

Universidade de Brasília

Curso de Graduação em Educação Física Licenciatura

Ana Claudia Rodrigues do Nascimento

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA
AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES ESCOLARES: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

**Brasília
2018**

Ana Claudia Rodrigues do Nascimento

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA AUTOESTIMA EM
ADOLESCENTES ESCOLARES: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito para
obtenção do título de Licenciada em
Educação Física pela Faculdade de
Educação Física da Universidade de
Brasília.

Orientadora: Dra. Lídia Mara Bezerra

Brasília

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a uma pessoa que apesar das dificuldades que a vida nos impõe, sempre continuou batalhando, se esforçando e tentando se superar. Essa pessoa sabe quanto teve que batalhar em dobro para conseguir o que muitos consideram mais uma simples etapa da vida: concluir o nível superior.

Mas de onde ela veio, isso é uma conquista para poucos e exatamente por isso essa conquista tem um valor inestimável, principalmente por ter sido numa universidade pública.

Dedico este trabalho a mim mesma!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a minha mãe, ao meu marido e a minha orientadora.

Agradeço a Deus pois sem sua interseção nada acontece e apesar de escrever por linhas tortas, ele sempre escreve certo!

Agradeço a minha mãe por ter me dado suporte naquilo que foi possível e estava ao seu alcance e por saber o valor que a educação tem sem nunca ter tido a oportunidade de estudar.

Agradeço ao meu marido por ser quem ele é e ter me apoiado todo o tempo: a sua ajuda foi essencial para que eu chegasse até aqui!

Agradeço a Dr.^a Lídia Mara Bezerra pela paciência comigo na elaboração deste trabalho e por ter se disponibilizado prontamente para ser minha orientadora.

Obrigada a todos vocês.

EPÍGRAFE

“Antes de ser diagnosticado com depressão ou baixa autoestima, certifique-se de que não está rodeado por idiotas”.

Sigmund Freud

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES ESCOLARES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A adolescência é uma fase de extrema importância para o desenvolvimento humano e é exatamente nesta fase que há mudanças físicas, sociais e psicológicas, muitas inseguranças, aumento das responsabilidades e aumento nos comportamentos de risco. Dessa forma é essencial que a promoção da saúde esteja presente na adolescência como disseminador de comportamentos saudáveis para estimular a autonomia e o autocuidado no que se refere aos mais diferentes aspectos, inclusive no âmbito emocional como a autoestima. A autoestima como indicador da saúde mental é de suma importância para a fase da adolescência e refleti nas diversas dimensões da vida dos jovens. Nesse sentido a educação física pode ser um meio para a promoção da saúde e da autoestima em adolescentes escolares.

Palavras Chave: adolescentes, saúde, promoção da saúde, saúde em escolares, autoestima, saúde mental em adolescentes.

PROMOTION OF HEALTH AND DEVELOPMENT OF SELF-ESTEEM IN SCHOOL ADOLESCENTS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Adolescence is a phase of extreme importance for human development and it is precisely at this stage that there are physical, social and psychological changes, many insecurities, increased responsibilities and increased risk behaviors. Thus, it is essential that health promotion be present in adolescence as a disseminator of healthy behaviors to stimulate autonomy and self-care in the most different aspects, including in the emotional area such as self-esteem. Self-esteem as an indicator of mental health is of paramount importance for the adolescence phase and reflected in the various dimensions of young people's lives. In this sense, physical education can be a means to promote health and self-esteem in school adolescents.

Key-words: adolescents, health, health promotion, school health, self-esteem, adolescent mental health.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	2
AGRADECIMENTOS	3
EPÍGRAFE	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT	6
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	7
INTRODUÇÃO	8
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
METODOLOGIA.....	21
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS	33

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

- FIGURA 1- Determinantes sociais, modelo de Dahlgren e Whitehead: Página 10
- FIGURA 2- Alterações Psíquicas: Página 18
- FIGURA 3 - Conhecimento sobre modificações corporais: Página 18
- FIGURA 4 - Modificações que trouxeram mais modificações: Página 18
- FIGURA 5 - Responsável pela orientação sobre modificações que ocorreriam: Página 19
- FIGURA 6 - Quem poderia orientá-lo melhor sobre o assunto: Página 19
- FIGURA 7 - Frequência relativa do conhecimento e do conceito dos adolescentes em relação a saúde: Página 24
- FIGURA 8 - Frequência relativa da fonte de informação dos adolescentes em relação a saúde: Página 25
- FIGURA 9 – Frequência relativa do tipo de profissional que deveria abordar o conceito de saúde segundo os adolescentes: Página 25
- FIGURA 10 – Frequência relativa dos motivos que levam os adolescentes a conversar sobre saúde: Página 26
- FIGURA 11 – Frequência relativa das atitudes dos adolescentes para promover saúde: Página 26
- FIGURA 12 – Percepção da imagem corporal: Página 29
- FIGURA 13 – Motivos da insatisfação com a imagem corporal: Página 29
- QUADRO DE ARTIGOS - Página 22
- GRÁFICO – Página 23

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde e qualidade de vida tem se modificado e ampliado muito ao longo da história. Estar saudável não se restringe mais somente a ausência de doenças e envolve muitas outras variáveis e segundo a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946 *apud* FLECK, 2000): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. A Carta de Ottawa (1986), define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que vivem.

Autoestima, de acordo com Liu M, Wu L, Ming Q (2015), é definido como sentimentos pessoais que refletem a avaliação de uma pessoa sobre seu próprio valor e o autoconceito é a percepção de uma pessoa sobre si mesmo e, portanto, essas duas variáveis têm impacto sobre o estado mental e comportamental do ser humano. Levando-se em consideração esses aspectos, esse estudo aponta que a autoestima tem sido reconhecida como um componente de uma variedade de psicopatologias, especialmente, em crianças e adolescentes.

A adolescência para DEL CAMPO E DEL CAMPO (2010) é caracterizada por grandes transformações biológicas, emocionais e sociais sendo que características como sexualidade, crenças, desejos e objetivos de vida se exteriorizam mais intensamente e, portanto, a imagem corporal e autoestima são variáveis básicas para a compreensão do desenvolvimento do adolescente, sendo esta última, um indicador do bem-estar mental.

Contudo, a vida acadêmica e o sucesso escolar também contribuem para melhorar a autoestima dos adolescentes e a prática de exercícios físicos, mediante a educação física escolar, é benéfica pois fortalece positivamente a relação do indivíduo com o próprio corpo (DEL CAMPO E DEL CAMPO, 2010). Para Lucas *et al.* (2012) a inserção de conteúdos na escola relacionados a promoção de saúde é imprescindível, pois estudos comprovam que a prática regular de exercícios físicos contribui significativamente para os aspectos físico e psicológico.

Entretanto, a promoção da saúde no âmbito escolar deve propiciar a construção da consciência crítica dos seus alunos e através de estratégias pedagógicas e os levando a refletir sobre as consequências de suas escolhas (Catrib *et al.*, 2003 *apud* Gonçalves *et al.*, 2008).

Segundo Guedes (1999), a principal contribuição da educação física escolar e do professor de educação física é a fundamentação teórica e prática que leva os alunos a adquirir conhecimentos e os incentiva a mudar determinados comportamentos como a prática de atividades e exercícios físicos na busca pela manutenção da saúde, não somente na infância e na adolescência, mas também ao longo de toda vida adulta. Adicionalmente, a saúde é algo que pode ser educável, infere-se que ela pode e deve ser tratada em um contexto didático-pedagógico, dessa forma é necessário que os educandos tenham acesso a informações na fase de escolarização que os permitam administrar um estilo de vida saudável também na idade adulta.

Um estudo de Avanci *et al.* (2007) com alunos do ensino fundamental no Brasil demonstra que há um número expressivo de adolescentes com baixa autoestima sendo que esses jovens têm quase sete vezes mais chances de apresentar algum transtorno psiquiátrico em comparação com os de elevada autoestima. Nesse contexto o exercício físico nas aulas de educação física escolar pode ser um meio de intervenção na saúde dos adolescentes pois o exercício físico proporciona uma melhora na autoestima e apresenta benefícios psicológicos em ambos os sexos e em todas as idades (Becker Junior, 2000 apud Tavares et al., 2007).

Diante do exposto, torna-se necessário compreender melhor como a educação física pode influenciar na autoestima e na saúde do adolescente escolar. O objetivo do presente estudo é compreender, por meio de uma revisão narrativa, como a educação física escolar pode contribuir para a melhoria da autoestima e saúde do adolescente em fase escolar.

REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo da história o conceito de saúde mudou bastante e a ideia tradicional de que basta não estar doente para ter saúde é, atualmente, um conceito muito restrito e ultrapassado. Saúde pode ser definido como condição humana com dimensões física, social, psicológica e caracterizada como um *continuum* de polos positivos e polos negativos (Bouchard *et al.*, 1990 apud GUEDES, 1999). Ao aderir a esse conceito de saúde infere-se que estar saudável não é um estado estático e algo que deve ser buscado constantemente ao longo da vida (GUEDES, 1999).

Desta forma, a saúde é determinada por diversos fatores de origem individual e coletivo como: sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais. Estes influenciam a ocorrência de problemas de saúde e potenciais fatores de risco na população, porém é importante destacar que os fatores determinantes individuais e coletivos induzem diferentes problemas (BUSS E FILHO, 2007). De acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead os determinantes de saúde são dispostos da seguinte maneira (BUSS E FILHO, 2007):



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Fonte: BUSS E FILHO (2007)

Na base da figura há determinantes individuais como idade, sexo e fatores hereditários. Imediatamente depois há a camada com comportamentos individuais, mas também são considerados determinantes sociais de saúde. Por último, há os macrodeterminantes: condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Diante de tantos fatores determinantes da saúde, há uma grande influência desses na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade no geral. Segundo a OMS/WHOQOL Group (1995), *apud* Fleck (2000), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que se relaciona com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada com a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar (Minayo *et al.*, 2000).

Do ponto de vista da saúde, a qualidade de vida é voltada para a compreensão das necessidades humanas e tem como foco mais importante a promoção da saúde (Minayo *et al.*, 2000). Segundo a OMS, *apud* Florindo (1998), a promoção da saúde caracteriza-se como um processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde. Há uma evidente busca por modelos de atenção à saúde que vão além da assistência médico-curativa, e dessa forma, a promoção da saúde ganha destaque no campo da saúde pública resgatando a concepção de saúde como uma produção social (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102).

A Carta de Ottawa (1986), define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que vivem. Segundo Araújo *et al.*, 2008, os programas de promoção da saúde servem como catalisadores de comportamentos saudáveis, estimulando diversas mudanças.

Segundo a OMS (1986) o objetivo principal da promoção da saúde é o comprometimento das pessoas com um estilo de vida saudável, pois é um processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle e melhorar a sua saúde.

Para a psicologia, os seguintes aspectos devem ser levados em conta no que diz respeito a promoção da saúde:

A promoção de saúde, dentro da Psicologia, é definida, na visão sistêmica de saúde, através da compreensão de que fatores relacionados ao modo de vida dos homens estarão atuando de forma direta nas reais possibilidades de uma vida saudável ou não. Com isso, a concepção de saúde é ampliada para além dos limites da ausência de doença e está ligada a vários aspectos presentes na vida do homem, como moradia, lazer, educação, trabalho, etc. Será o equilíbrio desses componentes da vida diária que irá formar o grande mosaico da saúde humana. O fenômeno psicológico deve ser compreendido como algo constituído nas e pelas relações sociais e materiais. Essas relações não são entendidas como algo externo que influencia o fenômeno psicológico que é interno, mas como aspectos de um mesmo movimento de construção. Dessa forma, não é possível falar em mundo interno sem falar do mundo social que o constitui (Contini, Koller e Barros, 2002, p.13).

No que se refere a promoção da saúde do adolescente há uma preocupação no sentido de estimular comportamentos e estilo de vida saudáveis possibilitando que estes tenham motivação para o autocuidado (CAVALVANTE *et al.*,2008). A adolescência é uma fase marcada por grandes transformações físicas, fisiológicas, psicológicas, sociais e econômicas. Segundo a OMS (1965) *apud* Ferreira e Farias (2010), a adolescência é um período definido como biopsicossocial que envolve a segunda década de vida, dos 10 aos 20 anos de idade. Nesse período há uma definição de princípios, valores, vontades, crenças, atitudes, descoberta da sua identidade e do seu papel social (Filipini *et al*, 2013).

Alguns autores defendem que puberdade e adolescência são processos distintos, Melvin e Wolkmar (1993) *apud* Ferreira e Farias (2010), definem puberdade como fenômenos fisiológicos, que compreendem as mudanças corporais e hormonais, enquanto adolescência diz respeito aos componentes psicossociais desse mesmo processo.

Porém, segundo Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) essa temática é complexa devido a questões de gênero, classe social e contextos socioculturais sendo impossível defini-la como algo acabado, pronto para ser estudado. Ainda de acordo com Traverso-Yépez e Pinheiro (2002), deve-se, portanto, situar sempre a adolescência no contexto das condições sócio-históricas que definem sua especificidade enquanto objeto de estudo. Lidz (1983) e Serra (1997) *apud* Ferreira e Farias, 2010, dizem existir várias adolescências, de acordo com as características de cada pessoa e de seu contexto social e histórico.

No entanto, a adolescência é tradicionalmente uma fase de instabilidade emocional, um período de transição, relação com o mundo adulto, conflitos e questionamentos (Feijó & Chavéz, 2002 *apud* Avanci *et al.*, 2007). É exatamente nessa fase da vida que ocorrem naturalmente os períodos depressivos e conflitantes que, para alguns autores, são chamados de processo de luto ou depressão. Esse processo ocorre pela perda do corpo e identidade infantil, pela perda dos pais da infância e pela afirmação do adolescente no mundo adulto (Avanci *et al.*, 2007).

Portanto, para Avanci *et al.* (2007) a fase da adolescência é importante para a formação da personalidade do indivíduo e, diante disso, há inúmeros fatores psicossociais nesse período que são relevantes para a análise da saúde mental e de acordo com Loureiro *et al.* (2012) a saúde mental é uma das áreas da saúde que mais produziu alterações ao longo da última década, sendo considerada um bem a ser preservar, uma prioridade da saúde pública dado o seu inestimado valor. A saúde mental para Organização Mundial da Saúde é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com sua comunidade.

Mas para Heloani e Capitão (2003), um dos objetivos da saúde mental não se restringe apenas à cura das doenças ou sua prevenção, mas envidar esforços para a implementação de recursos que tenham como resultado melhores condições de saúde para a população. De acordo com Bleger (1984) *apud* Heloani e Capitão (2003), não interessa apenas a ausência de doenças, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade, portanto, a ênfase na saúde mental desloca-se da doença à saúde e a observação de como os seres humanos vivem seu cotidiano.

A saúde mental segundo Moraes *et al.* (2012), mais especificamente a saúde mental dos adolescentes, precisa ser compreendida em uma perspectiva sistêmica, sendo que família, escola, comunidade e demais microssistemas no qual o adolescente está inserido, agem sobre os comportamentos e estado emocional deles. A interação desses contextos significativos que influenciam no desenvolvimento é fundamental para promover o cuidado e a saúde (Bronfenbrenner & Morris, 1998 *apud* Moraes *et al.*, 2012).

Mecca *et al.* (1989) *apud* Assis *et al.* (2003) enfatizam que a saúde da sociedade depende em grande parte do estado psicológico com que as pessoas se colocam frente a um desafio e paralelamente a isso, o National Advisory Health Council (1996) *apud* Assis *et al.* (2003) considera a autoestima o principal indicador de saúde mental e portanto a autoestima e o autoconceito, como bases da representação que o indivíduo tem de si, se colocam no campo da saúde pois envolvem o bem-estar individual e social.

A autoestima é uma característica que contribui para o bem-estar mental e emocional de um indivíduo. Segundo Freire e Tavares (2011), a autoestima é um dos fatores que mais está relacionada com indivíduos felizes e que pode estar tanto associada a aspectos negativos como ansiedade, depressão e agressão, quanto a aspectos positivos. Ainda segundo Freire e Tavares (2011), a autoestima é definida como a avaliação afetiva do valor, apreço ou importância que cada um faz de si próprio e está associada com o bem-estar emocional e psicológico.

Coopersmith (1967) *apud* Assis e Avanci (2004) define autoestima como a expressão de uma atitude de aprovação ou de repulsa e também até que ponto uma pessoa se considera capaz, significativa, bem-sucedida e valiosa. Estes referidos autores também mencionam que a autoestima é o juízo pessoal de valor expressos nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo, uma experiência subjetiva que pode ser acessível as pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis.

