

0() não 1() sim

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o USO DE CIGARROS de tabaco. Não considere cigarros de maconha, haxixe ou outras drogas ilícitas.

88. Alguma vez você já experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?

0() não → (siga para Q.93) 1() sim

89. Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?

____ anos 8() Não se aplica (nunca fumou) 9() não se lembra

90. Quantos o anos você tinha quando começou a fumar regularmente, quer dizer, pelo menos 1 cigarro por semana, mesmo que já tenha parado?

____ anos 0() Nunca fumou regularmente 8() Não se aplica 9() não se lembra

91. Atualmente, você fuma cigarros?

0() não → (siga para Q.93) 1() sim

92. Nos últimos 30 dias (um mês), quantos dias você fumou cigarros?

0() 0 dia / nenhum dia 2() 3 ou 5 dias 4() 10 ou 19 dias 6() todos os 30 dia
1() 1 ou 2 dias 3() 6 ou 9 dias 5() 20 ou 29 dias 8() não se aplica

93. Quem é fumante entre as pessoas que convivem com você? LEIA AS ALTERNATIVAS

1. Seu(sua) melhor amigo(a)	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa
2. A maioria dos seus amigos	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa
3. Seu marido, sua esposa, namorado(a)	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa
4. Seu(s) irmão(s)	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa
5. Pai/responsável paterno	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa
6. Mãe/responsável materna	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa
7. Outros: _____ (especifique)	0() não	1() sim	8() não existe esta pessoa

94. Quantas pessoas que vivem na sua casa fumam, contando com você, se for o caso?

____ pessoas → (Se 0 siga para Q.96)

95. Quantas dessas pessoas fumam dentro do espaço da casa, contando com você, se for o caso?

____ pessoas 8() Não se aplica (ninguém fuma)

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

96. Você recebeu algum tipo de orientação a respeito dos riscos do cigarro desde novembro do ano passado até agora?

0() não → (siga para Q.101) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q.101)

97. Onde você recebeu orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade de saúde Qual? _____

1. Unidade de saúde de referência	0() não	1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
3. Escola	0() não	1() sim	8() não se aplica
4. Casa	0() não	1() sim	8() não se aplica
5. Televisão / rádio/ jornal	0() não	1() sim	8() não se aplica
6. Grupos comunitários	0() não	1() sim	8() não se aplica
7. Outros. Qual: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

98. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

1 Médico	0() não	1() sim	8() não se aplica
2 Enfermeiro	0() não	1() sim	8() não se aplica
3 Dentista	0() não	1() sim	8() não se aplica
4 Nutricionista	0() não	1() sim	8() não se aplica
5 Agente comunitário de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
6 Professor	0() não	1() sim	8() não se aplica

111. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?

0() não 2() sim, mas não no último ano 4() sim, no último ano 8() não se aplica

112. Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito ou sugeriu que você parasse de beber?

0() não 2() sim, mas não no último ano 4() sim, no último ano 8() não se aplica

113. Você acha que alguém na sua família bebe demais? LEIA AS ALTERNATIVAS

1 pai	0() não	1() sim
2 mãe	0() não	1() sim
3 irmão(a)	0() não	1() sim
4 outro	0() não	1() sim

Para responder as questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES**114. Você recebeu orientação sobre os riscos do consumo de bebida alcoólica desde novembro do ano passado até agora?**

0() não → (siga para Q.118) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q. 118)

115. Onde você recebeu orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade de saúde Qual? _____

1. Unidade de saúde de referência	0() não	1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
3. Escola	0() não	1() sim	8() não se aplica
4. Casa	0() não	1() sim	8() não se aplica
5. Televisão / rádio/ jornal	0() não	1() sim	8() não se aplica
6. Grupos comunitários	0() não	1() sim	8() não se aplica
7. Outros. Qual: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

116. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de resposta positiva

1 Médico	0() não	1() sim	8() não se aplica
2 Enfermeiro	0() não	1() sim	8() não se aplica
3 Dentista	0() não	1() sim	8() não se aplica
4 Nutricionista	0() não	1() sim	8() não se aplica
5 Agente comunitário de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
6 Professor	0() não	1() sim	8() não se aplica
7 Parente, amigo ou vizinho	0() não	1() sim	8() não se aplica
8 Outros. Quem: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9 Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

117. Esta orientação lhe ajudou a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

118. Você tem interesse em mudar seus hábitos em relação ao uso de bebidas alcoólicas?

0() não 1() sim 2() não consome bebidas alcólicas

Agora, para finalizar a entrevista, observe as figuras na CARTELA 10 para responder as questões a seguir. A figura apresenta diversas imagens com silhuetas jovens. Você deve indicar um número de acordo com a pergunta.

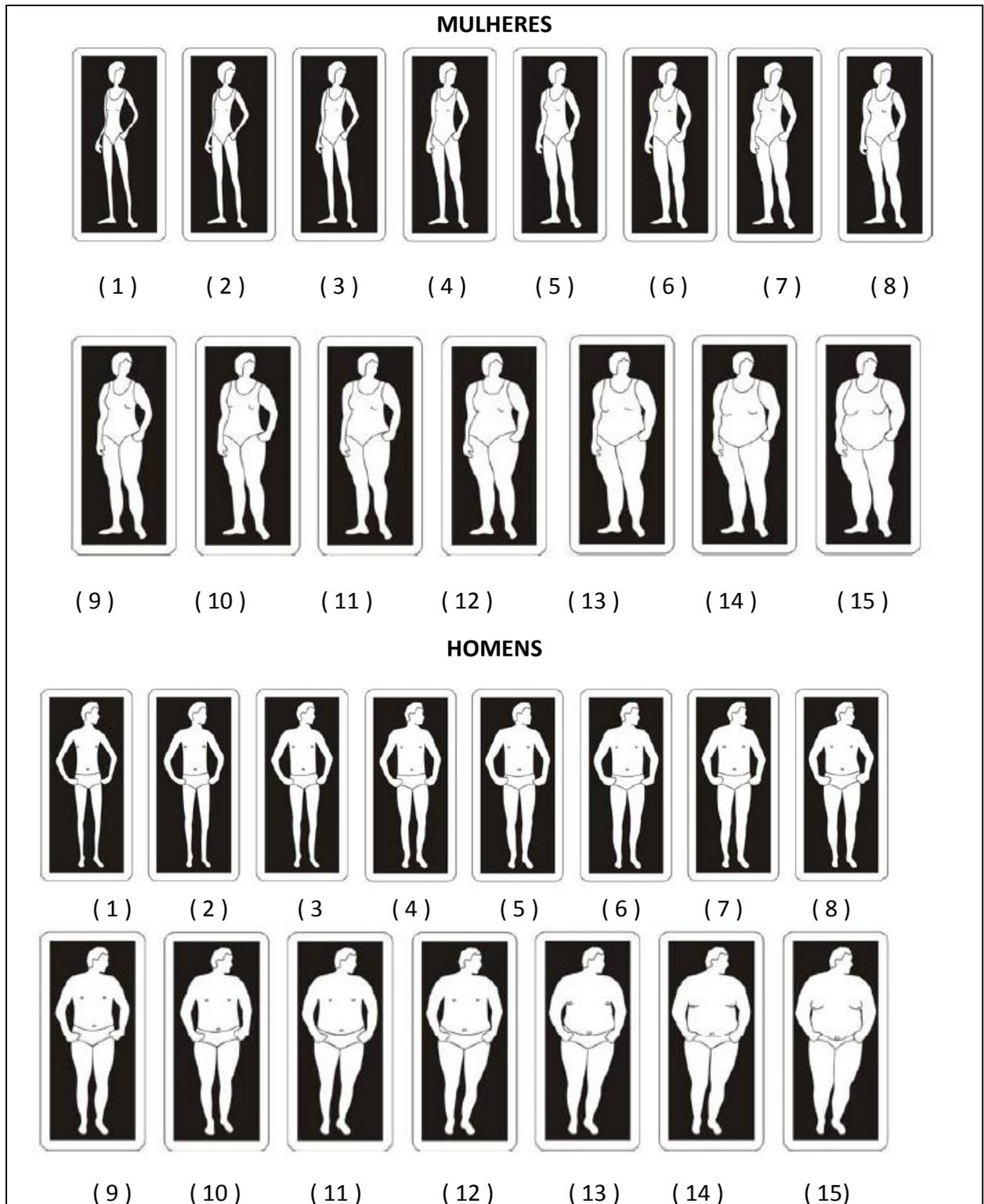
ATENÇÃO: Se o entrevistado for homem, entregue a **CARTELA 10 – HOMENS** e se for mulher, a **CARTELA 10 – MULHERES**.

