

Estudo da Imagem Corporal na Adolescência

Nuno Miguel Soares Gaspar

ESTUDO DA IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo - Comportamental e Sistémica

Nuno Miguel Soares Gaspar

Orientação científica do Professor Doutor Adriano Vaz Serra

Ao meu amigo

P.e David Pedrosa Gaspar

ÍNDICE

Lista de figuras e quadros	vii
Preâmbulo	ix
Resumo.....	xv

INTRODUÇÃO

Capítulo I

O ORGANISMO EM MUDANÇA E A CONSTRUÇÃO DO CORPO	17
1. Aspectos neuro-endócrinos do desenvolvimento na adolescência.....	18
1.1. Do sexo cromossômico ao sexo gonadal: as mudanças pré-natais	18
1.2. O papel neuro-endócrino do eixo hipotálamo — hipófise: uma porta aberta à subjectivação do desenvolvimento biológico.....	19
1.3. O sono das hormonas: do nascimento à puberdade	20
2. As mudanças corporais associadas ao crescimento durante a adolescência	21
2.1. A menarca e a espermarca	21
2.2. Genitais externos	23
2.3. Crescimento	23
2.4. Desenvolvimento dos músculos.....	24
2.5. Acumulação de tecidos gordos	25
2.6. Pilosidade	25
2.7. Seios	25
2.8. Pele	26
2.9. Forma pélvica	26
2.10. Voz	27
3. Mudanças corporais na adolescência e percepção do corpo: dados da perspectiva <i>Life-Span</i> do desenvolvimento humano	27
4. A medida e o significado do desenvolvimento corporal.....	30

Capítulo II

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA IMAGEM CORPORAL.....	35
1. Ideais de beleza: determinação biológica ou determinação cultural?	36
2. Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades... a evolução dos ideais de beleza física.....	37
3. O corpo e a cultura de consumo.....	39
4. Os estereótipos. Afinal quem vê caras, também vê corações	42
4.1. "O belo é bom"	42
4.2. Os estereótipos de género	43
5. Atitudes relativas ao próprio corpo: imagem corporal, satisfação corporal e auto-conceito	44
6. Satisfação com a imagem corporal. Ninguém está contente com o corpo que tem?	46
7. Gostar do corpo e gostar de si próprio. Relação da satisfação corporal com a auto-estima.....	48

Capítulo III

AUTO-AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA CORPORAL E SAÚDE MENTAL	50
1. Preocupações normais com a aparência física: o "descontentamento normativo"	51
2. Imagem corporal e perturbações alimentares	53
3. A modificação da imagem corporal no tratamento da imagem corporal negativa e das perturbações alimentares	58
4. Imagem corporal e Perturbação Dismórfica Corporal	60

MÉTODO

Capítulo IV

OBJECTIVOS E METODOLOGIA GERAL	68
1. Objectivos, questões e hipóteses.....	68
2. Constituição da amostra.....	70
3. Contexto e procedimentos de colecção dos dados	71
4. Variáveis	72
4.1. Variáveis sócio-demográficas	72
4.2. Questões relativas a valores, atitudes e comportamentos relacionados com o corpo	73
4.3. Avaliação da satisfação por zona corporal.....	74
4.4. Avaliação do índice de massa corporal relativo.....	74
5. A análise dos dados	75
5.1. A análise descritiva do conteúdo das questões abertas	75
5.2. A análise estatística dos resultados	76

RESULTADOS

Capítulo V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	79
1. Análise das frequências e conteúdos das questões abertas.	80
1.1. Questões relativas à auto-avaliação da imagem corporal	80
1.1.1. Questão 1	80
1.1.1.1. Análise da frequência de respostas.....	80
1.1.1.2. Análise do conteúdo das respostas	81
1.1.1.3. Síntese dos resultados da questão 1.....	84
1.1.2. Questão 2	85
1.1.2.1. Análise da frequência de respostas.....	85
1.1.2.2. Análise do conteúdo das respostas	86
1.1.2.3. Síntese dos resultados da questão 2.....	88
1.1.3. Questão 3	89
1.1.3.1. Análise da frequência de respostas.....	89
1.1.3.2. Análise do conteúdo das respostas	90
1.1.3.3. Síntese dos resultados da questão 3.....	93

1.2. Questões relativas a aspectos comportamentais associados à avaliação subjectiva do corpo	94
1.2.1. Questão 4	94
1.2.1.1. Análise da frequência de respostas.....	94
1.2.1.2. Análise do conteúdo das respostas	95
1.2.1.3. Síntese dos resultados da questão 4.....	97
1.2.2. Questão 5	98
1.2.2.1. Análise da frequência de respostas.....	98
1.2.2.2. Análise do conteúdo das respostas	100
1.2.2.3. Síntese dos resultados da questão 5.....	103
1.2.3. Questão 6	104
1.2.3.1. Análise da frequência de respostas.....	104
1.2.3.2. Análise do conteúdo das respostas	105
1.2.3.3. Síntese dos resultados da questão 6.....	109
1.3. Questões relativas a aspectos funcionais do corpo participantes na aparência física.....	110
1.3.1. Questão 7	110
1.3.1.1. Análise da frequência de respostas.....	110
1.3.1.2. Análise do conteúdo das respostas	111
1.3.1.3. Síntese dos resultados da questão 7.....	113
1.3.2. Questão 8	114
1.3.2.1. Análise da frequência de respostas.....	114
1.3.2.2. Análise do conteúdo das respostas	114
1.3.2.3. Síntese dos resultados da questão 8.....	116
1.3.3. Questão 9	116
1.3.3.1. Análise da frequência de respostas.....	116
1.3.3.2. Análise do conteúdo das respostas	117
1.3.3.3. Síntese dos resultados da questão 9.....	119
2. Estudo quantitativo da satisfação corporal. Resultados.	121
2.1. Análise descritiva das respostas de auto-avaliação da satisfação com diferentes aspectos das zonas corporais consideradas	122
2.1.1. Síntese da análise descritiva.....	126
2.2. Construção de indicadores de satisfação corporal: redução do número de variáveis em análise pelo método da análise de variância em componentes principais	127
2.3 O papel do sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal na satisfação com o corpo	133
2.3.1. Análise das correlações canónicas	133
2.3.1.1. Determinação das correlações canónicas: avaliação da utilidade preditiva do modelo.....	133
2.3.1.2. Análise da estrutura factorial canónica	134
2.3.2. Síntese dos resultados da análise das correlações canónicas.....	139
2.4. Influência da idade e do IMC_C na avaliação da satisfação corporal de elementos masculinos versus femininos	141
2.4.1. Resultados para a amostra masculina.....	142
2.4.2. Resultados para a amostra feminina.....	143
2.4.3. Síntese dos resultados das análises por sexo	147

DISCUSSÃO

Capítulo VI

DISCUSSÃO	150
1. Discussão dos resultados da avaliação de atitudes e comportamentos relacionados com o corpo	151
1.1. Discussão dos resultados das questões 1 a 3	151
1.2. Discussão dos resultados das questões 4 a 6	155
1.3. Discussão dos resultados das questões 7 a 9	160
2. Discussão dos resultados da avaliação da satisfação corporal em função do sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal relativo	162
3. Síntese	167
Conclusões Gerais	169
Résumé	175
Summary	176
Bibliografia	177
Apêndices	188
Apêndice A - Questionário respondido pelas raparigas.	
Apêndice B - Questionário respondido pelos rapazes.	
Apêndice C - Identificação e caracterização das categorias presentes na análise de conteúdo.	
Apêndice D - Matriz de correlações.	

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Exemplo do conteúdo de dois ficheiros de dados qualitativos.....	76
Figura 2 - Regiões corporais seleccionadas para a análise factorial	127
Figura 3 - Satisfação com diferentes dimensões do corpo em função do sexo.	139
Figura 4 - Efeito da interacção sexo $\times$ índice de massa corporal relativa na média da satisfação com as ancas e coxas.....	147
Quadro 1 - Percentagem de elementos insatisfeitos com áreas ou dimensões corporais	47
Quadro 2 - Indicadores de Perturbação de Imagem Corporal.....	56
Quadro 3 - Critérios de Diagnóstico para a Perturbação Dismórfica Corporal (300.7).....	60
Quadro 4 - Idade de início da Perturbação Dismórfica Corporal.....	61
Quadro 5 - Distribuição da amostra por escalão etário, nível de escolaridade e meio de residência, em função do sexo:	71
Quadro 6 - Adolescentes insatisfeitos com o corpo	80
Quadro 7 - Aspectos corporais e partes do corpo associadas à insatisfação corporal. Resultados em função do sexo	82
Quadro 8 - Aspectos corporais e partes do corpo associadas à insatisfação corporal. Resultados em função do meio demográfico	83
Quadro 9 - Aspectos corporais e partes do corpo associadas à insatisfação corporal. Resultados em função da idade	84
Quadro 10 - Adolescentes que consideram o corpo anormal.....	85
Quadro 11 - Aspectos corporais e partes do corpo consideradas anormais. Resultados em função do sexo	86
Quadro 12 - Respostas à questão 2, incluídas na categoria <i>Outros</i>	87
Quadro 13 - Aspectos corporais e partes do corpo consideradas anormais por adolescentes. Resultados em função do meio demográfico	87
Quadro 14 - Aspectos corporais e partes do corpo consideradas anormais por adolescentes de diferentes faixas etárias	88
Quadro 15 - Adolescentes que desejam modificar o corpo	89
Quadro 16 - Aspectos corporais e partes do corpo que os adolescentes desejam modificar. Resultados em função do sexo	91
Quadro 17 - Aspectos corporais e partes do corpo que os adolescentes desejam modificar. Resultados em função do meio demográfico	92
Quadro 18 - Aspectos corporais e partes do corpo que os adolescentes desejam modificar. Resultados em função da idade.....	93
Quadro 19 - Adolescentes que referem inibições do comportamento devido ao aspecto do corpo	94
Quadro 20 - Comportamentos inibidos devido à aparência física. Resultados em função do sexo	95
Quadro 21 - Comportamentos inibidos devido à aparência física. Resultados em função do meio demográfico	97
Quadro 22 - Comportamentos inibidos devido à aparência física. Resultados em função da idade.....	97
Quadro 23 - Adolescentes que disfarçam aspectos corporais	98
Quadro 24 - Estratégias de camuflagem, aspectos e partes corporais camuflados. Resultados em função do sexo	100
Quadro 25 - Estratégias de camuflagem, aspectos e partes corporais camuflados. Resultados em função do meio demográfico	102
Quadro 26 - Estratégias de camuflagem, aspectos e partes corporais camuflados por adolescentes iniciais, médios e finais	103
Quadro 27 - Adolescentes que dão mais atenção a partes específicas do corpo	104
Quadro 28 - Partes, aspectos corporais e comportamentos de atenção ao corpo. Resultados em função do sexo	105
Quadro 29 - Partes, aspectos corporais e comportamentos de atenção ao corpo. Resultados em função do meio demográfico	107
Quadro 30 - Partes, aspectos corporais e comportamentos de atenção ao corpo. Resultados em função da idade.....	108
Quadro 31 - Adolescentes insatisfeitos com o modo de andar	110
Quadro 32 - Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar. Resultados em função do sexo.....	111

Quadro 33 - Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.	
Resultados em função do meio demográfico	112
Quadro 34 - Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.	
Resultados em função da idade.....	113
Quadro 35 - Adolescentes insatisfeitos com o modo de correr.....	114
Quadro 36 - Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de correr.	
Resultados em função do sexo.....	114
Quadro 37 - Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de correr.	
Resultados em função do meio demográfico	115
Quadro 38 - Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.	
Resultados em função da idade.....	115
Quadro 39 - Adolescentes insatisfeitos com a maneira física de estar	116
Quadro 40 - Aspectos e partes do corpo associados à insatisfação com a postura corporal.	
Resultados em função do sexo.....	117
Quadro 41 - Aspectos e partes do corpo associados à insatisfação com a postura corporal.	
Resultados em função do meio demográfico	118
Quadro 42 - Aspectos e partes do corpo associados à insatisfação com a postura corporal.	
Resultados em função da idade.....	119
Quadro 43 - Resumo dos resultados da análise do conteúdo. Enunciado das diferenças significativas observadas em função do sexo, do meio demográfico e da idade	120
Quadro 44 - Caracterização da amostra em função da idade, sexo e meio demográfico após exclusão dos casos com dados omissos	121
Quadro 45 - Valores médios de satisfação e frequências de respostas para cada zona corporal	123
Quadro 46 - Valores médios de satisfação por zona corporal. Resultados em função do sexo.	124
Quadro 47 - Análise factorial pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax	128
Quadro 48 - Resumo dos resultados da análise em componente principais.....	132
Quadro 49 - Análise de correlação canónica: Correlações, variância associada, significância	134
Quadro 50 - Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações das variáveis com a primiera função canónica significativa.	135
Quadro 51 - Análise de regressão múltipla: Coeficientes de regressão estandardizados e coeficiente de determinação.	136
Quadro 52 - Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações das variáveis com a segunda função canónica significativa.....	137
Quadro 53 - Análise de correlação canónica: Correlações, variância associada, significância da associação e redundância. Amostra masculina.	142
Quadro 54 - Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações com a função canónica significativa. Amostra masculina.....	143
Quadro 55 - Análise de correlação canónica: Correlações, variância associada, significância da associação e redundância. Amostra feminina.	143
Quadro 56 - Análise de regressão múltipla: coeficientes de regressão estandardizados e coeficiente de determinação. Amostra masculina e amostra Feminina	144
Quadro 57 - Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações com a primeira função canónica significativa. Amostra feminina.....	145
Quadro 58 - Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações com a segunda função canónica significativa. Amostra feminina.....	146

PREÂMBULO

Em 1996, quando trabalhava como psicólogo clínico da Escola EB23/S da Guia, foi-me pedido que observasse uma aluna que, dizia-se, tinha uma doença estranha. A menina, que até há pouco meses atrás era boa aluna e esforçada, agora perdia peso dia após dia, deixara de ter apetite e a mãe já não sabia o que fazer. Após ter falado com esta adolescente, de 13 anos de idade com 1,63m de altura e 36 Kg de peso, apercebi-me que mais do que falta de vontade de comer havia «vontade de não-comer». O mais desconcertante na situação era o facto da adolescente, em acessos raros de rebeldia, manifestar desconhecer o porquê de tanta atenção dada ao assunto, primeiro pela mãe, depois pelos professores e agora pelo psicólogo da escola. Magra demais? Nem pensar! Até achava que tinha umas «gorduritas» a mais no braço — e procurava, utilizando os dedos como se fossem uma pinça, fazer uma prega de pele para provar o seu ponto de vista.

Uma reunião com as melhores amigas desta adolescente revelou que também elas estavam insatisfeitas com a própria imagem corporal e que invejavam as pernas da colega. No entanto, relativamente às outras partes do corpo, as amigas consideravam-na demasiado magra e notavam que não estava bem, que parecia andar muito triste, sempre preocupada e que nunca parava.

Esta adolescente já tinha sido observada pelo seu médico de família, decerto numa altura em que os sintomas eram menos evidentes, pois não foi detectado qualquer problema e a atenção da mãe à alteração do comportamento alimentar da filha foi punida com um comentário relativo à necessidade dos pais aceitarem o comportamento dos filhos pelo aquilo que é não pelo que eles desejariam que fosse. Mais tarde, um médico psiquiatra corroborou o diagnóstico de Anorexia Nervosa e com o recurso a uma intervenção psicofarmacológica e a terapia cognitivo-comportamental, realizada no contexto escolar, o problema de comportamento alimentar foi debelado.

Estes acontecimentos marcaram o início do meu interesse pela experiência subjectiva do corpo durante a adolescência.

Pensar que o sofrimento emocional na adolescência é normal e universal, que corresponde a uma fase do desenvolvimento e que o passar dos anos tudo resolverá sem mazelas, constitui um mito contra o qual alguns técnicos de saúde mental se têm batido. Sampaio (1993) chama a atenção para a necessidade de não confundir o normal com o patológico no que se refere às situações de perturbação mental características da adolescência, alertando quer para a patologização do normal, quer para a normalização do patológico decorrente respectivamente da actuação de estereótipos e do papel «explicativo» da expressão «crise da adolescência».

Weiner (1992), ao rever os factores que contribuíram para uma visão da adolescência enquanto um período natural de labilidade comportamental e emocional, destaca a influência das interpretações psicanalíticas que tornavam indispensável ao desenvolvimento normal a existência de tumulto emocional e que faziam suspeitar da benignidade de um ajustamento aparentemente suave às mudanças da adolescência. O mesmo autor salienta que esta visão da adolescência, além de poder ter como consequência a ausência de diagnóstico e de tratamento de situações de perturbação mental, não está de acordo com os dados epidemiológicos relativos à incidência de perturbações mentais neste período da vida.

Contudo, além da visão normativa dos problemas e sofrimento dos adolescentes, o facto de neste período do ciclo vital se observarem mudanças desenvolvimentais relativamente rápidas também contribui para aumentar a dificuldade e o melindre da distinção entre o normal e o patológico na adolescência.

Algumas destas mudanças ocorrem ao nível da morfologia e do funcionamento do corpo. Deste modo, o corpo constitui um estímulo ubíquo para o adolescente, tornado saliente pelas mudanças rápidas que caracterizam o início da adolescência e pela ênfase de uma cultura que responsabiliza cada um pela construção e uso que faz do corpo.

Não gostar do próprio corpo pode não traduzir nada de grave, pode inclusivamente ser «normativo», mas nem sempre é inócuo e pode manifestar-se num contínuo que vai do descontentamento benigno até à repulsa característica de uma perturbação tão grave como a Perturbação Dismórfica Corporal (Phillips, 1996).

Sob esta perspectiva, consideramos importante conhecer o que se passa com os adolescentes quanto à satisfação corporal de modo a que os afastamentos relativamente ao que é esperado e o recurso a estratégias para lidar com a insatisfação corporal que acabam por ser auto-depreciativas possam receber atenção adequada e intervenção clínica sempre e apenas quando for necessário.

Conhecer melhor como os adolescentes avaliam o seu corpo e o que sentem e fazem em função dessa avaliação parece-nos ser importante pois a ênfase actual na possibilidade de construir o corpo coloca-o ao serviço da construção da identidade, nas tensões entre o conseguir ser diferente sem deixar de ser igual.

Procurámos obter este conhecimento a partir dos adolescentes, utilizando metodologia qualitativa exploratória, que colocasse em evidência o que pensavam, sentiam e faziam em relação ao corpo, em vez de os confrontar com enunciados que resultassem da tradução de escalas estrangeiras as quais, independentemente de terem sido adequadamente validadas, foram concebidas para os respectivos países, privilegiando à partida os itens relevantes nesse contexto de origem. Recorremos também a metodologia quantitativa para testar um conjunto de hipóteses relacionadas com a posição que defendemos para a realidade humana em geral e que, no caso particular da satisfação com o corpo, antevê o papel convergente e interactivo de factores biológicos, psicológicos e sociais, sem esquecer que cada pessoa pode integrar de modo idiossincrático essas influências.

Adoptámos portanto uma perspectiva bio-psico-social da imagem corporal que procuramos traduzir nos temas que abordamos nos capítulos que constituem a

introdução ao nosso trabalho. Deste modo, no Capítulo I abordamos o papel desempenhado pelas modificações orgânicas da adolescência na construção do corpo, privilegiando as alterações neuro-endócrinas que conduzem às diferenciações morfológicas e discutindo trabalhos que mostram como a avaliação que o adolescente faz das modificações corporais se relaciona com o seu desenvolvimento psicossocial e é modulada pelo contexto. Neste clarificamos a opção por um modelo de desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital, concretamente pela perspectiva contextual-desenvolvimental, necessário para enquadrar as questões que colocamos (Lerner & Jovanovich, 1990). Justificamos esta opção com base nas vantagens teóricas que o modelo oferece e na relevância directa que estudos empíricos decorrentes desse modelo tiveram relativamente ao tema deste trabalho.

No Capítulo II, com o objectivo de integrar uma perspectiva psicossocial da imagem corporal, abordamos aspectos sócio-culturais importantes para a imagem corporal (os ideais de beleza e os estereótipos) e discutimos a relação que a imagem corporal mantém com a auto-estima.

O tema do Capítulo III é o sofrimento relacionado com a auto-avaliação do corpo e neste capítulo procuramos fundamentar a importância da imagem corporal para a Saúde Mental, não só pelo papel que lhe é atribuído na etiologia e manutenção das perturbações alimentares, mas também pela relação que poderá ter com uma perturbação mental grave, relativamente desconhecida e frequentemente não diagnosticada, que é a Perturbação Dismórfica Corporal (Phillips, 1996). Através da revisão e discussão de trabalhos empíricos procuraremos mostrar que a avaliação que a pessoa faz da própria aparência física é relevante em termos da sua saúde mental.

Os objectivos, as questões, as hipóteses e a metodologia empregue no nosso trabalho empírico são apresentadas no Capítulo IV. Como foram recolhidos dados qualitativos e quantitativos, dois tipos de análise de dados foram empregues: uma análise de conteúdo e análises estatísticas multivariadas.

Procedemos à apresentação dos resultados no Capítulo V. São apresentados primeiro os resultados qualitativos relativos às nove questões colocadas aos adolescentes e a seguir os resultados relativos à variação da satisfação corporal em função do sexo, da idade, do índice relativo de massa corporal e do meio demográfico.

O Capítulo VI trata da discussão dos resultados. Por uma questão de clareza de exposição discutimos e comentamos em primeiro lugar os resultados da avaliação das atitudes e comportamentos provenientes das respostas às questões abertas do inquérito. Em segundo lugar discutimos os resultados da avaliação da satisfação corporal em função do sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal relativo. Por último, integrando o contributo das duas metodologias de análise que utilizámos, fazemos a síntese da discussão revendo em que medida os dados apoiam ou não as nossas hipóteses.

Apresentamos a avaliação geral das conclusões do estudo, os limites dessas conclusões e as implicações para as terapias cognitivo-comportamentais e sistémicas na secção Conclusões Gerais.



Nos parágrafos anteriores apresentámos o resultado de um percurso durante o qual recebemos a ajuda amiga de muitas pessoas às quais gostaríamos de agradecer.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra que *me orientou* neste trabalho. O facto de não ter resolvido por mim as dificuldades que foram surgindo, preferindo antes colocar-me questões orientadoras e deixar-me explorar as diversas soluções para depois as avaliarmos em conjunto, permitiu-me desenvolver a confiança e a segurança necessárias para realizar este estudo.

À Professora Doutora Leonor Lencastre e ao Professor Doutor Amâncio Pinto, responsáveis pela minha orientação pedagógica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, agradeço o incentivo e a compreensão que demonstraram sempre que a realização deste trabalho limitou a minha disponibilidade.

Agradeço à Professora Doutora Anne Marie Fontaine a correcção do *résumé* e as sugestões relativas aos cuidados de recolha da amostra quando se tratou de proceder ao esgotamento dos estratos. Estou igualmente grato à Professora Doutora Gabrielle Poeschl pelos esclarecimentos relativos à metodologia estatística envolvida na construção de escalas. Aos restantes colegas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto agradeço todo o apoio que me

prestaram. Destaco a Dr.^a Susana Coimbra pela amizade e disponibilidade que sempre manifestou e pelas sugestões que me fez ao longo deste trabalho.

Escrevo um agradecimento muito especial à Dr.^a Anabela Araújo. Não existem palavras de gratidão para a amizade e carinho com que leu as sucessivas versões deste estudo. Agradeço especialmente as sugestões precisas e pertinentes que fui integrando na redacção desta dissertação.

Agradeço ao Professor Doutor Jacques Houart as leituras que me propôs na área da reflexão social e antropológica, permitindo-me alargar a perspectiva do corpo à sua dimensão política.

Agradeço à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto todos os recursos que me disponibilizou para realizar este trabalho.

O meu reconhecimento vai também para todos os alunos que de modo voluntário responderam ao nosso inquérito e para os órgãos de gestão e professores dos seguintes estabelecimentos de ensino: Escola EB23S da Guia, Escola Tecnológica e Artística de Pombal, Escola Básica Integrada Gualdim Pais [Pombal], Escola Secundária de Pombal, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Escola Superior de Educação de Leiria, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Escola Profissional de Leiria, Escola Secundária de Avelar Brotero [Coimbra] e Escola Secundária D. Pedro I [Alcobaça].

Reservo os agradecimentos finais para a minha família, amigos e muito especialmente para a Leonor, companheira de todos os momentos desde que me dediquei ao estudo da psicologia.

Guimarães, 14 de Julho de 1999

RESUMO

O objectivo deste trabalho consistiu em estudar as atitudes e comportamentos de insatisfação corporal através do inquérito de uma amostra constituída por 420 adolescentes portugueses e estratificada por sexo, idade (dos 13 aos 19 anos) e meio demográfico (urbano vs rural).

A análise de conteúdo mostrou que uma percentagem significativamente superior de raparigas: a) relatou insatisfação relativamente à gordura, rosto, abdómen, ancas, coxas e pernas; b) relatou desejo de modificar as pernas, o peito, o abdómen e as ancas; c) devido à imagem corporal, evitou usar roupas que aprecia, restringiu a alimentação e evitou expor o corpo; d) mencionou disfarçar partes do corpo que considera defeituosas. Maior percentagem de rapazes relatou: a) estar insatisfeito com a musculatura e desejo de ser mais musculado; b) evitar relacionamentos com elementos do sexo feminino devido à imagem corporal; c) dar mais atenção aos genitais e aos músculos; d) estar insatisfeito na presença de colegas por considerar ter menor compleição física. Foi superior a percentagem de adolescentes urbanos que referiu ter deixado de participar, devido a defeitos da aparência corporal, em desfiles de moda e que mencionou realizar exercício físico e ter cuidado com a alimentação como forma de dar atenção ao corpo. Maior percentagem de adolescentes iniciais (13 aos 14 anos) mencionou que considera a sua estatura anormal e que contrai o abdómen para parecer menor.

A análise das correlações canónicas revelou que a satisfação relativa a partes corporais varia sistematicamente em função do sexo: as raparigas avaliaram os genitais, ancas, coxas, abdómen e pernas mais negativamente que os rapazes, tendo estes últimos avaliado mais negativamente os braços e o cabelo. Análises da correlação canónica independentes para cada sexo revelaram que para os rapazes a idade está associada à menor satisfação com os braços e para as raparigas o maior índice de massa corporal está associado a menor satisfação com as ancas, coxas, nádegas e abdómen.

Os resultados foram discutidos no quadro da interacção entre as modificações físicas inerentes ao crescimento na adolescência e o processamento de informação social, em particular o papel dos estereótipos de beleza física e dos estereótipos de género.

Palavras-chave:

Imagem Corporal – Insatisfação Corporal – Adolescência – Perturbações Emocionais

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

O Organismo em Mudança e a Construção do Corpo

Na puberdade, um conjunto de modificações neuro-endócrinas, imperceptíveis para o adolescente e para aqueles com quem priva, traduzem-se em manifestações morfológicas, funcionais e de comportamento com significado psicológico e social importante.

Este capítulo tem como objectivo contribuir para a compreensão do papel desempenhado pelas modificações orgânicas da adolescência na construção do corpo. O corpo, ao qual Alferes (1987) se referiu como sendo, talvez, «...aquilo que de menos biológico possuímos», é aqui concebido como uma realidade bio-psico-social vivida por cada humano. Assim, em primeiro lugar, descrevemos as alterações endócrinas que explicam os aspectos biológicos da puberdade. Tratamos de referir as alterações neuro-endócrinas que explicam o processo pubertário, num domínio que, apesar de ser claramente biológico, abre a porta à regulação pelo sistema nervoso central (SNC) e à influência de factores psicossociais. Em segundo lugar, relacionaremos com a actividade neuro-endócrina as mudanças no organismo que, por serem vividas pelo próprio adolescente e, algumas, observadas pelas outras pessoas, consideramos desempenharem um papel importante na forma como o

adolescente vive o corpo. Por fim, baseando-nos sobretudo numa perspectiva do desenvolvimento humano em todo o ciclo de vida¹, procuraremos esclarecer o significado psicológico e social de algumas mudanças associadas à puberdade.

1. Aspectos neuro-endócrinos do desenvolvimento na adolescência

1.1. Do sexo cromossómico ao sexo gonadal: as mudanças pré-natais

Os órgãos genitais masculinos e femininos têm origem embriológica num esboço comum, a *crista genital* (Guyton, 1992). O processo de diferenciação das gónadas humanas torna-se irreversível cerca de seis semanas após a concepção (Money, 1978).

A presença dos cromossomas X e Y no par de cromossomas sexuais do zigoto determina a formação de *testículos*, a partir da proliferação do núcleo da gónada indiferenciada. Devido à acção estimuladora de hormonas produzidas pela placenta, as *gonadotrofinas coriónicas*, os testículos embrionários produzem *testosterona*, hormona responsável pela diferenciação sexual que se inicia durante o desenvolvimento embrionário e que conduz à formação do sistema reprodutor masculino. Além de influenciarem a diferenciação da genitália externa, na mesma altura, os androgénios fetais influenciam o desenvolvimento do SNC, incluindo a determinação as vias hipotalâmicas (Money, 1978). Quando o par de cromossomas sexuais é composto por dois cromossomas X o embrião forma os *ovários*, glândulas sexuais que produzem *estrogénio* em vez de *testosterona*. Neste caso, desenvolve-se o sistema reprodutor feminino (Jacob, Francone & Lossow, 1978).

¹ As perspectivas acerca do desenvolvimento humano ao longo de todo o ciclo vital recebem, na literatura anglo-saxónica, a designação *Life-Span Developmental Psychology* (Lerner, 1987). Ao longo do texto a expressão *Life-Span* refere-se concretamente à perspectiva de Lerner e colaboradores.

1.2. O papel neuro-endócrino do eixo hipotálamo — hipófise: uma porta aberta à subjectivação do desenvolvimento biológico

O *hipotálamo*, estrutura localizada na base do cérebro, regula a actividade da *hipófise* através da produção de hormonas denominadas *factores hipotalâmicos de libertação* e *factores hipotalâmicos de inibição* que, respectivamente, estimulam ou inibem a actividade segregadora da hipófise. Além disso, no hipotálamo, mais precisamente no *núcleo supra óptico* e no *núcleo para ventricular*, produzem-se hormonas que são transportadas, por via neuronal, para a *neuro-hipófise*, onde são armazenadas e segregadas após estimulação neuronal proveniente dos núcleos hipotalâmicos (Guyton, 1992).

A *hipófise* está ligada ao hipotálamo por uma haste — o *infundíbulo* — que, além das conexões neuronais já referidas, permite o estabelecimento de conexões vasculares. Na hipófise distinguem-se o *lobo anterior* ou *adeno-hipófise* e o *lobo posterior* ou *neuro-hipófise*. A ligação com o hipotálamo é vascular, no caso da adeno-hipófise e neuronal, no caso da neuro-hipófise (Laranjeira & Teixeira, 1986). Iremos considerar sobretudo o papel desempenhado pela adeno-hipófise, por ser o mais relevante para os objectivos deste capítulo.

A adeno-hipófise produz hormonas que estimulam outras glândulas. Constitui excepção a hormona do crescimento ou *somatotrofina* pois também actua directamente sobre as células. Entre as várias hormonas produzidas pela hipófise, as *hormonas gonadotróficas* e as *hormonas do crescimento* desempenham um papel importante nas modificações neuro-endócrinas associadas ao desenvolvimento físico na puberdade (Jacob, Francone & Lossow, 1978).

As hormonas gonadotróficas, ou *gonadotrofinas*, são hormonas que vão estimular o desenvolvimento e a actividade das glândulas sexuais ou *gónadas*. As gonadotrofinas incluem a hormona estimuladora do crescimento do folículo ovariano, *hormona foliculo-estimulante* ou *FSH* (*Follicle-Stimulating Hormone*) e a hormona estimuladora do corpo amarelo, *luteína* ou *LH* (*Luteinizing Hormone*). No caso do homem, a LH também é denominada *ICSH* (*Interstitial Cells-Stimulating Hormone*) pois, neste caso, as células estimuladas pela LH são as células intersticiais de Leydig, responsáveis pela produção de testosterona (Guyton, 1992).

A FSH estimula o crescimento do folículo ovariano na mulher. O folículo em desenvolvimento segrega o *estrogénio*, uma hormona sexual feminina. No homem, a FSH estimula a *espermatogénese*. A LH estimula a ovulação na mulher e, como já foi referido, a produção de testosterona no homem (Guyton, 1992; Jacob et al., 1978).

A *somatotrofina*, segregada sob controlo de um factor hipotalâmico, promove o aumento do comprimento dos ossos estimulando o fígado a produzir uma substância, designada *somatomedina*, que causa a proliferação de células da cartilagem do *disco epifisário* — estrutura situada na extremidade do osso em crescimento. O crescimento ocorre até que, por redução da velocidade de proliferação das células cartilaginosas, ocorra a união da epífise com a diáfise. Além do crescimento ósseo, a somatotrofina promove o crescimento dos órgãos pois ao nível celular aumenta a síntese proteica, diminui a utilização de açúcares e favorece a degradação de lípidos para utilização energética (Guyton, 1992).

A produção, pela hipófise, de hormona adrenocorticotrófica, *ACTH* (*AdrenoCorticoTropic Hormone*) é também controlada pelo hipotálamo. Esta hormona leva ao aumento da produção de androgénios pelo córtex das glândulas adrenais ou *supra-renais*. No que diz respeito à determinação de características masculinas e exceptuando os casos patológicos de hipertrofia das adrenais, o papel dos androgénios segregados por estas glândulas é secundário ao que é desempenhado pelos androgénios segregados pelos testículos (Jacob, Francone & Lossow, 1978). Nas raparigas, a testosterona produzida pelas supra-renais tem um papel importante nalgumas modificações corporais da puberdade, como se verá mais adiante.

1.3. O sono das hormonas: do nascimento à puberdade

Depois do nascimento, no início da infância, ocorre um incremento esporádico da segregação de hormonas sexuais. Este incremento poderá constituir um teste ao sistema de retroacção negativa (Petersen, 1987) e antecipa um período longo, que irá até ao final da infância, durante o qual o nível de segregação de hormonas sexuais será baixo.

A supressão da produção e segregação pulsátil de hormonas estimuladoras da libertação das gonadotrofinas — *GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone)* resulta da inibição dos neurónios neuro-segregadores do núcleo arqueado, situado na região média basal do hipotálamo (Brooks-Gunn & Reiter, 1990). Para tentar explicar esta inibição são invocados dois mecanismos alternativos. O primeiro mecanismo baseia-se na inibição retroactiva da segregação hipotalâmica de GnRH, causada pela mínima segregação de hormonas sexuais. O segundo, independente dos esteróides sexuais, envolve influências inibitórias intrínsecas do SNC (Brooks-Gunn & Reiter, 1990), mais especificamente de centros neuronais presentes no sistema límbico (Guyton, 1992).

Na pré-puberdade, cerca dos sete anos, o hipotálamo retoma a segregação pulsátil de GnRH (Peterson, 1987). A libertação consequente de LH e FSH estimula a segregação de hormonas esteróides sexuais. Os androgénios nos rapazes e os estrogénios nas raparigas causam modificações corporais distintas inerentes ao desenvolvimento das características sexuais secundárias.

2. As mudanças corporais associadas ao crescimento durante a adolescência

2.1. A menarca e a espermarca

A *menarca* constitui um marco importante do desenvolvimento da rapariga e a sua ocorrência depende do reinício da estimulação da hipófise pelo hipotálamo. Após o início da puberdade, o ovário começa a crescer e, devido ao aumento dos níveis FSH ocorre o crescimento de alguns folículos. O folículo em crescimento produz estrogénio e desenvolve receptores de FSH, tornando-se ainda mais sensível à acção estimuladora desta hormona. Portanto, um mecanismo de retroacção positiva actua para causar o crescimento muito rápido do folículo. O FSH e os estrogénios têm também uma acção combinada promovendo o desenvolvimento de receptores de LH nas células que rodeiam o óvulo. Isso permite que o desenvolvimento do folículo seja estimulado também pela hormona LH. A LH e o estrogénio estimulam a

proliferação e a segregação das células que rodeiam o óvulo. Horas antes da ovulação, um surto de LH faz com que as células foliculares que rodeiam o óvulo segreguem progesterona em vez de estrogénio. A ovulação² ocorre após a ruptura do folículo e corresponde à libertação do óvulo. As células foliculares que permanecem no ovário formarão um órgão que segrega progesterona e estrogénios, o *corpo luteo* (Guyton, 1992; Jacob, Francone & Lossow, 1978).

As alterações uterinas que caracterizam o ciclo menstrual devem-se sobretudo às alterações dos níveis de estrogénio e de progesterona. Na fase inicial do ciclo, *fase estrogénica*, devido ao estímulo dos estrogénios, ocorre a proliferação do endométrio uterino, resultando num aumento da irrigação sanguínea e no desenvolvimento de glândulas endometriais. Na fase seguinte do ciclo, *fase prostacional*, o estrogénio e a progesterona conduzem o desenvolvimento do endométrio a um estado de proliferação e intumescimento máximo, preparando-o para receber e nutrir o ovo, se a gravidez ocorrer. Caso a gravidez não ocorra³, sobrevirá a *fase menstrual*, durante a qual, devido à diminuição do nível de estrogénios e de progesterona causada pela degeneração do *corpo luteo*, ocorre a involução do endométrio e a subsequente descamação gradual e hemorragia que assinala a menarca (Guyton, 1992; Jacob, Francone & Lossow, 1978).

A primeira menstruação constitui o final de um processo que envolve uma regulação hormonal muito complexa, no qual as alterações uterinas, especificamente as da fase menstrual são, de todas as alterações do ciclo, as mais salientes para a rapariga.

No rapaz o processo que pode corresponder à menarca, no sentido de indiciar a maturação do sistema reprodutor, designa-se *espermarca* e refere-se à primeira ejaculação (Gaddis & Brooks-Gunn, 1985). A testosterona, as gonadotrofinas, a somatotrofina e os estrogénios (resultantes da transformação da testosterona pelas células de Sertoli) constituem as principais hormonas que estimulam o processo de maturação de espermatozóides (*espermatoogénese*) a partir de células germinativas do

² Durante a puberdade é frequente o surto pré-ovulatório de LH ser insuficiente para que a ovulação ocorra. A menarca pode resultar, consequentemente, de um destes ciclos anovulatórios.

³ No caso de um ciclo anovulatório o corpo lúteo não se forma e a segregação de progesterona é bastante reduzida. A fase menstrual ocorrerá devido à redução do nível de estrogénios e progesterona.

epitélio do tubo seminífero (*espermatogónias*). Cada *espermatogónia tipo B* (célula que resulta das divisões mitóticas das *espermatogónias*) origina, após sofrer meiose, quatro células com metade do material genético (*espermátides*). As *espermátides* são nutridas e transformadas em espermatozóides pelas *células de Sertoli*, células de suporte e nutrição presentes no tubo seminífero. Este processo de transformação das *espermátides* em espermatozóides designa-se *espermiogénese* (Guyton, 1992).