No entanto, Assis *et al.* (2003) mencionam que a autoestima é uma parte do autoconceito sendo que este é definido como uma organização hierárquica e multidimensional de um conjunto de percepções de si mesmo e o conteúdo dessas percepções é tudo aquilo que o indivíduo reconhece como fazendo parte de si. O autoconceito, segundo esses autores, é adaptável, regulado pelo dinamismo individual, pelas características da interação social e pelo contexto social, sendo eminentemente social pois gera e é gerado nas interações sócias. Esse termo reflete uma visão mais racional de si mesmo enquanto a autoestima reflete um sentimento (ASSIS *et al.*, 2003).

De acordo com Mendes *et al.* (2017) self é a compreensão, a consciência que o indivíduo tem de si mesmo e deste termo partem conceitos como autoimagem, autoestima e autoconceito. O autoconceito forma-se com a percepção que temos de nós mesmos a partir da interação entre o “eu” e o meio social e apresenta um caráter descritivo que é a autoimagem, e um caráter avaliativo, a autoestima (ZACHARIAS, 2012, *apud* MENDES *et al.*, 2017). A autoimagem é como somos para nós mesmos sendo formada durante a vida e pode ser um conjunto de crenças que adotamos como verdade, mas não necessariamente é real (GIORDANI, 1998 *apud* MENDES *et al.*, 2017).

Para Mendes *et al.* (2017) a autoestima é o aspecto avaliativo sobre si sendo constituída a partir de comentários alheios e da interpretação pessoal desses comentários carregados de sentimento. A autoestima é a expressão de satisfação da autoimagem e do autoconceito, a parte visível socialmente. Já para Palácios e Hídalgo *apud* Gobitta (2000) *apud* Assis e Avanci (2004) os seguintes vocábulos são encontrados como referentes do conceito de si:

- Self

- Ego
- Si-mesmo
- Eu-mesmo
- Autoimagem
- Autoconceito
- Autoestima
- Autopercepção
- Autovalorização
- Autoidentidade
- Autoconhecimento
- Autoavaliação

Segundo estes autores tais termos são usados indistintamente, ora como sinônimos, ora como conceitos diferenciados, mas independentemente da terminologia, quase todas as teorias da personalidade encerram numa construção que indica uma organização do comportamento.

Contudo, o período de início para a construção da autoestima, segundo Mendes *et al.*, 2017, é a infância. A autoestima é projetada na medida da convivência da criança com seus pais, familiares, no convívio escolar, com os amigos, outras pessoas mais próximas e do tratamento que recebem deles (Mendes *et al.*, 2017).

Zattoni (2011) menciona que apesar da autoestima ter um caráter individual, a sua formação e consolidação são processos que dependem em grande parte da interação com outros indivíduos e para a autora uma criança antes dos seis anos de idade possui dificuldade em autoavaliar-se, perceber aspectos de sua própria personalidade. Segundo o autor, essa falha de autoconhecimento é preenchida por outros indivíduos. Quando esses indivíduos evidenciam as características da criança, a conduzem para uma atitude de autoavaliação, que é um movimento essencial para um maior desenvolvimento da autoestima (ZATTONI, 2011).

Ainda segundo Zattoni (2011) quando a criança ingressa na terceira infância, fase compreendida entre 6 a 12 anos que coincide com o início do período escolar, atinge o maior grau de autoavaliação. A criança a partir de então possui a capacidade de criar sistemas representacionais, conceitos amplos e abrangentes que integram diferentes características do “eu” e ocorre a superação da visão unidimensional de certos aspectos pessoais (HARTER, 1993 *apud* PAPALIA E OLDS, 2006, *apud* ZATTONI, 2011).

Cameron, 2004 *apud* Nunes (2010) aponta que na passagem da infância para adolescência ocorre um desenvolvimento cognitivo e ao mesmo tempo que ocorrem mudanças em nível

físico/biológico ligadas principalmente ao sistema endócrino que afetam a percepção da autoimagem, há uma passagem do pensamento concreto para o pensamento abstrato.

Segundo Nunes (2010) é na adolescência que também ocorre um desenvolvimento emocional com maior autoconhecimento, autoconsciencialização e uma evolução nas capacidades introspectivas para reconhecer, diferenciar, coordenar e controlar os processos emocionais internos. No entanto, para autora quando há dificuldades ao nível da regulação emocional haverá evidentes consequências ao nível da relação com os outros e, portanto, ao nível do bem-estar psicológico.

Para Assis e Avanci (2004) fatores de risco como estrutura familiar, nível socioeconômico, problemas de relacionamento, depressão, isolamento, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e bebidas alcoólicas e exposição a violência estão relacionados com uma baixa autoestima. Campos (1993) *apud* Cataneo *et al.* (2005) identificou que crianças obesas tem uma tendência maior a uma baixa autoestima.

Brito e Oliveira (2013) mencionam que relações constituídas de violência, como por exemplo o *bullying*, são mais provavelmente associadas com a baixa autoestima dos envolvidos. Da mesma forma Costa *et al.* (2007) ressaltam que muitos estudos apontam para a possibilidade de pessoas fisicamente ativas, em qualquer idade, apresentarem uma melhor saúde mental do que sedentários.

Resende *et al.* (2006) aponta em seu estudo a importância das relações sociais na saúde da pessoa adulta e idosa e, segundo os autores, o suporte social é relevante para o aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida, da capacidade de enfrentar problemas, aumenta a autoestima e aumenta a vontade de viver. Senos e Diniz (1998) relacionam variáveis como autoconceito e autoestima com contextos e dinâmicas sociais na estruturação do self.

Senos e Diniz (1998) descrevem a escola como um local privilegiado para socialização das crianças e jovens assim como para a construção de identidade. Para Mendes *et al.* (2017) a vida escolar tem notável influência na autoestima dos indivíduos pois os alunos aprendem quem são por meio do tratamento recebido dos professores, do clima da sala de aula e das situações do cotidiano.

A autoestima, como um dos indicadores sociais fundamentais para compreensão do crescimento e do progresso pessoal, é importante no aprendizado escolar (Mendes *et al.*, 2017). Para Piaget (1988) *apud* Mendes *et al.* (2017) o desenvolvimento do intelecto é composto por dois componentes, o cognitivo e afetivo e para ele a inteligência é desenvolvida na mesma medida que a afetiva.

Portanto a educação física escolar, pelo fato de boa parte das crianças e jovens terem acesso à escola, segundo Marques e Gaya (1999) se torna um local privilegiado para intervenção na educação para saúde.

Brito *et al.* (2012) descreve o ambiente escolar como contexto ideal para desenvolvimento de práticas promotoras de saúde e influencia na aquisição de valores, estimula comportamentos, valores e atitudes. Brito *et al.* (2012) diz ainda que estratégias que tem o objetivo de promover saúde deverão contemplar a individualidade e o contexto social dos indivíduos recorrendo a artifícios pedagógicos, sociais e psicológicos

Nesse sentido, Biazussi (2003) afirma que exercícios físicos através da educação física são importantes na adoção de um estilo de vida saudável e na prevenção de doenças crônico-degenerativas, cardiopatias coronarianas, artrites, diabetes, osteoporose, doenças pulmonares crônicas, acidente vascular cerebral e obesidade. Além disso preveni diabete mellitus, alguns tipos de câncer, doenças mentais crônicas, aumento da autoestima, aceitação social, e sensação de bem-estar (Duncan et al., 2005; Sparling, Owen, Lambert & Haskell, 2000; Bois et al. 2005 apud Silva; Costa, 2011, p. 43).

Para Guerra *et al.* (2003); Twisk (2001) *apud* Silva e Costa Jr (2011), atividades físicas e exercícios físicos praticados regularmente, pelo menos desde a adolescência, proporciona benefícios físicos e psicológicos, considerados precursores da condição da saúde para vida adulta. Porém, de acordo com Santos (1993) *apud* Aranha e Teixeira (2000), as novas exigências, pressões e estresses colocadas pela sociedade moderna fazem com que os jovens se sintam mais isolados perante indiferenças e hostilidades.

Lazzoli *et al.* (1998) relata que com o avançar da idade há uma tendência a redução da prática de atividade física e isso decorre basicamente por fatores comportamentais e sociais como aumento de compromissos estudantis e profissionais, uma maior disponibilidade de tecnologias, aumento da insegurança, diminuição de espaços livres nos centros urbanos, redução das oportunidades de lazer e favorecendo assim o sedentarismo e a obesidade por exemplo.