119. O seu corpo se parece mais com qual destas imagens?

|_|_|

120. Qual destas imagens mostra como você gostaria de se parecer?

|_|_|

Anexo B - Escala de Figuras de Silhuetas utilizada**Figura 1.** Escala de Figuras de Silhuetas utilizada no estudo e validada no Brasil por Kakhesita *et al.*, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Comparação entre a amostra final (n=1346) com dados completos para todas as variáveis estudadas e os valores perdidos (missings). Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Amostra Final		Missings		Total		p -valor*
	n	%	n	%	n	%	
Feminino							
Homens	564	41,9	159	45,4	723	42,6	0,21
Mulheres	782	58,1	191	54,6	973	57,4	
Idade (anos)							
15 a 19	779	57,9	185	53,0	964	56,9	0,05
20 a 24	567	42,1	164	47,0	731	43,1	
Raça							
Branco	132	9,8	41	11,7	173	10,2	0,12
Negro	560	41,6	152	43,4	712	42,0	
Pardo	520	38,6	136	38,9	656	38,7	
Índio/Amarelo/Não se enquadra	134	10,0	21	6,0	155	9,1	
Religião							
Possui	844	62,7	226	64,8	1070	63,1	0,52
Não possui	502	37,3	123	35,2	625	36,9	
Situação Conjugal							
Solteiro	1046	77,7	275	78,6	1321	77,9	0,68
Casado/Divorciado/Viúvo	300	22,3	75	21,4	375	22,1	
Trabalha							
Não	881	65,5	187	53,4	1068	63,0	0,00**
Sim	465	34,6	163	46,6	628	37,0	
Frequenta a escola							
Estuda	697	51,8	186	53,1	883	52,1	0,71
Não estuda	649	48,2	164	46,9	813	47,9	
Autopercepção de Saúde							
Muito boa	157	11,7	52	14,9	209	12,3	0,05
Boa	675	50,2	191	54,6	866	51,1	
Regular	457	34,0	101	28,9	558	32,9	
Ruim	57	4,2	6	1,7	63	3,7	
Estado Nutricional							
Magreza	91	6,8	3	7,5	94	6,8	0,75
Eutrofia	922	68,5	25	62,5	947	68,3	

Sobrepeso	226	16,8	7	17,5	233	16,8	
Obesidade	107	8,0	5	12,5	112	8,1	
Autopercepção da Imagem Corporal							
Satisfeitos	262	19,5	83	24,5	345	20,5	0,02**
Insatisfeitos	1084	80,5	256	75,5	1340	79,5	
Autoestima							
Autoestima elevada	978	72,7	248	75,4	1226	73,2	0,29
Autoestima baixa	368	27,3	81	24,6	449	26,8	
Unidade Doméstica							
Nuclear + Mononuclear	936	69,5	231	66,0	1167	68,8	0,18
Unipessoal + Outras	410	30,5	119	34,0	529	31,2	
Trabalho do Chefe de família							
Não Trabalha	401	29,8	93	26,7	494	29,2	0,31
Trabalha	945	70,2	255	73,3	1200	70,8	
Auxílio Financeiro							
Não recebe	859	63,82	229	66,18	1088	64,3	0,45
Recebe	487	36,18	117	33,82	604	35,7	
Relacionamento com pais							
Bom	415	30,8	107	30,7	522	30,8	0,95
Difícil	931	69,2	242	69,3	1173	69,2	