2.2. Genitais externos

Durante a puberdade, devido ao aumento da segregação de testosterona, o pénis, o escroto e os testículos aumentam consideravelmente de tamanho. Além do aumento de tamanho é possível pontuar no desenvolvimento dos genitais masculinos a alteração da textura e o escurecimento da pele do escroto (Brooks-Gunn & Reiter, 1990).

Na rapariga, o aumento de segregação de estrogénios associado à puberdade traduz-se, relativamente aos genitais externos, na deposição de gordura no monte de Vénus e nos grandes lábios e no aumento dos pequenos lábios. Ocorre também uma modificação da pigmentação da pele nos genitais (Jacob, Francone & Lossow, 1978).

2.3. Crescimento

O aumento acelerado do peso e da altura fazem parte do processo pubertário. A velocidade máxima de crescimento observada na puberdade, o pico de crescimento, é alcançado em primeiro lugar pelas raparigas. Esse pico pode ser observado em representações de curvas de velocidade de crescimento.

Nas raparigas a segregação de estrogénio decorrente do incremento da actividade das glândulas sexuais faz aumentar a velocidade do crescimento esquelético. Contudo, o estrogénio também induz a fusão das epífises com as diáfises, levando à paragem de crescimento do osso. O fechamento das epífises induzido pela testosterona nos homens é mais lento. Este facto permite que o crescimento dos rapazes se prolongue durante mais meses explicando porque é que,

no final do processo de crescimento, a sua estatura é, em média, maior (Guyton, 1992; Jacob, Francone & Lossow, 1978).

Parâmetros estimados para a população portuguesa⁴ localizam o maior aumento de altura e peso na passagem dos 11 para os 12 anos, para as raparigas e dos 14 para os 15 anos, no caso dos rapazes. Em média, relativamente à altura, os rapazes são mais altos que as raparigas, excepto entre os 11 e os 13 anos, período em que as raparigas são mais altas. Verifica-se o mesmo em relação ao peso: em média as raparigas só são mais pesadas que os rapazes entre os 11 e os 14 anos de idade; antes e depois dessas idades os rapazes são mais pesados. (Ministério da Educação - Instituto de Acção Social Escolar [ME-IASE], 1983).

O aumento de estatura descrito e o crescimento geral de todos os órgãos é estimulado pelas somatotrofinas. No entanto, parte do aumento de peso deve-se a desenvolvimentos diferentes nos rapazes e raparigas, nomeadamente ao desenvolvimento de massa muscular nos rapazes e à acumulação de gordura nas raparigas.

2.4. Desenvolvimento dos músculos

A testosterona promove a síntese e deposição de proteínas. Nas raparigas, os estrogénios também promovem a deposição de proteínas embora esse efeito seja menos intenso do que aquele que é observado nos rapazes. Esta diferença explica o maior desenvolvimento da musculatura nos rapazes. No final da puberdade os rapazes terão mais cerca de 50% de massa muscular do que as raparigas (Guyton, 1992).

⁴ Estes dados devem ser interpretados com cautela devido às modificações que os parâmetros de uma população podem sofrer com o passar dos anos (designados *secular trends*). Relativamente aos valores registados para os 17 anos de idade entre 1971 e 1981, a altura média aumentou 2,8 cm nos rapazes e 2,9 cm nas raparigas. No mesmo período, o peso médio aumentou 2,1Kg nos rapazes e 0,6Kg nas raparigas.

2.5. *Acumulação de tecidos gordos*

Nas raparigas o aumento do peso é alcançado sobretudo graças à deposição de gordura nos tecidos subcutâneos em geral e especialmente no peito, coxas e nádegas. Esta deposição de gorduras ocorre ao longo da puberdade por influência dos estrogénios e culmina nas formas que caracterizam a figura feminina (Guyton, 1992).

2.6. *Pilosidade*

Nos rapazes a testosterona é responsável pelo crescimento de pêlos na região púbica, ao longo da linha alba até ao umbigo, na face, no peito e noutras partes do corpo, como as costas (Guyton, 1992). O desenvolvimento da pilosidade descrito só se completa no estado adulto. No final da puberdade é comum existirem pêlos com espessura e forma semelhantes aos dos adultos mas sem se prolongarem para a linha alba e peito ou ultrapassar a base do triângulo invertido formado pela pilosidade púbica (Brooks-Gunn & Reiter, 1990).

Nas raparigas os estrogénios desempenham um papel pouco significativo na distribuição da pilosidade. O aparecimento dos pêlos púbicos e das axilas deve-se, no caso das raparigas, à actuação da testosterona produzida pelo córtex das glândulas supra-renais (Guyton, 1992).

2.7. *Seios*

O início do desenvolvimento do peito, designado *telarca* (Petersen, 1987), é determinado pelos estrogénios e ocorre nas raparigas a partir do início da puberdade (entre os 8 e os 13 anos). A actuação destas hormonas traduz-se no desenvolvimento dos tecidos que dão a estrutura ao seio, no crescimento de estruturas precursoras das glândulas mamárias (os lóbulos e alvéolos) e na deposição de gordura. Destas alterações fisiológicas progressivas resultam as alterações morfológicas que serviram

de base a Tanner para descrever cinco estádios de desenvolvimento dos seios⁵ na puberdade (Tanner & Whitehouse, 1976).

Nos rapazes pode ocorrer o aumento ligeiro da auréola do mamilo e dos tecidos do peito, acompanhado de sensibilidade nessa área. Em situações normais, esta *ginecomastia* é ligeira e regredirá com o tempo (Brooks-Gunn & Warren, 1985).

2.8. *Pele*

A pele das raparigas é mais vascularizada, mais fina e mais lisa do que a pele dos rapazes. Estas diferenças devem-se à acção dos estrogénios (Guyton, 1992). Nos rapazes a testosterona contribui para o aumento da espessura da pele e para o aumento da velocidade de segregação das glândulas sebáceas. A segregação excessiva que se verifica na adolescência causa frequentemente o *acne* (infecção e inflamação subsequente das glândulas sebáceas) que tende a desaparecer quando a pele se adapta à segregação de testosterona. Nas raparigas a testosterona resultante da conversão de androgénios supra-renais também pode causar acne (Guyton, 1992; Jacob et al., 1978).

2.9. *Forma pélvica*

Uma estrutura óssea pélvica mais larga distingue a figura feminina. No rapaz a testosterona promove o estreitamento e aprofundamento da cintura pélvica, tornando-a mais afunilada e mais robusta que a das raparigas. O formato pélvico feminino permite conter um maior volume e constitui um factor importante para a reprodução (Jacob, Francone & Lossow, 1978).

⁵ O seio só atinge a maturidade funcional com a produção de leite que ocorre após a maturação completa das glândulas mamárias, já sob acção da hormona prolactina segregada, a partir da quinta semana de gestação, pela adeno-hipófise (Guyton, 1992).

2.10. Voz

No rapaz, o aumento da laringe e a hipertrofia da respectiva mucosa, evidentes durante a puberdade, causam alterações no tom de voz tornando-o progressivamente mais grave (Jacob, Francone & Lossow, 1978). A voz dissonante que alguns adolescentes exibem traduz uma fase intermédia do processo de agravamento do tom de voz.

Considerámos até aqui as diferenciações biológicas sequenciais (desde o dimorfismo genético dos cromossomas sexuais até à diferenciação das vias hipotalâmicas, passando pelas diferenciações anatómicas), à parte de outras diferenciações, algumas concomitantes e que não são de menor importância: a atribuição do sexo após o nascimento e o modo diferenciado como, a partir daí, a criança é tratado pelas figuras significativas como sendo um rapaz ou uma rapariga. A interacção dos aspectos biológicos, psicológicos (imagem corporal) e sociais contribui para a construção da identidade de género, entendida como a constância e unidade da experiência da individualidade de cada um enquanto ser masculino ou feminino (ou ambivalente), tornada pública num conjunto de comportamentos que constituem o papel de género e que comunicam a medida em que cada um é masculino, feminino ou ambivalente (cf. Money, 1978).

3. Mudanças corporais na adolescência e percepção do corpo: dados da perspectiva *Life-Span* do desenvolvimento humano

Vaz Serra (1983) refere que os atributos físicos, pelas suas características específicas, nada têm que lhes permitam ser classificados de uma forma absoluta como bons ou maus e que essa classificação depende da aprendizagem pessoal do indivíduo, do papel das consequências das mudanças e da observação de modelos significativos. Então, para conhecer o impacto das mudanças corporais pressupostas pela adolescência na satisfação corporal, é necessário adoptar não só o ponto de vista de quem muda, mas também o próprio contexto da mudança que inclui, necessariamente, as reacções dos outros a essas mudanças.

Chegamos a uma conclusão idêntica, embora por uma via diferente, se aplicarmos os conceitos de *impregnação*⁶ e *interacção dinâmica* dos níveis de análise (Lerner, 1987) ao problema do significado psicossocial do desenvolvimento corporal na adolescência. Fazendo-o, somos levados a considerar que as alterações biológicas neste período da vida ocorrem no contexto de mudanças ocorridas noutros níveis de análise (psicológico, grupal, familiar, comunitário...) e que as modificações num dado nível são influenciadas e influenciam as modificações no outro. A salubridade do processo de desenvolvimento será dependente da qualidade do *encaixe* (*goodness-of-fit*) do indivíduo e o meio.

Servindo-nos da argumentação utilizada, noutro contexto, por Dell (1982), procuraremos discutir o conceito «*goodness-of-fit*». O termo *fit* é suficientemente geral para evitar compromissos de causalidade linear. *Fit* significa apenas que existe uma complementaridade geral entre indivíduo e meio. A causalidade, colando-nos a Dell, será uma interpretação particular de um *fit*, que considera que a complementaridade observada tem a forma: *A causa B*. Ao traduzirmos *fit*, fomos tentados a utilizar, em vez de *encaixe*, o termo *acoplagem*. Este termo, utilizado no contexto das epistemologias da cibernética de segunda ordem, surge no contexto das abordagens dos fenómenos como sendo determinados pela estrutura.

Contudo, *acoplagem* não implica causalidade, mas antes uma complementaridade em que cada sub-sistema se comporta de acordo com a sua própria organização, determinada pela estrutura, que prevê uma dada coerência comportamental. Na *acoplagem* de sistemas, o sistema a resultar deriva de uma *acoplagem* estrutural recíproca na qual os comportamentos dos membros co-evoluem para um sistema organizacionalmente fechado e estável, desenvolvendo uma nova coerência.

Assim o conceito de *acoplagem* estrutural não parece adequar-se a esta perspectiva do desenvolvimento humano. Mais do que não-causalidade, as perspectivas *life-span* do desenvolvimento humano apelam a causalidades circulares, exemplificadas pela ideia de que a biologia humana é simultaneamente um produtor e um produto de mudança social e cultural (cf. Lerner, 1984).

De acordo com Lerner e Jovanovic (1990), as diferenças individuais em termos de aparência física estão ligadas a avaliações e comportamentos sociais diferentes. Estes autores verificaram que crianças e adolescentes *endomórficos*⁷ e

⁶ Escolhemos *impregnação* para traduzir o termo *embeddedness* pois consideramos ser o termo mais fiel à ideia original: «The idea of embeddedness is that the key phenomena of human life exist at multiple levels of being [...]; thus, at any one point in time variables from any and all this levels may contribute to human functioning.» Lerner (1987, pag.12)

⁷ Os autores citados utilizaram a classificação de Sheldon (1940, citado por Lerner e Jovanovic, 1990) apenas para distinguir indivíduos com compleição física obesa, muscular média e magra, fazendo-lhes corresponder, respectivamente, os rótulos *endomórfico*, *mesomórfico* e *ectomórfico*.

ectomórficos são considerados menos atraentes que indivíduos *mesomórficos* ou, no caso das mulheres, *ectomesomórficos*. Verificaram também, através de estudos laboratoriais, que a utilização do espaço pessoal, operacionalizada em comportamentos de maior aproximação ou afastamento relativamente a representações de colegas obesos, médios ou magros, era diferente consoante a imagem representada. A maior utilização do espaço pessoal verificava-se na direcção dos *endomórficos* enquanto que a menor era observada relativamente aos *mesomórficos*. Os autores consideram que as diferenças entre o tipo de corpo e a avaliação e *feedback* social constituem apenas exemplos de uma relação mais geral entre as diferenças de aspecto físico e o contexto social. Ao rever alguns estudos efectuados para demonstrar a existência de relações interactivas entre as características do indivíduo e o contexto, Lerner e Jovanovic salientam, entre outros aspectos, as seguintes conclusões: (1) rapazes obesos desenvolvem imagens corporais e auto-conceito mais negativos que rapazes de compleição física média; (2) adolescentes finais⁸, de ambos os sexos, que consideram os seus corpos menos atraentes, revelam menor auto-estima comparativamente a adolescentes que se percebem fisicamente de forma mais positiva; (3) adolescentes de ambos os sexos considerados menos atraentes por avaliadores independentes, revelam mais dificuldades interpessoais com os colegas, são considerados menos ajustados pelos

⁸ A designação «adolescentes finais» corresponde à tradução de *late adolescents*. De modo semelhante, as expressões «adolescentes médios» e «adolescentes iniciais» correspondem, respectivamente, aos *middle adolescents* e *early adolescents* dos textos anglo-saxónicos. Preferimos os termos *inicial*, *médio* e *final* a termos, talvez mais comuns, como *precoce* e *tardio*. Estes últimos, serão utilizados sempre que nos referirmos ao *timing* da maturação. Deste modo, pretendemos evitar confusões entre, por exemplo, a designação daqueles adolescentes cuja idade cronológica os coloca em condições de elevada probabilidade de estarem a viver as mudanças iniciais do período a que se convencionou chamar adolescência (serão os *adolescentes iniciais*) e aqueles que evidenciam características numa idade cronológica inferior àquela em que se espera observar essas características (serão os adolescentes precoces ou, talvez melhor, *maturescentes precoces*). A divisão do desenvolvimento humano em etapas resulta das dificuldades de estudar o processo em bloco (Silva, 1982). No caso da delimitação de sub-períodos na adolescência, exigências metodológicas têm levado a delimitações baseadas quer nos níveis de escolaridade (e.g. Faria e Fontaine, 1995), quer na idade cronológica (e.g. Brooks-Gunn & Warren, 1988). Os anos que delimitam cada sub-período variam de autor para autor, mas a distinção adiantada por Kaplan e Sadock (1998) pode constituir um termo médio das divisões apresentadas. Estes autores distinguem o processo pubertário - mais associado a mudanças biológicas - da adolescência e pontuam três períodos. Assim, dos 11 aos 14 anos de idade teríamos a *adolescência inicial*, dos 14 aos 17, a *adolescência média*; e dos 17 aos 20, a *adolescência final*. Conforme já foi referido estas divisões são convencionais e, ao contrário do que sucede nos estádios de desenvolvimento psicológico, não lhes correspondem pressupostos teóricos evidentes.

professores e obtêm piores resultados acadêmicos; (4) a percepção subjectiva do adolescente relativamente à sua aparência física relaciona-se pouco com a sua aparência objectiva (avaliada por observadores independentes) mas está associada de modo significativo ao nível de ajustamento, revelado através de índices de ansiedade e auto-estima⁹ (Lerner & Jovanovic, 1990).

As conclusões referidas surgem a partir das tentativas de validação de um modelo teórico para as relações da pessoa com o contexto, sob a perspectiva desenvolvimental-contextual. O modelo, conhecido por “goodness-of-fit”, considera que as diversas características de individualidade física ou psicológica das pessoas despertam reacções diferentes na socialização com os outros. O *feedback* dessas reacções no indivíduo leva-o a criar um meio desenvolvimental mais individualizado que será a base de desenvolvimentos posteriores. Deste modo, o indivíduo também produz o próprio desenvolvimento. A congruência ou incongruência da individualidade com o meio determina, respectivamente, o ajustamento positivo ou negativo (Lerner, 1987).

4. A medida e o significado do desenvolvimento corporal

A puberdade é um processo relativamente ao qual é possível pontuar um conjunto de acontecimentos de acordo com critérios sobretudo pragmáticos. Assim, diversos estudos que se debruçam sobre as relações de acontecimentos da puberdade com as modificações psicológicas de quem os vive exigem a avaliação do estágio da puberdade em que cada sujeito se encontra (cf. Brooks-Gunn & Warren, 1985). Para compreender os efeitos da puberdade, é necessário considerar parâmetros físicos relacionados com a maturação. Esses parâmetros incluem medidas antropométricas (por exemplo o peso, a altura, a gordura corporal e a idade esquelética) e medidas do desenvolvimento sexual (e.g. peito, pilosidade corporal e púbica, desenvolvimento do pénis e testículos e ocorrência da menarca).

A *idade esquelética* é uma medida pouco utilizada nos estudos acerca dos correlatos psicológicos da maturação física pois não só não avalia uma modificação

⁹ No próximo capítulo será novamente abordada a relação entre a imagem corporal e o auto-conceito.

perceptível para o adolescente como é exigente em recursos humanos e materiais. Acrescenta-se a estes inconvenientes o risco das múltiplas exposições aos raios X (Brooks-Gunn & Warren, 1985).

A *altura* é a medida antropométrica mais comum. Tem recebido mais importância o pico da velocidade de crescimento. O pico de velocidade é um dos indicadores que permite classificar os adolescentes como maturescentes “tardios”, “em tempo”, ou “precoces”. Espera-se das crianças mais altas um comportamento social mais maturo do que o das crianças mais baixas. Adolescentes mais altos classificam-se como mais competentes em termos sociais que os mais baixos (Brooks-Gunn & Warren, 1985).

O *pico de aumento do peso* ocorre, muitas vezes, depois do pico de crescimento em altura¹⁰ exigindo, para ser útil enquanto medida de crescimento físico, a consideração da altura. Nas raparigas, o aumento de peso e crescimento na puberdade está associado a insatisfação com o corpo e ao desejo de serem mais magras. Além disso, verifica-se que a insatisfação com o peso aumenta à medida que as raparigas se desenvolvem (Duncan, Ritter, Dornbush, Gross & Carlsmith, 1985). Com base nestes dados, Brooks-Gunn (1987) coloca a hipótese da dieta restritiva observada em doentes anorécticas constituir uma «versão», mal-adaptativa, de um comportamento adaptativo de dieta, dirigido a corrigir o aumento de gordura na puberdade¹¹. A mesma autora, comparando amostras de alunas de escola de dança com amostras de alunas de outro tipo de escolas, verificou que o comportamento de dieta é sensível ao contexto social (maior número de alunas das escolas de dança faziam dieta), aumenta nos anos da adolescência média e observa-se quer em raparigas de peso elevado, quer nas de peso médio e normal.

¹⁰ Nos perfis longitudinais mistos para a população portuguesa (ME-IASE, 1983) o desfasamento só se confirma para as raparigas: as curvas de velocidade indicam um desfasamento de um ano entre o pico da velocidade de aumento da altura – dos 11 para os 12 anos – e o pico de velocidade de aumento peso.

¹¹ No entanto o comportamento de dieta só é considerado adaptativo por estes autores na medida em que contrariará um aumento de peso que supõem ser inevitável e indesejável. Contudo, a necessidade e benignidade, do comportamento de dieta na puberdade parece-nos questionável. Sobretudo quando vemos que especialistas em Endocrinologia e Nutrição que lidam com problemas do comportamento alimentar em adolescentes considerar o aumento da gordura nas pré-adolescentes um sinal de saúde e não de doença (e.g. Carmo, 1997).

O peso pode ser considerado um indicador da *gordura corporal*. Contudo existem métodos para medir especificamente a *gordura corporal*. Um desses métodos avalia a gordura subcutânea, medindo as dobras de pele nos locais onde é mais fácil separar a dobra de pele e gordura dos outros tecidos. O *triceps* e a omoplata são as regiões, segundo Tanner e Whitehouse (1975b), mais adequadas para este efeito. Os parâmetros de gordura subcutânea obtidos por este método, que parece permitir separar as questões de gordura das de peso, apontam para uma maior acumulação de gordura subcutânea nas raparigas, evidente logo a partir dos dois anos de idade e mais marcada durante a adolescência. Já referimos, quando abordámos os estudos que procuraram demonstrar as relações interactivas indivíduo - contexto, as consequências psicológicas relacionadas com a gordura corporal. No próximo capítulo estas consequências serão abordadas no enquadramento dos estereótipos e dos ideais de beleza.

Com base na avaliação do desenvolvimento das *características sexuais secundárias*, têm sido delimitados cinco estádios de desenvolvimento pubertário, relacionados com as modificações da pilosidade, do peito (apenas nas raparigas) e do pénis e testículos (apenas nos rapazes). A avaliação do estádio de desenvolvimento pubertário requer uma avaliação pediátrica na medida em que assenta na observação directa das características que marcam cada estádio (Tanner & Whitehouse, 1975a). O recurso a medidas de auto-resposta, que envolvem a selecção, pela mãe ou pela própria criança, da representação gráfica ou da frase descritiva do estádio de desenvolvimento da característica avaliada, tornou-se, no contexto dos estudos dos correlatos psicológicos da maturação, uma alternativa ao exame pediátrico válida e menos intrusiva (Brooks-Gunn & Warren, 1985).

O *desenvolvimento do peito* na puberdade foi relacionado positivamente com a imagem corporal, relacionamento interpessoal e ajustamento geral da adolescente inicial (Brooks-Gunn & Warren, 1994). As raparigas referem que o crescimento do peito é mais importante do que o crescimento da pilosidade púbica, pois trata-se de uma modificação que pode ser percebida por outros (Brooks-Gunn, Newman, Holderness & Warren, 1994). É mais provável as mães falarem com as filhas a respeito do desenvolvimento do peito do que da pilosidade (Brooks-Gunn & Reiter, 1990).

A *menarca* é avaliada por auto-relato ou relato da mãe. Considerada uma experiência singular que garante à adolescente o acesso ao estatuto biológico e social de mulher (Rodriguez-Tomé, 1989), a *menarca* tem sido considerada quer um acontecimento cujo impacto depende das circunstâncias em que ocorre, quer um acontecimento necessariamente traumático. Com base em inquéritos a amostras de adolescentes iniciais, Ruble e Brooks-Gunn (1982) concluem que o impacto da *menarca* não é, em geral, negativo e que depende da adequação da preparação prévia da rapariga e do *timing* da *menarca*: será mais negativo no caso da *marescente* não receber informação, receber informação a partir de uma fonte negativa ou experimentar precocemente a *menarca*. Concepções do desenvolvimento que assumem, de antemão, que a angústia e a crise são condição *sine qua non* do franqueamento de etapas evolutivas, tendem a valorizar o papel traumático da *menarca* e a dar menos importância ao papel modulador do contexto (e.g. Malpique, 1986).

Comparativamente à *menarca*, a *espermarca* tem sido objecto de menor número de estudos empíricos destinados a avaliar especificamente o impacto psicológico deste acontecimento desenvolvimental. Num inquérito a uma amostra de 21 rapazes, de idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos, apenas 11 dos inquiridos referiram ter experimentado uma ejaculação. Nesta amostra os autores confirmaram que a *espermarca* pode ocorrer em diferentes situações (e.g. ejaculação nocturna e masturbação) e que se trata de um acontecimento que envolve sobretudo emoções positivas (curiosidade, surpresa, excitação e sentimentos de maturidade). É pouco provável que o adolescente discuta a primeira ejaculação com amigos, quer antes, quer depois de ocorrer (Gaddis & Brooks-Gunn, 1985). O facto da *espermarca* poder passar despercebida ao próprio adolescente e poder estar associada à masturbação ou actividade sexual pode introduzir factores que modulam o seu impacto psicológico (Rodriguez-Tomé, 1989). Neste sentido, Vaz Serra (1987) considera que, embora estando directamente ligada ao prazer sexual, a capacidade de ejacular pode nalgumas situações levar a um padrão de masturbação, desligado de vínculos emocionais e sociais e eventualmente ficar associada a sentimentos intensos de ansiedade ou de culpabilidade.

Para uma dada população, é possível estabelecer parâmetros para a ocorrência dos principais acontecimentos que marcam a puberdade (e.g. Tanner & Whitehouse,

1975a). Da comparação do desenvolvimento actual do adolescente com os parâmetros da população a que pertence resulta a classificação em maturescentes precoces, em tempo, ou tardios. Estudos que procuraram estudar as consequências destas *assincronias inter-individuais* identificam os rapazes maturescentes tardios e as raparigas maturescentes precoces como grupos mais negativamente afectados pelo seu *timing* de maturação em termos de imagem corporal, reconhecendo-se que factores contextuais modulam o impacto da precocidade ou da latência (Brooks-Gunn & Reiter, 1990). Além das *assincronias inter-individuais*, o estabelecimento de parâmetros para uma população demonstrou a existência de *assincronias intra-individuais* e de diferenças relativas ao ritmo das mudanças.

∴

Em síntese, o desenvolvimento do corpo humano é regulado por um complexo sistema neuro-endócrino que serve de intermediário entre factores genéticos e factores ambientais. Este sistema prevê uma ligação do eixo hipotálamo-hipófise ao sistema límbico, a qual permite a abertura do sistema regulador à influência de factores ambientais entre os quais podemos incluir factores psicossociais¹². Por outro lado, as modificações fisiológicas e estruturais do organismo na adolescência traduzem-se em modificações morfológicas que distinguem rapazes de raparigas e que são passíveis de serem percebidas e avaliadas pelo adolescente e pelos outros. Vimos que essa avaliação (do próprio e dos outros) se relaciona com desenvolvimentos psicossociais distintos e que é modulada pelo contexto.

¹² Por exemplo, o stress psicológico, a par com a má nutrição e o exercício físico, pode ser considerado um factor de amenorreia primária (cf. Kaplan & Sadock, 1998).

CAPÍTULO II

Aspectos Psicossociais da Imagem Corporal

O facto do poder atractivo do homem ser atribuído à evidência de aptidões físicas e valentia pode justificar a escassez de referências relativamente à evolução do ideal de beleza física masculino sobretudo quando é esperado que a mulher, no jogo da atracção sexual, exerça o seu encanto através da beleza física (cf. Fallon, 1990). Por este motivo, nos parágrafos seguintes será brevemente discutida a origem e a evolução dos ideais estéticos relativos sobretudo ao corpo feminino. Serão também abordados os estereótipos relacionados com a aparência física, com destaque para o papel que desempenham no esbatimento da fronteira entre o bonito e o Belo. Por fim será considerada a imagem corporal e a relação que mantém com a auto-estima.

1. Ideais de beleza: determinação biológica ou determinação cultural?

Pelo menos duas perspectivas concorrem para a explicação dos ideais de beleza numa dada sociedade: a perspectiva biológica e a perspectiva cultural.

A perspectiva biológica enraíza os ideais de beleza na divisão primordial de tarefas considerando esta divisão fruto das exigências biológicas da maternidade. De acordo com esta teoria coube aos homens a tarefa da caça e às mulheres a da criação dos filhos. Em sucessivas gerações, a sobrevivência e a reprodução de organismos mais adequados a estas funções seleccionou os homens que evidenciavam condições fisiológicas - maior massa muscular e capacidade respiratória - importantes para a caça e as mulheres que desenvolveram uma cintura pélvica maior (por facilitar a maternidade). Tomando esta perspectiva, a beleza seria o resultado das funções biológicas que determinadas partes do corpo poderiam sugerir e a valorização da beleza e da saúde seria devida ao facto de constituírem garantias de maior probabilidade de sobrevivência e reprodução. A segunda perspectiva, de acordo com a qual a cultura determina os ideais de beleza, assenta na observação do facto de muitos acontecimentos associados à reprodução ou maturidade reprodutiva ficarem à margem dos ideais de beleza (e.g. a calvície masculina, a menstruação, a gravidez...) e de muitas práticas de embelezamento não terem relação directa, ou mesmo dificultarem, a sobrevivência e a reprodução. Nesta perspectiva é a cultura que determina o que é bonito e o que é feio (Fallon, 1990).

Contudo, é necessário considerar que a evolução, especificamente o processo de selecção natural, deve ser considerado à escala da *espécie* e não do indivíduo. Como é uma teoria que se aplica ao nível da espécie, os fenómenos relativos a grupos de indivíduos não podem servir para apoiar ou infirmar essa teoria pois ocorrem em níveis diferentes daqueles em que a teoria opera (e.g. ao nível individual, grupal e societal). Relativamente aos ideais de beleza, o facto do ideal ocidental corrente contemplar a valorização de um corpo em que as formas associadas à capacidade reprodutiva da mulher não se evidenciam, tanto pode ser interpretado como uma prova a favor como contra a determinação cultural do ideal feminino. Será uma prova a favor se alegarmos que a cultura inverte a valorização

das partes do corpo que sinalizam a capacidade reprodutora da mulher, contradizendo o que seria de esperar de um ponto de vista evolutivo. Será um argumento a favor da teoria evolucionista se considerarmos que ideais culturais contra-reprodutivos são adaptativos no mundo que se preocupa com o crescimento excessivo da população. Este último argumento será tanto mais válido quanto tivermos presente que os mecanismos adaptativos não exigem necessariamente a melhor sobrevivência ou capacidade de reprodução do indivíduo, ou do grupo, mas a da espécie. Estas contradições, envolvendo a questão natureza - cultura e a teoria da adaptação das espécies, surgem da consideração de factos ocorridos a um nível diferente daquele que a teoria aborda: um dado ideal cultural de beleza caracteriza um grupo de humanos, não toda a espécie e, para inferirmos se tal ideal representará ou não um processo adaptativo, temos que considerar toda espécie e o problema com que se depara: reproduzir-se e disseminar-se pelo planeta não será, parece-nos, o problema da espécie humana. O prolongamento da vida de todos os seres humanos (se exceptuarmos as guerras, o terrorismo e as execuções) constitui um propósito da humanidade que ultrapassa claramente a questão da transmissão de genes. As sociedades cujos problemas prementes não são a sobrevivência imediata sabem que os recursos da terra não são inesgotáveis. Neste cenário, manter o ideal de prolongamento de toda a vida humana sem hipotecar a sobrevivência devido ao esgotamento de recursos ou ao envelhecimento global da população, torna a reprodução um elemento regulador crucial e evidentemente politizado. A resposta a este problema é esperada e surgirá a diversos níveis através da criação exclusivamente humana, que é a cultura. Contudo, se os ideais de beleza femininos das sociedades ocidentais actuais, inquestionavelmente contra-reprodutivos, fazem parte ou não dessa resposta parece-nos, em termos empírico-rationais, uma questão indecidível.

2. Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades... a evolução dos ideais de beleza física

A civilização Grega valorizava bastante o equilíbrio e a forma física: os homens esforçavam-se claramente pela cultura de um corpo equilibrado, que traduzisse o ideal helénico de nada existir em excesso (Burns, 1980). A influência da

aurea mediocritas helénica no ideal de corpo traduzia-se no culto da forma física, valorizada pelos homens e, no caso das mulheres, na valorização da igualdade das distâncias (1) entre os mamilos, (2) entre cada mamilo e o umbigo e (3) entre o umbigo e a virilha (Fallon, 1990)¹³. A civilização Romana valorizava as peculiaridades dos rostos e a magreza. O recurso ao vômito como meio de controlar o peso era uma prática habitual e socialmente aceite.

A época medieval foi marcada pela alternância de períodos de abundância alimentar e de fome. As festas em que cada um podia comer o que desejasse pontuavam o ano de trabalho ocorrendo após o plantio da Primavera, depois das colheitas e nos Dias Santos. Contudo, nos anos de más colheitas, os camponeses medievais passavam fome e ocorriam mortes por inanição (Burns, 1980). Para Mennell (1991), o facto das populações aprenderem que podiam morrer à fome contribuiu para que a obesidade constituísse um sinal de prestígio.

O ideal de opulência mantém-se no Renascimento. As mulheres representadas na pintura renascentista evidenciam ventre saliente e coxas fartas. Assumindo que muitos destes quadros celebravam a beleza e o erotismo, podemos considerar que era este o ideal da época.

No século XIX, as mulheres usavam corpetes que esmagavam a cintura, comprimindo-a até caber numa armação circular cujo diâmetro podia ficar aquém dos 46 cm (Fallon, 1990). Esta compressão da cintura conferia ao corpo feminino uma forma de ampulheta, muito apreciada na altura, ao mesmo tempo que comprimia os órgãos internos, destruindo-os ou, no mínimo, prejudicando o seu funcionamento (Featherstone, 1991).

No final do século XIX, associado ao período romântico e à valorização de uma figura feminina pálida e frágil, surgem, nas classes sociais ricas, as dietas restritivas (Mennell, 1991). A forma corporal da mulher na escultura "*O beijo*", de Rodin, ilustra o ideal descrito.

¹³ Encontramos um exemplo actual deste ideal, num «teste» de beleza corporal publicado num suplemento da *Ragazza* (1998, Maio) onde se sugere à adolescente que meça a distância entre os dois seios e a distância entre cada seio e o umbigo. Com base no resultado desta medição, deveria atribuir a nota máxima se formasse um triângulo equilátero, nota inferior se a distância do umbigo ao peito fosse inferior à distância entre os dois seios e a pontuação mais baixa se as distâncias fossem assimétricas.

No século XX assiste-se ao abandono do ideal das formas redondas (Carmo, 1997). Nos anos 20, juntamente com a moda do *Charleston*, o ideal corporal feminino assentava nas formas lineares, sem peito, valorizando-se os corpos lisos. Dietas restritivas, exercício físico e máquinas de exercitar o corpo, precursoras das actuais¹⁴, surgem nesta altura. Nos anos 30, período de depressão económica na Europa e nos Estados Unidos, as formas mais opulentas voltaram a fazer parte do ideal de beleza feminino. A partir desta década as mudanças, muito rápidas, ocorrem sob influência crescente da indústria cinematográfica de Hollywood, em particular e dos meios de comunicação de massas, em geral. Em 1966, *Twiggy*, uma modelo muito magra, de origem inglesa, iniciou uma carreira de sucesso nos Estados Unidos iniciando um ideal corporal de magreza ostentando um corpo de pré-adolescente (cf. Fallon, 1990).

O ideal para os homens tem-se mantido próximo do ideal grego: ombros largos, anca estreita. Altos, com musculatura mais ou menos evidente, tronco em V mais ou menos pronunciado, parece ser um ideal clássico de corpo masculino relativamente ao qual não têm sido referidos cambiantes marcados em função das épocas.

3. O corpo e a cultura de consumo

O corpo idealizado pelo mundo ocidental no final do século XX insere-se numa cultura caracterizada pela produção e consumo massivos e pela circulação instantânea e globalizante da informação (com recurso exaustivo ao multimédia e ubiquidade da imagem, mesmo nos meios de comunicação escrita). Devido a isso, hoje a disseminação de ideais pode ser mais rápida e mais extensa.

¹⁴ O tipo de movimento proposto pelas máquinas permite-nos esboçar uma classificação. Um tipo de máquinas, simuladoras, oferecem a possibilidade de caminhar, correr, remar ou andar de bicicleta sem sair do mesmo sítio. O exercício proposto consiste na reprodução, no simulador, de movimentos associados a uma actividade física natural. Outro tipo de máquinas distingue-se pelos objectivos e sobretudo pelo tipo de actividade a que apela: tratam-se de máquinas que envolvem a actividade isolada de grupos musculares para moldar zonas localizadas. O tipo de movimento que implicam, pela sua especificidade, dificilmente fará lembrar um movimento relacionado com uma actividade física funcional.

A partir dos anos 20, tornou-se necessário criar consumidores para acompanhar o aumento de produção; a publicidade, incrementada neste contexto, contribuiu para criar um mundo no qual as pessoas são julgadas com base no aspecto físico e encorajadas a monitorizar o corpo. As imperfeições deixaram de ser consideradas naturais para serem vistas como defeitos remediáveis por produtos ou tratamentos, publicitados de modo a fazer crer que mesmo capacidades mais ou menos fixas, como a altura e a estrutura óssea, podem ser modificadas (Featherstone, 1991). Baudrillard (1989) viu no desejo de obter um corpo emaciado e no esgotar das energias em movimentos sem finalidade, sinais um tratamento homeopático destinado a combater um regresso à carência alucinado pelas sociedades saciadas¹⁵.

Sabemos que o ideal de beleza feminina actual é, especificamente, um ideal de magreza e de linearidade que envolve a atenuação das formas - concretamente as coxas e as ancas - que caracterizam o corpo da mulher. Em ambos os sexos a juventude e a saúde são valorizados e cada um parece ser responsabilizado pelo aspecto físico que o corpo evidencia. Esta responsabilização passou do contexto da saúde (em que é importante para prevenção, por exemplo, de problemas relacionados com a obesidade) para um contexto de estética e valor como pessoa¹⁶. A este respeito, Featherstone (1991) refere que os sinais de envelhecimento tendem a ser interpretados como sinais de displicência na manutenção do corpo e que, com a aparência a ser tomada como um reflexo da personalidade da pessoa, não cuidar do corpo representa socialmente um indicador de preguiça e de fracasso moral. Em suma, ultrapassada a era do carácter, a construção da personalidade parece passar pelo controlo e cuidado do corpo.

A título ilustrativo, sem juízos relativos à representatividade e apenas como um exemplo de ideal corporal, consideremos os requisitos necessários para uma

¹⁵ Cf. Houart (1989) para uma reflexão antropológica onde é defendida a necessidade de uma tomada de consciência do próprio corpo e das suas múltiplas determinações sócio-culturais, sob pena deste passar a ser-nos imposto do exterior.

¹⁶ Um estudo de Flynn & Fitzgibbon (1996), cuja conclusão alerta para a necessidade dos programas de promoção da saúde nos Estados Unidos terem em conta a especificidade de grupos étnicos que estarão menos motivados a prevenir a obesidade na adolescência, exemplifica a preocupação com a prevenção de problemas relacionados com a obesidade. Exemplos em que a responsabilização pelo corpo ultrapassa os limites da saúde e bem-estar para atingir o campo do valor como pessoa, da moral e da personalidade abundam nos «testes» das revistas populares, na publicidade, nas caricaturas do cinema...

rapariga obter a pontuação máxima num teste de uma revista popular para adolescentes (cf. nota 13 na página 38).