Um estudo de Filipini *et al.* (2013) avaliou o conhecimento de adolescentes sobre as modificações físicas e psíquicas. O estudo foi realizado numa instituição pública com 100 adolescentes com idade entre 12 a 14 anos e constatou-se que dentre as principais alterações psíquicas ocorridas durante adolescência foi a alteração de sentimentos conforme seguinte tabela:

FIGURA 2

¹Alterações psíquicas	N	%
Presença de sentimentos de tristeza ora alegria	82	82
Desejo de viver tudo intensamente	51	51
Desejo pelo outro	76	76
Atitude de reivindicação	56	56
Questionamento sobre a fé	34	34

Fonte: Filipini *et al.* (2013)

Ainda de acordo com os autores desse estudo, os adolescentes relatam como principal modificação psíquica de tristeza e ora alegria. O estudo também verificou o conhecimento dos adolescentes com relação as modificações corporais no sexo feminino e masculino, modificações corporais que trouxeram mais perturbações, pessoas que os alertaram sobre as modificações corporais e pessoas que eles consideravam que melhor poderiam orientá-los sobre tais modificações:

FIGURA 3

Variáveis	¹Conhecimento sobre as modificações corporais que ocorrem no sexo feminino				Total
	Sexo feminino		Sexo masculino		
	n (53)	%	n (47)	%	
Certo	40	40	21	21	61
Errado	13	13	26	26	39
Total	53	53	47	47	100

Variáveis	²Conhecimento sobre as modificações corporais que ocorrem no sexo masculino				Total
	Sexo feminino		Sexo masculino		
	n (53)	%	n (47)	%	
Certo	15	15	13	13	28
Errado	38	38	34	34	72
Total	53	53	53	53	100

Fonte: Filipini *et al.* (2013)

FIGURA 4

Modificações que trouxeram mais perturbação		
Sexo feminino	n (53)	%
Menstruação	34	34
Aparecimento de espinhas	8	8
Aumento da altura e do peso	2	2
Pêlos na genitália	2	2
Crescimento das mamas	1	1
Não houve perturbação	6	6
Sexo masculino	n (43)	%
Aumento da altura e do peso	1	1
Aparecimento de espinhas	13	13
Crescimento do pênis	1	1
Produção e eliminação de esperma	4	4
Alteração da voz	3	3
Crescimento de pêlos na genitália	7	7
Não houve perturbação	18	18

Fonte: Filipini *et al.* (2013)

FIGURA 5

'Responsável pela orientação sobre as modificações que ocorreriam	Sexo feminino		Sexo masculino	
	n	%	n	%
Médico	13	13	12	12
Enfermeiro	2	2	0	0
Farmacêutico	0	0	1	1
Família	42	42	20	20
Escola	11	11	12	12
Amigos	15	15	13	13
Namorado (a)	1	1	3	3
Revistas	3	3	12	12
Outros	0	0	0	0

Fonte: Filipini *et al.* (2013)

FIGURA 6

Tabela 5. Distribuição dos participantes segundo quem poderia orientá-los melhor sobre o assunto, Alfenas - MG, 2011.

'Quem poderia orientá-lo melhor sobre o assunto	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Médico/Ginecologista	20	20	17	17	37	37
Enfermeiro	12	12	6	6	18	18
Professor	5	5	4	4	9	9
Pais	15	15	16	16	31	31
Amigos	1	1	4	4	5	5
Total	53	53	47	47	100	100

Fonte: Filipini *et al.* (2013)

Os autores do estudo ainda mostram que os adolescentes sentem o impacto das transformações corporais; as meninas têm maior conhecimento sobre as modificações que ocorrem na puberdade do que os meninos, porém chama a atenção sobre a desinformação desses indivíduos sobre o próprio corpo; com relação as alterações psíquicas há sentimento ora tristeza e ora alegria; a família é o maior referencial de orientação para o adolescente e o médico foi apontado como a figura mais adequada para obter maior orientação.

Felipini *et al.* (2013) ainda menciona que diante dos resultados do estudo é imprescindível a adoção de políticas e programas que envolvam os jovens em atividades educacionais na escola e que seja estabelecido estratégias capazes de atender essa população de forma personalizada.

Portanto, diante dos estudos realizados com crianças e adolescentes relacionando a prática de atividade física à uma maior autoestima se faz necessário uma educação física escolar que crie que crie nos alunos o prazer e o gosto pelo exercício físico de forma que esses indivíduos adotem um estilo de vida saudável e ativo (TWISK, 2001 *apud* SILVA E COSTA JR., 2011; FERREIRA, 2001)

Dessa maneira a educação física e o professor de educação física escolar deve ter uma visão mais ampla em suas aulas, em que não se realize apenas práticas esportivas e recreativas, mas que também tenha o objetivo de promover a saúde para crianças e adolescentes (GUEDES, 1999 *apud* RIBEIRO *et al.*, 2001).

METODOLOGIA

O procedimento técnico utilizado para a elaboração deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica que consistiu em utilização de materiais já publicados como livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses e outros. Esta monografia foi elaborada de acordo com o método de revisão narrativa. A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas:

- Google Acadêmico
- Scielo
- PubMed

As palavras-chave utilizadas para busca dos artigos foram: autoestima, formação da autoestima, adolescência, psicologia da adolescência, autoestima e adolescência, saúde, promoção da saúde, saúde na adolescência, saúde mental, saúde mental dos adolescentes, qualidade de vida, qualidade de vida na adolescência, saúde na escola, saúde escolar, educação física e saúde, educação física e autoestima, educação física na adolescência, educação física e autoestima. Em inglês foram utilizadas as seguintes palavras-chave: health, mental health, self esteem, adolescence.

Os critérios adotados para a inclusão dos artigos foram a relação destes com o tema do presente estudo, ou seja, artigos que fossem resultado de pesquisas nas bases de dados utilizadas e tivessem relação com os temas saúde, autoestima, adolescência, saúde mental, promoção da saúde foram incluídos para este estudo num primeiro momento e artigos desde os anos 1990 a 2018. O lapso temporal para a pesquisa dos artigos foi grande devido à dificuldade de encontrar artigos relacionados as variáveis do tema em questão.

Os artigos foram selecionados com base em um método sistemático:

1. Os resumos dos artigos encontrados como resultado das pesquisas foram lidos;
2. Em seguida foi aplicado o critério de inclusão para análise;
3. Depois, os artigos que cumpriram com os requisitos foram selecionados para a leitura na íntegra e os demais descartados.

A pesquisa do material para este estudo foi realizada a partir de agosto de 2017 e no total foram selecionados 125 artigos encontrados entre os anos 1990 a 2018. Após uma breve leitura do resumo destes, foram eliminados 74 artigos e utilizados 51 artigos na elaboração deste estudo.

Os 74 artigos que foram eliminados na primeira análise, apesar de abordarem de alguma forma conceitos atinentes a este estudo, não estavam relacionados diretamente com as variáveis centrais deste trabalho como: adolescência, autoestima, promoção da saúde.

Do total de artigos utilizados:

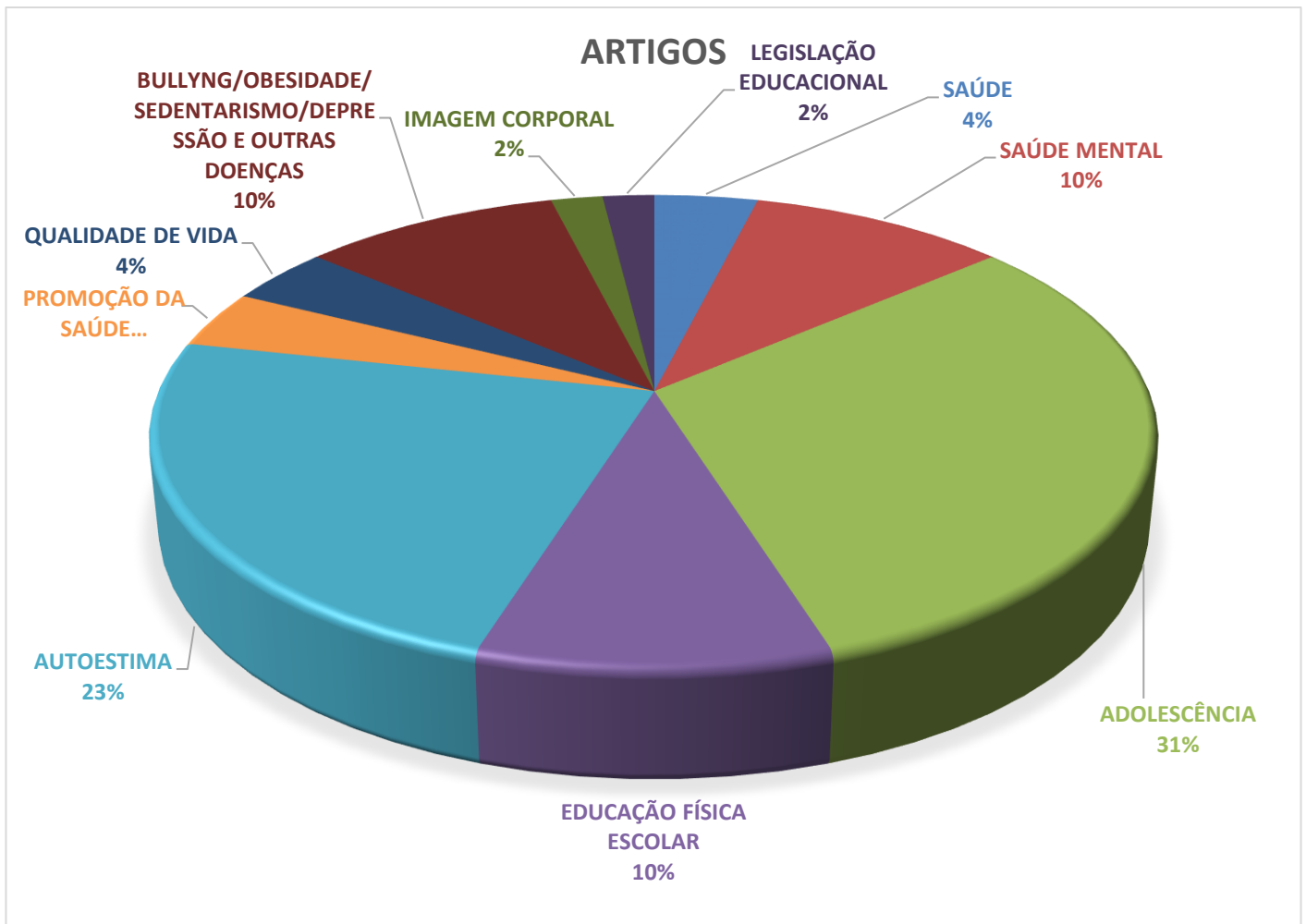
- X artigos são de língua portuguesa
- 2 são de língua inglesa

Os 51 artigos selecionados foram separados por tema para melhor organização e desenvolvimento deste trabalho, conforme tabela a seguir:

TEMAS	QUANTIDADES DE ARTIGOS
SAÚDE	2
SAÚDE MENTAL	5
ADOLESCÊNCIA	16
EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR	5
AUTOESTIMA	12
PROMOÇÃO DA SAÚDE	2
QUALIDADE DE VIDA	2
BULLYNG/OBESIDADE/SEDENTARISMO/ DEPRESSÃO E OUTRAS DOENÇAS	5
IMAGEM CORPORAL	1
LEIS EDUCACIONAIS	1
TOTAL	51

Fonte: Próprio autor

O gráfico a seguir demonstra melhor a quantidade de artigos encontrados por tema e que foram utilizados neste estudo:



Fonte: próprio autor.

Depois dos artigos serem organizados por tema eles foram lidos e destes foram feitos resumos. Os resumos continham as partes mais relevantes de cada artigo que foram utilizados para este estudo.

DISCUSSÃO

A educação tem um papel fundamental para os indivíduos e a escola é o espaço no qual se deve favorecer acesso ao conhecimento e desenvolvimento de competências (ROCHA, 2009). A escola proporciona recursos pessoais e sociais como hábitos de saúde, interações sociais, descobertas de oportunidades que são aproveitadas de maneiras distintas pelos alunos e isso influencia na maneira individual de viver a adolescência (Ferreira *et al.*, 2010).

O Parâmetro Curricular Nacional do Ensino Médio (2000) traz a ideia da educação física escolar voltada para a saúde com o objetivo de prestar serviço à educação social e contribuir para uma vida produtiva, criativa e bem-sucedida dos alunos. O PCN (2000) também ressalta que a educação física deve desenvolver nos adolescentes a reflexão sobre informações da cultura corporal para que estes tenham consciência da importância das atividades físicas, adotem uma postura autônoma na seleção de atividades e procedimentos para a aquisição e manutenção da saúde.

No entanto pesquisa realizada por Campos *et al.*, 2003, numa escola particular avaliou 244 estudantes entre 12 a 16 anos de idade sobre o tema saúde e os resultados foram os seguintes:

FIGURA 7 – Frequência relativa do conhecimento e do conceito dos adolescentes em relação a saúde

Perguntas/Respostas	Frequência Relativa
Você sabe o que é saúde?	
Sim	85,4%
Não	14,6%
O que é saúde para você?	
Ausência de doença	15,1%
Alimentar-se bem	20,5%
Equilíbrio do corpo	8,6%
Outros	39,1%
Não sabe	16,7%

Fonte: Campos *et al.* (2003)

Segundo os autores após aplicação do questionário, verificou-se que, apesar de 85,4% dos adolescentes afirmarem saber o conceito de saúde, apenas 8,6% apresentavam realmente

este conhecimento e os dados dos estudos demonstraram a desconsideração em relação as dimensões emocional e social que estão envolvidas na caracterização da saúde.

A figura 7 mostra que a saúde é vista apenas por seus aspectos físicos pois 15, 1% afirmam que saúde é não estar doente; 20,5%, se alimentar bem e, 39,1% classificados como outros, os quais incluem aspectos como fazer exercícios físicos para manter a forma ou procurar o médico regularmente.

FIGURA 8 – Frequência relativa da fonte de informação dos adolescentes em relação a saúde

Perguntas/Respostas	Frequência Relativa
Alguma vez alguém conversou com você sobre saúde?	
Sim	91,0%
Não	9,0%
Quem?	
Pais	22,3%
Profissionais de saúde	31,3%
Meios de comunicação	14,5%
Professores	12,3%
Outros	17,1%
Todos	2,5%

Fonte: Campos *et al.* (2003)

A figura 8 mostra que a fonte de informação dos adolescentes em relação à saúde: dos 91% que afirmaram ter recebido alguma instrução, 31,3% conversou com profissionais de saúde, 22,3% com os pais, 14,5% consultaram os meios de comunicação e apenas 12,3% citou o professor como fonte de informação para saúde.

FIGURA 9 – Frequência relativa do tipo de profissional que deveria abordar o conceito de saúde segundo os adolescentes

Perguntas/Respostas	Frequência Relativa
Na sua opinião, a saúde deveria ser abordada por que tipo(s) de profissional(is)?	
Médico	41,2%
Professores	15,0%
Outros profissionais de saúde	20,9%
Todos	16,5%
Não sabe	6,4%

Fonte: Campos *et al.* (2003)

A figura 9 mostra que a responsabilidade da educação em saúde segundo os 62,1% é atribuída aos profissionais de saúde que é o mais citado é o médico (41,2%) e apenas 15,0% aponta o professor como profissional adequado para abordar o conceito de saúde.

FIGURA 10 – Frequência relativa dos motivos que levam os adolescentes a conversar sobre saúde

Perguntas/Respostas	Frequência Relativa
Você e seus amigos conversam sobre saúde?	
Sim	29,0%
Não	71,0%
Em caso afirmativo, por quê?	
Quando um de nós tem um problema de saúde	11,4%
Porque este assunto é importante	34,0%
Porque nos importamos um com o outro	14,7%
Porque falamos de todos os assuntos	18,6%
Medo da AIDS	4,5%
Não sabe	16,8%

Fonte: Campos *et al.* (2003)

A figura 10 mostra que o assunto saúde não faz parte rotineira do diálogo entre os adolescentes, pois apenas 29% afirmaram conversar sobre este tema e destes, 34,0% têm consciência da importância do assunto em sua rotina diária enquanto 11,4% o fazem apenas quando doentes ou quando alguém do grupo está com problemas

FIGURA 11 – Frequência relativa das atitudes dos adolescentes para promover saúde

Respostas	Frequência Relativa
Temos higiene	6,2%
Cuidamos da alimentação	34,4%
Fazemos atividades físicas	40,2%
Vamos ao médico	3,1%
Nos cuidamos	3,1%
Não sabe	13,0%

Fonte: Campos *et al.* (2003)

A figura 11 mostra que dentre as atitudes que os alunos tomam para promover saúde estão cuidados com a alimentação com 34,4%, atividade física 40,2% e higiene com apenas 6,2%. No entanto a atividade física foi mencionada apenas para manutenção da estética e prevenção de doenças, mas não tendo relação com emocional.