Fonte: Inquérito domiciliar, Camaçari, Bahia, 2011-2012

* Utilizando teste X^2 de Pearson com correção para amostragem complexa

** Estatisticamente significativa

Apêndice B- Quadro das variáveis utilizadas no estudo com descrição e categorização

Bloco	Variáveis	Descrição	Categorias
Imagem Corporal	satisfacaoimagem	Diferença da imagem escolhida como representativa do corpo atual e a que gostaria de ser	0. Insatisfeito com a Imagem Corporal 1. Satisfeito com a Imagem Corporal
		Sentido da insatisfação com a imagem corporal	0. Satisfeitos 1. Desejam aumentar a silhueta corporal 2. Desejam diminuir a silhueta corporal
	acuracia	Comparação entre o IMC da figura escolhida como representativa de si e o IMC aferido	0. Boa acurácia 1. Inacurácia
Autoestima	escalaestimacat	Deriva da pontuação obtida na Escala de Autoestima de Rosenberg. Varia de 10 a 30 pontos, tendo como ponto de corte para categorização 26 pontos	0. Autoestima elevada 1. Autoestima baixa
Características Demográficas	sexo	Sexo do adolescente ou jovem	0. Masculino 1. Feminino
	idade	Idade do Adolescente ou jovem.	Variável Contínua Idade em anos Variável Dicotômica 0. Jovens (20 a 24 anos) 1. Adolescentes (15 a 19 anos)
	raca	Raça autorreferida pelo indivíduo	1. Branco 2. Negro 3. Pardo 4. Amarelo/Índio/Não se enquadra

Bloco	Variáveis	Descrição	Categorias
Condições Socioeconômicas (Familiar e Individual)	composição familiar	Tipo de família, definido a partir do grau de parentesco das pessoas que residem na unidade doméstica	0. Família Nuclear e mononuclear 1. Unipessoal e outras famílias
	auxilio	Existência de auxílio financeiro do governo recebido pela família	0. Não 1. Sim
	trabalho	O adolescente ou jovem exerce atividade de trabalho	0. Não 1. Sim
	trabalhocheefe	O responsável pela família exerce atividade de trabalho	0. Trabalha 1. Não trabalha
	escoladolesc	O adolescente ou jovem frequenta a escola	0. Não 1. Sim
	sitconjuga	Situação conjugal do adolescente ou jovem	0. Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo 1. Casado/Mora junto
Condições de Saúde	estadonutri	Aferido através do IMC. Será considerado para os adolescentes o percentil: Magreza $P < 3$; Eutróficos $P 3 - P \leq 85$; Sobrepeso $P \geq 85 - P < 97$, e Obesidade $P \geq 97$ e para os jovens:	0. Magreza 1. Eutrófico 2. Sobrepeso 3. Obesidade
	sitsaude	Autopercepção da situação de saúde	0. Muito boa 1. Boa 2. Regular 3. Ruim
Relacionamento com familiares	relacionapais	Tipo de relacionamento entre o adolescente ou jovem e o seu pai e mãe	0. Bom relacionamento 1. Relacionamento difícil

Bloco	Variáveis	Descrição	Categorias
Amigos	namigos	Número de amigos íntimos que o adolescente ou jovem possui	0. Nenhum amigo 1. De 1 a 5 amigos 2. Mais de 5 amigos