Relativamente à *altura* a pontuação máxima será atribuída à rapariga cuja estatura se situe entre 1,69 e 1,80. Quanto à *cintura*, menos de 60 cm são o ideal. A *anca* deverá medir menos de 90 cm. As *nádegas* devem ser firmes, um pouco arrebitadas, sem celulite nem estrias e por isso, nádegas “redondas, arrebitadas e firmes [sic]” recebem a pontuação máxima. O abdómen, “nunca deverá ser abaulada e quanto mais firme e lisa estiver, melhor.” Sugere-se à leitora que aperte e repare bem “no pneuzinho que ela forma”. Cumprida a instrução a leitora atribui a pontuação máxima se os abdominais estiverem marcados, a mínima se o pneuzinho medir mais de 2 cm. O *umbigo*, ... , receberá a pontuação máxima se for “lisinho e sem borbulhas [sic]”, mínima se “tiver pelinhos à volta [sic]”. Quanto às *pernas*, a pontuação máxima é obtida se, ao juntar as pernas a rapariga puder observar três espaços — um na zona onde se unem as coxas, outro na zona de união dos joelhos e outro na união do abdómen da perna. Ainda em relação às pernas, as mais valiosas serão as que se apresentam, em plena luz do dia, lisas, bem feitas e musculadas. A desvalorização ocorre em função das borbulhas, estrias, manchas e marcas de cortes da última depilação. Os pés devem ser suaves, com um tamanho adequado ao corpo, com dedos sem pêlos e unhas transparentes. Aos *braços* exige-se que estejam tão lisos e tão firmes como as pernas: a pontuação máxima será atribuída se forem “suaves e bem moldados” e a desvalorização segue parâmetros semelhantes às pernas. Por fim, o *peito*, “Grande? Pequeno? Inexistente? Não importa! O fundamental é tê-lo suave e superfirme [sic]”. Para a pontuação ser máxima um lápis que for colocado por baixo de um seio deverá cair. O teste termina com o jogo do triângulo já referido (nota 14, na página 38). Ao resultado total mais elevado, corresponderá a seguinte apreciação qualitativa “Boa, miúda! Tens um corpo superbem proporcionado e cuidas bem dele durante todo o ano”. Mesmo assim, é sugerida uma “dieta desintoxicante”. As classificadas no extremo oposto são remetidas para a categoria “Pobrezinha...” e poderão ler, logo a abrir, o seguinte raspanete “Não sejas tão desastrada e gosta um pouco mais de ti. Depois de te entusiasmares e pôres [sic] em prática este especial, vais dar-te conta de que os milagres existem (...)”.

A referência a este teste, tratando-se de uma revista em particular, talvez tenha sido excessiva pela exaustão. Contudo, pelo modo como ilustra o que temos vindo a expor, acreditamos que não merece ser ignorado.

4. Os estereótipos. Afinal quem vê caras, também vê corações

4.1. "O belo é bom"

Num primeiro encontro, a aparência física do outro é frequentemente a informação de que dispomos de forma mais pronta. Com base nessa informação inferimos características acerca da outra pessoa, que podem estar mais ou menos directamente dependentes dos indícios que nos são apresentados. Teoricamente, a actuação de esquemas-protótipo auxilia-nos na categorização das pessoas pois quando a informação é ambígua ou lacunar o protótipo guia as nossas atribuições e influencia a medida em que nos sentimos atraídos pelo outro (Cash, 1990).

Relativamente à beleza física, está demonstrada a actuação de um estereótipo, segundo o qual «o belo é bom», que favorece as pessoas atraentes em diversos contextos¹⁷ (cf. Alferes, 1997a).

De um modo geral, as pessoas que são consideradas atraentes pelos outros são beneficiadas nas interações sociais: pessoas atraentes recebem mais reforço social pelos mesmos comportamentos do que outros menos atraentes. Entre adolescentes, as saídas e namoros são influenciadas positivamente pela boa aparência

¹⁷ Cash (1990) defende a existência do estereótipo complementar - «o feio é mau» - e identifica dois estereótipos relativos à beleza física que qualificam o estereótipo «o belo é bom». O primeiro pode ser enunciado na frase «o que é belo é egocêntrico» e, para que alguém seja alvo deste estereótipo é necessário, em primeiro lugar, que seja percebido como belo; em segundo, que actue o estereótipo «o belo é bom» e por último, que seja assumido pelo observador que o belo se apercebe da própria beleza e das boas qualidades que lhe atribui e que, por isso mesmo, seja uma pessoa vaidosa, egoísta e egocêntrica. O segundo, tem uma actuação mais directa e diferencial e pode enunciar-se, através das frases «o belo é mais masculino» / «o belo é mais feminino» consoante num homem ou mulher, respectivamente.

física. Os rapazes mostram-se mais influenciados por este factor do que as raparigas (Cash, 1990).

Considerando a actuação destes estereótipos somos tentados a pensar que as pessoas mais bonitas são muito mais felizes que as outras. Uma série de três estudos de Diener, Wolsic e Fujita (1995), procurou avaliar directamente a relação entre atracção física e bem-estar. Nesses estudos, que utilizaram várias avaliações do aspecto físico, por múltiplos avaliadores e três medidas de bem-estar subjectivo, os autores constataram que a relação entre a aparência física e o bem estar é pequena. Verificaram ainda que a avaliação subjectiva da própria aparência estava mais significativamente relacionada com o bem estar subjectivo do que a aparência física objectiva, avaliada por terceiros.

A partir da identidade verificada entre as características que são atribuídas às pessoas nos extremos da atractividade física e as características que compõem os pólos das medidas de auto-conceito, Sorell e Nowak (1981) inferem que a interiorização dos estereótipos relativos à aparência pode servir de base à formulação de auto-avaliações.

4.2. Os estereótipos de género.

Na avaliação social do corpo também participam os estereótipos de género. Chamando à atenção para o facto de ser frequente o ênfase nos traços de personalidade enquanto aspectos nucleares dos estereótipos de género, Deaux e Lewis (1984) mostraram que os estereótipos de género são melhor descritos através de um conjunto de componentes entre os quais são incluídos os atributos físicos e os comportamentos associados ao papel de género. Estes autores demonstraram também que uma vez fornecida informação relativa à aparência física de um indivíduo, as pessoas apoiam-se sobretudo nessa informação para inferir aspectos como por exemplo a profissão, traços de personalidade e comportamentos associados aos papéis de género. As inferências realizadas com base na aparência física podem inclusivamente sobrepor-se ao rótulo de género ou seja, mesmo sabendo tratar-se de um elemento do sexo masculino, são atribuídas características femininas a um indivíduo cuja aparência física é feminina (Deaux & Lewis, 1984).

Com o aumento da idade ocorre um maior conhecimento e diferenciação dos estereótipos género, implicando uma maior flexibilidade no sentido em que é reconhecida a existência de muitas características que não são exclusivas de um dos sexos. Deste modo, a informação específica acerca de um indivíduo torna-se cada vez mais importante para a produção de julgamentos sociais, ao ponto de ultrapassar a informação relativa ao sexo a que pertence (Biernat, 1991). Contudo, a autora demonstrou que a concepção do masculino e do feminino se torna mais bipolar com o aumento da idade e que a partir do momento em que um indivíduo, independentemente do seu sexo biológico, é classificado como feminino, por exemplo, passam a ser-lhe atribuídas características femininas que podem incluir aspectos físicos.

Relativamente à imagem corporal Cash e Brown (1989) confirmaram a existência de estereótipos de imagem corporal baseados no género: o conteúdo destes estereótipos apontava para o exagero das diferenças, reais, existentes entre homens e mulheres no que diz respeito ao modo como pensam, sentem e agem em relação ao seu próprio corpo. À luz destas percepções estereotipadas as mulheres foram consideradas mais preocupadas com o peso e a aparência, menos aplicadas no melhoramento da aparência e da forma física (*fitness*), e mais insatisfeitas com a aparência e funcionamento do corpo, do que na realidade estão. Os homens foram considerados mais orientados para a forma física do que realmente estão.

5. Atitudes relativas ao próprio corpo: imagem corporal, satisfação corporal e auto-conceito

Antes de considerar os aspectos relacionados com a apreciação que cada adolescente faz do próprio aspecto corporal, procuraremos delimitar, para este propósito, o conceito de *imagem corporal*.

Muitas vezes reconhecido como multi-dimensional (e.g. Pruzinsky & Cash, 1990; Thompson, 1990; Fisher, 1990; Keeton, Cash & Brown, 1990), o conceito de *imagem corporal* tem designado aspectos completamente distintos da experiência

humana do corpo, em função do contexto histórico e teórico em que é empregue¹⁸. No domínio da aparência física, a imagem corporal consiste na avaliação que cada um faz do tamanho, peso ou qualquer outro aspecto do corpo que determine a própria aparência física. Envolve três componentes: um componente perceptivo, habitualmente designado como acuidade na estimação do tamanho; um componente subjectivo, que lida com aspectos como a satisfação, preocupação, avaliação cognitiva e ansiedade relativas ao corpo; e um componente comportamental, que foca sobretudo o evitamento de situações em que o sujeito experimenta desconforto relacionado com a aparência física (Thompson, 1990). A avaliação de cada um destes componentes conduziu à criação de metodologias que vão desde os questionários aos instrumentos laboratoriais que exigem o recurso ao vídeo ou ao computador¹⁹.

¹⁸ O conceito tem raízes na neurologia. Os neurologistas têm a possibilidade de observar alguns dos fenómenos mais bizarros relacionados com as alterações da experiência do corpo. Isso pode explicar o facto de ter sido um neurologista, Henry Head, quem, em 1926, introduziu o conceito de *esquema corporal*, concebendo-o como um modelo em relação ao qual as modificações de posição são comparadas e medidas antes de se tornarem conscientes (cf. Fisher, 1990). O trabalho de Paul Shilder (1935|1950) terá constituído, segundo Fisher, a primeira obra multidisciplinar a tratar do significado, sobretudo psicanalítico, da imagem corporal. O conceito de *esquema corporal*, enquanto mapa cerebral do corpo actualizado constantemente através da acção, continua a ser útil na neurologia. A *anosognosia*, condição devida a lesão cerebral no hemisfério esquerdo que pode traduzir-se na incapacidade dos doentes reconhecerem a paralisia dos membros da parte esquerda do corpo, ao ponto de poderem considerar o(s) membro(s) paralizado(s) pertença de outra pessoa, é atribuída à destruição da representação da superfície do corpo que se crê existir no lobo temporal do hemisfério direito (Mesulam, 1985). O esquema corporal, enquanto representação do corpo, permite também explicar as dores e as sensações bizarras que alguns amputados experimentam, comumente referidas como síndrome do «membro fantasma». As dores seriam o resultado da necessidade de recalibrar a actividade da representação neuronal daquela parte do corpo (Frégnac, 1996). No que diz respeito à relação entre aspectos neuropsicológicos e a imagem corporal relacionada com a avaliação subjectiva da aparência física, os estudos orientaram-se para a relação entre a acuidade de estimação do tamanho e aptidões cognitivas, como por exemplo a aptidão visuo-espacial (e.g. Thompson & Spana, 1990, cit. in Thompson, 1990), que não estão sequer directamente relacionadas com as áreas somatossensoriais que se acreditam responsáveis pela representação cortical do corpo.

¹⁹ A investigação da imagem corporal tem distinguido dois componentes da imagem corporal: o componente perceptivo, que lida com a acuidade de estimação do tamanho de partes do corpo ou do corpo como um todo; e o componente subjectivo, que inclui aspectos atitudinais da imagem corporal, por exemplo, os sentimentos relativos ao tamanho do corpo (Keeton, Cash & Brown, 1990; Gardner, 1996). As técnicas de avaliação da acuidade de estimação do tamanho podem ser técnicas de estimação de tamanho de partes específicas do corpo, *body-site techniques*, ou de estimação do tamanho global do corpo, *whole image techniques*. A diferença principal entre estes tipos de técnicas surge relativamente ao suporte que o indivíduo usa ou ajusta para produzir a estimativa. Na tarefa de estimação do tamanho envolve a determinação de um ponto de igualdade subjectiva, ou seja, de um

6. Satisfação com a imagem corporal. Ninguém está contente com o corpo que tem?

As atitudes relativamente ao próprio corpo foram o objecto de um inquérito nos Estados Unidos, que envolveu uma amostra de 30.000 indivíduos que responderam a um questionário distribuído pela revista *Psychology Today* (Cash, Winstead & Janda, 1985, Julho). Numa sub-amostra aleatória de 2000 inquiridos, considerada representativa da população dos Estados Unidos, os autores verificaram que a percentagem de homens que avaliavam positivamente a própria aparência era superior à percentagem de mulheres (76% contra 69%). A maior diferença entre homens e mulheres foi observada entre os elementos adolescentes (40% das raparigas contra 21% dos rapazes avaliaram negativamente a aparência). Os adolescentes, sobretudo as raparigas, apresentavam as avaliações mais negativas da aparência. Exceptuando a adolescência, a imagem corporal revelou-se mais positiva à medida que aumenta o escalão etário considerado. Relativamente à satisfação com atributos corporais específicos, conforme se resume no Quadro 1 da página seguinte, a altura foi o único atributo em que a percentagem de homens insatisfeitos superou a de mulheres. Salienta-se também o facto de mais de metade das mulheres referir

valor do estímulo comparativo (dispositivo manipulado) que o indivíduo crê ser igual ao estímulo padrão (o próprio corpo do indivíduo que faz a estimativa). Contudo as dimensões do corpo variam de indivíduo para indivíduo e é então necessário ter em conta essa variável. Acreditava-se que o facto de se obter o índice de acuidade perceptiva através da razão entre o tamanho percebido e o tamanho actual, expressa em percentagem, permitia controlar o papel do tamanho real do indivíduo no índice de acuidade perceptiva. Resultados contraditórios, fraca correlação entre os diversos métodos de avaliação do componente perceptivo da imagem corporal e a suspeita de que a sobrestimação estava directamente correlacionada com o tamanho do corpo, motivaram Penner, Thompson e Coover (1991) a testar directamente o efeito do tamanho do corpo no índice de acuidade perceptiva comparando os resultados de anorécticas, não-anorécticas magras e raparigas normais. Ao controlarem o efeito do tamanho real os autores verificaram que as anorécticas sobrestimavam tanto as dimensões do corpo quanto as não-anorécticas magras (31% de sobrestimação). As normais sobrestimavam menos o tamanho que as anorécticas e as magras (6%). Os autores apontaram três explicações possíveis para a sobrestimação observada, favorecendo a explicação que considerava a sobrestimação um artefacto perceptivo apelando para a ideia de que na percepção de um objecto qualquer, a média de sobrestimação do tamanho será maior se o objecto tiver pequenas dimensões do que grandes dimensões. Desde os trabalhos de Weber (1795-1878) que sabemos que a escala física não se aplica directamente às sensações e que para ser percebida uma diferença na intensidade de um estímulo é necessário que este apresente uma grandeza maior ou menor mas sempre proporcional à intensidade de excitação inicial. As sucessivas revisões desta lei não alteraram este aspecto essencial (cf. Pinto, 1991).

estar insatisfeitas com o peso e o tronco médio (Cash, Winstead & Janda, 1986, Abril).

Um estudo das preferências dos adolescentes relativamente à silhueta do corpo mostrou que as raparigas preferem uma silhueta mais magra do que aquela que acreditam ser a mais atractiva para os rapazes e que os rapazes têm como ideal uma silhueta maior do que aquela que acreditam atrair mais as raparigas (Cohn, Adler, Irwin, Millstein, Kegeles & Stone, 1987). Baseando-se em dados clínicos, Carmo (1997), sugere que os ideais de magreza excessiva mantidos por doentes anorécticas são independentes de aspectos relacionados com atracção sexual.

Quadro 1

Percentagem de elementos insatisfeitos com áreas ou dimensões corporais [estudo de Cash, Winstead & Janda (1986, Abril)]

	Homens	Mulheres
Face (formas faciais, complexão e cabelo)	20	20
Tronco Superior (Peito ou seios, ombros e braços)	28	32
Tronco Médio (cintura, estômago)	50	57
Tronco Inferior (nádegas, ancas, pernas, joelhos)	21	50
Tónus Muscular	32	45
Peso	41	55
Altura	20	17
Aparência Geral	34	38

Fonte dos dados: Cash, Winstead & Janda, 1986. Valores em percentagem.

Em Portugal, inquéritos de amostras conduzidos pela equipa de estudos de doenças do comportamento alimentar, do Hospital de Santa Maria têm mostrado repetidamente que a percentagem de mulheres a desejar perder peso ultrapassa a percentagem de mulheres com excesso de peso — num dos estudos, 97% de mulheres com peso normal desejava emagrecer. As conclusões dos estudos conduzidos por esta equipa mostraram também que o medo de engordar e o comportamento de dieta são frequentes na população feminina e que mais de 10% das raparigas de peso normal ou baixo podem estar a fazer dieta (Carmo, 1997).

7. Gostar do corpo e gostar de si próprio. Relação da satisfação corporal com a auto-estima

Quando abordámos, no capítulo anterior, a relação entre atributos físicos objectivos e auto-conceito referimos que a imagem corporal estava relacionada com a auto-estima e o ajustamento do adolescente. A auto-estima é considerada a dimensão avaliativa do auto-conceito e, portanto, corresponde ao resultado dos julgamentos que a pessoa faz acerca dos aspectos que considera relevantes para a sua identidade (Vaz-Serra, 1988).

Os ideais de magreza da sociedade actual contribuem para que o peso constitua um aspecto relevante da identidade feminina e masculina. Ao estudar a relação entre a satisfação com o corpo e a auto-estima, Silberstein, Striegel-Moore, Timko e Rodin (1988) verificaram que os valores gerais de insatisfação com o corpo permitem prever a auto-estima tanto de homens como de mulheres. Mas, ao contrário do que se passa relativamente aos homens, nas mulheres a insatisfação corporal relacionada com o peso não se revelou preditiva da auto-estima. No caso das mulheres, foram os aspectos relacionados com a atractividade física e sexualidade e com as qualidades físicas (e.g. a força) que se revelaram preditivos da auto-estima. Para explicar estes resultados os autores sugeriram que a mulher que experimenta insatisfação relativamente ao seu peso não se afasta do grupo de iguais e por isso o descontentamento deixa de ser um aspecto central da sua identidade (cf. Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1988).

Resultados obtidos por Faria e Fontaine (1995) na adaptação do SPPC (*Self-Perception Profile for Children*, Harter, 1985) a crianças e adolescentes iniciais portugueses revelaram que a sub-escala aparência física está relacionada positivamente com os resultados da escala global, não existindo diferenças significativas em função do género nos resultados desta sub-escala.

A avaliação subjectiva da atractividade física é relevante para o auto-conceito de rapazes e raparigas. A hipótese, inicialmente muito apoiada, de que seria mais relevante para as raparigas (cf. Sorell e Nowak, 1981) tem sido questionada pelos resultados obtidos em estudos mais recentes, os quais não encontraram diferenças

entre os sexos nesta relação (Abell & Richards, 1996; Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1988; Thompson, 1990).

∴

Em suma, o aspecto corporal considerado atraente e valorizado socialmente tem mudado ao longo da história. Actualmente é valorizada uma silhueta magra, longilínea e tubular para as mulheres e um tipo de corpo mesomórfico (i.e. um corpo musculado, correspondente ao ponto médio de um contínuo entre o ectomorfismo excessivo e o endomorfismo excessivo - cf. Brenner e Cunningham, 1992) para os homens. Devido à actuação de estereótipos relativos à aparência física, os indivíduos considerados mais próximos destes ideais são percebidos mais positivamente. O oposto tende a ocorrer com aqueles que se afastam dos ideais valorizados. Outra consequência dos estereótipos poderá estar relacionada com o facto de também poderem funcionar como as lentes através das quais a pessoa se julga, influenciando deste modo o auto-conceito. Na sociedade de consumo, em que a apresentação favorável do corpo foi substituída pela ênfase na exibição do corpo «naturalmente» perfeito, supostamente ao alcance de qualquer pessoa que adquira os produtos e serviços certos, sentir-se bem com o próprio corpo parece ser mais importante para o bem-estar do que estar mais ou menos próximo do ideal do momento.

O foco de grande parte dos estudos relacionados com a satisfação com o corpo tem incidido sobretudo sobre as questões do peso na população feminina. Para este facto pode ter contribuído o carácter dramático da anorexia nervosa (uma das poucas doenças psiquiátricas que, sem tratamento, pode conduzir directamente à morte) acrescido da relação que cedo se estabeleceu entre esta doença e um sintoma que chamava à atenção (a sobrestimação do tamanho do corpo e a negação do estado de emaciação excessivo) e do facto de ser mais incidente em mulheres.

CAPÍTULO III

Auto-avaliação da Aparência Corporal e Saúde Mental

O sofrimento humano relacionado com a auto-avaliação da aparência do corpo exige a atenção clínica de técnicos de saúde mental. Desde a insatisfação com aspectos corporais julgados pouco atraentes e que motivam o recurso a intervenções de cirurgia plástica até ao extremo da repugnância imaginada, que caracteriza alguns casos de Perturbação Dismórfica Corporal, a atenção ao corpo espraia-se num contínuo que engloba desde os comportamentos adaptativos de cuidar do corpo aos comportamentos mal-adaptativos extremos como a mutilação e o suicídio. Apesar dos resultados de inquéritos à população geral apontarem no sentido de que é normal, sobretudo entre as mulheres adolescentes, não estar satisfeito com o próprio corpo, está bem demonstrada a relação da imagem corporal com a auto-estima. Além disso, o descontentamento relativo ao próprio corpo – e cingindo-nos apenas à questão da aparência física – pode ocorrer no contínuo da severidade que separa o descontentamento “benigno” da Perturbação Dismórfica Corporal.

Neste capítulo abordaremos a importância da imagem corporal na saúde mental com destaque para a importância que tem sido atribuída à imagem corporal na etiologia e manutenção das perturbações alimentares, por ter sido uma área que tornou mais saliente a importância destes aspectos e para a Perturbação Dismórfica Corporal, por ser uma categoria nosográfica recentemente individualizada na DSM-IV (American Psychiatric Association, 1993) que é frequentemente sub-diagnosticada (cf. Phillips, 1991, 1996). Procuraremos salientar a importância da imagem corporal para o ajustamento do indivíduo e contribuir para um maior reconhecimento, diagnóstico e tratamento da Perturbação Dismórfica Corporal, que ultrapassa o mero reflexo da cultura de consumo ou a vaidade do doente. Este relevo é na nossa opinião importante, na medida em que, uma vez sugerida a ideia de que a obtenção de modificações duradouras da forma como a pessoa se percebe e se avalia enquanto corpo são difíceis de alcançar em tratamentos breves (Mahoney, 1990), o diagnóstico e intervenção durante a adolescência pode constituir uma alternativa mais fecunda.

1. Preocupações normais com a aparência física: o "descontentamento normativo"

A respeito dos estereótipos referimos que, num primeiro encontro, a aparência física constitui a informação mais pronta de que dispomos para as nossas inferências relativamente àqueles com quem interagimos. Numa situação de primeira consulta, o exame do estado mental de um doente envolve também a avaliação da aparência. De acordo com Morrison (1995), a simples observação da aparência de um doente pode fornecer muitas pistas para o diagnóstico. Entre os diversos aspectos a ter em conta na primeira observação do doente apresentados por Morrison, contam-se o estado de nutrição isto é, se o doente é obeso, magro ou emaciado, o modo de vestir e o cuidado evidenciado na higiene corporal e na apresentação em geral. Com base nesta informação o clínico é alertado para uma série de diagnósticos possíveis a serem confirmados. Neste contexto, falhas evidentes no cuidar do corpo são apontadas como pistas para eventuais perturbações mentais (cf. Morrison, 1995, pág. 107). Em suma, é esperado que uma pessoa bem ajustada cuide da aparência física.

De facto, a maior parte das pessoas cuida da aparência física. No inquérito realizado por Cash, Winstead e Janda (1986, Abril), cerca de 86% dos homens e 90% das mulheres inquiridas, considerados com bom ajustamento psicológico, preocupavam-se e faziam algo pela aparência. O mesmo inquérito revelou um aumento da frequência de preocupação com a aparência relativamente a uma avaliação realizada na década anterior (em 1972), verificando-se um aumento de 15 para 34%, nos homens e de 25 para 38% nas mulheres. Neste inquérito, concordaram com a frase "Gosto do meu aspecto tal como ele é", 47 % de homens e 43% de mulheres. Discordaram desta frase 34% dos homens e 38% das mulheres. O peso e a tonicidade muscular foram os aspectos corporais que mais frequentemente desagradaram aos inquiridos (cf. Quadro 1, na página 47 do capítulo II).

Assim, uma grande percentagem da população em geral está descontente com algum aspecto da aparência física. No grupo de inquiridos com idades inferiores a 20 anos a insatisfação foi mais frequente. De um modo geral, as raparigas manifestaram-se mais insatisfeitas que os rapazes.

Este padrão de resultados foi confirmado noutros estudos envolvendo a população geral (Fallon & Rozin, 1985; Keeton, Cash & Brown, 1990; Carmo et al., 1996).

A difusão, na população em geral, da preocupação e insatisfação com a aparência física recebeu de Rodin e Striegel-Moore (1984, citado por Thompson, 1990) a designação *descontentamento normativo* e é considerada um extremo benigno de um contínuo de descontentamento que pode ir até ao extremo observado na Perturbação Dismórfica Corporal (Hardy, 1982; Phillips, 1996).

O reconhecimento desta insatisfação na população geral, a par com o papel atribuído à imagem corporal na manutenção das perturbações alimentares, de que falaremos a seguir, levou à consideração da imagem corporal negativa e ao desenho e avaliação de intervenções focadas especificamente nesse aspecto (e.g. Freedman, 1990; Fisher & Thompson, 1994; Grant & Cash, 1995).

2. Imagem corporal e perturbações alimentares

Desde a DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que a perturbação na imagem corporal — entendida como a perturbação no modo como cada um experimenta o peso, tamanho ou forma, por exemplo, queixar-se que se sente demasiado gordo mesmo num estado de emaciação, crença de que uma área do corpo é demasiado gorda mesmo quando está obviamente abaixo do peso — faz parte dos critérios de diagnóstico da Anorexia Nervosa. Na Bulimia Nervosa só seria incluída a menção na DSM-III-R (APA, 1987), sob a forma de “preocupação persistente com a forma e peso corporal”.

As perturbações ao nível da imagem corporal distinguem as perturbações alimentares de outras doenças que envolvem problemas alimentares e perda de peso (Rosen, 1990). Relativamente ao aspecto da imagem corporal que se considera importante na manutenção das perturbações alimentares, diferentes autores têm privilegiado diferentes aspectos, reflectindo o carácter multi-dimensional do conceito “imagem corporal” (Garfinkel & Garner, 1982; Keeton, Cash & Brown, 1990; Thompson, 1990; Williamson & Cubic, 1993). No entanto, os aspectos relacionados com o peso corporal têm sido, obviamente, os aspectos privilegiados neste contexto.

As perturbações da imagem corporal agrupam vários aspectos relacionados com o sofrimento resultante da experiência subjectiva da própria aparência física. Seguindo uma definição apresentada por Thompson (1990), o sofrimento pode centrar-se numa ou mais das três dimensões em que tradicionalmente se divide o constructo *imagem corporal*. Deste modo, no *domínio perceptivo*, o sofrimento pode resultar de uma falha na acuidade da estimação do tamanho do próprio corpo, envolvendo sobretudo a sobrestimação do tamanho do corpo, ou de partes do corpo; no *domínio subjectivo* são consideradas a preocupação, a ansiedade, a avaliação cognitiva e a insatisfação com o corpo; no *domínio comportamental* são tidos em conta sobretudo os comportamentos de evitamento das situações nas quais a pessoa experimenta desconforto que atribui à sua aparência física.

Assim, dependendo da dimensão da imagem corporal estudada e da metodologia empregue, vários indicadores de sofrimento têm sido sugeridos por diversos autores. O Quadro 2, na página 56 deste capítulo, resume a designação

habitual dos indicadores mais frequentemente utilizados, a metodologia empregue e o conceito subjacente ao aspecto que cada categoria de indicadores visa medir.

Considera-se que perturbações ao nível da imagem corporal desempenham um papel fundamental na etiologia e manutenção das perturbações alimentares (Slade, 1985; Cooper & Taylor, 1988; McKenzie, Williamson & Cubic, 1993). Concretamente, os modelos comportamentais das perturbações alimentares sugerem que a distorção do tamanho do corpo desempenha um papel funcional na manutenção das perturbações alimentares; neste contexto acredita-se que os hábitos alimentares, as dietas e as purgas, são reforçados negativamente pela redução da distorção da percepção do tamanho do corpo (Slade, 1982).

Contudo, no que diz respeito à sobrestimação do tamanho do corpo, alguns estudos não encontraram diferenças significativas entre bulímicas e normais (e.g. Birtchnell, Lacey & Harte, 1985) nem entre anorécticas e normais (Penner, Thompson & Covert, 1990, citado por Thompson, 1990 & Penner, Thompson & Covert, 1991). Por outro lado, Horne, Vactor e Emerson (1991) verificaram que a distorção do tamanho está presente quer em anorécticas quer em bulímicas embora as diferenças relativas às participantes sem perturbações alimentares só se tenham revelado significativas em medidas tridimensionais²⁰.

Numa revisão da literatura relativa à distorção da imagem corporal na anorexia nervosa e bulimia nervosa, Cash e Brown (1987) concluem que os métodos de estimação do tamanho de partes do corpo ou de distorção da imagem não produziram prova inequívoca da existência de uma imagem corporal perceptivamente distorcida. O contrário se pode afirmar relativamente à insatisfação com o corpo pois os diversos estudos revistos pelos autores citados concluíram que as anorécticas e as bulímicas evidenciavam maior insatisfação com a imagem corporal do que as mulheres sem estas perturbações alimentares. Estes resultados questionam a ideia da sobrestimação do corpo ser sintoma patognomónico das perturbações alimentares.

²⁰ Horne, Vactor e Emerson (1991) designam tridimensionais aquelas medidas que envolvem uma técnica diferente de medir a distorção da imagem corporal por avaliarem a acuidade da estimação da *circunferência* de partes do corpo. Conforme notaram Thomas & Freeman (1991) não é comum as mulheres avaliarem o tamanho de partes do corpo em termos de larguras, sendo mais habitual medirem a circunferência do peito, cintura e ancas.

Também no contexto da avaliação da reactividade da distorção da imagem corporal nas perturbações alimentares surgiram resultados contraditórios. Por exemplo Fichter, Meister e Koch (1986) concluem que anorécticas sobrestimam significativamente a cintura, parte de cima das coxas e partes moles do corpo mas não encontraram reactividade à ingestão de uma refeição calórica: os autores esperavam um aumento da distorção da imagem corporal após a ingestão dessa refeição calórica. No entanto, McKenzie, Williamson e Cubic (1993) verificaram que, em doentes bulímicas e ao contrário do grupo de controle, a sobrestimação do tamanho do corpo era significativamente superior após a ingestão de uma refeição calórica.

Chamando a atenção para o facto da fobia à gordura não ser um aspecto emergente da anorexia nervosa até há cerca de 60 anos atrás e para o facto de estar ausente em muitas doentes anorécticas da Índia e de Hong Kong, Hsu e Lee (1993) questionam a necessidade da presença da atitude distorcida relativamente ao peso e forma corporal na Anorexia Nervosa. Consideram a anorexia ocidental um idioma da expressão cultural de mal-estar relativo à forma como os problemas envolvendo o peso, a aparência e o consumo de comida são conceptualizados no mundo ocidental.

Quadro 2
Indicadores de Perturbação de Imagem Corporal

Indicador	Metodologia	Conteúdo/Conceito
(In)Satisfação com o Corpo [Body (Dis)Satisfaction]	Medidas de auto-resposta. Ou Avaliação da discrepância entre a estimativa do tamanho e o tamanho ideal; ou, entre a estimativa da silhueta actual e a escolha da silhueta ideal.	Auto-avaliação da (In)Satisfação relativa à aparência do corpo. A Insatisfação é inferida com base no pressuposto de que a insatisfação corporal será tanto maior quanto maior for a distância entre a estimativa actual e o ideal.
Distorção do Tamanho do Corpo (sobrestimação) (Body-Size Distortion ou Body-Size Overestimation)	Envolve a estimação do tamanho ou da forma do corpo e a comparação dessa estimativa com um padrão (tamanho da pessoa). A discrepância entre a estimativa e o padrão (traduzida geralmente pela razão, expressa em percentagem, entre o tamanho estimado e o actual) constitui a medida da distorção do tamanho do corpo.	Avaliação da acuidade perceptiva da pessoa relativamente ao tamanho ou silhueta do próprio corpo. A acuidade pode ser medida relativamente à globalidade do corpo ou em relação a partes específicas. O tamanho que se considera é geralmente a largura do corpo ou de partes do corpo. Algumas técnicas envolvem a consideração da circunferência de partes do corpo.
OUTROS INDICADORES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DE IMAGEM CORPORAL		
Indicador	Metodologia	Conteúdo/Conceito
Preferência pela Magreza	Medidas de auto-resposta, selecção de uma silhueta representativa da silhueta ideal ou ajustamento de uma imagem do próprio corpo, ou de uma distância convencionalmente representativa da distância entre determinados pontos corporais, para obter a imagem, ou distância, ideal.	Avaliação do ideal corporal no que respeita à preferência pela magreza.
Medo da Gordura	Medidas de auto-resposta.	Avaliação do medo de engordar.
Ansiedade Corporal	Medidas de auto-resposta ou procedimentos envolvendo a contemplação do corpo ao espelho e o registo de unidades subjectivas de desconforto.	Avaliação da ansiedade (em termos gerais ou especificamente relacionada com determinados aspectos corporais) em situações envolvendo a exposição (real ou sugerida) do corpo.
Aspectos Comportamentais	Medidas de auto-resposta	Avaliação da frequência de comportamentos relacionados com a imagem corporal.

Sensível a estas matizes, Fairburn (1999), apresenta uma teoria cognitivo-comportamental de anorexia nervosa, na qual o auto-controlo como indicador do valor pessoal constitui um elemento central e que reserva, para a imagem corporal, o terceiro dos três mecanismos fundamentais que prevê para a manutenção da doença. Este mecanismo, relacionado com as preocupações extremas com o peso e a forma do corpo, é considerado específico das culturas ocidentais, caracterizadas pela perseguição da magreza, evitamento da obesidade e dependência do valor pessoal de aspectos relacionados com o peso e forma corporais. Nestas sociedades, a diminuição do peso constituirá um dos principais indicadores de auto-controlo de que se servem as anorécticas. Aumentos de peso, paragens da diminuição ou alterações no ritmo de diminuição serão interpretadas pela doente como uma ameaça, ou mesmo um sinal, de fracasso ao nível do auto-controlo, com consequente avaliação negativa da auto-estima. Os aspectos comportamentais relacionados com a imagem corporal desempenham, no contexto deste mecanismo, um papel importante. Assim, destinados a fornecer à anoréctica informação objectiva acerca da sua aparência corporal, os comportamentos de auto-monitorização das alterações do peso ou forma corporal (e.g. as pesagens, a verificação do ajustamento de roupas ao corpo, a comparação com outras pessoas, a observação ao espelho...), sobretudo quando são breves e realizados num estado de elevada activação emocional, conduzem à magnificação das imperfeições corporais percebidas, por intervenção de enviesamentos auto-confirmatórios no processamento da informação relativa à imagem corporal. Como consequência, a activação emocional é aumentada e a ansiedade e atenção centradas nos aspectos de imagem corporal conduzem a uma maior auto-monitorização, estabelecendo-se um ciclo vicioso. Este ciclo conduz as anorécticas à conclusão de que não têm controlo sobre a forma corporal e contribui para a manutenção da restrição alimentar que, no âmbito desta teoria, constitui o primeiro mecanismo de manutenção da doença. A restrição alimentar — mais o processo do que o resultado — surge como uma via directa da sensação de auto-controlo.

O segundo mecanismo de manutenção relaciona-se com aspectos fisiológicos e psicológicos associados ao estado de fome incluindo sensação de fome intensa, limiar mais baixo para a sensação de enfiamento, dificuldades de concentração e distração nas questões relacionadas com a comida e o comer acompanhada de

limitação da diversidade de interesses. Estes aspectos contribuem, mais uma vez, para a diminuição da sensação de auto-controle da anoréctica e levam, por essa via, à manutenção das restrições alimentares. Dos três mecanismos, apenas o terceiro envolve directamente aspectos da imagem corporal. Ao contrário dos restantes, este mecanismo está reservado para a explicação da manutenção da anorexia nervosa nas mulheres das sociedades caracterizadas pela conjugação da valorização de uma figura corporal magra com a dependência do valor pessoal relativamente à aparência física. A teoria apresentada por Fairburn (1999) prevê que algumas das anorécticas, face a um decréscimo do ritmo de perda de peso, que é interpretado como uma perda de controlo, possam recorrer a outros comportamentos de controlo do peso, tais como exercício físico excessivo ou estratégias de purga. A confiança na eficácia das estratégias de purga pode refrear as restrições alimentares e o exercício físico, culminando na diminuição do controlo alimentar que fará apelo à utilização mais intensiva das estratégias de purga, estabelecendo assim um círculo vicioso que pode explicar o desenvolvimento das formas não restritivas da anorexia e da bulimia nervosa. Relativamente à precipitação da anorexia nervosa esta teoria, centrada na percepção de auto-controlo, considera que a imagem corporal pode desempenhar um papel, sobretudo naquelas sociedades que enfatizam a dieta como meio de controlar o peso e a forma corporal na medida em que fortalecem a associação entre a restrição alimentar e a sensação de controlo pessoal (Fairburn, 1999).

3. A modificação da imagem corporal no tratamento da imagem corporal negativa e das perturbações alimentares

A modificação das atitudes relativas ao peso e à forma corporais, especificamente no que diz respeito à importância atribuída ao peso e à forma, às reacções às mudanças de peso e aos comentários relacionados com a aparência e o peso desejado, fazem parte do foco do tratamento cognitivo-comportamental das perturbações alimentares (cf. Fairburn & Cooper, 1989; Wilson & Pike, 1993). A ênfase recente na questão do auto-controlo também dá importância à modificação de aspectos comportamentais relacionados com a imagem corporal, como os comportamentos de hiper-vigilância do peso ou forma corporais. Através do exame das implicações destas mudanças comportamentais no modo como são interpretadas

as experiências das anorécticas, endereçando os temas relacionados com o controlo e o uso da restrição alimentar, do peso e da forma corporal como índices do valor pessoal, será possível alcançar modificações cognitivas relacionadas com o autocontrolo e o valor pessoal (Fairburn, 1999).

Curiosamente, ao contrário dos aspectos atitudinais da imagem corporal, a sobrestimação do tamanho corporal, um dos aspectos relacionados com imagem corporal bastante estudados no âmbito das perturbações alimentares (e.g. Touyz, Beumont, Collins, McCabe & Jupp, 1984; Casper, Halmi, Goldberg, Eckert & Davis, 1979; Powers, Schulman, Gleghorn & Prange, 1987; Bowden, Touyz, Rodriguez, Hensley & Beumont, 1989; Baker, Williamson & Sylve, 1995; Strauman & Glenberg, 1994; Gardner, 1996), não recebe a mesma proporção de atenção no tratamento cognitivo-comportamental das perturbações alimentares (Chiodo, 1990; Fairburn & Cooper, 1989; Wilson & Pike, 1993). No contexto da sobrestimação do tamanho corporal, as estratégias que têm sido descritas na literatura implicam geralmente testes de realidade: (1) sugerir que a doente confie na avaliação de terceiros saudáveis, (2) repetir o confronto de estimativas de tamanho com medidas do tamanho real até à obtenção de acuidade, (3) fornecer à doente informação precisa do seu peso comparado com o peso normativo de outras mulheres da mesma idade e altura, (4) sugerir à doente a colecção de dados exactos relativos ao peso e à altura daquelas pessoas com quem habitualmente se compara (cf. Rosen, 1990).

Em mulheres sem perturbações alimentares, o tratamento cognitivo-comportamental da perturbação da imagem corporal revelou-se igualmente eficaz com ou sem a inclusão de exercícios destinados a diminuir a sobrestimação do tamanho (Rosen, Cado, Silberg, Srebnik & Wendt, 1990).