Ainda segundo Freire *et al.* (2002) *apud* Campos *et al.* (2003) o nível de conhecimento da população torna-se um dado importante para o planejamento e avaliação das ações de saúde e desta maneira, para Mastrantonio e Garcia (2002) *apud* Campos *et al.* (2003) apontam a sala de aula como local mais adequado para a apresentação de um programa de educação em saúde pois a escola atua de maneira significativa na formação de opiniões.

Segundo Guedes *et al.* (2009) *apud* Brito *et al.* (2012) o ambiente escolar é um recurso importante que pode influenciar, de forma positiva ou negativa, o compromisso e o envolvimento das pessoas com comportamentos que levam à promoção da saúde, ou seja, a escola pode ser vista como benefício ou uma barreira na obtenção de hábitos saudáveis.

Porém a escola, segundo Campos *et al.* (2003) é um local onde as crianças e adolescentes passam grande parte de suas vidas, cerca de 4 ou 5 horas por dia, e atua de maneira significativa na formação de opiniões e de caráter, sendo um local ideal para implementação de qualquer programa que vise educação e conscientização.

No entanto, normalmente os adolescentes apresentam altos índices de comportamento de risco (OEHLSCHLAEGER *et al.*, 2004). Comportamento de risco está relacionado com escolhas e opções na infância e adolescência que são considerados eventos negativos, que quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo manifestar problemas físicos, sociais ou emocionais. Gravidez na adolescência, consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e violência são alguns dos comportamentos de riscos que podem ocorrer na adolescência (AVANCI e ASSIS, 2004).

Outro exemplo de comportamento de risco na adolescência que merecem atenção é sedentarismo. Considerado uma epidemia mundial pois alcança 70% da população mundial é fator de risco para doenças crônicas não-transmissíveis como diabetes tipo 2, hipertensão, hipercolesterolêmica, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e algumas formas de câncer (BRITO *et al.*, 2012).

Assis e Avanci (2004) consideram que situações de risco são vivenciadas de forma diferente pelos adolescentes, porém jovens que possuem baixa-autoestima conjugam mais fatores de risco. Segundo Mruk (1995) *apud* Assis *et al.* (2003) sugere pelo menos 5 razões fundamentais para a necessidade de um enfoque científico na consideração da autoestima:

1. A autoestima é um fenômeno muito mais complexo do que parece pois está fortemente associado a outros construtos da personalidade;
2. Está implicada na vida cotidiana, já que se relaciona com a saúde mental ou bem-estar psicológico;

3. Pode ser um valor depreciativo de si mesmo que se relaciona com graves fenômenos mentais como depressão, suicídio, sentimentos de inadequação e ansiedade;
4. A autoestima se tornou um conceito indispensável as ciências sociais, uma vez que aborda a percepção das pessoas sobre si mesma, tendo uma interlocução direta com a experiência das condições sociais básicas, estruturais e relacionais vividas na sociedade;
5. Essa temática nunca alcançou o significado social como o obtido no momento atual;

Na adolescência em comparação com a infância, segundo Tavares *et al.* (2007), há uma grande mudança no aspecto da autoestima pois existe uma influência dos grupos com quem vive ou interage, pode haver uma má adequação dos processos educacionais ou pelo fato de não aceitar o próprio corpo. Essas razões, segundo os autores mencionados, podem ser grandes geradores de baixa-autoestima, e conseqüentemente, torna o adolescente mais suscetível a apresentar um quadro de depressão.

O *bullying*, segundo Bandeira e Hutz (2010) também tem relação com a autoestima e para Olweus (1993) *apud* Bandeira e Hutz (2010) é caracterizado como um comportamento agressivo intencionalmente que causa danos físico, morais ou psicológico e tem sido considerado um poderoso processo de controle social. Dessa maneira, estudos apontam a relação entre *bullying* e autoestima, sendo que meninas que sofrem *bullying* possuem uma tendência maior a baixa-autoestima (RIGBY E COX, 1996 *apud* Bandeira e Hutz, 2010).

Um estudo de Banavente e Costa (2011) com estudantes de cursos de enfermagem apontou que há relação entre estresse e autoestima por se tratar de uma manifestação psicológica ao estresse. Outro estudo de Juth, Smith e Santuzzi (2008) *apud* Hutz e Zanon (2011) verificaram que baixos escores de autoestima em pacientes com doenças crônicas foram importantes preditores no aumento do estresse.

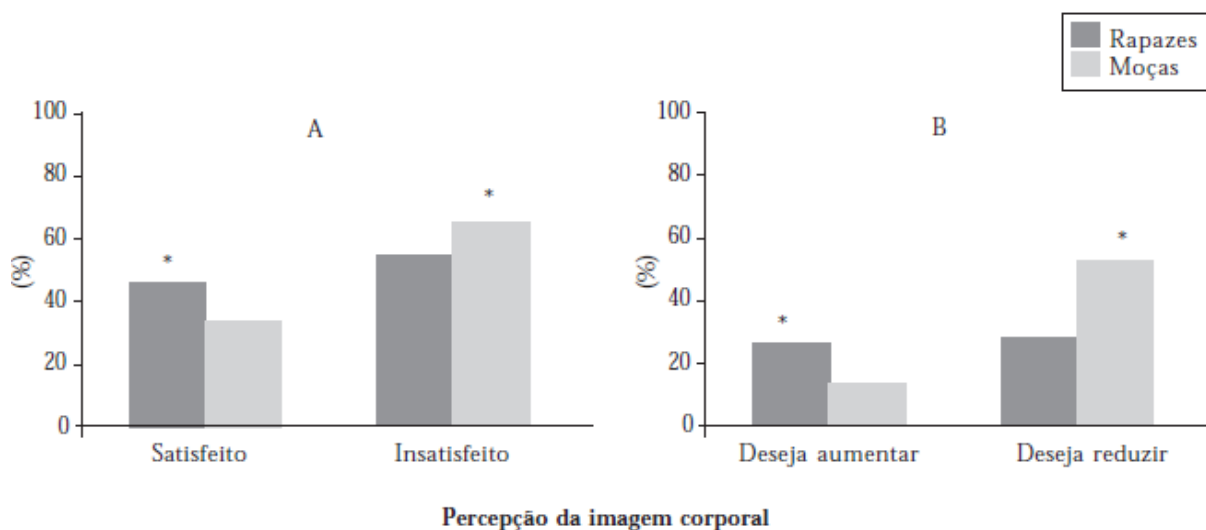
Para Melo *et al.* (2010) a obesidade também tem relação com aspectos emocionais e vários estudos relacionam a obesidade com a baixa-autoestima. Melo *et al.* (2010) ainda mencionam que a autoestima em crianças obesas é inversamente proporcional à idade quando comparado a crianças do peso normal. Estes autores também associam níveis crescentes de depressão a crianças com sobrepeso e obesidade, e a depressão, conseqüentemente, tem relação com a autoestima.

A imagem corporal segundo Cash e Pruzinsky (1990) *apud* Cash *et al.* (2010) a imagem corporal é uma construção multidimensional que descreve as representações internas da estrutura corporal e da aparência física de si e dos outros. Ainda segundo Cash *et al.* (2010) a

imagem corporal e composta pela estima corporal e a insatisfação corporal: a estima corporal refere-se a quanto o indivíduo gosta do seu corpo de maneira geral e já a insatisfação corporal define preocupações com peso, forma do corpo e outros.