Nos estudos destinados a avaliar a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental da perturbação da imagem corporal foi incluída a avaliação da sobrestimação do tamanho apesar do tratamento prescindir de procedimentos especificamente orientados para o aumento da acuidade na percepção do tamanho corporal. Contudo, os resultados foram positivos e incluíram a diminuição da sobrestimação do tamanho do corpo (e.g. Fisher & Thompson, 1994; Grant & Cash, 1995; Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

Parecem portanto existir elementos que apontam para a possibilidade de modificar a sobrestimação do tamanho através da modificação da insatisfação corporal.

4. Imagem corporal e Perturbação Dismórfica Corporal

O sofrimento extremo associado a um sentimento subjectivo de fealdade ou defeito físico, que o doente acredita, apesar da aparência normal, ser notado pelos outros, foi designado *dismorfofobia* por Morselli em 1891 e desde a DSM-III-R (APA, 1987) que, sob a designação de Perturbação Dismórfica Corporal²¹, constitui uma entidade nosográfica distinta (Phillips, 1991). Esta categoria de diagnóstico recebe o código 300.7 na revisão mais recente da DSM (APA, 1993) e para estar presente requer o cumprimento dos critérios que apresentamos no Quadro 3 desta página.

Quadro 3
Critérios de Diagnóstico para a Perturbação Dismórfica Corporal (300.7)

- | |
|--|
| <p>A. Preocupação com um defeito da aparência imaginário. Se uma anomalia ligeira física está presente, a preocupação da pessoa é claramente excessiva.</p> <p>B. A preocupação causa desconforto ou prejuízo clinicamente significativo, nas áreas de funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento importantes.</p> <p>C. Outra perturbação mental (e.g. insatisfação com a forma e o tamanho corporal na Anorexia Nervosa) não permite explicar mais adequadamente a preocupação.</p> |
|--|

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition), American Psychiatric Association, 1993, p.468.

A preocupação a que o critério A se refere é intensa, ocupa toda a atenção da pessoa e surge associada a emoções de ódio, repugnância ou vergonha (Phillips, 1991).

Qualquer parte do corpo pode ser o foco de preocupação. Contudo, as queixas envolvem geralmente imperfeições ligeiras da face ou da cabeça. Também é possível

²¹ Os editores da DSM terão considerado que o termo *dismorfofobia* era inadequado ao sugerir a presença de um padrão comportamental de evitamentos fóbicos (Kaplan & Sadock, 1998).

que diferentes aspectos corporais constituam simultaneamente o alvo da preocupação de um doente ou venham a constituir preocupações diferentes em diferentes momentos do curso da doença (Phillips, 1991). A Perturbação Dismórfica Corporal inicia-se geralmente na adolescência (cf. Quadro 4) e afecta tanto homens como mulheres. Estudos preliminares relativos à proporção de homens para mulheres afectados apontam para uma relação de aproximadamente um homem por cada mulher (Penzel, 1997).

Quadro 4
Idade de início da Perturbação Dismórfica Corporal

Idade de início	Percentagem de casos
	3
Até aos 5 anos	
Dos 6 aos 10 anos	10
Dos 11 aos 15 anos	36
Dos 16 aos 20 anos	32
Dos 21 aos 25 anos	8
Dos 26 aos 30 anos	6
Dos 31 aos 35 anos	3
Dos 36 aos 40 anos	1
Após os 40 anos	1

Nota. Dados baseados no relato retrospectivo relativo ao início da perturbação
[Fonte: Phillips, 1996, p.158]

Além do sofrimento emocional presente na experiência de um aspecto corporal que se detesta, que envergonha ou que repugna, o evitamento das situações em que a pessoa acredita que o defeito será notado pelos outros impede um conjunto importante de actividades e pode conduzir ao isolamento social. O tempo consumido com a preocupação também pode prejudicar o cumprimento das rotinas diárias. Outras complicações associadas à Perturbação Dismórfica Corporal são a procura de cirurgias desnecessárias, as auto-mutilações²² e o suicídio (Phillips, 1991).

A Perturbação Dismórfica Corporal associa-se a diversos comportamentos mal adaptativos destinados a lidar com o defeito imaginado e com o sofrimento emocional com que é vivido. A variedade de comportamentos associados esta perturbação parece depender do defeito imaginado e da criatividade do doente.

²² A auto-mutilação, felizmente rara, pode traduzir uma manifestação dramática do desespero vivido pelos doentes com perturbação dismórfica corporal. Referindo-se às auto-mutilações como *auto-cirurgias*, Phillips (1996) narra o caso de um doente desesperado que para tentar melhorar a aparência do nariz, cortou-o e retirou a cartilagem, para a substituir por osso de galinha.

estes comportamentos, verificamos que envolvem (1) a monitorização do defeito com escrutínio, comparação e verificação repetida, (2) as tentativas de correcção - desde as cosméticas às cirúrgicas, (3) as estratégias de camuflagem - através de cosméticos, penteados, vestuário, ou adopção de posições corporais que minimizem o defeito, (4) o evitamento de situações que favoreçam a exposição do defeito aos outros ou ao próprio doente.

Nestes doentes, os pensamentos relacionados com a aparência têm um carácter obsessivo. São pensamentos repetitivos, perturbadores e intrusivos²³, que persistem durante várias horas - mais de oito horas por dia, em 35% dos doentes de acordo com Phillips (1996). O conteúdo destes pensamentos é negativo (e.g. "*Dás nas vistas, pareces ridículo, as pessoas estão a olhar para ti de maneira esquisita por causa das tuas orelhas*", Phillips, 1996, p. 78), são difíceis de resistir e de controlar. O controlo sobre estes pensamentos parece ser limitado e os esforços para os suprimir ou focar a atenção noutros pensamentos parecem ser infrutíferos. O pensamento também é muitas vezes auto-referencial: a crença de que os outros irão reparar e deter-se sobre o defeito imaginado é muito comum (Phillips, 1996). Muitas vezes estas ideias resistem à argumentação lógica de familiares e terapeutas, podendo considerar-se ideias delirantes. Phillips (1996) apresenta um modelo dimensional de *insight* isto é, do reconhecimento pelo doente da excessividade ou falta de razoabilidade da preocupação, admitindo que parte dos doentes possam ter um bom *insight*, parte um *insight* pobre (correspondendo às ideias sobrevalorizadas) e parte revelar ausência de *insight*. Este modelo prevê continuidade entre os níveis de *insight* e admite a possibilidade de num dado doente, em função do curso da doença e da situação, ocorrer variações de *insight*.

Apontando um aspecto mais tácito ao nível do modo como o doente processa informação relacionada com a aparência física, Rosen, Reiter e Orosan (1995) identificam nestes doentes a crença de que a única forma de aumentar a auto-estima é melhorar a aparência.

²³ A actividade cognitiva descrita pode ser considerada ego-distónica sobretudo no que diz respeito ao carácter negativo, repetitivo e à dificuldade que oferecem às tentativas de auto-controlo pelos doentes (cf. Phillips, 1996). No entanto e apesar das variações observadas ao nível do *insight*, o conteúdo destes pensamentos é, na maior parte dos casos, mais natural e ego-sintónico do que as obsessões (Phillips, 1991).

As causas desta preocupação dramática com a aparência física são desconhecidas. Para Phillips (1996) a causa da Perturbação Dismórfica Corporal será provavelmente multi-dimensional, envolvendo aspectos neuro-biológicos, socio-culturais e psicológicos. As teorias neurobiológicas explicativas da Perturbação Dismórfica Corporal assentam em dois tipos de argumentos. O primeiro diz respeito ao facto de algumas lesões ou alterações do SNC levarem a alterações na forma como o corpo é percebido (e.g. anosognosias). O segundo tipo de argumento relaciona-se com a resposta às intervenções psico-farmacológicas: a resposta favorável aos medicamentos (fluoxetina e clomipramina) cuja acção envolve a recaptação da serotonina na fenda sináptica (Hollander, Liebowitz, Winchel, Klumker & Klein, 1989) aponta para um papel importante deste neurotransmissor. Pela mesma via de raciocínio tem sido sugerido também a importância da dopamina. Por outro lado, a restrição dietética do triptofano, um aminoácido que participa na síntese de serotonina, resulta no aumento de sintomas em doentes com Perturbação Dismórfica Corporal (Barr, Goodman & Price, 1992). Actualmente estuda-se a plausibilidade da aplicação à perturbação dismórfica corporal do papel desempenhado pelo mesmo circuito neuronal de reverberação que se prevê ser importante nos estados obsessivo-compulsivos. Este circuito de auto-reforço anormal de impulsos, que passa através do núcleo caudado, do tálamo e da região orbitofrontal do córtex cerebral é interrompido quando o tratamento comportamental ou psicofarmacológico reduz a actividade do núcleo caudado (Vaz-Serra, 1999).

A importância atribuída aos factores sócio-culturais, sobretudo o papel dos estereótipos e dos ideais de beleza física, que conforme referimos parecem exercer uma influência maior sobre as mulheres, não encontra suporte na proporção praticamente igual de homens e mulheres afectadas por esta forma extrema de insatisfação corporal. No entanto é admitida a hipótese de factores sócio-culturais desempenharem um papel enquanto factores de risco e influenciarem o tipo de queixas e a severidade dos sintomas (Phillips, 1996).

Um modelo cognitivo-comportamental da Perturbação Dismórfica Corporal é apresentado por Rosen, Reiter & Orosan (1995). De acordo com estes autores, a preocupação com a aparência inicia-se na adolescência, período que se caracteriza por um pico nas preocupações com o desenvolvimento físico e social. As mudanças corporais favorecem o foco da atenção no corpo. Se este foco aumentado da atenção

coincidir com determinados incidentes traumáticos (como por exemplo o ser gozado ou humilhado devido ao aspecto físico ou o abuso sexual) o risco de desenvolver um problema de imagem corporal aumenta. Estas experiências podem activar crenças disfuncionais na pessoa relativamente à normalidade da sua aparência e às implicações da aparência para a personalidade, o valor pessoal e a aceitação social. Segundo este modelo a preocupação com a aparência é mantida por diversos mecanismos:

- a repetição mental de auto-verbalizações negativas e distorcidas relativamente ao aspecto físico ocorre até um ponto em que se torna automática e credível.

- os comportamentos de evitamento previnem que o doente se habitue ao aspecto do seu corpo, sobretudo em situações sociais onde é possível que exista a atenção de outras pessoas.

- os comportamentos de monitorização do defeito podem fornecer alívio imediato mas, a longo prazo, mantêm a atenção da pessoa focada em aspectos da aparência que despertam ansiedade.

Ainda relativamente aos aspectos psicológicos da Perturbação Dismórfica Corporal, Phillips (1996) ressalta que o *stress*, as mudanças ambientais envolvendo a transição para uma cultura diferente e aspectos de personalidade relacionados com a ansiedade social, a timidez, baixa auto-estima, perfeccionismo e sensibilidade à rejeição podem ser aspectos relevantes no desenvolvimento da perturbação.

A terapia cognitivo-comportamental revelou resultados positivos no tratamento desta perturbação (Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1993; Rosen, Reiter & Orosan, 1995; Neziroglu, McKay, Todaro & Yaryura-Tobias, 1996; Phillips, 1996).

No estudo de Rosen et al. (1995) a terapia envolveu: (1) a apresentação ao doente do modelo cognitivo-comportamental da perturbação, (2) a realização de exercícios de teste da realidade, com feedback correctivo da percepção do corpo e treino de auto-descrições mais rigorosas; (3) exposição gradual ao defeito imaginado com prevenção de resposta, treino de paragem do pensamento e relaxamento; (4) substituição das auto-verbalizações negativas relativas ao corpo por descrições factuais dos aspectos corporais e produção de registos de auto-monitorização

contendo as situações relevantes, os pensamentos relacionados com a imagem corporal, as crenças presentes nas situações e o efeito que tiveram no humor e no comportamento. Os registos de auto-monitorização englobavam também a identificação de pensamentos disfuncionais e o registo de pensamentos alternativos.

Este tratamento procura focar mais os aspectos relacionados com as implicações da aparência física nas relações interpessoais e na auto-avaliação do valor pessoal, sobretudo as crenças que acarretam vergonha ou embaraço na presença de terceiros, do que as apreciações da aparência física propriamente ditas.

A Perturbação Dismórfica Corporal envolve claramente a insatisfação corporal. De acordo com a DSM-IV e autores que se dedicam ao estudo desta patologia, a sua prevalência poderá ser maior do que os registos de casos diagnosticados fazem supor (APA, 1993; Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993; Phillips, 1996). De acordo com Phillips (1996) a Perturbação Dismórfica Corporal não é reconhecida e diagnosticada pelas seguintes razões: (a) trata-se de uma doença que é mantida secreta pelo doente; (b) é das doenças menos conhecidas do público em geral e dos técnicos de saúde mental em particular pois, apesar de ter uma história antiga, só a partir da DSM-III-R foi reconhecida como uma entidade nosográfica distinta²⁴; (c) os sintomas podem ser considerados triviais e associados a futilidade; (d) por erro de diagnóstico pode, em vez de Perturbação Dismórfica Corporal, ser diagnosticada apenas outra das perturbações frequentemente associadas, como a depressão ou a ansiedade social; (e) os doentes procuram frequentemente outros técnicos de saúde que não os da área da saúde mental, procurando a resposta para o seu sofrimento junto de dermatologistas, cirurgiões plásticos ou outros.

∴

Neste capítulo privilegiámos a discussão do papel da insatisfação corporal nas perturbações alimentares por terem contribuído para parte significativa da investigação empírica da imagem corporal. Privilegiámos também a Perturbação Dismórfica Corporal por ser uma patologia relativamente pouco divulgada,

²⁴ Na CID-10 a Perturbação Dismórfica Corporal ainda é designada dismorfofobia e surge associada à perturbação de somatização (F45.0) no seio do grupo das perturbações somatoformes (Organização Mundial de Saúde, 1993).

possivelmente mais frequente que o esperado e por ter como aspecto central uma perturbação severa ao nível da satisfação com o aspecto corporal.

Apesar de terem ficado de fora deste capítulo algumas situações nas quais a imagem corporal tem um papel importante (e.g. disfunções sexuais, perturbação da identidade de género...) acreditamos que as situações abordadas permitem demonstrar que a avaliação que fazemos da nossa aparência física é relevante em termos de saúde mental.

MÉTODO

CAPÍTULO IV

Objectivos e Metodologia Geral

1. Objectivos, questões e hipóteses

Nos capítulos precedentes sumariámos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais relevantes no estudo da satisfação com o corpo na adolescência e abordámos alguns dos problemas emocionais e comportamentais associados a esta faceta da experiência do corpo.

A parte empírica do nosso trabalho tem como objectivo *conhecer como os adolescentes avaliam o corpo, saber quais os aspectos dessa avaliação que envolvem insatisfação, quais os comportamentos associados a essa insatisfação e qual o papel que desempenham os factores de diferenciação corporal (idade, sexo, índice de massa corporal) e de influência sócio-cultural (urbanidade / ruralidade) na satisfação com o corpo.*

Ao longo do nosso trabalho empírico, centrado nos adolescentes, procurámos responder às seguintes questões gerais:

- a) Que partes corporais são mais negativamente avaliadas e quais contribuem mais frequentemente para a insatisfação com a imagem corporal?
- b) Quais os aspectos corporais que mais frequentemente desagradam aos adolescentes?
- c) Quais as estratégias preferidas para lidar com auto-avaliações negativas da imagem corporal?
- d) A satisfação com o corpo dos adolescentes rurais será diferente daquela revelada pelos adolescentes urbanos?
- e) Qual o papel desempenhado por factores classificatórios como a idade, o sexo, o meio demográfico e a massa corporal relativa na satisfação com o corpo?

Apesar do carácter exploratório do estudo, sublinhado pela utilização de questões abertas e considerando que se trata de um primeiro passo de recolha de informação para a construção de uma medida de avaliação da componente atitudinal da imagem corporal válida para a população adolescente portuguesa, o enquadramento teórico permite-nos deduzir uma hipótese geral para a qual procuraremos apoio empírico. Na sequência do que foi exposto relativamente à interacção indivíduo-contexto, aos ideais de beleza física actuais da civilização ocidental, ao papel dos estereótipos e da imagem corporal nos adolescentes, *esperamos encontrar evidências de um efeito da interacção entre as mudanças físicas da puberdade e os ideais de beleza na satisfação corporal, efeito expresso por satisfação diferente em função do sexo e da idade, relativamente a partes corporais com modificações morfológicas desenvolvimentais distintas.*

Em apoio desta hipótese geral vamos procurar evidência empírica para as seguintes hipóteses específicas, cujo apoio teórico assenta nos trabalhos revistos nos

capítulos de introdução, aos quais, para evitar repetições, faremos referência indicando o ponto em que estão apresentados:

Hipótese 1: *Esperamos encontrar diferenças de satisfação corporal em função do sexo: as raparigas estão menos satisfeitas com o corpo que os rapazes* (cf. ponto 6 do Capítulo II).

Hipótese 2: *Esperamos encontrar diferenças de satisfação em função da parte corporal considerada e do sexo. Antecipamos que as diferenças encontradas traduzam os aspectos sócio-culturalmente valorizados para os homens e as mulheres* (cf. ponto 2 do Capítulo II).

Hipótese 3: *Esperamos encontrar diferenças entre os rapazes e as raparigas relativamente ao efeito da massa corporal na satisfação com o corpo* (cf. pontos 2.3. a 2.5. do Capítulo I e ponto 2 do Capítulo II). *Antecipamos que, contrariamente aos rapazes, raparigas com menor índice de massa corporal que as raparigas da mesma idade revelem maior satisfação com o corpo* (cf. ponto 2 do Capítulo II).

Hipótese 4: *Esperamos encontrar diferenças significativas entre rapazes e raparigas relativamente ao efeito da idade. Antecipamos que, contrariamente aos rapazes, raparigas mais novas revelem maior satisfação com o corpo* (cf. ponto 2.3. do Capítulo I e ponto 2 do Capítulo II).

2. Constituição da amostra

Este estudo baseia-se nas respostas de 420 alunos do ensino básico, secundário e superior, que frequentavam estabelecimentos de ensino de Alcobaça, Leiria, Guia, Pombal, Coimbra e Porto. A amostra foi recolhida entre 1997 e 1998 e foi estratificada com base na idade (sete escalões), no sexo e no meio demográfico. Cada estrato comportou 15 elementos (cf. Quadro 5, na página seguinte)²⁵.

²⁵ A vantagem de criar escalões etários com igual número (15) de raparigas e rapazes de meio rural e urbano tem a ver com a facilitação das comparações ao nível dos resultados da análise das respostas qualitativas e com o evitamento de células vazias nas comparações entre grupos definidos em função da idade.

Quadro 5
Distribuição da amostra por escalão etário, nível de escolaridade e meio de residência, em função do sexo.

	Rapazes	Raparigas	Total	χ^2
N	210	210	420	
Escalão etário				
Adolescência inicial	60	60	120	
Adolescência média	90	90	180	
Adolescência final	60	60	120	
Escolaridade				
Básica	77	69	146	0.88
Secundária	125	109	234	2.19
Superior	7	32	39	29.54 **
Meio				
Rural	105	105	210	
Urbano	105	105	210	

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

3. Contexto e procedimentos de colecção dos dados

As sessões de preenchimento do questionário decorreram nas escolas que colaboraram no estudo²⁶. Com excepção de três turmas, nas quais esteve presente uma professora que recebeu instruções explícitas relativamente ao procedimento a adoptar, estivemos presentes em todas as sessões, para prestar esclarecimentos e assegurar o preenchimento individual do questionário. Cada questionário contém instruções relativas ao preenchimento e à garantia de anonimato. Durante a sessão, o esclarecimento das dificuldades surgidas no preenchimento do questionário envolvia a deslocação ao local do aluno com um questionário em branco que servia de referência ao esclarecimento a prestar. Os elementos foram informados de início que seria este o procedimento adoptado em caso de dúvidas. Cada sessão durou aproximadamente 50 minutos.

O questionário utilizado resulta do aperfeiçoamento de uma versão que foi ensaiada em alunos de 13 anos de idade, para simplificar as frases empregues e avaliar o tempo de preenchimento. Os questionários a que as raparigas responderam

²⁶ Os alunos do Ensino Superior (9% da amostra) responderam individualmente ao questionário.

diferem dos respondidos pelos rapazes na medida em que incluem uma questão relativa à menarca, a gravura de referência das partes do corpo representa uma mulher e inclui, no torso médio, uma zona que compreende a cintura e que não está delimitada na representação gráfica do corpo masculino. Os questionários utilizados neste estudo encontram-se nos Apêndices A e B.

4. Variáveis

4.1. Variáveis sócio-demográficas

SEXO - Masculino ou feminino, identificado na distribuição do questionário.

IDADE - Idade de cada elemento, em anos. Determinada a partir da diferença entre a data de nascimento e a data de preenchimento do questionário, com base num ano de 360 dias. Com base na idade definiram-se para a análise de conteúdo três escalões etários da adolescência: os *adolescentes iniciais* (de 13 e 14 anos), os *adolescentes médios* (de 15, 16 e 17 anos) e os *adolescentes finais* (de 18 e 19 anos).²⁷

PESO - Estimativa do peso em quilogramas²⁸.

²⁷ A distinção de fases na adolescência é, conforme reconhecem Kaplan e Sadock (1998) arbitrária. Na distinção proposta pelos autores citados a adolescência inicial inicia-se nos 11 anos e tem a fronteira com a adolescência média nos 14 anos. Os adolescentes de 14 anos tanto poderiam ser considerados na adolescência inicial como na adolescência média. Passa-se o mesmo em relação aos adolescentes de 17 anos pois tanto os podemos considerar na adolescência média como na fase final da adolescência, que termina, na divisão que temos vindo a considerar aos 20 anos. Neste trabalho a nomenclatura e delimitações das fronteiras dos sub-períodos da adolescência é secundária pois o nosso objectivo é simplificar a exploração do papel da idade nas variáveis estudadas.

²⁸ A validade das medidas de auto-relato do peso, altura e menarca foi estudada por Brooks-Gunn, Warren, Rosso & Gargiulo (1987) numa amostra constituída por raparigas de 11, 12 e 13 anos de idade. Os autores obtiveram correlações significativas entre as alturas e os pesos reais e os estimados. Os indivíduos tendem a subestimar o peso e a sobrestimar a altura. Contudo, notam os autores, como todos o fazem as correlações com medidas objectivas tendem a ser muito elevadas (.98, para o peso, no estudo citado). Relativamente à menarca, os autores não encontraram discrepâncias entre os resultados de auto-relato e a entrevista médica. Consideram que se obtém um coeficiente de validade mais elevado se for perguntada a idade da menarca alternativamente à data de ocorrência.

ALTURA - Estimativa da altura em centímetros.

ESCOLARIDADE - Auto-relato do ano escolar frequentado. Com base nesse relato foram definidos três níveis de escolaridade:

Nível básico - do sétimo ao nono ano de escolaridade.

Nível secundário - do 10º ao 12º ano.

Nível superior – a partir do 12º ano.

MEIO DEMOGRÁFICO - Selecção do local de residência (entre cidade, vila ou aldeia). Considerámos urbanos os elementos da amostra residentes em vilas e cidades e rurais os restantes²⁹.

4.2. *Questões relativas a valores, atitudes e comportamentos relacionados com o corpo*

Cada item de resposta dicotómica (*Sim vs. Não*) inclui um item de resposta aberta, de preenchimento condicional, que incentiva ao fornecimento de mais informação acerca do que foi questionado.

As questões n.º 1, n.º 2, n.º 3 referem-se à componente auto-avaliativa da imagem corporal e avaliam respectivamente a *presença de insatisfação com aspectos corporais*, a *percepção normativa negativa do corpo* e a *insatisfação corporal em termos de discrepância corpo actual - corpo ideal*.

As questões n.º 4, n.º 5 e n.º 6 referem-se a comportamentos associados à percepção subjectiva do corpo. Avaliam, pela ordem anunciada, a *ocorrência de inibição de comportamento em função do aspecto físico*, *existência de comportamentos destinados a corrigir defeitos corporais percebidos* e a *presença de comportamentos associados à atenção prestada ao corpo*.

²⁹ O critério demográfico para distinguir os tipos de lugar utilizado no último recenseamento nacional considera urbanos todos os lugares com 2000 ou mais habitantes (Nazareth, 1996). Com base neste critério podemos considerar que a ruralidade na amostra pode estar sobrestimada, pois, de acordo com o recenseamento de 1991 (Instituto Nacional de Estatística, 1991), algumas das aldeias abrangidas pelas instituições onde foram

A satisfação com alguns aspectos funcionais do corpo que podem fazer parte do aspecto físico é avaliada nas questões n.º 7, n.º 8 e n.º 9 que avaliam a *presença de insatisfação com o andar, com o correr e com a postura corporal*.

4.3. Avaliação da satisfação por zona corporal

Na segunda parte do questionário foi solicitado aos adolescentes que avaliassem a satisfação relativamente a partes do próprio corpo, utilizando classes de respostas de 1 a 5, que correspondem respectivamente à satisfação compreendida desde *Não Gosto Nada* até *Gosto Muito*. As partes do corpo objecto de avaliação foram identificadas por um número, com base numa representação gráfica do corpo (cf. Apêndices A e B onde se encontram as versões integrais dos questionários utilizados). A avaliação teve como critério cada uma das seguintes dimensões: *cor, tamanho, forma, modo como funciona e satisfação geral*. Com base neste critério foram criadas 280 variáveis em relação às quais foram cotados os rapazes e as raparigas. Dez variáveis (respeitantes às avaliações da zona anterior e posterior identificadas com o n.º 40) serviram apenas para as raparigas. Cada variável recebeu um nome de acordo com a concretização da expressão [Dimensão][n.º da parte do corpo]. O prefixo P foi acrescentado ao nome da variável para identificar que se tratava de uma zona posterior. Por exemplo, a satisfação com o *tamanho* (TM) da face (n.º 1) corresponde à variável TM1 e a variável PFM19 refere-se à satisfação relativamente à *forma* (FM) das nádegas (zona posterior identificada com o n.º 19).

4.4. Avaliação do índice de massa corporal relativo

O índice de massa corporal (IMC) foi determinado a partir do peso e da altura de acordo com a seguinte expressão:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Quilogramas)}}{\text{Altura}^2 \text{ (Metros)}}$$

administrados os inquéritos tinham mais de 2000 habitantes. Contudo, esta variável será utilizada apenas como um indicador de exposição a influências sócio-culturais rurais e urbanas.

Este índice correlaciona-se positivamente ($r \geq 90$) com a percentagem de excesso de peso e tem sido utilizado como um indicador de gordura corporal (Foreyt & Goodrick, 1988).

Com base nos valores de IMC foi criada uma variável designada *índice de massa corporal relativo* (C_IMC). Esta variável consiste na classificação de cada elemento da amostra em função do percentil do IMC calculado para cada ano de idade em função do sexo. Deste modo, a variável C_IMC classifica os adolescentes quanto ao IMC, comparativamente aos adolescentes da mesma idade e do mesmo sexo, categorizando-os num dos três níveis seguintes:

- Nível 1: IMC abaixo do percentil 25.
- Nível 2: IMC compreendido entre o percentil 25 e o percentil 75.
- Nível 3: IMC acima do percentil 75.

5. A análise dos dados

5.1. A análise descritiva do conteúdo das questões abertas

Os inquéritos foram numerados de 1 a 420 e, para cada elemento da amostra foi criado um ficheiro de texto que identificava o inquérito, o sexo, a idade, o meio demográfico e o n.º da questão. Esta informação precede cada unidade de análise. Neste estudo a unidade de análise foi o tema e o contexto foi o parágrafo, ou seja, a totalidade da resposta à questão. Criaram-se deste modo 420 ficheiros de texto com uma estrutura adequada à indexação automática com o programa QSR NUD.IST³⁰, que a Figura 1 da página seguinte exemplifica.

³⁰ Versão 3.0.4 para o sistema operativo PC/Windows® (QSR NUD.IST, 1996).

174\FEM\15\URB\Q1 - porque não gosto do tamanho nem do feitio do meu nariz. 174\FEM\15\URB\Q3 - É grande e mal-feito. Depois de mudar: mais equilibrado com a minha cara. 174\FEM\15\URB\Q6 - À minha cara, cuidando dela através de limpezas diárias. 174\FEM\15\URB\Q9 - Às vezes não sei como hei-de estar.	10\MAS\13\URB\
---	----------------

Figura 1: Exemplo do conteúdo de dois ficheiros de dados qualitativos brutos destinados a indexação semi-automática. O rectângulo da esquerda representa o ficheiro criado para um elemento do sexo feminino, de 15 anos, urbano, que produziu respostas qualitativas para as questões 1, 3, 6 e 9. O da direita representa o ficheiro criado para um elemento do sexo masculino que não produziu qualquer resposta qualitativa.

Após uma primeira análise das respostas a cada pergunta e de acordo com o objectivo de cada questão, foram definidos índices relacionados com a menção explícita dos temas na mensagem. As categorias foram definidas de forma a privilegiar a pertinência, no sentido que lhe confere Bardin (1977) ou seja, de modo a permitir que o sistema de categorias reflecta em primeiro lugar as características das mensagens e depois as intenções da investigação e as questões colocadas³¹. A pré-análise mostrou que as categorias enunciadas no quadro apresentado no Apêndice C abrangiam os temas das respostas. A análise de conteúdo teve em conta, para cada questão, o número de indivíduos que referiram cada um dos temas definidores das categorias.

5.2. A análise estatística dos resultados

A análise da informação não numérica compreendeu a determinação das frequências absolutas e relativas expressas em percentagens, de elementos da amostra indexados em cada uma das categorias, em função das variáveis *sexo*, *idade* e *meio demográfico*.

³¹ Os critérios, subjectivos, sugeridos por Bardin para obter *boas categorias* não puderam ser considerados na sua totalidade. O critério da pertinência no sentido em que o precisamos, foi destacado em relação aos restantes porque está directamente relacionado com o objectivo da análise do conteúdo das questões: pretendemos que o grau de inferência fosse o menor possível e por isso procurámos agrupar os temas em categorias definidas apenas em função de elementos concretos presentes nas respostas dos adolescentes.

A significância estatística das diferenças de proporções observadas foi testada através de *testes do chi-quadrado para a associação*, com o auxílio de uma folha de cálculo Microsoft® Excel 97 programada para esse efeito. A *correção de Yates para a continuidade* foi programada apenas para a situação em que a *média* das frequências esperadas foi inferior a dois, conforme Glass e Hopkins (1984) advogam.

Para as restantes análises utilizámos o programa *Systat*, sobretudo para as análises de correlações canónicas e o programa *SPSS* para a descrição dos resultados, explorações, representações gráficas e análise factorial (*Systat for Windows*, Rel. 7.0, 1997 ; *SPSS for Windows*, Rel. 6.1, 1994) ³².

³² Baseamos as análises de correlação canónica e da redundância nos seguintes autores: Bernstein (1988), Tabachnick & Fidell, 1989; Stevens, 1992; Wickens (1995); Para as análises factoriais tivemos em consideração sobretudo os trabalhos de Stevens (1992) e de Nunnally (1978). Para a utilização dos programas *SPSS* e *Systat* seguimos os respectivos manuais (SPSS, 1993, 1994, 1994; Wilkinson, 1997, Cohen e Wilkinson, 1997).

RESULTADOS

CAPÍTULO V

Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresentamos em primeiro lugar os resultados da análise das respostas às nove questões colocadas aos adolescentes, organizados em termos de frequências de resposta e do conteúdo. Questão a questão apresentamos uma pequena síntese dos resultados.

A apresentação dos resultados da avaliação quantitativa da satisfação por zonas corporais inclui, além de uma breve análise descritiva dos resultados, os resultados relativos à análise factorial e subsequente construção de novas variáveis representativas da satisfação corporal e a análise das correlações canónicas entre o sexo, a idade, o índice de massa corporal relativo e o meio demográfico e as variáveis de satisfação corporal criadas a partir da análise factorial. Ao longo da apresentação destes dados fazemos sínteses dos resultados mais importantes.

1. Análise das frequências e conteúdos das questões abertas.

1.1. Questões relativas à auto-avaliação da imagem corporal

1.1.1. QUESTÃO 1

«Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que te desagrade? Se respondeste Sim, explica porquê.»

1.1.1.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 6
Adolescentes insatisfeitos com o corpo ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	8	27	9	30	23	77	19	63	59	49
Média	15	33	20	44	28	62	32	71	95	53
Final	9	30	11	37	25	83	20	67	65	54
Total	32	30	40	38	76	72	71	68	219	52

No Quadro 6 encontram-se as frequências absolutas e relativas (expressas em percentagem) das respostas *Sim* à questão 1, agrupadas em função do sexo, do meio demográfico de residência e do escalão etário. Consideraram-se insatisfeitas com aspectos do próprio corpo 70% das raparigas. Esta percentagem é significativamente superior aos cerca de 34% de rapazes que referem insatisfação com aspectos do corpo [$\chi^2 (1, N=420) = 53.67, p < .0001$].

A percentagem de elementos da amostra que se referiu insatisfeita com pelo menos um aspecto do corpo aumenta ligeiramente com o escalão etário. No entanto o aumento verificado não é estatisticamente significativo [$\chi^2 (2, N=420) = 0.65, p = .72$].

Devido às diferenças detectadas relativamente ao sexo, efectuámos uma análise para o escalão etário nos rapazes e nas raparigas. Os resultados indicam que, controlando a variável sexo, as diferenças entre grupos etários continuam a não ser significativas pois obtivemos, para os rapazes e para as raparigas, respectivamente $\chi^2(2, N=210) = 1.81, p = .40$ e $\chi^2(2, N=210) = 1.19, p = .55$.

Também não se verificaram diferenças significativas nas proporções de respostas *Sim* dos grupos definidos em função do meio demográfico de residência [$\chi^2(1, N=420) = 0.09, p = .77$]. As diferenças de proporções com que a insatisfação com o corpo foi referida em função do meio demográfico não se revelaram significativas nos rapazes nem nas raparigas pois obtivemos respectivamente [$\chi^2(1, N=210) = 1.35, p = .24$] e [$\chi^2(1, N=210) = .57, p = .45$].

Em síntese, as adolescentes referiram com maior frequência estarem insatisfeitas com aspectos corporais. O meio demográfico de residência e a idade não influenciaram significativamente a frequência do relato de insatisfação corporal.

1.1.1.2. Análise do conteúdo das respostas

A apresentação dos resultados da análise de conteúdo poderá precisar o que temos vindo a designar, relativamente à questão 1, *insatisfação corporal*. Nos quadros 7 a 9 apresentamos as frequências absolutas e relativas (expressas em percentagens) de elementos da amostra que citaram o aspecto corporal ou a parte do corpo que dá o nome a cada categoria considerada (cf. no Apêndice C o quadro descritivo das categorias de indexação). Como cada adolescente pode manifestar-se insatisfeito com mais do que um aspecto corporal e mais do que uma parte do corpo, optámos por definir categorias que não são mutuamente exclusivas.

Quadro 7
Aspectos corporais e partes do corpo associadas à insatisfação corporal. Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Gordura	7	3.3	55	26.2	62	14.8	43.60 ***
Borbulhas	11	5.2	11	5.2	22	5.2	0.00
Estatutura	8	3.8	11	5.2	19	4.5	0.50
Magreza	5	2.4	7	3.3	12	2.9	0.34
Pilosidade	4	1.9	6	2.9	10	2.4	0.41
Musculatura	7	3.3	1	0.5	8	1.9	4.59 *
Rosto	18	8.6	32	15.2	50	11.9	4.45 *
Pernas	2	1.0	28	13.3	30	7.1	24.27 ***
Abdómen	4	1.9	13	6.2	17	4.0	4.97 *
Cabelo	7	3.3	7	3.3	14	3.3	0.00
Anca	-	-	11	5.2	11	2.6	9.34 ***
Pele	5	2.4	4	1.9	9	2.1	0.11
Peito	2	1.0	5	2.4	7	1.7	1.31
Mãos	3	1.4	4	1.9	7	1.7	0.15
Nádegas	1	0.5	5	2.4	6	1.4	2.71

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

Conforme podemos ver no Quadro ~~5-2~~⁷, aproximadamente 15% do total de adolescentes inquiridos, 26.2% das raparigas e 3.3% dos rapazes, está insatisfeito com a gordura, considerando-a excessiva. O número de raparigas insatisfeitas com este aspecto corporal é significativamente superior ao número de rapazes, numa proporção aproximada de 8:1.

O único aspecto em que o número de rapazes insatisfeitos supera significativamente o número de raparigas é a musculatura (considerada insuficiente por 3,3% dos rapazes inquiridos).

No que diz respeito às partes do corpo que são alvo de insatisfação, o rosto é a parte mais referida. Dos adolescentes inquiridos, 15.2% das raparigas e 8.6% dos rapazes estavam insatisfeitos com aspectos faciais. Conforme mostra o Quadro ~~5-2~~⁷, além do rosto, o número de raparigas insatisfeitas com as pernas, o abdómen e as ancas supera significativamente o número de rapazes que estão insatisfeitos com os mesmos aspectos.

Quadro 8
Aspectos corporais e partes do corpo associadas à insatisfação corporal. Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Gordura	32	15.2	30	14.3	62	14.8	0.08
Borbulhas	13	6.2	9	4.3	22	5.2	0.77
Estatutura	7	3.3	12	5.7	19	4.5	1.38
Magreza	7	3.3	5	2.4	12	2.9	0.34
Pilosidade	4	1.9	6	2.9	10	2.4	0.41
Musculatura	6	2.9	2	1.0	8	1.9	2.04
Rosto	27	12.9	23	11.0	50	11.9	0.36
Pernas	13	6.2	17	8.1	30	7.1	0.57
Abdômen	9	4.3	8	3.8	17	4.0	0.06
Cabelo	5	2.4	9	4.3	14	3.3	1.18
Anca	6	2.9	5	2.4	11	2.6	0.09
Pele	4	1.9	5	2.4	9	2.1	0.11
Peito	5	2.4	2	1.0	7	1.7	1.31
Mãos	3	1.4	4	1.9	7	1.7	0.15
Nádegas	4	1.9	2	1.0	6	1.4	0.68

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

O Quadro 8 mostra os resultados por categoria agrupados em função do meio demográfico de residência. Não foram encontradas diferenças significativas para cada aspecto e parte corporal considerado.

Quadro 9

Aspectos corporais e partes do corpo associadas à insatisfação corporal. Resultados em função da idade ▪ (N=420)

	Adolescência		Adolescência		Adolescência		Total		χ^2
	Inicial		Média		Final				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gordura	18	15.0	28	15.6	16	13.3	62	14.8	0.29
Borbulhas	8	6.7	9	5.0	5	4.2	22	5.2	0.79
Estatura	3	2.5	13	7.2	3	2.5	19	4.5	5.31
Magreza	2	1.7	7	3.9	3	2.5	12	2.9	1.36
Pilosidade	3	2.5	2	1.1	5	4.2	10	2.4	0.85
Musculatura	2	1.7	4	2.2	2	1.7	8	1.9	0.17
Rosto	18	15.0	22	12.2	10	8.3	50	11.9	2.57
Pernas	12	10.0	8	4.4	10	8.3	30	7.1	3.71
Abdômen	5	4.2	7	3.9	5	4.2	17	4.0	0.02
Cabelo	6	5.0	3	1.7	5	4.2	14	3.3	2.84
Anca	1	0.8	5	2.8	5	4.2	11	2.6	2.64
Pele	1	0.8	5	2.8	3	2.5	9	2.1	1.40
Peito	2	1.7	2	1.1	3	2.5	7	1.7	0.84
Mãos	2	1.7	1	0.6	4	3.3	7	1.7	3.38
Nádegas	2	1.7	1	0.6	3	2.5	6	1.4	2.00

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

Os resultados por categoria agrupados em função do escalão etário encontram-se representados no Quadro 9. Conforme mostra o quadro, o valor do χ^2 nunca ultrapassou o valor crítico [para $\alpha = .05$, χ^2 (2 g.l.) = 5.99].

Uma observação atenta do Quadro 9 revela que relativamente às categorias Ancas e Pele se verifica um aumento do número de menções do grupo de adolescentes iniciais para os restantes grupos.

1.1.1.3. Síntese dos resultados da questão 1

Cerca de 52% dos adolescentes inquiridos consideraram-se insatisfeitos com pelo menos um aspecto relacionado com o corpo. Esta insatisfação é relatada mais frequentemente pelas adolescentes. Comparativamente aos rapazes, um número significativamente superior de raparigas estão insatisfeitas com a gordura, aspectos faciais, o abdômen, as pernas e as ancas. A insatisfação com o desenvolvimento da musculatura salientou-se nos rapazes. Não se verificaram diferenças significativas

entre os adolescentes residentes em lugares rurais e os adolescentes residentes em lugares urbanos nem entre os grupos etários definidos.

1.1.2. QUESTÃO 2

«Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que penses ser anormal? Se respondeste Sim, explica porquê.»

1.1.2.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 10
Adolescentes que consideram o corpo anormal ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	2	7	5	17	2	7	1	3	10	8
Média	4	9	4	9	2	4	6	13	16	9
Final	3	10	2	7	4	13	5	17	14	12
Total	9	9	11	10	8	8	12	11	40	10

Conforme se observa no Quadro 10, não existem diferenças em termos da frequência com que rapazes e raparigas consideraram anormal pelo menos um aspecto do corpo. Fizeram-no 20 rapazes e 20 raparigas, o que representa 10% do total da amostra. As diferenças entre a frequência com que adolescentes rurais e urbanos consideraram anormal um aspecto do seu próprio corpo não se revelou significativa [$\chi^2 (1, N=420) = 0.99, p = .32$].

Apesar de se verificar um aumento ligeiro na percentagem de elementos da amostra que, em função do escalão etário, relatam a existência de aspectos corporais considerados anormais, este incremento com o escalão etário não é significativo [$\chi^2 (2, N=420) = 0.92, p = .63$].

Em suma, cerca de 10% dos adolescentes afirmaram existir um aspecto corporal que consideravam ser anormal. Verificou-se uma proporção igual de rapazes e raparigas, de residentes em meio rural ou urbano e de adolescentes no início, meio ou final da adolescência.

1.1.2.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 11

Aspectos corporais e partes do corpo consideradas anormais. Resultados em função do sexo
■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Estatura	3	1.4	1	0.5	4	1.0	1.01
Borbulhas	1	0.5	2	1.0	3	0.7	0.34
Menstruação	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Pilosidade	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Costas	2	1.0	1	0.5	3	0.7	0.34
Dedos	-	-	3	1.4	3	0.7	3.02
Dentes	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Mãos	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Pênis	2	1.0	-	-	2	0.5	2.01
Pernas	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Pés	2	1.0	-	-	2	0.5	2.01
Outros	7	3.3	7	3.3	14	6.7	0.00

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

O Quadro 11 mostra as dimensões corporais mais frequentemente referidas como anormais por rapazes e raparigas e mostra também as partes do corpo que os elementos da amostra consideraram anormais. Relativamente aos rapazes destacamos a evocação da estatura, do pénis e dos pés como aspectos considerados anormais. Apesar do número de raparigas que consideram partes ou aspectos do corpo anormais ser igual ao número de rapazes, os resultados deste quadro sugerem que o número de aspectos e partes corporais consideradas anormais por cada rapariga será superior. Nas raparigas destacamos a evocação da menstruação, da pilosidade, dos dentes, dedos, mãos e pernas. As diferenças de proporções não foram estatisticamente significativas.

Quadro 12
Respostas à questão 2, incluídas na categoria *Outros*

Corpo em geral	-Rapariga de 15 anos.
Seio maior que outro	-Rapariga de 15 anos.
Tórax demasiado grande	-Rapariga de 17 anos.
Costela saliente	-Rapariga de 18 anos.
Unha	-Rapariga de 18 anos.
Proporção da cintura/anca	-Rapariga de 19 anos.
Algo (?), que mais ninguém tem	-Rapariga de 19 anos.
A úvula	-Rapaz de 14 anos.
Mamilos	-Rapaz de 15 anos.
A cabeça	-Rapaz de 16 anos.
Forma das omoplatas	-Rapaz de 17 anos.
Uma orelha maior que outra	-Rapaz de 18 anos.
Asma, bronquite e sinusite	-Rapaz de 18 anos.
Olhos (problemas de visão)	-Rapaz de 18 anos.

Dada a frequência elevada da categoria *outros*, que contém referência a aspectos e partes corporais referidos apenas por um elemento da amostra e tendo em consideração que, em termos clínicos, estes dados idiossincráticos podem ser interessantes, resumimos no Quadro 12 o conteúdo desta categoria, indicando o aspecto ou parte do corpo referido e o sexo e idade do elemento da amostra que o mencionou.

Quadro 13
Aspectos corporais e partes do corpo consideradas anormais por adolescentes. Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Estatutura	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
Borbulhas	3	1.4	-	-	3	0.7	3.02
Menstruação	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Pilosidade	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Costas	1	0.5	2	1.0	3	0.7	0.34
Dedos	3	1.4	-	-	3	0.7	3.02
Dentes	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Mãos	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Pénis	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Pernas	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Pés	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Outros	8	3.8	6	2.9	14	3.3	0.30

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

Os quadros 13 e 14 representam os resultados agrupados em função do meio de demográfico e do escalão etário. Destes quadros podemos salientar o facto da referência à estatura como um aspecto do corpo considerado anormal ser significativamente mais provável na adolescência inicial.

Quadro 14

Aspectos corporais e partes do corpo consideradas anormais por adolescentes de diferentes faixas etárias ■ (N=420)

	Adolescência Inicial		Adolescência Média		Adolescência Final		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estatura	4	3.3	-	-	-	-	4	1.0	10.10 **
Borbulhas	1	0.8	2	1.1	-	-	3	0.7	1.29
Menstruação	-	-	2	1.1	-	-	2	0.5	2.67
Pilosidade	-	-	1	0.6	1	0.8	2	0.5	1.34
Costas	-	-	2	1.1	1	0.8	3	0.7	1.29
Dedos	-	-	1	0.6	2	1.7	3	0.7	2.46
Dentes	1	0.8	1	0.6	-	-	2	0.5	0.92
Mãos	1	0.8	-	-	1	0.8	2	0.5	1.51
Pénis	-	-	1	0.6	1	0.8	2	0.5	0.92
Pernas	1	0.8	-	-	1	0.8	2	0.5	1.51
Pés	1	0.8	1	0.6	-	-	2	0.5	0.92
Outros	1	0.8	6	3.3	7	5.8	14	3.3	4.66

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

1.1.2.3. Síntese dos resultados da questão 2

Cerca de 10% dos adolescentes inquiridos consideraram que algum aspecto ou parte do próprio corpo era anormal. Não se verificaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas, entre residentes no meio urbano e meio rural. A frequência com que os adolescentes mais novos consideram a estatura um aspecto corporal anormal foi significativamente superior. A estatura, as borbulhas, a menstruação e pilosidade foram os aspectos mais frequentemente referidos.

1.1.3. QUESTÃO 3

«Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que, se pudesses, mudavas? Se respondeste Sim, descreve o que te aborrece agora e como ficaria depois de modificares isso.»

1.1.3.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 15
Adolescentes que desejam modificar o corpo ▪ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	12	40	15	50	19	63	11	37	57	48
Média	21	47	18	40	22	49	22	49	83	46
Final	7	23	10	33	21	70	20	67	58	48
Total	40	38	43	41	62	59	53	50	198	47

No Quadro 15, agrupadas em função do sexo, do meio demográfico de residência e do escalão etário, registam-se as frequências absolutas e relativas das respostas *Sim* à questão 3. Do total dos inquiridos, 47% desejariam modificar aspectos do próprio corpo. Assim, cerca de 40% dos rapazes e cerca de 55% das raparigas inquiridas manifestaram que alterariam aspectos do seu corpo. A diferença de frequência de respostas afirmativas entre as raparigas e os rapazes da amostra foi significativa [$\chi^2(1, N=420) = 9.78, p < .005$].

Para a amostra total, não existe diferença ao nível da frequência de respostas afirmativas à questão 3 em função do escalão etário considerado [$\chi^2(2, N=420) = 0.14, p = .934$]. No entanto, se considerarmos separadamente as frequências das raparigas e as dos rapazes em função do escalão etário, os resultados indicam que as diferenças entre grupos etários são significativas nas raparigas (cerca de 25% das adolescentes iniciais e 25% das médias desejam modificar o corpo, contra 34% das adolescentes finais). Assim, obtivemos para as raparigas e para os rapazes, respectivamente $\chi^2(2, N=210) = 6.26, p = .04$ e $\chi^2(2, N=210) = 4.44, p = .11$.

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos definidos em função do meio demográfico de residência relativamente à frequência de elementos que responderam afirmativamente a esta questão [$\chi^2(1, N=420) = 0.34, p = .56$].

Mesmo quando se analisaram as diferenças na frequência em função do escalão etário nos rapazes e nas raparigas separadamente estas não se revelaram significativas pois obtivemos para os rapazes $\chi^2(1, N=210) = 0.18, p = .67$ e para as raparigas $\chi^2(1, N=210) = 1.55, p = .21$.

Resumindo, 45% dos rapazes e 55% das raparigas referiram o desejo de modificar aspectos do próprio corpo. Mais raparigas do que rapazes manifestaram este desejo, tendo sido superior a frequência de raparigas na fase final da adolescência que o fizeram. As respostas à questão 3 não foram significativamente diferentes em função do meio demográfico.

1.1.3.2. Análise do conteúdo das respostas

Através dos resultados da análise de conteúdo vamos precisar o que é que os adolescentes inquiridos gostariam de modificar no seu corpo (quais os aspectos corporais e quais as partes do corpo que modificariam se pudessem). Nos quadros 16 a 18 apresentamos as frequências absolutas e relativas (expressas em percentagens) de elementos da amostra que foram codificados em cada uma das categorias em função respectivamente do sexo, meio demográfico de residência e escalão etário (cf. Apêndice C relativo às categorias, para conhecer a direcção da modificação desejada).

Quadro 16
Aspectos corporais e partes do corpo que os adolescentes desejam modificar. Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Gordura	7	3.3	40	19.0	47	11.2	26.09 ***
Estatuta	5	2.4	13	6.2	18	4.3	3.71
Borbulhas	10	4.8	6	2.9	16	3.8	1.04
Musculatura	14	6.7	1	0.5	15	3.6	11.68 **
Magreza	5	2.4	7	3.3	12	2.9	0.34
Pilosidade	1	0.5	8	3.8	9	2.1	5.56
Face	29	13.8	32	15.2	61	14.5	0.17
Cabelo	13	6.2	19	9.0	32	7.6	1.22
Pernas	4	1.9	25	11.9	29	6.9	16.33 ***
Peito	5	2.4	15	7.1	20	4.8	5.25 *
Abdómen	1	0.5	14	6.7	15	3.6	11.68 **
Ancas	-	-	13	6.2	13	3.1	13.42 **
Nádegas	2	1.0	7	3.3	9	2.1	2.84
Pele	4	1.9	4	1.9	8	1.9	0.00
Mãos	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
Outras	7	3.3	6	2.9	13	3.1	0.08

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

O Quadro 16 mostra que 11.2% do total de adolescentes inquiridos, 19% das raparigas e cerca de 3% dos rapazes, mencionam a gordura como um aspecto corporal que gostariam de modificar. O número de raparigas que deseja ser mais magra é significativamente superior ao número de rapazes.

A seguir à gordura, os outros aspectos que os adolescentes mais frequentemente desejariam modificar são a estatura, as borbulhas, a musculatura, a magreza e a pilosidade. No entanto, rapazes e raparigas distinguem-se na probabilidade de desejarem alterar cada um destes aspectos corporais.

Assim, a musculatura é referida mais frequentemente pelos rapazes e constitui o aspecto corporal que maior número de elementos masculinos referiu. Mais raparigas do que rapazes desejariam ter menor pilosidade.

No que diz respeito às partes do corpo que os adolescentes desejariam modificar, a face é a parte mais referida quer pelas raparigas (cerca de 15%) quer pelos rapazes (cerca de 14%). As pernas, peito, abdómen e ancas são partes do corpo

significativamente mais referidas pelas raparigas. O cabelo é referido por cerca de 8% dos adolescentes, não se verificando uma diferença significativa entre os rapazes e a raparigas.

Quadro 17

Aspectos corporais e partes do corpo que os adolescentes desejam modificar. Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Gordura	24	11.4	23	11.0	47	11.2	0.02
Estatutura	8	3.8	10	4.8	18	4.3	0.23
Borbulhas	9	4.3	7	3.3	16	3.8	0.26
Musculatura	11	5.2	4	1.9	15	3.6	3.39
Magreza	8	3.8	4	1.9	12	2.9	1.37
Pilosidade	5	2.4	4	1.9	9	2.1	0.11
Face	30	14.3	31	14.8	61	14.5	0.02
Cabelo	15	7.1	17	8.1	32	7.6	0.14
Pernas	14	6.7	15	7.1	29	6.9	0.04
Peito	8	3.8	12	5.7	20	4.8	0.84
Abdómen	8	3.8	7	3.3	15	3.6	0.07
Ancas	5	2.4	8	3.8	13	3.1	0.71
Nádegas	5	2.4	4	1.9	9	2.1	0.11
Pele	5	2.4	3	1.4	8	1.9	0.51
Mãos	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
Outras	5	2.4	8	3.8	13	3.1	0.71

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

O Quadro 17 mostra os resultados por categoria agrupados em função do meio demográfico de residência. Os elementos residentes em meio rural referiram com maior frequência que desejariam ser mais musculosos e menos magros. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Os resultados por categoria agrupados em função da idade encontram-se representados no Quadro 18. Conforme mostra o quadro, não se verificaram diferenças significativas entre os agrupamentos etários. Contudo, relativamente à categoria *peito*, as diferenças em função do escalão etário, apontando para um aumento com a idade, estão próximos do limiar de significação estatística: o χ^2 está muito próximo de 5.99, valor crítico para $\alpha = .05$.

Quadro 18

Aspectos corporais e partes do corpo que os adolescentes desejam modificar. Resultados em função da idade ■ (N=420)

	Adolescência Inicial		Adolescência Média		Adolescência Final		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gordura	16	13.3	14	7.8	17	14.2	47	11.2	3.73
Estatutura	8	6.7	5	2.8	5	4.2	18	4.3	2.66
Borbulhas	3	2.5	6	3.3	7	5.8	16	3.8	2.01
Musculatura	1	0.8	9	5.0	5	4.2	15	3.6	3.80
Magreza	3	2.5	5	2.8	4	3.3	12	2.9	0.16
Pilosidade	-	-	5	2.8	4	3.3	9	2.1	3.78
Face	14	11.7	30	16.7	17	14.2	61	14.5	1.47
Cabelo	10	8.3	13	7.2	9	7.5	32	7.6	0.13
Pernas	8	6.7	11	6.1	10	8.3	29	6.9	0.57
Peito	6	5.0	4	2.2	10	8.3	20	4.8	5.95
Abdômen	2	1.7	5	2.8	8	6.7	15	3.6	4.93
Ancas	1	0.8	6	3.3	6	5.0	13	3.1	3.53
Nádegas	3	2.5	4	2.2	2	1.7	9	2.1	0.21
Pele	3	2.5	4	2.2	1	0.8	8	1.9	1.06
Mãos	1	0.8	1	0.6	2	1.7	4	1.0	0.97
Outras	5	4.2	4	2.2	4	3.3	13	3.1	0.94

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

1.1.3.3. Síntese dos resultados da questão 3

Dos adolescentes inquiridos, 47% responderam que desejariam modificar pelo menos um aspecto do seu corpo. A percentagem de raparigas que manifestou este desejo foi superior à de rapazes. Nas raparigas, a percentagem de elementos que referiram desejar modificar o corpo aumentou com o escalão etário. A gordura foi o aspecto corporal mais vezes referido. De um modo geral, os adolescentes que responderam afirmativamente à questão manifestaram o desejo de serem mais magros e terem menos borbulhas. Manifestaram também, sobretudo as raparigas, o desejo de serem mais altos e terem menor pilosidade. Alguns adolescentes manifestaram o desejo de serem menos magros. Das partes do corpo que gostariam de modificar, a face e depois o cabelo foram as mais referidas. Um número significativamente superior de raparigas manifestou que gostaria de modificar as pernas, o peito, o abdômen e as ancas.

1.2. Questões relativas a aspectos comportamentais associados à avaliação subjectiva do corpo

1.2.1. QUESTÃO 4

1.2.1.1. Análise da frequência de respostas

«Por causa do aspecto do teu corpo alguma vez deixaste de fazer o que querias fazer?»

Quadro 19

Adolescentes que referem inibições do comportamento devido ao aspecto do corpo ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	3	10	2	7	6	20	4	13	15	13
Média	2	4	6	13	14	31	7	16	29	16
Final	2	7	2	7	11	37	10	33	25	21
Total	7	7	10	10	31	30	21	20	69	16

No Quadro 19, agrupadas em função do sexo, do meio demográfico de residência e do escalão etário, registam-se as frequências absolutas e relativas das respostas *Sim* à questão 4. Do total dos inquiridos, 16% referiram que já deixaram de fazer o que queriam por causa da aparência física. Responderam afirmativamente à questão colocada cerca de 25% das raparigas e 8% dos rapazes. O número de raparigas que relatou ter deixado de fazer o que desejava devido à aparência física foi significativamente superior ao número de rapazes [$\chi^2 (1, N=420) = 21.24, p < .0001$].

Não foram encontradas diferenças na frequência de respostas afirmativas à questão 4 em função do escalão etário [$\chi^2 (2, N=420) = 3.06, p = .217$]. Ainda relativamente ao escalão etário, o estudo separado das frequências de respostas produzidas pelas raparigas e pelos rapazes não detectou diferenças significativas entre os grupos etários. No grupo das raparigas e dos rapazes, obtivemos

respectivamente $\chi^2 (2, N=210) = 5.58$, $p = .06$ e $\chi^2 (2, N=210) = 0.25$, $p = .88$. O aumento de percentagem que se verifica ocorrer com o aumento do escalão etário não é significativo.

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos definidos em função do meio demográfico de residência relativamente à frequência de elementos que responderam afirmativamente a esta questão [$\chi^2 (1, N=420) = 0.85$, $p = .36$]. A análise das diferenças de frequência em função do meio demográfico de residência, considerando em separado os rapazes e as raparigas, também não revelou a existência de diferenças significativas $\chi^2 (1, N=210) = 2.56$, $p = .11$ para as raparigas e $\chi^2 (1, N=210) = 0.57$, $p = .48$ para os rapazes.

Em resumo, 16% dos adolescentes inquiridos relataram que já deixaram de fazer o que gostavam devido à própria aparência física. O período da adolescência e o facto de residir em meio urbano ou meio rural não determinou diferenças significativas em termos estatísticos na frequência de respostas a esta questão. Apesar de não ser significativo em termos estatísticos verificamos um aumento da percentagem de respostas afirmativas a esta questão com o aumento do escalão etário considerado.

1.2.1.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 20
Comportamentos inibidos devido à aparência física. Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Vestir	1	0.5	18	8.6	19	4.5	15.93 ***
Expor o corpo	4	1.9	13	6.2	17	4.0	4.97 *
Comer	1	0.5	9	4.3	10	2.4	6.56 *
Desfilar (moda)	2	1.0	6	2.9	8	1.9	2.04
Fazer ginástica	1	0.5	5	2.4	6	1.4	2.71
Relacionamento interpessoal	5	2.4	-	-	5	1.2	5.06 *
Outros	3	1.4	3	1.4	6	1.4	0.00

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

Verificamos que, por causa da aparência física, os adolescentes privam-se de vestir roupas que apreciam, de expor o corpo em praias ou piscinas, de comer, fazer ginástica e aprofundar relacionamentos com elementos do sexo oposto. Destacamos as menções repetidas a uma situação muito específica envolvendo a avaliação e selecção com base na aparência física: participar em desfiles de moda. Nesta questão, a categoria *Outros* inclui, além de respostas demasiado vagas para serem codificadas e respostas de elementos que, respondendo *Sim* à questão não responderam ao item qualitativo, algumas respostas que, apesar da singularidade, consideramos dignas de menção: uma adolescente de 18 anos referiu que deixou de rir com à-vontade por causa dos dentes, um adolescente de 17 anos mencionou não cortar o cabelo por causa do tamanho das orelhas e outro adolescente, de 18 anos, referiu não estar à-vontade perto de colegas de grande estatura.

O número de raparigas a referir que deixou de vestir roupas apreciadas, de expor o corpo na praia ou piscinas e de comer devido à aparência física foi significativamente superior ao número de rapazes.

Relativamente ao evitamento de relacionamento com elementos do sexo oposto atribuído a aspectos corporais, a proporção de rapazes que mencionou este tipo de evitamentos foi significativamente superior à proporção de raparigas. Nas restantes categorias as diferenças observadas não são significativas (cf. Quadro 20 na página anterior).

Relativamente às diferenças de frequência em função do meio demográfico, o único aspecto que se destaca é o facto da proporção de adolescentes residentes em meio urbano que referiu não ter participado em desfiles de moda devido ao seu aspecto físico ser significativamente superior à proporção de adolescentes rurais (cf. Quadro 21 na página seguinte).

Quadro 21
Comportamentos inibidos devido à aparência física. Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Vestir	6	2.9	13	6.2	19	4.5	2.70
Expôr o corpo	11	5.2	6	2.9	17	4.0	1.53
Comer	4	1.9	6	2.9	10	2.4	0.41
Desfilar (moda)	1	0.5	7	3.3	8	1.9	4.59 *
Fazer ginástica	2	1.0	4	1.9	6	1.4	0.68
Relacionamento interpessoal	3	1.4	2	1.0	5	1.2	0.20
Outros	4	1.9	2	1.0	6	1.4	0.20
*p < .05 **p < .01 ***p < .0001							

O Quadro 22 apresenta os resultados em função do escalão etário. A proporção de adolescentes no início e no final da adolescência que referiram ter evitado expor o corpo devido à aparência física foi significativamente superior à proporção dos adolescentes médios.

Quadro 22
Comportamentos inibidos devido à aparência física. Resultados em função da idade ■ (N=420)

	Adolescência Inicial		Adolescência Média		Adolescência Final		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vestir	3	2.5	9	5.0	7	5.8	19	4.5	1.71
Expor o corpo	5	4.2	3	1.7	9	7.5	17	4.0	6.31 *
Comer	3	2.5	5	2.8	2	1.7	10	2.4	0.39
Desfilar (moda)	-	-	4	2.2	4	3.3	8	1.9	3.74
Fazer ginástica	3	2.5	2	1.1	1	0.8	6	1.4	1.41
Relacionamento interpessoal	1	0.8	4	2.2	-	-	5	1.2	3.20
Outros	-	-	3	1.7	3	2.5	6	1.4	2.79
*p < .05 **p < .01 ***p < .0001									

1.2.1.3. Síntese dos resultados da questão 4

Cerca de 16% dos adolescentes inquiridos relataram que já deixaram de fazer o que gostariam por causa da aparência física. Um número significativamente superior de raparigas relatou este facto. O evitamento da exposição do corpo devido

à aparência física foi referido por uma proporção superior de adolescentes iniciais e finais. Os comportamentos evitados devido à aparência do próprio corpo relacionam-se, por ordem decrescente da frequência com que foram referidos, com: vestir determinadas roupas, expor o corpo, comer, participar em desfiles de moda, fazer ginástica e relacionar-se com o sexo oposto. Este último aspecto foi mais referido pelos elementos do sexo masculino. A inibição da participação em desfiles de moda foi mais referida por elementos urbanos.

1.2.2. QUESTÃO 5

«Fazes alguma coisa para disfarçar algum defeito do teu corpo? Se respondeste Sim, refere qual o defeito e o que fazes para que seja menos notado.»

1.2.2.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 23
Adolescentes que disfarçam aspectos corporais ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	6	20	3	10	15	50	14	47	38	32
Média	7	16	6	13	14	31	17	38	44	24
Final	2	7	5	17	12	40	15	50	34	28
Total	15	14	14	13	41	39	46	44	116	28

As frequências absolutas e relativas das respostas *Sim* à questão 5 encontram-se no Quadro 22, agrupadas em função do sexo, do meio demográfico de residência e do escalão etário. Dos total dos inquiridos, 28% relataram que tomavam medidas no sentido de tornar menos notório um defeito corporal. Cerca de 42% das raparigas e menos de 14% dos rapazes responderam afirmativamente a esta questão. A diferença de frequência de respostas de rapazes e raparigas foi significativa [χ^2 (1, N=420) = 40.07, $p < .0001$].

Para a amostra geral, as diferenças de frequências observadas em função do escalão etário não se revelaram significativas [χ^2 (2, N=420) = 1.92, $p = .38$]. Dentro de cada grupo definido em função do sexo as diferenças de frequência

verificadas em função do escalão etário também não se revelaram significativas. Obtivemos para o grupo dos rapazes $\chi^2 (2, N=210) = 0.33, p = .85$ e para o grupo das raparigas $\chi^2 (2, N=210) = 3.30, p = .19$.

Também não se verificaram diferenças significativas entre os grupos definidos em função do meio demográfico de residência [$\chi^2 (1, N=420) = 0.19, p = .66$]. Mesmo quando consideradas as diferenças de frequência dentro do grupo de rapazes e de raparigas em função do meio demográfico de residência, as diferenças observadas não foram significativas (para as raparigas e os rapazes, respectivamente $\chi^2 (1, N=210) = 0.31, p = .58$ e $\chi^2 (1, N=210) = 0.04, p = .84$).

Em síntese, a proporção de adolescentes do sexo feminino que referiu disfarçar aspectos corporais que considera defeitos foi superior à proporção de adolescentes masculinos. O meio demográfico de residência e o escalão etário não influenciaram significativamente as proporções de respostas positivas a esta questão.

1.2.2.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 24
Estratégias de camuflagem, aspectos e partes corporais camuflados.
Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Estratégia							
Vestuário	8	3.8	60	28.6	68	16.2	47.45 ***
Usar Cremes	4	1.9	6	2.9	10	2.4	0.41
Fazer Exercício	1	0.5	6	2.9	7	1.7	3.63
Contrair o abdómen	3	1.4	2	1.0	5	1.2	0.20
Esconder os dentes q ^{ndo} ri	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
Ocultar com o cabelo	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
Fazer Dieta	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Aspecto Corporal							
Gordura	5	2.4	39	18.6	44	10.5	29.35 ***
Borbulhas	7	3.3	8	3.8	15	3.6	0.07
Pilosidade	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Zona do corpo							
Abdómen	4	1.9	15	7.1	19	4.5	6.67 **
Pernas	2	1.0	10	4.8	12	2.9	5.49 *
Ancas	-	-	10	4.8	10	2.4	10.24 **
Peito	1	0.5	6	2.9	7	1.7	3.63
Dentes	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
Nádegas	-	-	4	1.9	4	1.0	4.04 *
Cabelo	1	0.5	2	1.0	3	0.7	0.34
Outros	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
*p < .05 **p < .01 ***p < .0001							

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

A análise das respostas à questão 5 permitiu identificar um conjunto de estratégias utilizadas pelos adolescentes para disfarçar aspectos corporais e partes do corpo que consideram defeituosas. O Quadro 24 mostra a frequência e a percentagem relativa de adolescentes por estratégia, aspecto corporal e parte do corpo mencionada, em função do sexo.

Conforme podemos ver no quadro, 16.2% dos adolescentes inquiridos, 28.6% das raparigas e 3.8% dos rapazes, recorrem ao vestuário para disfarçar defeitos corporais. Esta estratégia foi mencionada por um número significativamente superior de raparigas. O vestuário foi referido como uma forma de ocultar ou minimizar defeitos corporais, muito frequentemente através do evitamento de roupas justas, uso

exclusivo de calças (no caso das raparigas), escolha de cores escuras e peças de vestuário longas para a parte superior do corpo. As restantes estratégias foram referidas por um número de adolescentes mais reduzido (cf. Apêndice C para conhecer com mais detalhe o conteúdo destas categorias).

No que diz respeito ao aspecto corporal que mais frequentemente os adolescentes inquiridos procuram disfarçar, a gordura foi referida por 18,6% das raparigas e 2,4% dos rapazes, correspondendo a 10,5% do total da amostra. A diferença entre a proporção de raparigas que referiram disfarçar aspectos corporais relacionados com a gordura relativamente à proporção de rapazes foi estatisticamente significativa. Os restantes aspectos corporais referidos incidem sobretudo nas borbulhas e na pilosidade, tendo este último aspecto sido referido exclusivamente por raparigas.

Considerando as partes do corpo alvo das estratégias de disfarce, o abdómen, as pernas e as ancas foram as partes corporais referidas com maior frequência. Estas partes do corpo, juntamente com as nádegas, foram referidas por uma proporção significativamente superior de raparigas.

Na categoria *outros* uma resposta, apesar de singular, parece-nos digna de menção: uma adolescente referiu que, por causa do nariz, anda sempre de cabeça voltada para baixo, não sendo capaz de olhar para as pessoas.

O Quadro 25 mostra os resultados por categoria agrupados em função do meio demográfico de residência e, conforme se pode ler, entre adolescentes rurais e urbanos não se verificaram diferenças significativas de frequência nas categorias estudadas.

Os resultados por categoria agrupados em função do escalão etário encontram-se representados no Quadro 26. A proporção de adolescentes que mencionou contrair o abdómen foi diferente em função do escalão etário. A observação das frequências de resposta nas categorias *contrair o abdómen* e *abdómen* mostra que os adolescentes iniciais referem mais frequentemente estes aspectos.

Quadro 25
Estratégias de camuflagem, aspectos e partes corporais camuflados.
Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

		Rural		Urbano		Total		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
Estratégia								
	Vestuário	33	15.7	35	16.7	68	16.2	0.07
	Usar Cremes	5	2.4	5	2.4	10	2.4	0.00
	Fazer Exercício	3	1.4	4	1.9	7	1.7	0.15
	Contrair o abdômen	2	1.0	3	1.4	5	1.2	0.20
	Esconder os dentes quando ri	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
	Ocultar com o cabelo	3	1.4	1	0.5	4	1.0	1.01
	Fazer Dieta	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Aspecto Corporal								
	Gordura	22	10.5	22	10.5	44	10.5	0.00
	Borbulhas	8	3.8	7	3.3	15	3.6	0.07
	Pilosidade	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Zona do corpo								
	Abdômen	10	4.8	9	4.3	19	4.5	0.06
	Pernas	5	2.4	7	3.3	12	2.9	0.34
	Ancas	4	1.9	6	2.9	10	2.4	0.41
	Peito	3	1.4	4	1.9	7	1.7	0.15
	Dentes	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
	Nádegas	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
	Cabelo	-	-	3	1.4	3	0.7	3.02
	Outros	3	0.5	1	1.4	4	1.0	1.01

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

Quadro 26
Estratégias de camuflagem, aspectos e partes corporais camuflados por adolescentes
iniciais, médios e finais ■ (N=420)

	Adolescência		Adolescência		Adolescência		Total		χ^2
	Inicial		Média		Final				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estratégia									
Vestuário	21	17.5	22	12.2	25	20.8	68	16.2	4.15
Usar Cremes	3	2.5	6	3.3	1	0.8	10	2.4	1.95
Fazer Exercício	4	3.3	2	1.1	1	0.8	7	1.7	2.88
Contrair o abdômen	4	3.3	-	-	1	0.8	5	1.2	6.98 *
Esconder os dentes q ^{ndo} ri	-	-	1	0.6	3	2.5	4	1.0	4.50
Ocultar com o cabelo	2	1.7	1	0.6	1	0.8	4	1.0	0.97
Fazer Dieta	1	0.8	1	0.6	-	-	2	0.5	0.92
Aspecto Corporal									
Gordura	16	13.3	14	7.8	14	11.7	44	10.5	2.62
Borbulhas	4	3.3	8	4.4	3	2.5	15	3.6	0.82
Pilosidade	-	-	1	0.6	1	0.8	2	0.5	0.92
Zona do corpo									
Abdômen	11	9.2	4	2.2	4	3.3	19	4.5	8.59 *
Pernas	5	4.2	3	1.7	4	3.3	12	2.9	1.76
Ancas	2	1.7	4	2.2	4	3.3	10	2.4	0.75
Peito	3	2.5	1	0.6	3	2.5	7	1.7	2.37
Dentes	-	-	1	0.6	3	2.5	4	1.0	4.50
Nádegas	1	0.8	2	1.1	1	0.8	4	1.0	0.08
Cabelo	2	1.7	1	0.6	-	-	3	0.7	2.46
Outros	2	1.7	2	1.1	-	-	4	1.0	1.85
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .0001$									

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

1.2.2.3. Síntese dos resultados da questão 5

Em síntese, 28% dos adolescentes inquiridos referiram disfarçar pelo menos um aspecto corporal. As adolescentes referiram com maior frequência que fazem por disfarçar aspectos corporais que consideram defeitos. As estratégias mais frequentemente referidas pelos adolescentes apoiam-se no uso de roupas que não evidenciem a forma do corpo e na opção por roupas que ocultem os aspectos ou partes corporais consideradas defeituosas.

A gordura foi o aspecto corporal que maior número de adolescentes mencionou disfarçar. Um número significativamente superior de raparigas referiu fazê-lo.

Relativamente às partes do corpo disfarçadas, o abdómen, as pernas e as ancas foram as partes corporais referidas por maior número de adolescentes, tendo os adolescentes iniciais referido significativamente mais vezes disfarçar o abdómen, servindo-se da contracção para o tornar menos saliente.

1.2.3. QUESTÃO 6

«Há alguma parte do teu corpo a que dês mais atenção? Se respondeste Sim, diz qual é e explica como é que lhe dás mais atenção.»

1.2.3.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 27
Adolescentes que dão mais atenção a partes específicas do corpo ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	13	43	16	53	19	63	18	60	66	55
Média	25	56	26	58	30	67	19	42	100	56
Final	13	43	13	43	15	50	18	60	59	49
Total	51	49	55	52	64	61	55	52	225	54

O Quadro 27 mostra a frequência de respostas *Sim* à questão 6, agrupadas em função do sexo, meio demográfico de residência e escalão etário. Responderam afirmativamente à questão 54% dos adolescentes inquiridos. Não se verificaram diferenças significativas na frequência de respostas em função do sexo [$\chi^2 (1, N=420) = 1.62, p = .20$], do meio demográfico [$\chi^2 (1, N=420) = 0.24, p = .62$] nem do escalão etário [$\chi^2 (2, N=420) = 1.32, p = .52$].

Em suma, dos 54% de adolescentes que referiram prestar mais atenção a uma determinada parte do corpo, a proporção de adolescentes que respondeu afirmativamente a esta questão foi igual, independentemente do sexo, meio demográfico e escalão etário.

1.2.3.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 28
Partes, aspectos corporais e comportamentos de atenção ao corpo.
Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Todo o corpo	-	-	4	1.9	4	1.0	4.04 *
Zona do corpo							
Cara	37	17.6	58	27.6	95	22.6	6.00 *
Cabelo	30	14.3	38	18.1	68	16.2	1.12
Pernas	10	4.8	11	5.2	21	5.0	0.05
Genitais	19	9.0	-	-	19	4.5	19.90 ***
Pele	2	1.0	14	6.7	16	3.8	9.36 **
Músculos	14	6.7	1	0.5	15	3.6	11.68 **
Abdómen	5	2.4	8	3.8	13	3.1	0.71
Olhos	4	1.9	9	4.3	13	3.1	1.98
Peito	2	1.0	9	4.3	11	2.6	4.57 *
Dentes	4	1.9	4	1.9	8	1.9	0.00
Mãos	1	0.5	5	2.4	6	1.4	2.71
Boca e Lábios	-	-	5	2.4	5	1.2	5.06 *
Braços	3	1.4	2	1.0	5	1.2	0.20
Anca	0	0.0	3	1.4	3	0.7	3.02
Pés	2	1.0	1	0.5	3	0.7	0.34
Aspecto Corporal							
Borbulhas	10	4.8	14	6.7	24	5.7	0.71
Comportamento							
Usar Cremes	8	3.8	32	15.2	40	9.5	15.92 ***
Limpar	9	4.3	18	8.6	27	6.4	3.21
Exercitar	11	5.2	8	3.8	19	4.5	0.50
Pentear	11	5.2	3	1.4	14	3.3	4.73 *
Comer	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
Vestir	-	-	4	1.9	4	1.0	4.04 *
Outras	4	1.9	2	1.0	6	1.4	0.68

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

O Quadro 28 resume os resultados da análise do conteúdo das 225 respostas à questão 6. Foram identificadas as partes do corpo e aspectos corporais referidos como alvo de atenção dos adolescentes bem como os comportamentos que traduzem essa atenção. A face foi a parte do corpo referida por maior percentagem de adolescentes (22,6%) e, tal como a pele, o peito, a boca e os lábios, foi referida por uma maior proporção de raparigas. Um número significativamente superior de

rapazes referiu prestar atenção a aspectos relacionados com os músculos e os genitais.

As borbulhas foram referidas por 5,7% dos adolescentes, constituindo o único aspecto corporal saliente nas respostas dos inquiridos.

Quanto aos comportamentos associados à atenção prestada ao corpo, os elementos da amostra referiram mais frequentemente a utilização de cremes (sobretudo cremes faciais, de tratamento do acne ou cosméticos), os comportamentos de higiene relacionados com a limpeza da parte corporal alvo de atenção, o exercício físico e o pentear. Um número significativamente superior de raparigas mencionou a utilização de cremes como forma de dar atenção ao corpo. Por outro lado, uma maior proporção de rapazes mencionou ter cuidados com o cabelo.

Quatro adolescentes que responderam afirmativamente à questão 6 referiram dar atenção a todo o corpo, não especificando nenhum alvo especial dessa atenção.

Alguns adolescentes ofereceram uma justificação para o facto de prestarem mais atenção à face. Dos inquiridos, oito adolescentes referiram que prestavam mais atenção à face por estar mais exposta e cinco por *"dizer tudo acerca de uma pessoa"*.