Uma pesquisa realizada por Petroski *et al.*, 2012, com adolescentes de uma escola mostra que a insatisfação corporal alcançou mais de 60% entre os estudantes e que as moças apresentam maior insatisfação corporal e querem reduzir o tamanho da silhueta corporal:

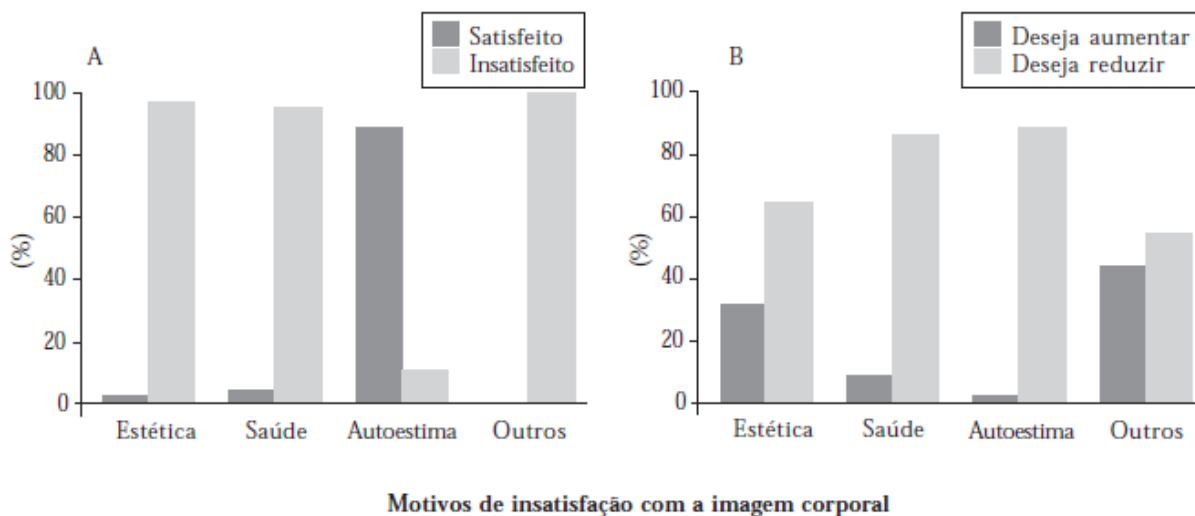
FIGURA 12 – Percepção da imagem corporal



Fonte: Petroski *et al.* (2012)

Os autores ainda mencionam que os principais motivos para a insatisfação corporal e a vontade de reduzir medidas corporais são estética, autoestima, saúde e outros motivos:

FIGURA 13 – Motivos da insatisfação com a imagem corporal



Fonte: Petroski *et al.* (2012)

Segundo Cash *et al.* (2010) dependendo do grau de insatisfação, aspectos da vida do indivíduo podem ser afetados como a autoestima pois, segundo ele, a insatisfação corporal está intimamente ligada a baixa-autoestima.

Mendes *et al.* (2017) destacam que a autoestima tem influência também sobre o desenvolvimento intelectual podendo estimular ou diminuir o processo de desenvolvimento da aprendizagem e se faz relevante na educação pois influencia a forma como o indivíduo estabelece suas metas e projeta suas expectativas para o futuro (BEDNAR; PETERSON 1995 *apud* MENDES *et al.*, 2017).

De acordo com Brookover, Thomas e Patterson (1964) *apud* Mendes *et al.* (2017) existe uma relação positiva entre autoestima e rendimento escolar pois uma das condições para o sucesso escolar é a manutenção de uma boa autoestima. Stevanato *et al.* (2003) *apud* Mendes *et al.* (2017) relata que crianças com dificuldades de aprendizagem podem ter uma imagem mais negativa de si quando comparada com crianças que não possuem dificuldades.

Partindo desses pressupostos, as atividades físicas e os exercícios físicos através da educação física oferecem um conjunto de possibilidades promissoras no aumento da qualidade de vida relacionada a saúde. As atividades físicas e esportivas são consideradas meios de promoção da saúde e do desenvolvimento da personalidade dos indivíduos (Ré, 2011 *apud* Pereira e Moreira, 2013).

Durante a adolescência, segundo Tassitano *et al.* (2007) há evidências que a atividade física traz benefícios associados a saúde esquelética, ao controle da pressão sanguínea e a obesidade. Para Lazzoli *et al.* (1998) um maior nível de atividade física na adolescência contribui para melhorar o perfil lipídico e metabólico, aumento da massa corporal e aumento do consumo máximo do oxigênio (VO₂máx).

As razões dos benefícios emocionais em resposta aos exercícios segundo Plante *apud* Becker Jr *apud* Tavares *et al.* (2007) são divididas em biológicas e psicológicas. As biológicas são o aumento na liberação de endorfinas; aumento da temperatura corporal; aumento da atividade adrenal (catecolaminas); ações da Norepinifrina; Serotonina e Dopamina; aumento no fluxo sanguíneo; aumento da oxigenação e aumento da aptidão cardiovascular.

As razões psicológicas são: distração, autoeficácia, apoio social, regulação da atividade fisiológica e o estado de consciência. A atividade física causa uma melhora na autoestima, que consequentemente, causa benefícios em vários transtornos psíquicos como redução da ansiedade, redução de níveis baixos e moderados de depressão, redução de níveis de estresse, auxiliar no tratamento da depressão severa e apresenta benefícios psicológicos em diversas idades e em ambos os sexos (BECKER JUNIOR, 2000 *apud* TAVARES *et al.*, 2007).

Segundo Shephard (1990) *apud* Araújo (2001) a atividade física contribui para a melhoria da satisfação com a imagem corporal e da autoestima principalmente em indivíduos que antes de iniciarem a sua prática possuíam distúrbios dessa natureza. Liu *et al.* (2015) sugere em seu estudo que a intervenção de atividade física isolada é um método eficaz para melhorar a autoestima. Dessa forma, para os autores a atividade física é recomendável para promover a saúde física e mental.

Para Florindo (1998) os programas específicos na área da educação física que possuem como objetivo principal a mudança de comportamentos através de ensino-aprendizagem são conceituados como programas de educação em saúde. Nesse sentido a educação em saúde representa uma estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos que promovam ou mantenham uma boa saúde e embora apenas o conhecimento não garanta uma mudança de comportamento, este é fundamental para desenvolver o interesse do indivíduo (CAMPOS *et al.*, 2003).

Segundo Cavalcante *et al.* (2008) a promoção da saúde tem como principal preocupação estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis que os insiram no eixo da motivação para o autocuidado. Ainda segundo Cavalcante *et al.* (2008) é necessário utilizar estratégias didáticas que modifiquem a maneira de interação dos adolescentes inseridos na sociedade, ampliando a capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável para que possam atingir a promoção da saúde. Diante disso, a escola deve assumir seu papel relacionado a educação para saúde pois esta apresenta um mecanismo eficaz na promoção da saúde dos adolescentes (Mota, 1992; Botelho, 1997 *apud* Aranha e Teixeira, 1999).

Pereira e Moreira (2013) ressaltam que a educação física como ciência autônoma ou relativamente autônoma e caracterizada por ser uma área interdisciplinar, ganha espaço em muitas áreas sendo que é papel do professor de educação física disseminar informações, acompanhar, prescrever exercícios e avaliar a aptidão física relacionada à saúde.

Para Castuera (2004) *apud* Rocha (2009) as aulas de educação física devem contemplar uma programação focada na saúde, fomentando a participação, a aprendizagem e que a metodologia aplicada favoreça a autonomia, consciência, desenvolvimento de comportamentos quanto a prática de atividade física e a incorporação de hábitos saudáveis ao estilo de vida.

CONCLUSÃO

Atualmente a educação física não cumpre com um dos seus principais papéis: a educação para a saúde e, dessa forma, não tem promovido a saúde nas escolas e conseqüentemente os alunos não dão o devido valor a esse tema. No entanto, ela pode e deve proporcionar o ensino e aprendizagem relacionado a saúde e assim incentivar os alunos a terem comportamentos saudáveis pois estes impactam nos aspectos físicos, sociais e psicológicos, deste último se destaca a autoestima, por exemplo.

É fato que educação física é muito importante no que se refere a promoção da saúde dos adolescentes pois como disciplina escolar pode contribuir para que os alunos tenham mais conhecimento sobre o próprio corpo, hábitos saudáveis, importância de atividade e exercícios físicos, conhecimento nutricional, doença decorrentes da falta de exercícios físicos e muitos outros.

Essa disciplina como promotora da saúde pode ajudar significativamente para uma melhor satisfação com a imagem corporal, autoestima e conseqüentemente para um melhor nível de estado de saúde mental sendo que isso reflete diretamente no bem-estar dos adolescentes.