O Quadro 29 mostra os resultados por categoria agrupados em função do meio demográfico de residência. Mais adolescentes urbanos do que rurais referem o exercício e os cuidados com a alimentação como um dos comportamentos de atenção (cf. Apêndice C) e mencionam o abdómen e os olhos como alvos de atenção.

Quadro 29

Partes, aspectos corporais e comportamentos de atenção ao corpo.
Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Todo o corpo	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1
Zona do corpo							
Cara	51	24.3	44	21.0	95	22.6	0.67
Cabelo	33	15.7	35	16.7	68	16.2	0.07
Pernas	7	3.3	14	6.7	21	5.0	2.46
Genitais	11	5.2	8	3.8	19	4.5	0.50
Pele	11	5.2	5	2.4	16	3.8	2.34
Músculos	8	3.8	7	3.3	15	3.6	0.07
Abdômen	3	1.4	10	4.8	13	3.1	3.89 *
Olhos	3	1.4	10	4.8	13	3.1	3.89 *
Peito	5	2.4	6	2.9	11	2.6	0.09
Dentes	4	1.9	4	1.9	8	1.9	0.00
Mãos	4	1.9	2	1.0	6	1.4	0.68
Boca e Lábios	2	1.0	3	1.4	5	1.2	0.20
Braços	4	1.9	1	0.5	5	1.2	1.82
Anca	1	0.5	2	1.0	3	0.7	0.34
Pés	1	0.5	2	1.0	3	0.7	0.34
Aspecto Corporal							
Borbulhas	15	7.1	9	4.3	24	5.7	1.59
Comportamento							
Usar Cremes	17	8.1	23	11.0	40	9.5	0.99
Limpar	11	5.2	16	7.6	27	6.4	0.99
Exercitar	5	2.4	14	6.7	19	4.5	4.47 *
Pentear	8	3.8	6	2.9	14	3.3	0.30
Comer	-	-	4	1.9	4	1.0	4.04 *
Vestir	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
Outras	3	1.4	3	1.4	6	1.4	0.00

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

Os resultados por categoria agrupados em função do escalão etário encontram-se representados no Quadro 30. Verificaram-se diferenças significativas, dependentes do escalão etário considerado, ao nível da proporção de referências à face, aos dentes e aos pés, enquanto partes do corpo alvo de atenção. As frequências relativas nas categorias face e dentes sugerem que os adolescentes mais velhos referem com maior probabilidade dar atenção a estes aspectos. O contrário ocorre relativamente à categoria pés. Relativamente à categoria pentear observámos diferenças significativas nas proporções de referências em função do escalão etário

apontando no sentido dos adolescentes médios (de 15 a 17 anos de idade) referirem mais frequentemente cuidar do cabelo penteando-o.

Quadro 30
Partes, aspectos corporais e comportamentos de atenção ao corpo.
Resultados em função da idade ■ (N=420)

	Adolescência Inicial		Adolescência Média		Adolescência Final		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Todo o corpo	3	2.5	1	0.6	-	-	4	1.0	4.50
Zona do corpo									
Cara	18	15.0	49	27.2	28	23.3	95	22.6	6.19 *
Cabelo	14	11.7	32	17.8	22	18.3	68	16.2	2.55
Pernas	8	6.7	8	4.4	5	4.2	21	5.0	0.99
Genitais	8	6.7	7	3.9	4	3.3	19	4.5	1.84
Pele	2	1.7	7	3.9	7	5.8	16	3.8	2.85
Músculos	4	3.3	7	3.9	4	3.3	15	3.6	0.09
Abdômen	5	4.2	4	2.2	4	3.3	13	3.1	0.94
Olhos	6	5.0	6	3.3	1	0.8	13	3.1	3.53
Peito	2	1.7	5	2.8	4	3.3	11	2.6	0.68
Dentes	-	-	2	1.1	6	5.0	8	1.9	9.09 *
Mãos	1	0.8	4	2.2	1	0.8	6	1.4	1.41
Boca e Lábios	2	1.7	1	0.6	2	1.7	5	1.2	1.08
Braços	1	0.8	2	1.1	2	1.7	5	1.2	0.37
Anca	1	0.8	1	0.6	1	0.8	3	0.7	0.11
Pés	3	2.5	-	-	-	-	3	0.7	7.55 *
Aspecto Corporal									
Borbulhas	5	4.2	12	6.7	7	5.8	24	5.7	0.84
Comportamento									
Usar Cremes	8	6.7	18	10.0	14	11.7	40	9.5	4.76
Limpar	5	4.2	12	6.7	10	8.3	27	6.4	1.76
Exercitar	5	4.2	12	6.7	2	1.7	19	4.5	4.22
Pentear	2	1.7	11	6.1	1	0.8	14	3.3	7.67 *
Comer	2	1.7	2	1.1	-	-	4	1.0	1.85
Vestir	1	0.8	3	1.7	-	-	4	1.0	2.15
Outras	3	2.5	3	1.7	-	-	6	1.4	2.79

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

1.2.3.3. Síntese dos resultados da questão 6

Cerca de 54% dos adolescentes inquiridos referiram dar mais atenção a partes específicas do corpo.

A parte do corpo mais referida foi a face, seguida do cabelo, das pernas, dos genitais, da pele e dos músculos. De salientar que, enquanto a pele, a face e o peito foram referidas por mais raparigas que rapazes, os músculos e os genitais foram referidos por um número significativamente superior de rapazes.

No contexto desta questão, as borbulhas constituíram o aspecto corporal mais vezes apontado para justificar de comportamentos de atenção ao corpo. Por sua vez, os comportamentos de atenção mais frequentemente referidos foram o uso de cremes (que inclui referências a cremes de tratamento do acne e cremes cosméticos), a lavagem das zonas corporais eleitas (categoria *limpar*), o exercício físico e pentear os cabelos. O exercício físico como forma de dar atenção ao corpo foi mais referido pelos adolescentes urbanos. Estes referiram também mais vezes a atenção dada ao abdómen e aos olhos e os cuidados com a alimentação (categoria *comer*).

Estar *exposta à observação de todos e revelar a essência da pessoa* foram explicações adiantadas por alguns adolescentes para o facto de considerarem a face como uma parte do corpo a que davam mais atenção. Aliás, além da face, outras categorias identificadas incluem menções a aspectos mais específicos do rosto (caso das categorias *olhos, boca e lábios, dentes*).

Um aspecto importante presente no padrão destas respostas é que a dissecação em categorias pode obscurecer, foi o facto dos adolescentes terem feito referência tanto a partes corporais com as quais estão satisfeitos como a partes a que dão atenção com o objectivo de minimizar defeitos ou de as tornar mais atraentes.

1.3. Questões relativas a aspectos funcionais do corpo participantes na aparência física

1.3.1. QUESTÃO 7

«Gostas do teu modo de caminhar? Se respondeste Não, explica *porque* e refere o *que desejarias alterar* na tua forma de caminhar.»

1.3.1.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 31
Adolescentes insatisfeitos com o modo de andar ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	2	7	3	10	0	0	4	13	9	8
Média	2	4	2	4	6	13	6	13	16	9
Final	0	0	1	3	5	17	1	3	7	6
Total	4	4	6	6	11	10	11	10	32	8

Apenas 8% dos adolescentes inquiridos manifestaram não gostar da forma de andar. Cerca de 5% dos rapazes e 10% das raparigas responderam negativamente à questão 7. Esta diferença foi significativa [$\chi^2(1, N=420) = 4.87, p < .05$].

Não se verificaram diferenças significativas na frequência com que adolescentes iniciais, médios e finais relataram insatisfação com o modo de caminhar [$\chi^2(2, N=420) = 0.96, p = .62$], nem na frequência de adolescentes rurais e urbanos insatisfeitos com este aspecto [$\chi^2(1, N=420) = 0.13, p = .71$]. Dentro de cada grupo definido em função do sexo, a diferença de frequências em função do escalão etário e do meio demográfico de residência não foi significativa.

Resumindo, cerca de 8% dos adolescentes afirmaram não gostar do modo de caminhar. Esta insatisfação foi mais frequentemente referida pelas raparigas. A insatisfação não foi diferente em função do meio demográfico de residência ou do escalão etário.

1.3.1.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 32
Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.
Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	1	0.5	5	2.4	6	1.4	2.71
Pés	3	1.4	-	-	3	0.7	3.02
Passo	1	0.5	3	1.4	4	1.0	1.01
«Caminhar aos saltos»	-	-	3	1.4	3	0.7	3.02
«Caminhar torto»	4	1.9	4	1.9	8	1.9	0.00
Avaliação Social	2	1.0	5	2.4	7	1.7	1.31
Outros	1	0.5	7	3.3	8	1.9	4.59 *

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

O Quadro 32 mostra, para os rapazes e raparigas que responderam *Não* à questão colocada, as partes corporais mais frequentemente relacionadas com a insatisfação com o andar, os aspectos que desagradam no modo de caminhar e um outro aspecto, mais geral, que foi inferido a partir das respostas dos adolescentes (cf. Apêndice C). Sem surpresa, as pernas e os pés foram as partes corporais mais referidas nas respostas dos adolescentes a esta questão.

Três formas de descrever a insatisfação com o andar emergiram no conjunto de relatos dos adolescentes inquiridos: (1) alusões ao *tipo de passos* que caracterizavam o próprio caminhar que inclui, por exemplo, insatisfação com o facto do passo ser incerto ou ser pesado; auto-avaliações negativas do aspecto global do andar envolvendo (2) um tipo de caminhar «*aos saltos*» e (3) um tipo de caminhar «*torto*».

Um aspecto geral importante, referido por sete adolescentes, está relacionado com os efeitos da apreensão relativamente à avaliação social no modo de caminhar. Nesta categoria foram codificadas respostas de adolescentes como, por exemplo: «*Eu detesto andar e saber que as pessoas estão a olhar para mim, parece que troco os passos e sinto-me a andar toda torta*» e «*Porque às vezes quando estou em frente de muitas pessoas, não consigo caminhar normalmente*».

A categoria *outros* inclui um conjunto de respostas singulares, muitas vezes demasiado gerais para categorizar numa das categorias que se evidenciaram (e.g. *um caminhar mais de «senhora», acordar com um andar esquisito, desajeitado(a) a andar...*).

Conforme o Quadro 32 mostra, não se verificaram diferenças em termos da frequência com que rapazes e raparigas referiram aspectos relativos às categorias identificadas, excepção feita à categoria *outros* cuja diferença de proporções reflecte a maior percentagem de raparigas insatisfeitas com o modo de andar que atrás referimos.

O Quadro 33 e o Quadro 34 mostram, respectivamente, os resultados agrupados em função do meio demográfico de residência e da idade. Não se verificaram diferenças nas frequências de respostas por categorias em função destes grupos.

Quadro 33
Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.
Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	3	1.4	3	1.4	6	1.4	0.00
Pés	1	0.5	2	1.0	3	0.7	0.34
Passo	3	1.4	1	0.5	4	1.0	1.01
Caminhar aos saltos	3	1.4	-	-	3	0.7	3.02
Caminhar torto	5	2.4	3	1.4	8	1.9	0.51
Avaliação Social	3	1.4	4	1.9	7	1.7	0.15
Outros	2	1.0	6	2.9	8	1.9	2.04

*p < .05

**p < .01

***p < .0001

Quadro 34
Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.
Resultados em função da idade ■ (N=420)

	Adolescência		Adolescência		Adolescência		χ^2
	Inicial		Média		Final		
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	-	-	4	2.2	2	1.7	2.59
Pés	2	1.7	1	0.6	-	-	2.46
Passo	-	-	2	1.1	2	1.7	1.85
Caminhar aos saltos	1	0.8	1	0.6	1	0.8	0.11
Caminhar torto	4	3.3	1	0.6	3	2.5	3.29
Avaliação Social	2	1.7	4	2.2	1	0.8	0.85
Outros	1	0.8	2	1.1	5	4.2	4.63
*p < .05 **p < .01 ***p < .0001							

1.3.1.3. Síntese dos resultados da questão 7

Cerca de 8% dos adolescentes inquiridos relataram insatisfação como modo de caminhar. As raparigas relataram esta insatisfação mais frequentemente do que os rapazes. A insatisfação com o modo de caminhar relatada pelos adolescentes focou aspectos relacionados com os passos (categoria *passo*), o aspecto geral do andar (categorias *caminhar aos saltos* e *caminhar torto*) e aspectos que podemos considerar associados ao efeito da ansiedade social na percepção do andar e no modo de andar propriamente dito (categoria *avaliação social*).

1.3.2. QUESTÃO 8

«Gostas do teu modo de correr? Se respondeste Não, explica *porquê* e refere o que *desejarias alterar* na tua forma de correr.»

1.3.2.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 35
Adolescentes insatisfeitos com o modo de correr ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	2	7	4	13	3	10	1	3	10	8
Média	4	9	3	7	5	11	6	13	18	10
Final	1	3	6	20	3	10	2	7	12	10
Total	7	7	13	12	11	10	9	9	40	10

Um número igual de rapazes e raparigas, representando cerca de 10% do total da amostra, referiu não gostar da forma de correr (cf. Quadro 35). A frequência com que adolescentes rurais e urbanos, por um lado, e iniciais, médios e tardios, por outro, referiram estar insatisfeitos com o modo de correr não foi significativamente diferente (obtivemos, respectivamente $\chi^2(1, N=420) = 0.44$, $p = .50$ e $\chi^2(2, N=420) = 0.28$, $p = .87$).

1.3.2.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 36
Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de correr.
Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	3	1.4	3	1.4	6	1.4	0.00
Performance	13	6.2	9	4.3	22	5.2	0.77
Aparência	4	1.9	11	5.2	15	3.6	3.39

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

Conforme podemos observar no Quadro 36, a parte do corpo mais referida nesta questão foram as pernas, tendo as respostas de insatisfação com a forma de correr privilegiado aspectos relacionados com a qualidade de desempenho (categoria *Desempenho*) e aspectos relacionados com a aparência física ao correr (categoria *Aparência*). Não se verificaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas na frequência com que referiram aspectos passíveis de inclusão em qualquer das categorias definidas.

O Quadro 37 mostra os resultados agrupados em função do meio demográfico de residência. Também não se verificaram diferenças nas frequências de respostas por categorias entre adolescentes rurais e urbanos.

Quadro 37
Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de correr.
Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	2	1.0	4	1.9	6	1.4	0.68
Performance	12	5.7	10	4.8	22	5.2	0.19
Aparência	5	2.4	10	4.8	15	3.6	1.73
*p < .05 **p < .01 ***p < .0001							

No Quadro 38 podemos ver, representada em função da idade, a frequência de adolescentes que referiram não gostar do modo de correr. As frequências observadas não diferem significativamente entre si.

Quadro 38
Partes do corpo e aspectos associados à insatisfação com o modo de andar.
Resultados em função da idade ■ (N=420)

	Adolescência		Adolescência		Adolescência		χ^2
	Inicial		Média		Final		
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	3	2.5	2	1.1	1	0.8	1.41
Performance	5	4.2	10	5.6	7	5.8	0.40
Aparência	3	2.5	7	3.9	5	4.2	0.58
* $p < .05$	** $p < .01$		*** $p < .0001$				

1.3.2.3. Síntese dos resultados da questão 8

Cerca de 10% dos adolescentes inquiridos relataram insatisfação com o modo de correr. A insatisfação relatada esteve sobretudo relacionada com o desempenho e a aparência física ao correr. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos estudados.

1.3.3. QUESTÃO 9

«Gostas da tua maneira física de estar quando estás com colegas? Se respondeste Não, explica *porquê* e refere *o que desejarias alterar* na tua maneira física de estar.»

1.3.3.1. Análise da frequência de respostas

Quadro 39
Adolescentes insatisfeitos com a maneira física de estar ■ (N=420)

Adolescência	Masculino				Feminino				Total	
	Urbano		Rural		Urbano		Rural			
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
Inicial	4	13	3	10	2	7	3	10	12	10
Média	5	11	5	11	4	9	5	11	19	11
Final	0	0	4	13	6	20	4	13	14	12
Total	9	9	12	11	12	11	12	11	45	11

Referiram estar insatisfeitos com maneira física de estar, na presença de colegas, 11% dos adolescentes inquiridos, correspondendo a mais de 9% dos rapazes e cerca de 10% das raparigas (Quadro 39). Esta diferença não foi significativa [$\chi^2(1, N=420) = 0.22$, $p = .64$]. A frequência com que adolescentes rurais e urbanos, por um lado, e iniciais, médios e tardios, por outro, referiram estar insatisfeitos com o modo de correr também não foi significativamente diferente [respectivamente, $\chi^2(1, N=420) = 0.22$, $p = .64$ e $\chi^2(2, N=420) = 0.18$, $p = .91$].

1.3.3.2. Análise do conteúdo das respostas

Quadro 40
Aspectos e partes do corpo associados à insatisfação com a postura corporal.
Resultados em função do sexo ■ (N=420)

	Rapazes		Raparigas		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Vestuário	-	-	3	1.4	3	0.7	3.02
Tamanho	4	1.9	-	-	4	1.0	4.04 *
Postura	5	2.4	2	1.0	7	1.7	1.31
Gordura	2	1.0	3	1.4	5	1.2	0.20
Vergonha/timidez	4	1.9	10	4.8	14	3.3	2.66
Falar	-	-	3	1.4	3	0.7	3.02
Inferioridade	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Outras	5	2.4	6	2.9	11	2.6	0.09

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

A questão 9 deu origem a respostas muito heterogéneas. Foi contudo possível identificar algumas redundâncias que estiveram então na base das categorias apresentadas no Quadro 40. Conforme podemos observar no quadro, a parte do corpo mais referida nesta questão foram as pernas, referidas exclusivamente por raparigas e estando a menção relacionada com a forma de colocar as pernas quando sentadas. As respostas de insatisfação com a maneira física de estar, na presença de colegas, referiram ainda aspectos relacionados com: (1) o vestuário (insatisfação por não poder vestir o mesmo tipo de roupas e insegurança relativamente à adequação do vestuário); (2) o tamanho, referido por uma proporção de rapazes significativamente superior à de raparigas e estando relacionado com a insatisfação com a baixa estatura; (3) a postura, aspecto relacionado com a insatisfação relativamente à posição do corpo e maneira geral de estar, em termos de postura (e.g. *Nunca sei como hei-de estar sentado ou em pé*); (4) a gordura corporal, incluindo menções à insatisfação relacionada com a gordura (e.g. *Quando estou ao pé de quem não conheço sinto-me gorda*).

Outras categorias inferidas relacionaram-se com aspectos emocionais. Cerca de 14 adolescentes referiram directamente sentir-se envergonhados e tímidos quando

estão com colegas, 3 referiram dificuldades em falar no grupo de colegas e 2 aludiram a sentimentos de inferioridade. Podemos considerar estas aspectos como sinais de ansiedade social.

O Quadro 41 mostra os resultados agrupados em função do meio demográfico de residência. A diferença observada ao nível da categoria *outros* pode resultar de uma maior diversidade nas respostas dos elementos urbanos resultante num maior número de menções singulares.

Quadro 41
Aspectos e partes do corpo associados à insatisfação com a postura corporal.
Resultados em função do meio demográfico ■ (N=420)

	Rural		Urbano		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	1	0.5	1	0.5	2	0.5	0.00
Vestuário	-	-	3	1.4	3	0.7	3.02
Tamanho	2	1.0	2	1.0	4	1.0	0.00
Postura	5	2.4	2	1.0	7	1.7	1.31
Gordura	2	1.0	3	1.4	5	1.2	0.20
Vergonha/timidez	9	4.3	5	2.4	14	3.3	1.18
Falar	2	1.0	1	0.5	3	0.7	0.34
Inferioridade	-	-	2	1.0	2	0.5	2.01
Outras	2	1.0	9	4.3	11	2.6	4.57 *

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .0001$

No Quadro 42 podemos ver a frequência de adolescentes que referiram não gostar da maneira física de estar quando estão com colegas, agrupada em função do escalão etário. As frequências observadas não diferem significativamente entre si.

Quadro 42
Aspectos e partes do corpo associados à insatisfação com a postura corporal.
Resultados em função da idade ■ (N=420)

	Adolescência		Adolescência		Adolescência		χ^2
	Inicial		Média		Final		
	n	%	n	%	n	%	
Pernas	1	0.8	1	0.6	-	-	0.92
Vestuário	1	0.8	1	0.6	1	0.8	0.11
Tamanho	-	-	4	2.2	-	-	5.38
Postura	3	2.5	2	1.1	2	1.7	0.85
Gordura	2	1.7	3	1.7	-	-	2.02
Vergonha/timidez	2	1.7	5	2.8	7	5.8	3.53
Falar	2	1.7	1	0.6	-	-	2.46
Inferioridade	-	-	1	0.6	1	0.8	0.92
Outras	3	2.5	4	2.2	4	3.3	0.36
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .0001$							

1.3.3.3. Síntese dos resultados da questão 9

Cerca de 11% dos adolescentes inquiridos relataram insatisfação com a maneira física de estar na presença de colegas. Apesar da questão ter como objectivo avaliar aspectos da satisfação com a aparência física relacionados com a postura corporal, as respostas dos adolescentes revelaram-se bastante heterogéneas. Parte das categorias em que as respostas foram agrupadas podem ser consideradas aspectos associados a ansiedade social (*vergonha/timidez, falar e inferioridade*). Não se verificaram diferenças significativas em função do sexo, escalão etário e meio demográfico de residência.

∴

O Quadro 43 da página seguinte resume os resultados significativos da análise de conteúdo.

Quadro 43

Resumo dos resultados da análise do conteúdo. Enunciado das diferenças significativas observadas em função do sexo, do meio demográfico e da idade.

DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS EM FUNÇÃO DO SEXO

Maior percentagem de RAPARIGAS mencionou:

- Insatisfação com a gordura, rosto, pernas, abdómen e ancas.
- Desejo de modificar as pernas, o peito, o abdómen, as ancas e ser mais magra.
- Evitar vestir roupas que aprecia, restringir a alimentação e expor o corpo devido à imagem corporal
- Usar o vestuário para disfarçar defeitos corporais.
- Disfarçar o corpo devido à gordura.
- Disfarçar o abdómen, as ancas e as pernas.
- Dar mais atenção à face, boca, lábios, pele e peito.
- Usar cremes cosméticos e cuidar o modo de vestir como meio de dar atenção ao corpo.

Maior percentagem de RAPAZES mencionou:

- Insatisfação com a musculatura por ser pouco desenvolvida.
- Desejo de modificar (aumentar) a musculatura.
- Evitar relacionamentos com elementos do sexo feminino devido à imagem corporal.
- Dar mais atenção aos genitais e aos músculos.
- Pentear o cabelo como meio de dar atenção ao corpo.
- Estar insatisfeito com o tamanho quando está com colegas.

DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS EM FUNÇÃO DO MEIO DEMOGRÁFICO

Maior percentagem de adolescentes URBANOS mencionou:

- Não ter participado em desfiles de moda devido ao aspecto físico.
- Dar mais atenção ao abdómen e aos olhos.
- Realizar exercício físico e cuidar da alimentação como forma de dar atenção ao corpo.

DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS EM FUNÇÃO DA IDADE

Maior percentagem de ADOLESCENTES INICIAIS (13-14 anos) mencionou:

- Considerar a sua estatura anormal.
- Contrair o abdómen para disfarçar o tamanho.
- Disfarçar o abdómen.
- Dar mais atenção aos pés.

Maior percentagem de ADOLESCENTES MÉDIOS (15-17) e ADOLESCENTES FINAIS (18-19 anos) mencionou:

- Dar mais atenção à face e aos dentes.

Os ADOLESCENTES MÉDIOS (15-17) relataram:

- Com mais frequência : pentear o cabelo como meio de dar atenção ao corpo.
 - Com menor frequência: evitar expor o corpo devido à imagem corporal.
-

2. Estudo quantitativo da satisfação corporal. Resultados.

Em primeiro lugar, descreveremos sucintamente os resultados da avaliação da satisfação por zona corporal. A análise salientará os itens extremos isto é, aqueles nos quais a média de satisfação se situou entre as mais baixas ou mais altas observadas.

Em segundo lugar, serão apresentados os resultados de uma análise de componentes principais dos itens correspondentes às partes do corpo que se salientaram no conteúdo das respostas às questões 1 a 9, que atrás sumariámos (cf. Quadro 43 da página anterior). A análise em componentes principais teve por objectivo reduzir o número de variáveis em análise através da criação de novas variáveis correspondentes às pontuações factoriais estandardizadas.

Por último, serão analisados os padrões de variação sistemática da satisfação corporal em função do sexo, da idade, do meio demográfico e do índice relativo de massa corporal, através de uma análise da correlação canónica entre estas variáveis e as pontuações factoriais estandardizadas.

Quadro 44

Caracterização da amostra em função da idade, sexo e meio demográfico após exclusão dos casos com dados omissos ■ (N=363)

	Idade							Total	
	13	14	15	16	17	18	19	n	%
<i>Rural</i>									
Rapazes	13 3.6	13 3.6	14 3.9	14 3.9	12 3.3	12 3.3	13 3.6	91	25.1
Raparigas	14 3.9	13 3.6	14 3.9	13 3.6	11 3.0	13 3.6	13 3.6	91	25.1
Subtotal	27 7.4	26 7.2	28 7.7	27 7.4	23 6.3	25 6.9	26 7.2	182	50.1
<i>Urbano</i>									
Rapazes	13 3.6	14 3.9	12 3.3	14 3.9	14 3.9	12 3.3	14 3.9	93	25.6
Raparigas	14 3.9	14 3.9	11 3.0	13 3.6	13 3.6	11 3.0	12 3.3	88	24.2
Subtotal	27 7.4	28 7.7	23 6.3	27 7.4	27 7.4	23 6.3	26 7.2	181	49.9
<i>Rural e Urbano</i>									
Rapazes	26 7.2	27 7.5	26 7.2	28 7.7	26 7.2	24 6.6	27 7.5	184	50.7
Raparigas	28 7.7	27 7.5	25 6.9	26 7.2	24 6.6	24 6.6	25 6.9	179	49.3
Total	54 14.9	54 14.9	51 14.0	54 14.9	50 13.8	48 13.2	52 14.3	363	100.0

Nas análises seguintes, todos os casos com valores omissos foram excluídos. O Quadro 44 mostra estrutura demográfica da amostra utilizada nestas análises.

2.1. Análise descritiva das respostas de auto-avaliação da satisfação com diferentes aspectos das zonas corporais consideradas

Iremos proceder a uma descrição breve dos resultados, servindo-nos dos itens relativamente aos quais se observaram, na amostra total, as médias de satisfação mais elevadas e as médias mais baixas.

No Quadro 45 representamos, para cada dimensão, apenas os dados relativos às 3 zonas corporais que registaram os valores médios de satisfação mais baixos e às 3 zonas que registaram os valores médios de satisfação mais altos. Podemos verificar que a média mais baixa foi registada na variável TM40 (satisfação com o tamanho de uma zona que corresponde à parte superior do abdómen e que inclui a cintura³³). A média de satisfação mais alta foi registada relativamente às variáveis CR16 (satisfação com a cor do cabelo) e MF10 (satisfação com o modo como funciona a mão direita).

Verificamos que para qualquer das dimensões ou aspectos considerados (*cor, tamanho, forma, modo como funciona e satisfação geral*) a variável correspondente à zona corporal n.º 40 (relativa à cintura e que apenas foi delimitada para as raparigas), registou um dos três valores mais baixos de satisfação. As variáveis correspondentes às zonas corporais n.º P19 e n.º 7 (relativas às nádegas e anca direita) apresentam as médias mais baixas em quatro das dimensões consideradas. O cabelo (n.º 16) e o abdómen (n.º 22) foram também zonas corporais que surgiram com um dos três valores médios de satisfação mais baixos, respectivamente nos aspectos *modo como funciona e forma*.

³³ Ao longo do texto identificaremos as partes do corpo a que as variáveis se referem. De qualquer modo o nome abreviado foi atribuído de acordo com a regra apresentada no ponto 4.3. do Capítulo IV. A consulta das imagens dos questionários presentes nos Apêndices A e B e a aplicação da regra do ponto 4.3. permitirá interpretar o nome das variáveis.

Quadro 45

Valores médios de satisfação e frequências de respostas para cada zona corporal ■ (N=363)

	N	Média	DP	Não Gosto Nada		Não Gosto		Neutro		Gosto		Gosto Muito	
				f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PCR19	363	3.73	0.96	7	1.9	30	8.3	97	26.7	150	41.3	79	21.8
CR40	179	3.78	0.84	1	0.3	12	3.3	44	12.1	90	24.8	32	8.8
CR7	363	3.80	0.80	1	0.3	20	5.5	92	25.3	186	51.2	64	17.6
CR9	363	4.01	0.83	1	0.3	9	2.5	89	24.5	149	41.0	115	31.7
PCR16	363	4.02	0.78	-	-	11	3.0	74	20.4	173	47.7	105	28.9
CR16	363	4.18	0.87	4	1.1	16	4.4	39	10.7	155	42.7	149	41.0
TM40	179	3.37	1.10	10	5.6	32	17.9	42	23.5	71	39.7	24	13.4
PTM19	363	3.42	1.14	19	5.2	67	18.5	86	23.7	124	34.2	67	18.5
TM7	363	3.51	1.01	10	2.8	54	14.9	97	26.7	145	39.9	57	15.7
TM16	363	3.98	0.99	8	2.2	26	7.2	57	15.7	148	40.8	124	34.2
PTM16	363	3.98	0.84	-	-	19	5.2	74	20.4	164	45.2	106	29.2
TM9	363	3.99	0.85	1	0.3	12	3.3	92	25.3	144	39.7	114	31.4
FM40	179	3.42	1.11	9	5.0	31	17.3	43	24.0	67	37.4	29	16.2
FM7	363	3.56	1.00	8	2.2	54	14.9	87	24.0	156	43.0	58	16.0
FM22	363	3.56	1.10	14	3.9	58	16.0	74	20.4	143	39.4	74	20.4
FM10	363	3.98	0.86	2	0.6	23	6.3	56	15.4	182	50.1	100	27.5
FM25	363	3.98	0.84	1	0.3	22	6.1	59	16.3	183	50.4	98	27.0
FM17	363	4.02	0.73	-	-	7	1.9	71	19.6	192	52.9	93	25.6
MF40	179	3.71	0.90	4	2.2	7	3.9	60	33.5	74	41.3	34	19.0
PMF19	363	3.76	0.97	12	3.3	17	4.7	102	28.1	147	40.5	85	23.4
MF16	363	3.82	0.97	8	2.2	25	6.9	86	23.7	149	41.0	95	26.2
MF25	363	4.10	0.76	-	-	8	2.2	65	17.9	173	47.7	117	32.2
MF9	363	4.12	0.86	1	0.3	9	2.5	81	22.3	127	35.0	145	39.9
MF10	363	4.18	0.74	-	-	5	1.4	57	15.7	168	46.3	133	36.6
SG40	179	3.59	1.02	6	3.4	20	11.2	49	27.4	71	39.7	33	18.4
PSG19	363	3.69	0.98	11	3.0	26	7.2	101	27.8	150	41.3	75	20.7
SG7	363	3.73	0.93	6	1.7	31	8.5	91	25.1	163	44.9	72	19.8
SG17	363	4.08	0.67	-	-	1	0.3	64	17.6	202	55.6	96	26.4
SG10	363	4.10	0.73	-	-	7	1.9	59	16.3	186	51.2	111	30.6
SG9	363	4.15	0.79	1	0.3	4	1.1	72	19.8	148	40.8	138	38.0

Nota. Dados relativos apenas às três primeiras e três últimas zonas corporais por cada aspectos considerado quando ordenadas em função dos valores da média

Relativamente às zonas corporais que registaram as três médias de satisfação mais elevadas, verificamos que no que respeita aos aspectos *cor* e *tamanho* essas zonas incluem a zona genital (n.º 9), dorsal (n.º P16) e o cabelo (n.º 16). As mãos (zona n.º 10 e n.º 25) registaram médias de satisfação entre as três mais elevadas no que diz respeito aos aspectos *forma* e *modo como funciona*. A zona que se refere ao pescoço (n.º 17) registou médias de satisfação entre as três mais elevadas no aspecto *forma* e *satisfação geral*. A zona genital esteve também no conjunto das três zonas com média de satisfação mais elevada no que diz respeito aos aspectos *modo como funciona* e *satisfação geral*.

Apresentamos no Quadro 46 as médias e desvios padrões para as variáveis correspondentes às dez partes corporais que registaram, nos rapazes e nas raparigas, as médias de satisfação mais altas e as dez partes que registaram as médias de satisfação mais baixas.

Quadro 46

Valores médios de satisfação por zona corporal. Resultados em função do sexo.

Rapazes (N=184)			Raparigas (N=179)		
Variável	Média	DP	Variável	Média	DP
MF9	4.46	0.72	CR16	4.26	0.86
SG9	4.44	0.70	MF10	4.10	0.70
CR9	4.28	0.75	TM16	4.09	0.96
TM9	4.27	0.85	MF25	4.06	0.72
FM9	4.27	0.78	SG16	4.04	0.91
MF10	4.26	0.77	SG10	4.03	0.74
MF11	4.18	0.79	SG17	4.03	0.64
SG10	4.17	0.72	FM17	4.02	0.69
MF13	4.17	0.75	PSG16	4.00	0.82
SG11	4.15	0.75	SG8	3.99	0.69
...	...	...	...	...	...
TM5	3.85	0.79	FM22	3.22	1.15
TM19	3.83	0.83	FM7	3.21	1.05
MF16	3.82	1.01	FM23	3.21	1.05
FM5	3.82	0.83	FM11	3.18	1.13
FM16	3.80	1.07	TM26	3.18	1.14
TM4	3.76	0.87	TM23	3.17	1.05
TM3	3.76	0.89	TM22	3.16	1.17
FM3	3.75	0.94	TM11	3.15	1.13
PTM19	3.71	1.00	TM7	3.13	1.09
FM1	3.70	0.82	PTM19	3.12	1.20

Nota. Estão representadas apenas as médias e desvios padrões relativos às 10 variáveis que registaram valores extremos nas médias de satisfação.

As partes do corpo relativamente às quais os rapazes manifestaram maior satisfação diferem daquelas com que as raparigas estão mais satisfeitas. Para os rapazes a zona correspondente aos genitais (n.º 9) foi a que registou médias de satisfação mais elevadas. No que se refere às raparigas, o cabelo (*a cor e o tamanho*) e as mãos (*modo como funciona*) são as partes do corpo com que, em média, referem estar mais satisfeitas.

O quadro também salienta o facto das avaliações relacionadas com o *tamanho* (variáveis TM...) e a *forma* (variáveis FM...) serem as menos positivas.

Quanto às partes corporais que registam menores médias de satisfação, podemos ver que o *tamanho* e a *forma* do tórax (TM3 e FM3), o *tamanho* das

nádegas (PTM19) e a *forma* da face (FM1) são para os rapazes aquelas com que, em média, se encontram menos satisfeitos. No caso das raparigas, o *tamanho* das nádegas (PTM19), das ancas (TM7 e TM23), das coxas (TM11 e TM26) e do abdómen (TM22) - bem como a *forma* (FM...) - constituem os aspectos e zonas corporais com médias de satisfação mais baixas.

2.1.1. Síntese da análise descritiva.

Resumimos aqui as tendências descritas. Trata-se de uma exploração descritiva dos dados pelo que não tomaremos por enquanto decisões relativas à significância estatística das diferenças observadas.

Na amostra, a média mais baixa registou-se relativamente à avaliação da satisfação com o *tamanho* da zona correspondente à região da cintura (variável TM40), que apenas foi delimitada nas raparigas. Se, pelo facto de não estar presente nos inquéritos respondidos pelos rapazes, não considerarmos esta zona, levando em conta apenas as zonas avaliadas por rapazes e raparigas, a avaliação da satisfação relativa ao *tamanho* das nádegas é a mais baixa.

Os adolescentes manifestaram-se mais satisfeitos com o *funcionamento* da mão direita e com a *cor* do cabelo. De um modo geral os rapazes apresentam médias de satisfação superiores às raparigas, registando-se uma diminuição da média de satisfação quando se passa do grupo de adolescentes mais novos para os grupos de adolescentes mais velhos.

Às avaliações da satisfação com o *tamanho* e a *forma* correspondem as médias mais baixas, tanto nos rapazes como nas raparigas.

Para os rapazes a zona correspondente aos *genitais* foi a que registou médias de satisfação mais elevadas. As raparigas estão mais satisfeitas com o *cabelo* e as *mãos*.

O *tórax*, as *nádegas* e a *face* constituem as partes corporais que os rapazes avaliam menos favoravelmente. No caso das raparigas, as *nádegas*, as *ancas*, as *coxas* e o *abdómen* constituem as zonas corporais com médias de satisfação menores.

2.2. Construção de indicadores de satisfação corporal: redução do número de variáveis em análise pelo método da análise de variância em componentes principais

Com base na análise do conteúdo das respostas às questões qualitativas (ponto 1. deste capítulo) foram seleccionadas para as análises seguintes as zonas assinaladas na Figura 2. Relativamente aos membros, a inclusão exclusiva das regiões da parte direita do corpo é justificada pelas correlações muito elevadas entre as variáveis que representam a mesma região mas em membros diferentes (esquerdo vs. direito)³⁴.

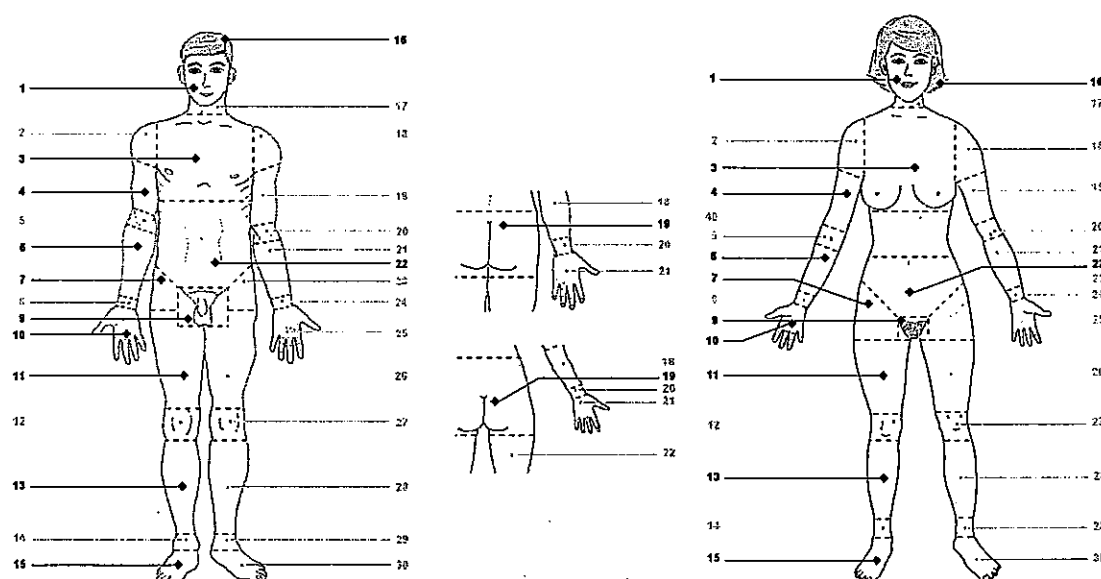


Figura 2: Regiões corporais seleccionadas para a análise factorial, tendo por critério a frequência com que foram mencionadas no conteúdo das respostas às questões 1 a 9.

Procedendo deste modo um total de 65 variáveis (cinco por cada região do corpo) foram incluídas na análise factorial pelo método de condensação em componentes principais seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax* (Nunnally, 1978).

³⁴ A obtenção da média das correlações constitui um procedimento estatístico relativamente desconhecido que envolve a obtenção da média dos valores da correlação depois de transformados pela função de Fisher e a reconversão dessa média para coeficiente de correlação, através da função inversa de Fisher. Relativamente às variáveis do nosso problema obtivemos um Z médio igual a 1.42, que corresponde a uma correlação média de .89 (cf. Guilford & Fruchter, 1981).

A matriz de correlações entre as variáveis incluídas na análise factorial, presente no Apêndice D, mostra que todas as correlações foram positivas. A mais elevada (.86) foi registada no par TM9 - FM9 e a mais baixa (.05) foi observada no par TM16 - FM11.

Quadro 47

Análise factorial pelo método de condensação em componentes principais.
Solução após rotação varimax ■ (N=363)

Variáveis	h^2	FACTOR												
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13
CR6	.82	.81	.28	.05	.09	.13	-.01	.02	.04	.00	.08	.16	.13	.09
CR7	.75	.77	.10	.24	.12	.16	.11	.02	.05	.04	.02	.07	.08	.16
CR4	.78	.77	.36	.04	.11	.03	.05	.02	.12	.13	.02	.06	.01	.02
CR3	.75	.75	.09	.05	.11	.10	.01	.03	.09	.36	.02	.04	.04	.11
CR13	.75	.73	.12	.13	.13	.03	.00	.36	.02	.06	.15	.04	.07	-.02
CR11	.70	.72	.10	.27	.08	.05	.16	.21	.05	.08	.12	.01	-.01	.00
CR10	.76	.70	.12	.04	.10	.01	.16	.06	-.03	.01	.11	.43	.10	.08
CR1	.63	.70	.10	.03	.04	.16	.10	.05	.10	.08	-.02	.06	.10	.25
CR22	.76	.69	.11	.13	.17	.05	.10	.12	.41	.06	.16	.04	.04	-.04
CR15	.76	.64	.05	.07	.14	.06	.11	.09	.05	.04	.52	.09	.12	.03
FM4	.76	.14	.78	.10	.07	.07	.13	.12	.11	.21	.13	.09	-.03	.06
TM4	.76	.24	.77	.09	.11	.01	.10	.07	.08	.20	.11	.04	-.11	.04
SG4	.81	.15	.77	.10	.14	.02	.18	.12	.12	.22	.13	.02	.19	.07
MF4	.77	.14	.68	.07	.17	.04	.11	.16	.11	.16	.13	.07	.39	-.06
SG6	.79	.21	.64	.09	.09	.14	.05	.24	.03	.09	.11	.27	.32	.21
TM6	.76	.32	.64	.08	.13	.16	.03	.18	.04	.08	.02	.31	.08	.23
FM6	.74	.22	.61	.10	.10	.20	.05	.24	.03	.06	.06	.34	.13	.25
MF6	.79	.20	.57	.06	.17	.20	.02	.25	.04	.09	.11	.24	.43	.15
TM11	.80	.15	.03	.72	.19	.19	.04	.31	.23	.13	.09	.05	-.05	-.03
FM11	.81	.14	.04	.69	.17	.18	.03	.38	.28	.13	.07	.07	.00	.04
FM7	.75	.18	.14	.68	.15	.34	.03	.02	.20	.09	.14	.07	.04	.15
TM7	.79	.27	.15	.67	.17	.34	.00	.04	.24	.07	.11	.09	.05	.11
SG11	.83	.19	.08	.65	.17	.16	.09	.40	.25	.15	.06	.08	.21	.00
SG7	.82	.19	.17	.63	.17	.32	.04	.03	.23	.12	.11	.18	.28	.19
MF11	.75	.17	.21	.44	.12	.12	.13	.41	.22	.07	.11	.14	.43	.01
SG9	.87	.12	.11	.20	.83	.14	.10	.12	.09	.10	.12	.10	.16	.04
FM9	.87	.19	.16	.15	.82	.17	.07	.11	.13	.09	.11	.13	.04	.12
TM9	.83	.20	.20	.13	.80	.12	.06	.11	.13	.08	.08	.15	-.01	.11
MF9	.80	.11	.10	.11	.79	.14	.06	.14	.08	.08	.13	.10	.25	-.02
CR9	.80	.48	.10	.19	.66	.18	.07	.07	.05	-.01	.12	.13	-.04	.12

(continua)

Quadro 47
Análise factorial pelo método de condensação em componentes principais.
Solução após rotação varimax ■ (N=363) (continuação)

Variáveis	h^2	FACTORES												
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13
PSG19	.86	.13	.11	.25	.14	.82	.13	.10	.13	.11	.08	.05	.08	.05
PTM19	.83	.17	.08	.33	.14	.77	.09	.11	.10	.05	.12	.14	-.05	.05
PFM19	.82	.12	.08	.30	.17	.75	.10	.14	.18	.11	.17	.07	-.02	.11
PMF19	.77	.09	.12	.11	.15	.75	.07	.12	.14	.07	.06	.12	.28	.09
PCR19	.72	.55	.06	.09	.18	.58	.06	.08	.04	.07	.14	.04	.03	.03
SG16	.85	.04	.10	.02	.06	.08	.88	.01	.13	.10	.07	.07	.12	.05
FM16	.75	.09	.06	.04	.11	.10	.83	.08	.10	-.02	.04	.08	-.01	.03
TM16	.68	.06	.03	.00	.01	.07	.81	.01	.04	.03	.08	.05	.03	.07
MF16	.70	-.02	.17	.01	.10	.10	.77	.06	.13	.07	.06	.11	.12	.06
CR16	.60	.30	.05	.10	-.01	-.05	.69	.04	-.04	.02	.06	.06	-.04	.08
FM13	.87	.13	.19	.16	.14	.13	.05	.81	.15	.10	.14	.15	-.03	.13
TM13	.83	.19	.21	.19	.15	.13	.05	.78	.15	.07	.13	.11	-.02	.07
SG13	.83	.16	.26	.20	.08	.10	.09	.74	.15	.13	.17	.14	.19	.07
MF13	.82	.13	.25	.19	.15	.12	.08	.67	.13	.13	.16	.09	.37	.06
FM22	.86	.15	.09	.24	.07	.14	.11	.09	.84	.09	.08	.04	-.04	.09
TM22	.83	.16	.10	.22	.11	.13	.05	.15	.82	.03	.11	.02	-.02	.06
SG22	.84	.10	.08	.28	.11	.15	.16	.13	.79	.08	.14	.06	.12	.03
MF22	.77	.03	.15	.20	.14	.11	.16	.22	.67	.11	.12	.12	.32	.07
SG3	.84	.17	.25	.12	.09	.11	.09	.08	.05	.80	.14	.03	.19	.04
TM3	.76	.14	.16	.16	.09	.06	.03	.11	.08	.78	.11	.12	-.06	.14
FM3	.79	.12	.20	.14	.04	.10	.09	.09	.09	.78	.12	.14	.04	.19
MF3	.72	.12	.30	.00	.12	.09	.01	.13	.09	.62	.05	.05	.41	.08
TM15	.79	.21	.16	.10	.17	.14	.06	.11	.11	.09	.78	.09	-.05	.06
FM15	.77	.12	.14	.14	.12	.12	.12	.16	.15	.17	.75	.16	.03	.06
SG15	.81	.14	.17	.14	.12	.13	.14	.16	.13	.14	.73	.15	.27	.06
MF15	.72	.09	.18	.06	.11	.16	.10	.23	.20	.09	.55	.20	.43	.06
TM10	.83	.21	.17	.08	.19	.11	.15	.10	.09	.12	.15	.79	-.02	.05
FM10	.77	.12	.17	.13	.13	.12	.15	.20	.10	.11	.15	.75	.05	.10
SG10	.80	.19	.28	.16	.17	.13	.15	.10	.03	.09	.17	.68	.28	.07
MF7	.72	.13	.22	.44	.16	.15	.08	.15	.18	.13	.12	.17	.52	.16
MF10	.73	.20	.24	.06	.26	.08	.11	.14	-.02	.12	.14	.48	.51	.00
MF1	.61	.22	.25	.06	.15	.06	.17	.00	.05	.24	.14	-.01	.51	.31
FM1	.79	.13	.18	.03	.06	.12	.19	.14	.13	.24	.08	.11	.11	.75
TM1	.76	.28	.17	.20	.15	.14	.09	.12	.07	.12	.08	.13	.02	.71
SG1	.66	.24	.20	.12	.19	.05	.30	.05	.05	.27	.08	.02	.31	.49
Eigenvalues		24.5	4.2	3.8	3.1	2.5	2.2	1.9	1.8	1.6	1.4	1.4	1.2	1.0
Variação. Expl. ($\Sigma = 78\%$)		11.4	8.3	6.7	6.4	6.0	5.9	5.9	5.5	4.9	4.7	4.6	4.4	3.2

A análise factorial extraiu 13 factores os quais, após a rotação *varimax*, dão conta de 78% da variância total. Outros pormenores encontram-se representados no quadro, tais como a comunalidade (h^2) para cada item, ou seja, a proporção da variância de cada item que é representada por esta estrutura factorial, os valores próprios e a percentagem da variância associada a cada factor.

Conforme podemos observar no final do Quadro 47, ao factor 1 está associada 11.4% da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelas variáveis relacionadas com a auto-avaliação da satisfação relativamente à cor de diversas

zonas corporais e por isso foi denominado *cor*. Com base nas pontuações factoriais deste factor construímos a variável FAC1_1.

O factor 2 constitui o factor mais representativo das variáveis correspondentes à auto-avaliação da satisfação com o antebraço e braço. Por esse motivo designámos este factor de *braços*. As pontuações factoriais deste factor serviram para construir a variável FAC2_1.

O factor 3 é saturado sobretudo pelas variáveis relacionadas com a anca (e.g. FM7, TM7) e coxa (e.g. TM11, FM11). Designámos este factor de *Ancas e Coxas* e utilizámos as pontuações factoriais para construir o indicador FAC3_1.

O factor 4 é maximamente saturado pelas variáveis relacionadas com a auto-avaliação da satisfação com a zona corporal identificada com o n.º 9. Designámos este factor de *Genital* e construímos com as pontuações factoriais a variável FAC4_1.

O factor 5 apresenta a correlação mais elevada com as variáveis relativas à auto-avaliação da satisfação com a zona corporal posterior n.º 19. Designámos este factor de *Nádegas* e criámos com as pontuações factoriais a variável FAC5_1.

O factor 6 é saturado sobretudo pelas variáveis relacionadas com a avaliação da satisfação relativamente ao cabelo (zona frontal n.º 16). Designámos este factor de *Cabelo* e criámos com as pontuações factoriais a variável FAC6_1.

Os factores 7, 8 e 9 apresentam, respectivamente, correlações mais elevadas com as variáveis relativas à auto-avaliação da satisfação com a zona corporal posterior n.º 13 (perna), n.º 22 (abdómen) e n.º 3 (peito/tórax). Estes factores receberam respectivamente a designação de *Pernas*, *Abdómen* e *Peito*. Os resultados factoriais nestes factores deram origem às variáveis FAC7_1, FAC8_1 e FAC9_1.

Os factores 10 e 11 são saturados, respectivamente, por variáveis relacionadas com a avaliação da satisfação com o pé (zona 15) e a mão (zona 10). Foram designados, respectivamente, de *Pés* e *Mãos* e as pontuações factoriais guardadas originaram as variáveis FAC10_1 e FAC11_1.

O factor 12, saturado pela auto-avaliação da satisfação com o modo como funciona a anca (MF7), a mão (MF10) e a face (MF1) parece-nos relacionado com a

auto-avaliação da satisfação com o funcionamento de partes corporais. Esta ideia é reforçada pelo facto de todas as variáveis relacionadas com a satisfação com o modo de funcionamento terem saturações acima de .30 neste factor, independentemente de saturarem maximamente outro factor. Contudo, de todos os factores extraídos, parece-nos ser o menos consistente. Interpretamo-lo porque a amostra tem pelo menos 300 elementos (cf. Stevens, 1992). Com base nas pontuações deste factor foi criada a variável FAC12_1.

Variáveis relacionadas com a face (FM1, TM1, SG1) correlacionam-se maximamente com o factor 13, pelo que o designámos *Face* e considerámos estar relacionado com a auto-avaliação da satisfação de aspectos do rosto. Com base nos resultados obtidos neste factor construímos a variável FAC13_1.

O Quadro 48, na página 132 deste capítulo, resume os resultados da análise factorial. Nele podemos observar que foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2 = 23052.88$, $p < .0001$) e que a medida de Kaiser – Meyer – Olkin ($KMO = .94$) se aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlações é elevada (cf. Alferes, 1997b).

∴

Em resumo, a análise de variância em componentes principais permitiu reduzir o número de variáveis em análise de um total de 65 variáveis para 13 variáveis. Cerca de 78% da variabilidade total é representada pela estrutura factorial alcançada, com 13 factores associados à satisfação com os seguintes aspectos corporais: *Cor, Braços, Ancas e Coxas, Genital, Nádegas, Cabelo, Pernas, Abdómen, Peito, Pés, Mãos, Funcionamento e Face.*

Quadro 48

Resumo dos resultados da análise em componente principais.

Factores	Variáveis com maior saturação no factor	Variável Construída	Nome
F1	CR1,CR3,CR4,CR6,CR7,CR10,CR11,CR13,CR15 e CR22	FAC1_1	Cor
F2	FM4, TM4, SG4, MF4, SG6, TM6, FM6 e MF6	FAC2_1	Braço
F3	TM11, FM11, FM7, TM7, SG11, SG7 e MF11	FAC3_1	Anca e Coxa
F4	SG9, FM9, TM9, MF9 e CR9	FAC4_1	Genital
F5	PSG19, PTM19, PFM19, PMF19 e PCR19	FAC5_1	Nádegas
F6	SG16, FM16, TM16, MF16 e CR16	FAC6_1	Cabelo
F7	FM13, TM13, SG13 e MF13	FAC7_1	Perna
F8	FM22, TM22, SG22 e MF22	FAC8_1	Abdómen
F9	SG3, TM3, FM3 e MF3	FAC9_1	Peito
F10	FM15, SG15 e MF15	FAC10_1	Pé
F11	TM10, FM10 e SG10	FAC11_1	Mão
F12	MF7, MF10 e MF1	FAC12_1	Funciona/to
F13	FM1, TM1 e SG1	FAC13_1	Face

Estatísticas relativas à análise factorial:

Percentagem total da variância explicada pelos factores: 78%

KMO=.94

Teste da esfericidade de Bartlett = 23052,88; $p < .000005$

Nota. As variáveis FAC1_1 a FAC13_1 resultam do cálculo de resultados factoriais pelo método de regressão.

2.3 O papel do sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal na satisfação com o corpo

2.3.1. Análise das correlações canónicas

Para avaliarmos o papel das variáveis sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal na satisfação com o corpo realizámos uma análise da correlação canónica. Este tipo de análise, pertencente à família das estatísticas multivariadas e próxima da análise de regressão múltipla, permite relacionar conjuntos de variáveis através da criação de combinações lineares dos conjuntos em análise, definindo coeficientes para cada variável de modo a que a correlação entre as combinações lineares (*correlação canónica*) alcançadas seja máxima. Permite também a extracção de tantas raízes canónicas, ortogonais, quantas as variáveis presentes no menor conjunto. No primeiro conjunto (*set Y*) incluímos as variáveis FAC1_1 a FAC13_1 que são as pontuações factoriais resultante da análise que descrevemos no ponto 2.2. deste capítulo. No segundo conjunto (*set X*) incluímos as variáveis *sexo* (SX), *idade*, *meio demográfico* (MHAB) e *índice de massa corporal relativo* (C_IMC).

2.3.1.1. Determinação das correlações canónicas: avaliação da utilidade preditiva do modelo

O Quadro 49 apresenta o resumo das estatísticas gerais relativas a esta análise. A estimativa para a população da associação geral entre os conjuntos de variáveis, $R^2_{\text{corr.}}$, revela a existência de uma associação estatisticamente significativa [Rao F (52.0, 1342.2) = 4.62, $p < .005$] entre as raízes canónicas extraídas. Contudo esta associação é moderada pois o valor estimado foi de 39%. Das quatro raízes canónicas extraídas pela análise apenas a R_1 e a R_2 são estatisticamente significativas correspondendo-lhes *eigenvalues* iguais a 0.36 e 0.10, respectivamente. A magnitude da associação entre as raízes canónicas não nos permite *per se* tirar conclusões acerca da associação entre as variáveis que constituem as raízes canónicas. Para conhecermos a variância no conjunto das variáveis Y previsível a partir das raízes

canônicas para o conjunto de variáveis X, uma medida adequada é o *índice de redundância* - $R_{Y/X}$ - que se encontra na última coluna do Quadro 49. Este índice revela-nos que apenas 3% da variância em Y é prevista pela variância de X. Podemos concluir que as variáveis independentes em análise prevêm uma parte pequena da variância da satisfação corporal, constituindo este facto um limite à sua utilidade prática enquanto preditores da satisfação corporal.

Contudo, a análise de correlação canónica serve, neste estudo, o propósito de investigar os padrões de variação da satisfação corporal em função das variáveis SX, IDADE, MHAB e C_IMC. Sabemos pelos resultados desta análise discutidos até este ponto, que a associação destas variáveis com a satisfação corporal é modesta mas significativa.

Quadro 49
Análise de correlação canónica: Correlações, variância associada, significância da associação e redundância. N=363.

Correlações Canónicas				$R^2_{corr.}$	Rao F	$R_{Y/X}$
R_1	R_2	R_3	R_4			
0.60***	0.31***	0.26	0.15	0.39	4.62***	3%

Nota. $R_{Y/X}$ = Índice de redundância de Stewart-Love.

*** $p < .005$, para $\chi^2(52) = 224.93$ e $\chi^2(36) = 68.53$; Rao F (52.0, 1342.2).

2.3.1.2. *Análise da estrutura factorial canónica.*

Passamos agora à análise da estrutura factorial para as correlações canónicas que se revelaram significativas. Esta análise irá permitir saber o que é importante na associação dos conjuntos de variáveis consideradas e qual o sentido das associações significativas. Complementaremos a análise da estrutura factorial canónica com a análise dos coeficientes estandardizados das equações de regressão múltipla que prevêm as variáveis do *Set Y* a partir do *Set X*. Interpretaremos com muitas reservas a segunda correlação canónica pois, apesar de ser significativa, o número de elementos da amostra, mais concretamente o *ratio* elementos/variáveis em análise, é reduzido (muito inferior aos 40-60:1 necessários para ter confiança na generalização à população da segunda correlação canónica significativa conforme Stevens (1992)

adverte. Além disso, esta correlação canônica tem, como vimos, uma magnitude muito modesta.

Quadro 50

Análise de correlação canônica: Estrutura factorial (N=363) factorial - correlações das variáveis com a primeira função canônica significativa.

Variáveis		Sat.Can.	M(Sat. ²)	R _t ² Can.	R _{Y/X}
Set Y: Variáveis dependentes					
FAC1_1	Cor	-0.07	0.08	0.36	3%
FAC2_1	Braço	0.18			
FAC3_1	Anca e Coxa	<u>-0.42</u>			
FAC4_1	Genital	<u>-0.56</u>			
FAC5_1	Nádegas	-0.16			
FAC6_1	Cabelo	0.24			
FAC7_1	Perna	<u>-0.36</u>			
FAC8_1	Abdômen	<u>-0.42</u>			
FAC9_1	Peito	-0.01			
FAC10_1	Pé	-0.24			
FAC11_1	Mão	-0.09			
FAC12_1	Funcionamento	0.01			
FAC13_1	Face	0.09			
Set X: Variáveis independentes					
IDADE		0.09	0.25	0.36	9% ^{a)}
SX		<u>0.99</u>			
MHAB		-0.04			
C_IMC		0.06			

Nota. Correlações superiores a |.30| estão sublinhadas. Sat.Can. = saturações canônicas. R_1^2 Can. = quadrado da primeira correlação canônica. $M(Sat.^2)$ = Média dos quadrados das saturações. $R_{Y/X}$ = Índice de redundância = $M(Sat.^2) \cdot R_1^2$ Can.

a) Neste caso é $R_{X/Y}$ = Variabilidade de X prevista a partir da variabilidade de Y.

O Quadro 50 mostra a estrutura factorial canônica, onde se apresentam as saturações canônicas (*canonical loadings*) para o primeiro par de raízes canônicas. Esta estrutura representa portanto a correlação de cada variável com a função ou raiz canônica, que foi estimada para o conjunto de variáveis a que pertence.

Começaremos por analisar a magnitude das saturações e o sentido da correlação das variáveis representadas no Quadro 50. Torna-se claro que, das variáveis independentes, a variável SX domina a relação com a função que garante a correlação máxima com as dependentes. Pela análise da magnitude e do sinal das saturações das variáveis independentes verificamos que as variáveis relativas à satisfação com a região *genital* (FAC4_1), com as *ancas e coxas* (FAC3_1), com o

abdómen (FAC8_1) e com as *pernas* (FAC7_1) são as que mais saturam a raiz canónica, correlacionando-se negativamente com esta. Assim, as raparigas revelam maior inclinação para estarem menos satisfeitas com as partes corporais que as variáveis referidas representam. A análise dos coeficientes de regressão múltipla para variável independente SX, conforme se pode observar no Quadro 51, reforça esta ideia e acrescenta a informação de que os rapazes estão mais inclinados a referirem níveis de satisfação menores relativos ao *cabelo* e ao *braço*. Uma vez mais a magnitude da associação é, apesar de estatisticamente significativa, muito reduzida. Destaca-se, neste aspecto, o coeficiente de determinação para a variável FAC4_1, apontando para cerca de 12% da variância de satisfação com a região *genital* estar associada quase exclusivamente ao sexo.

Quadro 51
Análise de regressão múltipla: coeficientes de regressão estandardizados e coeficiente de determinação. N=363

		Sx β	Idade β	Mhab β	C_IMC β	R ²
FAC1_1	Cor	-0.03	-0.10	0.11 *	0.09	0.03
FAC2_1	Braço	0.12 *	-0.14 **	0.07	0.03	0.04
FAC3_1	Anca e coxa	-0.25 ***	-0.04	-0.01	-0.10	0.07
FAC4_1	Genital	-0.33 ***	-0.05	0.09	0.04	0.12
FAC5_1	Nádegas	-0.09	0.00	-0.02	-0.08	0.01
FAC6_1	Cabelo	0.16 ***	-0.12 *	0.01	-0.08	0.05
FAC7_1	Perna	-0.22 ***	-0.06	-0.07	0.07	0.06
FAC8_1	Abdómen	-0.24 ***	-0.05	0.02	-0.17 ***	0.09
FAC9_1	Peito	0.00	-0.06	0.05	-0.01	0.01
FAC10_1	Pé	-0.14 **	-0.09	0.02	0.10	0.04
FAC11_1	Mão	-0.05	-0.05	-0.04	-0.00	0.01
FAC12_1	Funcional/to	0.01	-0.03	0.06	0.07	0.01
FAC13_1	Face	0.05	0.00	0.05	0.03	0.01

Nota. Sx (sexo; masculino: 0 e feminino: 1). Mhab (meio demográfico; rurais: 0 e urbanos: 1). C_IMC (índice de massa corporal relativo; abaixo do P25: 1, entre P25 - P75: 2, acima do P75: 3)

* p < .05 ; ** p < .01; *** p < .005

Quadro 52

Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações das variáveis com a segunda função canónica significativa. N=363.

Variáveis		Sat.Can.	M(Sat. ²)	R ₂ ² Can.	R _{Y/X}
Set Y: Variáveis dependentes					
FAC1_1	Cor	<u>0.54</u>	0.08	0.10	1%
FAC2_1	Braço	<u>0.42</u>			
FAC3_1	Anca e Coxa	-0.18			
FAC4_1	Genital	0.24			
FAC5_1	Nádegas	-0.20			
FAC6_1	Cabelo	0.06			
FAC7_1	Perna	0.17			
FAC8_1	Abdômen	-0.29			
FAC9_1	Peito	0.16			
FAC10_1	Pé	<u>0.40</u>			
FAC11_1	Mão	0.02			
FAC12_1	Funcionamento	<u>0.30</u>			
FAC13_1	Face	0.12			
Set X: Variáveis independentes					
IDADE		<u>-0.57</u>	0.24	0.07	2% ^{a)}
SX		0.03			
MHAB		<u>0.40</u>			
C_IMC		<u>0.68</u>			

Nota. Correlações superiores a |.30| estão sublinhadas. Sat.Can. = saturações canónicas. R₂² Can. = quadrado da segunda correlação canónica. M(Sat.²) = Média dos quadrados das saturações. R_{Y/X} = Índice de redundância = M(Sat.²) * R₂² Can.

a) Neste caso, é R_{X/Y} = Variabilidade de X prevista a partir da variabilidade de Y.

O Quadro 52 resume os resultados para a segunda correlação canónica significativa que foi igual a .31. Iremos interpretar esta função para procurar conhecer qual o papel das outras variáveis, que não o sexo, na satisfação corporal. O *índice de massa corporal relativo* parece ter o papel mais importante nesta função, apesar da *idade* e do *meio demográfico* também apresentarem saturações elevadas. Dado o melindre estatístico de que se reveste esta interpretação, pelos motivos que já referimos, iremos ter em conta somente as saturações mais elevadas para constatar a associação pequena mas significativa dos *sets*, ocorrendo independentemente do papel da variável SX³⁵, em que as variáveis C_IMC e IDADE parecem estar significativamente associadas às variáveis Y, sobretudo FAC1_1 e FAC2_1. Pela observação dos sinais das correlações com a função canónica, os resultados sugerem

³⁵ Não depende do *sexo* porque esta satura maximamente a primeira função e as funções são ortogonais.

que os adolescentes mais velhos estão mais inclinados a revelarem menor satisfação corporal relativamente à *cor* (FAC1_1) e ao *braço* (FAC2_1) ao mesmo tempo que aqueles com maior *índice de massa corporal relativo* parecem mais inclinados a relatar maior satisfação com os aspectos corporais referidos. A variável C_IMC tem um *beta* significativo apenas para a previsão da satisfação com o *abdómen* (FAC8_1), enquanto que a variável IDADE apresenta *betas* significativos para o *cabelo* (FAC6_1) e para o *braço* (FAC2_1) conforme se pode observar no Quadro 51 da página 136.

2.3.2. Síntese dos resultados da análise das correlações canónicas

- A análise da correlação canónica, tomando como *set* independente X as variáveis *sexo*, *idade*, *meio demográfico* e *índice de massa corporal relativo* e como *set* dependente Y as variáveis relativas à avaliação da satisfação com partes e aspectos corporais revelou que o sexo é, das consideradas na análise, a variável independente mais influente na satisfação corporal.

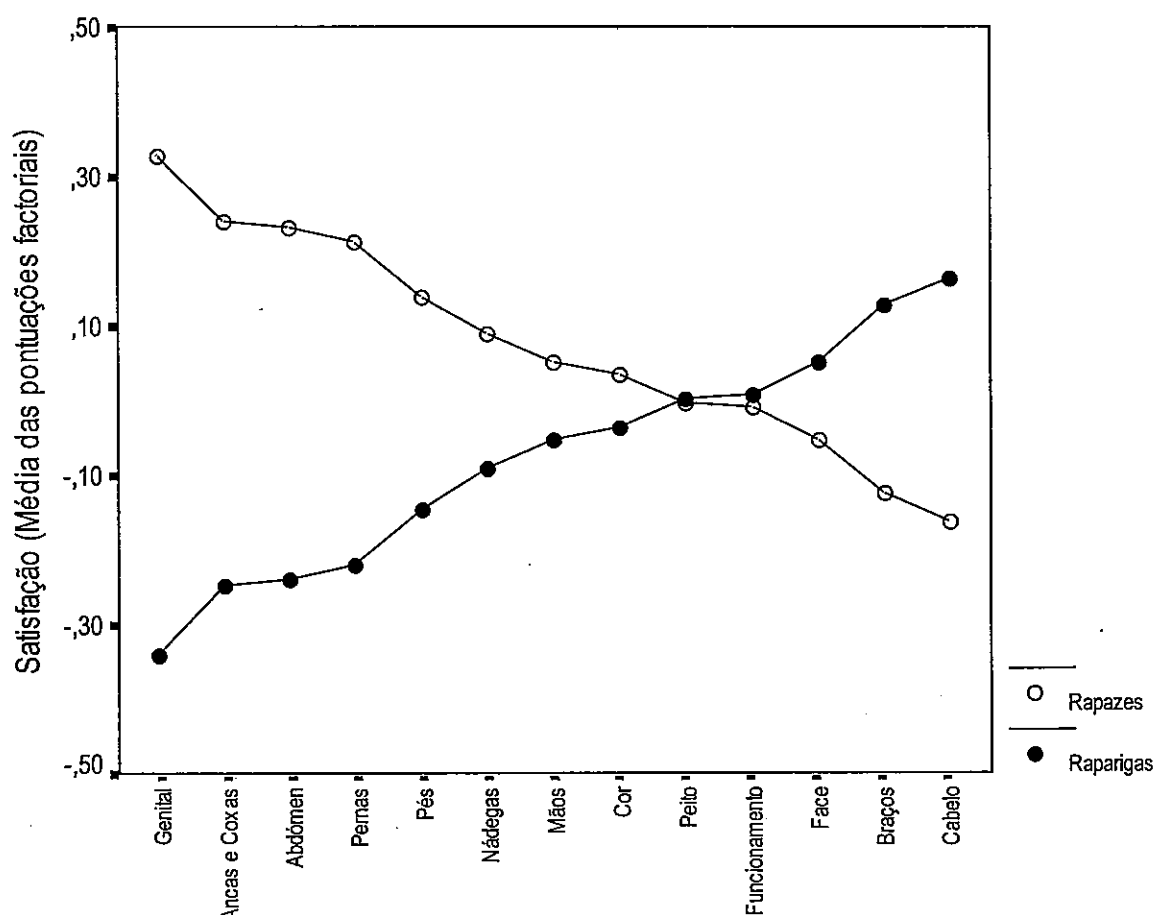


Figura 3: Satisfação com diferentes dimensões do corpo em função do sexo. (Pontuações factoriais médias de rapazes e raparigas).

- A análise das correlações do primeiro par de funções canónicas revelou a tendência para as raparigas avaliarem mais negativamente a satisfação com as zonas: *genital*, *ancas e coxas*, *abdômen* e *pernas*. Também se salientou a inclinação dos rapazes para avaliarem mais negativamente a satisfação com os braços e o cabelo. A Figura 3 ilustra estes resultados através da representação das médias das pontuações nestas variáveis em função do sexo.

- Uma segunda correlação canónica significativa, independente do sexo, sugere que a idade pode estar inversamente relacionada com alguns aspectos da satisfação corporal (sobretudo satisfação com a cor e com o braço) e que o C_IMC pode estar directamente relacionado com a satisfação nos aspectos referidos. Contudo a análise desta segunda função é estatisticamente muito melindrosa pois a correlação canónica é pequena, a redundância também e o *ratio* $N / n.^{\circ}$ de variáveis fica aquém daquele que nos daria confiança na interpretação da função.



Para investigarmos melhor o papel da *idade* e do *índice de massa corporal relativo* (C_IMC) e explorar o modo diferencial como poderão afectar os adolescentes, iremos proceder a análises de correlação canónica separadamente para os rapazes e para as raparigas. Neste caso o *ratio* $N / n.^{\circ}$ de variáveis diminui bastante pelo que será necessário proceder a uma redução do número de variáveis a incluir nos *sets*.

2.4. Influência da idade e do *C_IMC* na avaliação da satisfação corporal de elementos masculinos versus femininos

Nestas análises o *set X* foi constituído pelas variáveis *idade* e *índice de massa corporal relativo*. O *set Y* foi constituído pelas variáveis *fac2_1*, *fac3_1*, *fac4_1*, *fac5_1*, *fac7_1*, *fac8_1*, *fac9_1*. As análises de correlação canónica foram realizadas para os rapazes e para as raparigas separadamente. Como o efectivo da amostra fica reduzido a cerca de metade, optámos por não incluir a variável *meio demográfico de residência* e por incluir no *set* de variáveis dependentes apenas aquelas partes do corpo relativamente às quais a *idade* e a *massa corporal* tivessem maior significado. Ao procedermos desta forma mantemos uma proporção razoável de número de elementos da amostra para variáveis incluídas na análise de correlação canónica (aproximadamente 20:1), o que nos permite interpretar pelo menos a maior correlação canónica extraída (cf. Stevens, 1992). Iremos apresentar primeiro os resultados desta análise para os elementos do sexo masculino e finalmente para os elementos do sexo feminino. Por fim apresentaremos os resultados resumidos de análises de regressão múltipla para os rapazes e para as raparigas. Estes resultados podem ser importantes para complementar a informação da análise de correlação canónica³⁶ e para facilitar a interpretação da interacção da variável *sexo* com as variáveis do *set X*.

³⁶ Dos programas de tratamento estatístico de dados utilizados, apenas o *Systat* fornece estes resultados no *output* da análise de correlação canónica.

2.4.1. Resultados para a amostra masculina

No Quadro 53 apresentamos o resumo dos resultados da análise de correlação canónica para os rapazes ($N=184$). Conforme se observa no quadro foi obtida uma correlação canónica significativa, mas muito baixa. A redundância também foi muito reduzida. Dito por outras palavras, a associação entre os conjuntos de variáveis testados, apesar de significativa, é muito reduzida. Além disso, o contributo da variação da idade e da massa corporal apenas dá conta de 2% da variação da satisfação corporal nos aspectos testados nesta análise. Obviamente trata-se de uma correlação com um valor prático (i.e., preditivo) limitado. No entanto, com o propósito de descrever as associações entre os factores classificatórios (idade e massa corporal) e a satisfação corporal nos rapazes iremos interpretar esta correlação.

Quadro 53

Análise de correlação canónica: Correlações, variância associada, significância da associação e redundância. Amostra masculina. $N=184$.

Correlações Canónicas		$R^2_{\text{corr.}}$	Rao F	$R_{Y/X}$
R_1	R_2			
0.30*	0.20	0.06	1.75*	2%

Nota. $R_{Y/X}$ = Índice de redundância de Stewart-Love.

* $p < .05$, para $\chi^2(14) = 24.08$; Rao F (14.0, 350.0).

Conforme apresentamos no Quadro 54, as funções canónicas que originam a única correlação significativa são saturadas sobretudo pela variável *idade* no set X e pela variável *braço* no set Y. Verifica-se que rapazes mais velhos (com menor *massa corporal*) tendem a revelar menor satisfação relativamente aos braços. Inversamente, rapazes mais novos (mas com maior *massa corporal*) tendem a referir menor satisfação relativamente às *nádegas*. Na relação que apresentámos é importante ter em conta que o papel mais importante é desempenhado pela variável *idade* pois tem uma saturação muito superior à da variável *C_IMC*.

Os resultados da análise de regressão múltipla traduzem, embora de modo diferente, a mesma relação descrita. No Quadro 56 da página 144 podemos verificar que os coeficientes estandardizados das rectas de regressão (β) que prevêem a satisfação com os *braços* e com as *nádegas* a partir da *idade* e do *C_IMC* são

significativos apenas para a variável *idade* e que o respectivo sinal está de acordo com o que descrevemos.

Quadro 54

Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações com a função canónica significativa. Amostra masculina N=184.

Variáveis	Sat.Can.	M(Sat. ²)	R ₁ ² Can.	R _{Y/X}
Set Y: Variáveis dependentes				
FAC2_1 Braço	<u>-0.67</u>	0.17	0.09	2%
FAC3_1 Anca e Coxa	<u>-0.37</u>			
FAC4_1 Genital	0.02			
FAC5_1 Nádegas	<u>0.57</u>			
FAC7_1 Perna	0.25			
FAC8_1 Abdómen	-0.29			
FAC9_1 Peito	<u>-0.31</u>			
Set X: Variáveis independentes				
IDADE	<u>0.94</u>	0.50	0.09	5% ^{a)}
C_IMC	<u>-0.35</u>			

Nota. Correlações superiores a |.30| estão sublinhadas. Sat.Can. = saturações canónicas. R₁² Can. = quadrado da primeira correlação canónica. M(Sat.²) = Média dos quadrados das saturações. R_{Y/X} = Índice de redundância = M(Sat.²)*R₁² Can.

a) Neste caso, será R_{X/Y} = Variabilidade de X prevista a partir da variabilidade de Y.

2.4.2. Resultados para a amostra feminina

Na amostra feminina, duas correlações canónicas significativas foram obtidas. No entanto e como se pode observar no Quadro 55, a segunda correlação tem uma magnitude muito pequena. Apenas 4% da variância das variáveis do set Y é prevista a partir da variância das variáveis do set X, conforme podemos ver no índice de redundância.

Quadro 55

Análise de correlação canónica: Correlações, variância associada, significância da associação e redundância. Amostra feminina. N=179.

Correlações Canónicas		R ₂ ² corr.	Rao F	R _{Y/X}
R ₁	R ₂			
0.42**	0.28*	0.18	3.62**	4%

Nota. R_{Y/X} = Índice de redundância de Stewart-Love.

*p < .05, para $\chi^2(14) = 24.08$; **p < .01 $\chi^2(6) = 14.27$; Rao F (14.0, 340.0).

A análise das saturações no primeiro par de raízes canónicas, apresentada no Quadro 57 da página 145, mostra que, nas raparigas, a associação entre o *C_IMC* e a satisfação com as *ancas e coxas*, *nádegas* e *abdómen* é importante. Concretamente, raparigas com maior *índice de massa corporal relativo* estão mais inclinadas a revelar menor satisfação com as partes corporais referidas. Podemos ainda verificar, no Quadro 56, que a variável *C_IMC* tem, para estas variáveis, coeficientes de regressão significativos.

Quadro 56

Análise de regressão múltipla: coeficientes de regressão standardizados e coeficiente de determinação. Esquerda: Amostra masculina. Direita: Amostra Feminina

		Rapazes (N=184)			Raparigas (N=179)		
		Idade	<i>C_IMC</i>	R ²	Idade	<i>C_IMC</i>	R ²
		β	β		β	β	
FAC2_1	Braço	-0.17 *	0.13	0.04	-0.12	-0.09	0.02
FAC3_1	Anca e coxa	-0.07	0.12	0.02	-0.02	-0.26 **	0.07
FAC4_1	Genital	-0.04	0.08	0.01	-0.05	-0.01	0.00
FAC5_1	Nádegas	0.18 *	-0.00	0.03	-0.18 *	-0.15 *	0.06
FAC7_1	Perna	0.08	-0.00	0.01	-0.17 *	0.14	0.05
FAC8_1	Abdómen	-0.13	-0.09	0.03	0.02	-0.25 **	0.06
FAC9_1	Peito	-0.07	0.07	0.01	-0.04	-0.10	0.01

Nota. *C_IMC* (índice de massa corporal relativo; abaixo do P25: 1, entre P25 - P75: 2, acima do P75: 3)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .005$

Quadro 57

Análise de correlação canónica: Estrutura factorial - correlações com a primeira função canónica significativa. Amostra feminina N=179.