Em suma, é importante que a educação física escolar esteja presente na vida dos adolescentes para que estes tenham autonomia e consciência do que é essencial para se ter saúde e a partir disso sejam adolescentes saudáveis e futuros adultos saudáveis em todos os aspectos.

REFERÊNCIAS

1. AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C.; FERREIRA, R. M.; PESCE, R. P. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, Vol. 23, n. 3, pp. 287-294, Jul-Set 2007.
2. 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*, Rio de Janeiro, vol. 8, núm. 3, 2003, pp. 669-680.
3. FERREIRA, T. H. S.; FARIAS, M. A. Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, São Paulo, vol. 26, n. 2, pp. 227-234, Abr-Jun 2010.
4. FLECK, M. P. A. Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio Grande do Sul, vol. 5, n. 1, pp. 33-38, 2000.
5. DE SÁ, D. G. F.; et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, vol. 26, n.4, pp.643-652, Out-Dez 2010.
6. FLORINDO, A. N. Educação Física e promoção em saúde. *Revista Brasileira de atividade física e saúde*, São Paulo, Vol. 3, n. 1, pp.84-89, 1998.
7. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, pp.163-177, Jan-Mar 2000.
8. GUEDES, D. P. Educação para a saúde mediante programas de educação física escolar. *Motriz*, vol.5, n. 1, Junho/1998.
9. FERREIRA, M. S. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. *Revista Brasileira de Ciência e Esporte*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, pp. 41-54, Jan-2001.
10. ROCHA, C. C. M. A motivação de adolescentes do ensino fundamental para a prática da educação física escolar. Lisboa, Mai-2009.
11. BUSS, M. P.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. *Revista saúde coletiva*, Rio de Janeiro, pp. 77-93, Mar-2007.
12. TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, Rio Grande do Norte, pp. 133-147, Jul-Dez 2002.

13. DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Adolescência e imagem corporal. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, pp. 55-59, Out-Dez 2010.
14. CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Revista Enfermagem*, Ceará, pp. 555-559, Set-2008.
15. PEREIRA, E. S.; MOREIRA, O. C. Importância da aptidão física relacionada à saúde e aptidão motora em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, vol. 7, n. 39, pp. 309-316, Mai-Jun 2013.
16. ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Labirinto de espelhos: formação da autoestima na infância e na adolescência. *Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2004.
17. ARANHA, A.; TEIXEIRA, N. Relação entre a prática de atividade física e o estado de bem-estar. Portugal.
18. TASSITANO, R. M.; BEZERRA, J.; TENÓRIO, M. C. M.; COLARES, V.; BARROS, M.V.G.; HALLAL, P.C. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Pernambuco, pp. 55-60, Mar-2007.
19. LAZZOLI, J. K.; NÓBREGA, A. C. L.; CARVALHO, T.; OLIVEIRA, M. A. B.; TEIXEIRA, J. A. C.; LEITÃO, M. B.; LEITE, N.; MEYER, F.; DRUMMOND, F. A.; PESSOA, M. S. V.; REZENDE, L.; ROSE, E. H.; BARBOSA, S. T.; MAGNI, J. R. T.; NAHAS, R. M; MICHELS, G.; MATSUDO, V. Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, vol. 4, Jul-Ago 1998.
20. SENOS, J.; DINIZ, T. Autoestima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Revista Análise Psicológica*, pp. 267-276, 1998.
21. LIU, M.; WU, L.; MING, Q.; How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *Plos One*, United States, Ago-2015.
22. BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. M. As implicações do *bullying* na autoestima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, Vol. 14, n. 1, pp. 131-138, Jan-Jun de 2010.
23. RECH, C.R.; ARAÚJO, E.D.S.; VANAT, J.R. Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v.24, n.2, p.285-92, abr./jun. 2010.

24. PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, pp. 1071-1077, Abr-2012.
25. ARAÚJO, S. A. P. Satisfação com a imagem corporal, autoestima e variáveis morfológicas. Out-2001.
26. LOUREIRO, K. K. C. C. Relação entre autoeficácia e autoestima parentais e rendimento escolar dos filhos. Dez-2012.
27. MENDES, D. C.; CASTELANO, K. L.; MARTINS, L. M.; ANDRADE, C. C. F. A influência da autoestima no desempenho escolar. *Revista Educação em debate*, Fortaleza, ano 39, n. 73, Jan-Jun 2017.
28. FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico dos adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Portugal, pp. 184-188, Mar-2011.
29. ZATTONI, R. S. A autoestima em crianças da terceira infância e sua relação com o elogio no contexto educacional. Paraná, Nov-2011.
30. NUNES, C. I. F. R. O bem-estar psicológico e a promoção das competências pessoais e sociais na adolescência. 2010.
31. BIAZUSSI, R. Os benefícios da atividade física aos adolescentes.
32. BRITO, C. C.; OLIVEIRA, M. T. Bullying e autoestima em adolescentes de escolas públicas. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, vol. 89, núm. 6, pp. 601-607, nov-dez 2013.
33. CARTA DE OTTAWA: PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, novembro de 1986.
34. MORAIS, C. A.; AMPARO, D. M.; FUKUDA, C. C.; BRASIL, K. T. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. *Estudos de Psicologia*, Brasília, pp. 369-379, Set-Dez 2012.
35. MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 7-18, 2000.
36. MARQUES, A. T.; GAYA, A. Atividade física, aptidão física e educação para saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil. *Revista Paulista de educação física*, São Paulo, pp. 83-102, Jan-Jun 1999.
37. RIBEIRO, M. A.; ANDRADE, D. R.; OLIVEIRA, L. C.; BRITO, C. F. D. A.; MATSUDO, S. M. M.; ARAÚJO, T. L.; ANDRADE, E.; FIGUEIRA JR, A.; BRAGGION, G.; MATSUDO, V. Nível de conhecimento sobre atividade física para a

- promoção da saúde de estudantes de educação física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, vol. 9, n. 3, pp. 31-37, Jul-2001.
- 38.** BRITO, A. K. A.; SILVA, F. I. C.; FRANÇA, N. M. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 36, n. 95, pp. 624-632, Out-Dez 2012.
- 39.** FARIAS, E. S.; PAULA, F.; CARVALHO, W. R. G.; GONÇALVES, E. M.; BALDIN, A. D.; GUERRA-JÚNIOR, GIL. Efeito da atividade física programada sobre a composição corporal em escolares adolescentes. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, vol. 85, n. 1, pp. 28-34, Dez-2009.
- 40.** SILVA, P. V. C.; COSTA JR, A. L. C. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicologia Argum*, Curitiba, vol. 29, n. 64, pp.41-50, Jan-Mar 2011.
- 41.** BENAVENTE S. B. T.; COSTA A. L. S. Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. *Acta Paul Enferm*, vol.24, n. 4, pp. 571-576, Fev-2011.
- 42.** TAVARES, K. S.; NAVARRO, F.; FRANZEN, C. Treinamento de força como terapia para adolescentes depressivos e com baixa autoestima. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, v.1, n.3, pp.1-12, Mai-Jun 2007.
- 43.** LUCAS, C.; FREITAS, C; OLIVEIRA, C.; MACHADO, M.; MONTEIRO, M. Exercício e satisfação coma vida: um estudo com adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Portugal, Fev-2011.
- 44.** MELLO, M. T.; BOSCOLO, R. A.; ESTEVES, A. M.; TUFIK, S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, vol. 11, n. 3, Mai-Jun 2005.
- 45.** MELO, V. L. C.; SERRA, P. J.; CUNHA, C. F. Obesidade infantil – Impactos psicossociais. *Revista de Medicina Minas Gerais*, Minas Gerais, pp. 367-370, 2010.
- 46.** PARÂMETRO CURRICULAR NACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2000.
- 47.** BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, pp. 163-177, Jan-Mar 2000.
- 48.** BENETTI, S. P. C.; RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, A. C.; RODRIGUES, A. P. G.; RODRIGUES DANIELA TREMARIN, D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, pp.1273-1282, Jun-2007.

49. HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em perspectiva*, pp. 102-108, 2003.
50. LOUREIRO, L. M. J.; MENDES, A. M. O. C.; BARROSO, T. M. M. D. A.; José SANTOS, C. P.; OLIVEIRA, R. A.; FERREIRA, R. O. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 157-166, Mar-2012.
51. AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C.; RENATA M. FERREIRA, R. M.; PESCE, R. P. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 23, n. 3, pp. 287-294, Jul-Set 2007.