Variáveis	Sat.Can.	$M(Sat.^2)$	R_1^2 Can.	$R_{Y/X}$
Set Y: Variáveis dependentes				
FAC2_1 Braço	-0.29	0.15	0.18	3%
FAC3_1 Anca e Coxa	<u>-0.60</u>			
FAC4_1 Genital	-0.06			
FAC5_1 Nádegas	<u>-0.47</u>			
FAC7_1 Perna	0.20			
FAC8_1 Abdómen	<u>-0.55</u>			
FAC9_1 Peito	-0.26			
Set X: Variáveis independentes				
IDADE	0.29	0.50	0.18	9% ^{a)}
C_IMC	<u>0.96</u>			

Nota. Correlações superiores a |,30| estão sublinhadas. Sat.Can. = saturações canónicas. R_1^2 Can. = quadrado da primeira correlação canónica. $M(Sat.^2)$ = Média dos quadrados das saturações. $R_{Y/X}$ = Índice de redundância = $M(Sat.^2) \cdot R_1^2$ Can.

a) Neste caso, será $R_{X/Y}$ = Variabilidade de X prevista a partir da variabilidade de Y.

A interpretação da segunda função canónica, que apesar de significativa, tem baixa magnitude é mais uma vez melindrosa pelos mesmos motivos que referimos atrás (cf. ponto 2.4. neste capítulo). Traduz uma associação em que menos de 10% da variância de uma raiz pode ser atribuída à outra. Contudo iremos descrever a sua estrutura factorial canónica, de modo a pôr em evidência a relação entre a idade e a satisfação corporal, na medida em que a idade satura a raiz canónica das variáveis do set X. Assim, conforme se regista no Quadro 58 da página seguinte, as raparigas mais velhas parecem estar mais inclinadas a avaliarem a satisfação com as *pernas* mais negativamente. Se observarmos os resultados relativos às análises de regressão múltipla, verificamos que a *idade* está associada negativamente à satisfação com as *pernas* e com as *nádegas* (cf. Quadro 56 na página 144).

Quadro 58

Análise de correlação canônica: Estrutura factorial - correlações com a segunda função canônica significativa. Amostra feminina N=179.

Variáveis		Sat.Can.	M(Sat. ²)	R ₂ ² Can.	R _{Y/X}
Set Y: Variáveis dependentes					
FAC2_1	Braço	<u>-0.31</u>	0.14	0.08	1%
FAC3_1	Anca e Coxa	0.18			
FAC4_1	Genital	-0.16			
FAC5_1	Nádegas	<u>-0.48</u>			
FAC7_1	Perna	<u>-0.72</u>			
FAC8_1	Abdômen	<u>0.30</u>			
FAC9_1	Peito	-0.05			
Set X: Variáveis independentes					
IDADE		<u>0.96</u>	0.50	0.08	4% ^{a)}
C_IMC		-0.27			

Nota. Correlações superiores a |.30| estão sublinhadas. Sat.Can. = saturações canônicas. R₂² Can. = quadrado da segunda correlação canônica. M(Sat.²) = Média dos quadrados das saturações. R_{Y/X} = Índice de redundância = M(Sat.²) * R₂² Can.

a) Neste caso, será R_{X/Y} = Variabilidade de X prevista a partir da variabilidade de Y.

2.4.3. Síntese dos resultados das análises por sexo

Os resultados apresentados nestes pontos descrevem o modo como a *idade* e o *índice de massa corporal relativo* afectam de forma diferente a satisfação com o corpo dos elementos do sexo feminino e masculino. Verificámos que:

- Nos rapazes a *idade* é a variável mais importante na associação com a satisfação corporal, enquanto nas raparigas a mais importante é o *C_IMC* (índice de massa corporal relativo).

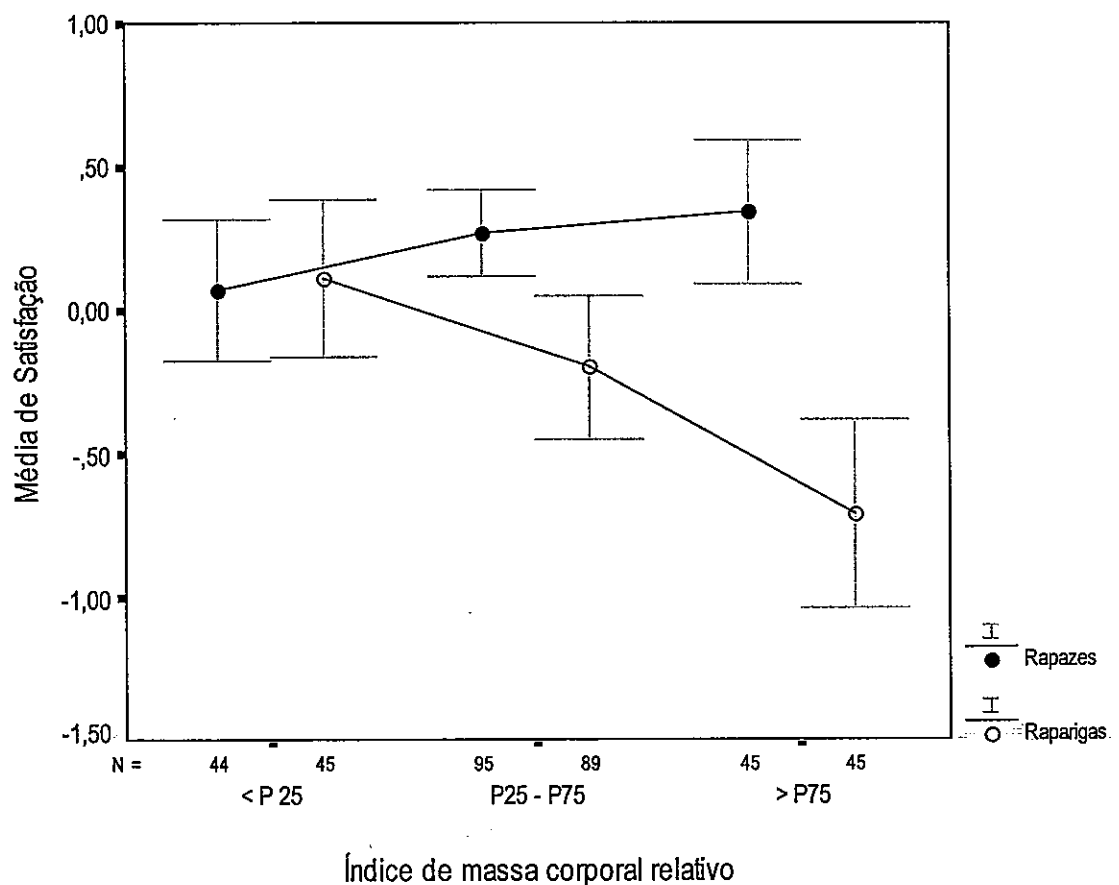


Figura 4. Efeito da interacção sexo $\times$ índice de massa corporal relativo na média da satisfação com as ancas e coxas (fac1_3). Os segmentos de recta representam os limites do intervalo de confiança (95%) para a média da população.

- Os rapazes mais velhos tendem a avaliar menos positivamente a satisfação com os braços e mais positivamente a satisfação com as nádegas. As raparigas mais velhas estão mais inclinadas a avaliar menos positivamente a satisfação com as nádegas e as pernas.

- Entre as raparigas, aquelas que possuem um índice de massa corporal maior estão mais inclinadas a avaliar menos positivamente as ancas, as coxas, as nádegas e o abdómen. Apesar de não serem estatisticamente significativos, os coeficientes das equações de regressão múltipla sugerem que os rapazes que possuem um índice de massa corporal maior tendem (com excepção do abdómen) a produzir avaliações de satisfação corporal mais positivas. A Figura 4 ilustra esta relação apresentando a estimativa para a população da média de satisfação com as ancas e as coxas em função do sexo e do índice de massa corporal relativo.

DISCUSSÃO

CAPÍTULO VI

Discussão

Organizámos a discussão dos resultados em três secções. Na primeira secção discutimos os resultados qualitativos, na segunda secção os resultados das correlações canónicas e na terceira procedemos à discussão integrada dos resultados em relação com as hipóteses que colocámos.

Iniciamos a primeira secção deste capítulo com a discussão dos resultados das três primeiras questões, relacionados respectivamente com a presença de insatisfação corporal, a percepção normativa negativa do corpo e a discrepância corpo actual - corpo ideal. Depois discutimos os resultados das questões que avaliam os comportamentos relacionados com a percepção subjectiva do corpo e por fim os resultados das questões que avaliaram a presença de insatisfação com o modo de andar e de correr e a postura corporal. Na segunda secção discutimos os resultados da avaliação da satisfação corporal em função do sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal relativo. No final, integramos os contributos das metodologias que usámos numa síntese orientada para a decisão das hipóteses colocadas.

1. Discussão dos resultados da avaliação de atitudes e comportamentos relacionados com o corpo.

1.1. Discussão dos resultados das questões 1 a 3

Mais de metade dos adolescentes inquiridos manifestaram desagrado e desejo de mudar aspectos corporais (cf. pontos 1.1.1. e 1.1.3.). No entanto, apenas 10% consideraram que algo no seu corpo não era normal (cf. ponto 1.1.2.). Podemos concluir destes dados que as considerações normativas relativamente ao desenvolvimento físico individual e às mudanças corporais inerentes à puberdade contribuem apenas para parte do descontentamento com o corpo observado nos adolescentes.

Se considerarmos a proporção de elementos da amostra que manifestou insatisfação com o corpo, respondendo *Sim* a pelo menos uma das três primeiras questões, verificamos que aproximadamente 2/3 dos adolescentes relataram insatisfação relativamente ao próprio corpo. Resultados semelhantes, embora relativos especificamente à satisfação com o peso corporal numa amostra exclusivamente constituída por raparigas, foram obtidos por Carmo et al. (1996) num estudo epidemiológico da Anorexia Nervosa, no qual se verificou que cerca de 2/3 das 2422 adolescentes inquiridas desejava ou diminuir ou aumentar o seu peso corporal.

Consideramos relevante o facto do conteúdo das três primeiras questões focar quase exclusivamente aspectos relacionados com a aparência física (cf. pontos 1.1.1.3., 1.1.2.3. e 1.1.3.3.). Estes resultados traduzem a importância que a avaliação da aparência física tem para o adolescente e são consistentes com os resultados de Cash, Winstead e Janda (1986, Abril) que apontaram o facto da adolescência constituir o período etário em que as preocupações com a aparência são maiores. A importância da auto-avaliação da aparência física também é demonstrada pela relação positiva entre o auto-conceito e a avaliação subjectiva da atractividade física

1996 e para a importância da auto-avaliação da aparência física no auto-conceito global, na população portuguesa, cf. Faria & Fontaine, 1995).

Os resultados que obtivemos indicam portanto que o aspecto mais saliente para os adolescentes na avaliação da satisfação com o corpo é a aparência. O conteúdo das respostas às três primeiras questões referiram quase exclusivamente aspectos relacionados com a forma e aparência do corpo (cf. pontos 1.1.1.3., 1.1.2.3. e 1.1.3.3.).

Uma análise das categorias que se salientaram nas respostas dos adolescentes a estas três questões revela que aspectos relacionados com o peso (categorias *gordura* e *magreza*), com o desenvolvimento físico (categorias *estatura* e *musculatura*) e com correlatos das mudanças físicas comuns da puberdade (categorias *pilosidade*, *borbulhas* e *menstruação*) são centrais na avaliação negativa que os adolescentes fazem do corpo.

A insatisfação com a gordura foi o aspecto mais vezes mencionado (na primeira e na terceira questão) embora não tenha sido referido no contexto da segunda. Este aspecto sugere que apesar de percepcionar-se como “gordo” ou “gorda” constituir um motivo frequente de insatisfação com o corpo e do desejo de alterar o aspecto corporal, a gordura é considerada pelos adolescentes um aspecto normal do corpo humano, um *normal* possível.

Relativamente às partes do corpo mais frequentemente mencionadas nas respostas a estas questões, esperávamos observar, de acordo com a nossa hipótese geral (cf. ponto 1. do Capítulo IV) que, apesar de virtualmente qualquer aspecto ser passível de ser considerado desagradável ou eleito para modificação pelo adolescente, emergiriam algumas redundâncias relacionadas com a interacção dos factores que hipotetizámos: as mudanças inerentes ao desenvolvimento da adolescência e os aspectos sócio-culturais relacionados com os ideais culturais de beleza física da sociedade ocidental e com os estereótipos da identidade de género. Os dados obtidos pela análise da frequência e do conteúdo das respostas apoiam parcialmente esta hipótese. Conforme referimos, a nossa hipótese geral foi desdobrada num conjunto de hipóteses acessórias, uma das quais previa que as diferenças entre os elementos do sexo masculino e feminino estariam relacionadas com as diferenças de desenvolvimento físico na adolescência previstas para os

rapazes e raparigas (cf. ponto 2. do Capítulo I) sobretudo aquelas que envolvem um afastamento dos ideais culturais de beleza. Assim, sabendo que o aumento de peso na puberdade ocorre, nas raparigas, relacionado com a acumulação de gordura em zonas específicas do corpo, sobretudo nas nádegas, coxas e peito, esperávamos que estas partes do corpo fossem mais vezes mencionadas por raparigas do que por rapazes, pois os ideais de beleza femininos actuais são ideais de magreza (cf. ponto 2. do Capítulo II). Aconteceu assim relativamente às categorias *pernas*, *abdómen* e *ancas* das questões 1 e 3. Relativamente à categoria *nádegas*, foi sempre referida por mais raparigas que rapazes e quanto ao *peito* um número significativamente superior de raparigas manifestou desejo de modificar esta parte corporal, embora não possamos afirmar que fosse devido a aspectos relacionados com a acumulação de gordura. Além disso o número de raparigas que se manifestou desagradada com o peito, apesar de ser superior ao número de rapazes numa proporção de 5 para 1, não foi estatisticamente significativo. O facto de termos indexado na mesma categoria respostas relacionadas com o tamanho, forma e simetria dos seios (nas raparigas) e com o desenvolvimento do tórax (rapazes) poderá ter obscurecido estas diferenças pois tanto um aspecto como o outro se modificam na adolescência e ambos são aspectos valorizados em termos psico-sociais na medida em que são prescritos pelos ideais de beleza (cf. Capítulo II).

Os resultados relativos aos rapazes conferem um suporte adicional à hipótese geral. O ideal de beleza masculino actual mantém-se próximo do ideal helénico da figura mesomórfica musculada, conforme referimos no ponto 2. do Capítulo II. Significativamente, tanto na Questão 1 como na Questão 3, mais rapazes que raparigas referiram insatisfação corporal relacionada com a musculatura e desejo de tornar mais salientes os músculos. A categoria *musculatura* foi, aliás, a única categoria das três questões mais dirigidas à insatisfação corporal na qual o número de rapazes indexados foi significativamente superior ao número de raparigas (cf. pontos 1.1.1.3. e 1.1.3.3.).

Assente na suposição de que factores culturais seriam diferentes no meio rural e urbano, procurámos ver se existem diferenças significativas na frequência e conteúdo das respostas de insatisfação dos adolescentes urbanos e rurais. Nos resultados das questões que temos vindo a discutir isso não se verificou. Apesar de, comparativamente aos rurais, maior número de raparigas e menor número de rapazes

urbanos se considerarem insatisfeitos e desejarem modificar aspectos corporais, as diferenças não são estatisticamente significativas. Também em relação ao conteúdo da insatisfação corporal e outros aspectos avaliados, não encontramos diferenças significativas. Estes resultados motivam as seguintes considerações: (1) uma percentagem, que não determinámos, dos adolescentes classificados como rurais frequenta escolas de cidade apesar de residir no meio rural. Neste caso o contacto com ideais corporais urbanos pode ter esbatido as diferenças esperadas; (2) dada a globalização operada pelos meios de comunicação de massa, que tornam disponíveis e salientes revistas, filmes e todo um conjunto de produções culturais que difundem ideais de beleza relativamente homogêneos em todo o mundo ocidental, podem não existir influências sócio-culturais significativamente diferentes nas populações rurais e urbanas. Neste caso, admitimos que a crença da existência de maior prevalência de insatisfação corporal nas populações urbanas possa estar relacionada com aspectos heurísticos de disponibilidade (maior frequência e acesso a consultas de psicologia e psiquiatria por motivos relacionados com a imagem corporal, por parte de adolescentes residentes no meio urbano).

Outro ponto que necessita ser discutido é a insatisfação com o corpo em função da idade. Decorria da hipótese geral a previsão do aumento da frequência de respostas de insatisfação das raparigas, em função do período da adolescência considerado (cf. ponto 1 do Capítulo IV). Verificámos este aumento apenas na Questão 3, relacionada com o desejo de modificar o corpo. Nas restantes não se verificaram diferenças significativas em função da idade. Confirma-se apenas que as raparigas no final da adolescência revelam maior probabilidade de desejar modificar aspectos do seu corpo. Se este resultado traduzisse um aumento da insatisfação corporal em função do período etário considerado, expresso pelo reconhecimento da discrepância entre o corpo ideal e o corpo actual, então seria legítimo esperar que, nas raparigas, as diferenças entre as respostas à Questão 1 em função do escalão etário apontassem no mesmo sentido. Isso não acontece. Podemos especular que os resultados da Questão 3 traduzam sobretudo a experiência de afastamento em relação aos ideais de beleza vivida pelas adolescentes mais velhas, na medida em que após o pico de crescimento ter sido superado as modificações corporais decorrentes do aumento de tecido gordo são mais prováveis. Por outro lado, algumas adolescentes

iniciais poderão, apesar de insatisfeitas, aguardar mais mudanças decorrentes do surto de crescimento.

Um último aspecto a discutir relativamente a este conjunto de questões será o facto da Questão 2 não revelar quaisquer diferenças relativamente ao sexo, escalão etário e meio demográfico de residência. Se atendermos a dados relativos à prevalência de Perturbação Dismórfica Corporal entre sexos verificamos que apontam para igual proporção de homens e mulheres (cf. Capítulo III, ponto 4.). As respostas dos adolescentes a esta questão não significam, obviamente, que sejam dismorfofóbicos, mas o tipo de experiência de insatisfação poderá estar mais próxima deste aspecto do que daqueles relacionados com a aparência física associada ao peso. As categorias que foram identificadas apontam para aspectos que envolvem a aparência física (categorias *borbulhas* e *pilosidade*) e uma avaliação do desenvolvimento e funcionamento corporal (categorias *menstruação* e *pilosidade*). No que diz respeito às partes corporais referidas, encontramos que virtualmente qualquer parte pode ser considerada anormal (tal como pode, *de facto*, ser anormal) e que nenhuma se destacou (cf. ponto 1.1.2.3.). A proporção de adolescentes que respondeu afirmativamente à quarta questão sugere que os adolescentes não são tão propensos a considerarem o seu corpo anormal, ou a viver com estranheza os desenvolvimentos da puberdade, como a avaliarem o seu corpo em função dos ideais de beleza correntes.

1.2. Discussão dos resultados das questões 4 a 6

As questões 4, 5 e 6 focaram aspectos comportamentais específicos. Concretamente, foram avaliados os evitamentos e inibições devidos à apreciação subjectiva do corpo (Questão 4), os comportamentos de camuflagem de defeitos percebidos (Questão 5) e comportamentos de orientação corporal isto é, comportamentos que os adolescentes referem ter quando cuidam de aspectos corporais aos quais dão atenção (Questão 6). Discutiremos os resultados de cada uma em separado.

Na Questão 4 quisemos saber quais os tipos de comportamentos mais relacionados com uma avaliação negativa do aspecto físico. A percepção subjectiva

do corpo, quando é negativa e se centra nas questões relacionadas com a aparência, afecta sobretudo comportamentos da esfera social, isto é comportamentos relacionados com a apresentação pública da pessoa. Esta conclusão resulta do facto de termos verificado que os adolescentes, especialmente as raparigas, evitam usar roupas que apreciam, ou mencionam estar impossibilitadas de o fazer devido ao corpo; evitam actividades que envolvam a exposição do corpo, como frequentar praias, piscinas e ginásios e deixam de comer determinados alimentos ou restringem a sua quantidade. Os rapazes referiram com maior frequência evitar tomar iniciativa de relacionamentos interpessoais com elementos do sexo oposto. Consideramos este aspecto digno de relevo por ter sido referido exclusivamente por rapazes e por constituir uma limitação importante do funcionamento individual, atribuída à componente subjectiva da imagem corporal (cf. ponto 1.2.1.3.).

Alguns adolescentes, sobretudo urbanos, referiram terem deixado de participar em desfiles de moda devido à sua aparência física. As respostas escritas por estes adolescentes não nos permitem esclarecer, para todos quantos referiram esta situação, se a não participação foi devida a uma inibição do adolescente, ou se foi devida ao processo de selecção para a participação nos desfiles a que o adolescente se terá candidatado. Contudo as duas situações foram relatadas. Até há alguns anos atrás a influência da moda, em Portugal, podia ser considerada indirecta, mediatizada. Actualmente, sobretudo no meio urbano, os desfiles de moda são mais populares e frequentes. Algumas organizações procedem a um recrutamento de modelos não profissionais pelo que a experiência de reprovação entre os adolescentes num destes processos de selecção pode não ser rara. De facto, deixar de participar em desfiles de moda tratou-se de uma das actividades mais mencionadas pelos 16% de adolescentes que referiram já ter deixado de fazer o queriam por causa do aspecto do corpo. A acessibilidade crescente de oportunidades de participação em passagens de modelos e a saliência das experiências negativas relacionadas com a selecção neste contexto podem concorrer para explicar a frequência de referências a este aspecto feitas pelos adolescentes inquiridos.

De um ponto de vista cognitivo-comportamental todos os comportamentos referidos nesta questão empobrecem a auto-estima dos adolescentes, nomeadamente pela via da privação de experiências que desconfirmem crenças de rejeição social que se baseiam exclusivamente na aparência física e que, apesar de poderem ter

alguma base realista (cf. ponto 4.1., no Capítulo II), são claramente disfuncionais. Estas crenças motivam o evitamento de actividades desejadas e implicam frequentemente a atribuição interna dessa «impossibilidade», num processo no qual o adolescente atribui a si próprio os aspectos negativos da situação ao mesmo tempo que fica privado de desenvolver mecanismos cognitivos e comportamentais adequados para lidar com a avaliação social negativa. São comportamentos que consideramos estarem inseridos num ciclo auto-perpetuador de empobrecimento da auto-estima.

Relativamente aos comportamentos de camuflagem (avaliados pela Questão 5) verificámos que são mais frequentes nas adolescentes. Foram considerados defeitos a disfarçar aspectos relacionados sobretudo com a aparência física (categorias *gordura*, *pilosidade* e *borbulhas*). As raparigas voltaram a referir em maior percentagem o *abdómen*, *pernas*, *ancas* e, embora sem significância estatística, as *nádegas* e o *peito* (cf. ponto 1.2.2.3.).

Procurámos sobretudo conhecer as estratégias utilizadas pelo grupo de adolescentes que referiu camuflar defeitos corporais. O uso de roupas para disfarçar defeitos corporais constituiu uma das estratégias preferenciais, sobretudo referida por raparigas. Em termos gerais, agrupamos as estratégias entre as passivas e as activas relativamente ao defeito alvo. O uso de determinado vestuário, contrair o abdómen na presença de outros, esconder os dentes sempre que ri ou ocultar com o cabelo constituem estratégias passivas relativamente ao defeito pois não o modificam, nem modificam a percepção que a pessoa tem relativamente à existência desse defeito. A dieta, o exercício físico e o uso de cremes traduzem uma orientação mais activa relativamente ao que se considera defeito e podemos hipotetizar que os dois tipos de estratégias possam estar relacionados com níveis diferentes de auto-estima corporal. Embora este estudo não permita esclarecer a questão, sugerimos que adolescentes que recorrem predominantemente a estratégias passivas de disfarce de defeitos percebidos revelem auto-estima corporal mais negativa. Consideramos que a camuflagem constitui um evitamento da exposição das características consideradas defeituosas e pode, sobretudo no caso do defeito ser mínimo ou inexistente, contribuir para um aumento da insatisfação corporal e estreitar a vida social.

As respostas a esta questão sublinham a importância que os adolescentes dão ao peso corporal. Quando se consideram com excesso de peso os adolescentes recorrem a estratégias activas que incluem a dieta e o exercício físico. Os comportamentos de dieta, considerados como meio de controlar o peso e a forma corporais, podem constituir factores precipitantes de perturbações alimentares, sobretudo no grupo de adolescentes que venham a fazer depender da restrição alimentar a sensação de auto-controlo (cf. Fairburn, 1999).

De acordo com dados apresentados por Phillips em 1996, em 81% dos casos de Perturbação Dismórfica Corporal que estudou, o início da perturbação terá ocorrido antes dos 21 anos (cf. Quadro 4, na página 61 do Capítulo III). A determinação retrospectiva da idade de início desta perturbação levanta alguns problemas metodológicos, nomeadamente a questão da acuidade da memória do doente relativa aos primeiros sintomas e o facto da perturbação ser gradual e frequentemente precedida pelo descontentamento relativo a um aspecto corporal que não é suficientemente severo para garantir o diagnóstico (cf. Phillips, 1996).

Considerando estes aspectos e tendo em conta que somente parte dos adolescentes que se manifestaram insatisfeitos com aspectos corporais referem ter evitado situações e disfarçar aspectos corporais que consideram defeitos, é importante não trivializar o tipo de comportamentos que temos vindo a descrever. Alguns desses comportamentos (e.g. ocultar os dentes sempre que ri ou sorri) são em si mesmos suficientemente perturbadores do desenvolvimento social para merecerem atenção.

Na Questão 6 perguntámos aos adolescentes se prestavam mais atenção a alguma parte do corpo em especial. Desejávamos conhecer qual a relação entre as partes corporais com que os adolescentes se encontram insatisfeitos e a atenção prestada aos aspectos corporais.

A análise do conteúdo das respostas realçou o facto de tanto os aspectos corporais que agradam aos adolescentes como os que desagradam estarem relacionados com a selecção de partes corporais específicas para alvo de atenção ao corpo e comportamentos de cuidar do corpo. O único aspecto corporal negativo (chamamos-lhe assim porque foi redundante a sua presença em questões relacionadas com o desejo de modificar o corpo, foi considerado anormal e alguns adolescentes

elegeram-no como um dos aspectos corporais com que estavam insatisfeitos) que se evidenciou foram as borbulhas. Relativamente aos comportamentos de atenção ao corpo, o uso de cremes, os comportamentos de higiene, o exercício, a alimentação, o pentear e o cuidado com o vestuário foram os mais salientes. Encontrámos não só comportamentos ligados ao cuidar do corpo enquanto estímulo social, mas também comportamentos que podem estar relacionados com cuidados de saúde (e.g. higiene, alimentação e exercício). Fazemos esta distinção apesar da fronteira entre o discurso da saúde e os ideias culturais de beleza ser ténue e ainda prevalecer a equação belo-saudável e doente-feio (Frank, 1991).

Relativamente às partes do corpo indicadas como alvo preferencial de atenção pelos adolescentes inquiridos, a face e o cabelo foram os mais referidos. Um número significativamente superior de raparigas referiu a cara, a pele, o peito, a boca e os lábios. Um número significativamente superior de rapazes mencionou os músculos e o pénis. Estes resultados mostram que os aspectos relacionados com a aparência são mais salientes do que os aspectos relacionados com a saúde ou o funcionamento corporal. As diferenças observadas entre rapazes e raparigas também sugerem que os aspectos corporais mais valorizados em função do sexo estão relacionados com os estereótipos de género.

Vários adolescentes referiram que prestavam mais atenção à face quer por estar mais exposta, quer por dizer tudo acerca de uma pessoa. Este estereótipo actua na rejeição social objectiva dos desfigurados faciais, que têm de contrariar no dia-a-dia a desvalorização social da sua pessoa (cf. Bernstein, 1990) e se aceitarmos que os estereótipos podem servir de base à formulação de auto-avaliações, como sugerem Sorell e Nowak (1981), podemos inferir que possam desempenhar um papel importante na predisposição para a Perturbação Dismórfica Corporal, na medida em que esta doença envolve geralmente a magnificação de características do rosto ou da cabeça percebidas como defeituosas (cf. ponto 4. do Capítulo III).

1.3. Discussão dos resultados das questões 7 a 9

Mais raparigas do que rapazes referiram insatisfação com a forma de caminhar. Das categorias em que as respostas foram classificadas destacamos sobretudo as que dizem respeito ao aspecto do andar que foi focado. Trataram-se sobretudo de avaliações negativas dos passos ou da verticalidade do andar. Foram também salientes aspectos relacionados com a avaliação social, sugerindo que a satisfação com o andar é sensível às crenças de cada adolescente relativamente à avaliação que outros fazem de si (cf. ponto 1.3.1.3.). Tratar-se-á portanto de um comportamento que para alguns adolescentes é saliente na avaliação da sua própria aparência física.

Relativamente ao modo de correr, as respostas salientaram insatisfação com aspectos relativos ao desempenho e à aparência. As raparigas referiram mais os aspectos relativos à aparência e os rapazes os relativos ao desempenho. Contudo as diferenças não atingiram o limiar de significância estatística. Os resultados sugerem que o modo de correr será alvo de juízos relacionados com a aparência física mais para as raparigas que para os rapazes (cf. ponto 1.3.2.3).

A Questão 9 procurava obter informação que permitisse conhecer melhor a importância dos aspectos relacionados com a postura do corpo na avaliação da satisfação corporal. Conforme referimos as respostas foram muito heterogéneas (cf. ponto 1.3.3.3.). O facto de significativamente mais rapazes evocarem descontentamento com o tamanho do corpo na presença de colegas não surpreende tendo em consideração que a altura, tal como os músculos e o cabelo curto, faz parte do componente físico do estereótipo masculino (Biernat, 1991). As raparigas revelaram autoconsciência de aspectos corporais, especificamente as pernas, quando estão sentadas. Outros aspectos que se salientaram relacionam-se com a avaliação do corpo enquanto estímulo social (categorias *tamanho*, *gordura* e *postura corporal*) e com preocupações relacionadas com a auto-apresentação (categoria *vestuário*). Na categoria *gordura* foi indexada uma resposta que, apesar de singular, esclarece o facto de nas respostas a estas questões surgirem referências relacionadas com sentimentos de timidez e vergonha perante os outros, medo de falar num grupo e sentimentos de inferioridade (categorias *vergonha/timidez*, *falar* e *inferioridade*).

Uma rapariga de 13 anos respondeu: *«Às vezes, quando dizemos alguma coisa pensamos que estamos a mais, isso acontece-me com colegas que ainda não conheço bem, mas com os meus melhores amigos nem por isso. Quando estou ao pé de quem não conheço sinto-me gorda.»* Esta resposta aponta para a relação entre os aspectos emocionais e percepção do corpo, ilustra a dependência contextual da componente subjectiva da imagem corporal e a relação entre a avaliação da aparência física e as crenças de rejeição social.

2. Discussão dos resultados da avaliação da satisfação corporal em função do sexo, idade, meio demográfico e índice de massa corporal relativo

Os resultados obtidos mostram que os adolescentes avaliam mais negativamente a satisfação com o corpo quando essa avaliação se centra em aspectos como o *tamanho* e a *forma* (cf. ponto 2.1.1.). Consideramos que estes resultados traduzem a importância que os adolescentes atribuem à silhueta corporal, revelando que esta constitui um aspecto no qual se centram parte das preocupações relativas à atracção física e aos conflitos relacionados com a apresentação social e a afirmação da identidade sexual. A valorização de aspectos mais relacionados com a aparência (tais como o tamanho e a forma) replica, para a população adolescente, os resultados do inquérito de Cash, Winstead e Janda (1986) que para a população geral revelaram ser mais provável que a avaliação negativa do corpo se centre na aparência do que na forma física (*fitness*) ou mesmo na saúde.

A análise das correlações canónicas para a amostra total mostrou que a variável *sexo* é responsável pela maior parte da variabilidade das respostas dos adolescentes (cf. ponto 2.3.2.). Diversos estudos procuraram estudar as diferenças ao nível da satisfação corporal em função do género conduzindo a resultados por vezes contraditórios na medida em que alguns estudos encontraram diferenças significativas, embora modestas, no sentido dos elementos do sexo feminino estarem menos satisfeitos que os do sexo masculino (e.g. Fallon & Rozin, 1985, Cash & Brown, 1989; Zellner, Harner & Adler, 1989; Brenner & Cunningham, 1992) e outros revelaram que tanto rapazes como raparigas evidenciam moderada insatisfação corporal, embora associada a enviesamentos diferentes na percepção do corpo que consideram mais atractivo para o sexo oposto: os rapazes consideram que as raparigas preferem corpos masculinos maiores e as raparigas acreditam que os rapazes elegem corpos femininos ideais mais magros (cf. Cohn et al., 1987). Por outro lado, Silberstein, Striegel-Moore, Timko e Rodin (1988) verificam que homens e mulheres não diferem no *grau* de insatisfação corporal mas na *direcção* dessa insatisfação: os homens tendiam a desejar ser mais pesados e maiores e as mulheres tendiam a desejar ser mais magras. Recentemente, Abell e Richards (1996) encontraram diferenças significativas ao nível da satisfação corporal relacionada com

o peso mas no sentido dos homens estarem menos satisfeitos que as mulheres, por desejarem ser mais pesados.

Um dos principais factores evocados para explicar as diferenças de satisfação em função do género tem sido a maior pressão sócio-cultural exercida sobre as raparigas no sentido de serem fisicamente atraentes. Essa pressão concretiza-se através de uma relação desproporcional de mensagens enfatizando a importância da beleza física dirigidas às mulheres pelos diversos meios de comunicação social, conforme Silverstein, Perdue, Peterson e Kelly (1986) demonstraram.

Contudo, encontrámos outras diferenças significativas em função do género que, na nossa opinião, permitem integrar os resultados aparentemente contraditórios das investigações referidas. As diferenças que encontrámos entre rapazes e raparigas parecem apontar para maior insatisfação das raparigas com as partes corporais que simultaneamente são salientadas pelos ideais sócio-culturais de beleza femininos (ideais de magreza segundo Fallon, 1990) e revelam maior tendência, ao longo do desenvolvimento, para a acumulação de gordura como é o caso das ancas, coxas, pernas e abdómen. Outras diferenças importantes, que discutiremos em seguida, estão menos relacionadas com as questões de peso e envolvem a satisfação com os genitais, os braços e o cabelo.

A polarização da satisfação observada ao nível da região que compreende os genitais, estando associada ao sexo masculino uma maior satisfação com aquela região, reclama outra explicação. Neste caso, conforme referimos no ponto 2. do Capítulo I, rapazes e raparigas têm uma história desenvolvimental diferente relativamente à relação com os próprios órgãos sexuais, que é moldada pela confluência de factores biológicos, culturais e psicológicos. Os genitais salientam-se durante a puberdade por motivos diferentes. Enquanto nos rapazes a espermarca, muitas vezes associada à masturbação - que é uma prática mais frequente nos pré-adolescentes do sexo masculino (Alferes, 1997a) - contribui para a associação dos genitais ao prazer, nas raparigas a menarca e a menstruação podem contribuir para um foco nos aspectos negativos e para formação de associações negativas relativamente aos genitais. Estas associações negativas podem ocorrer quer devido à sintomatologia negativa que está associada à menstruação - e que, conforme mostraram Brooks-Gunn e Ruble (1986) não é independente de percepções

estereotipadas - quer devido ao facto das fontes preferenciais de informação das adolescentes serem normalmente as mães, que aproveitam o acontecimento da menarca para comunicar às filhas a preocupação com o risco de uma gravidez indesejada.

O desenvolvimento dos adolescentes envolve não só uma centração no corpo, devido às mudanças anatómicas e fisiológicas que ocorrem, mas também um melhor conhecimento dos estereótipos de género, através do foco em informação relativa aos papéis sexuais, num processo que contribui para a clarificação dos papéis adequados ao género com que se estão a identificar. Esta clarificação ocorre não só através de processos de identificação (e.g. com modelos familiares, ou outros que prevalecem, por exemplo, nos meios de comunicação social) mas também através de complementaridade isto é, inibição dos aspectos comportamentais e atitudinais associados ao estereótipo complementar, sendo estas aprendizagens moduladas pelo reforço social positivo e negativo (cf. Money, 1978; Saavedra & Barros, 1996) que tem início logo após o nascimento (Vaz-Serra, 1987).

Assim, vemos no facto dos rapazes tenderem a manifestar menor satisfação relativamente aos braços e ao cabelo do que as raparigas (cf. ponto 2.3.2.), uma expressão do processo de construção da identidade de género que passa, neste caso concreto, pelo conhecimento de que é congruente com a masculinidade manifestar preocupação com os braços e o cabelo. Estes dados mostram que a menor satisfação relatada pelas raparigas relativamente a um conjunto de partes e aspectos corporais não resulta apenas de uma tendência geral para as raparigas revelarem menor satisfação com o corpo, eventualmente decorrente de uma maior facilidade de exprimirem as suas preocupações.

Ao termos em consideração que a força física e a musculatura constituem aspectos valorizados sócio-culturalmente pelos elementos do sexo masculino, uma vez que o mesomorfismo e a evidenciação de musculatura constitui o ideal corporal ocidental para os homens (Fallon, 1990), percebemos que apreensão relativa ao desenvolvimento dos bíceps se possa traduzir na expressão de menor satisfação com aspectos como o tamanho e a forma dos braços e que essa insatisfação seja congruente com os estereótipos de género masculino. O mesmo se passa relativamente ao cabelo: a calvície atinge especialmente os homens e as

preocupações com o cabelo não são incompatíveis com a construção de uma identidade masculina, tal como sugere um estudo realizado por Cash (1990) cujos resultados que apontavam para o facto da maioria dos homens inquiridos afirmar que na eventualidade de experimentar uma perda gradual de cabelo se iriam sentir consideravelmente mal e encetar esforços para combater, disfarçar ou lidar com esse problema. Em suma, a expressão de insatisfação com o cabelo e aspectos relacionados com o desenvolvimento da musculatura e a força constituem aspectos congruentes com os estereótipos de género masculinos.

O papel da idade e do nível relativo de massa corporal na satisfação com o corpo foi evidenciado pelos resultados das análises de correlação canónica nas amostras masculina e feminina. Para os rapazes a relação mais significativa foi aquela que se verificou entre a idade e satisfação com os braços e as nádegas. Verifica-se que, comparativamente aos mais novos, os adolescentes mais velhos manifestam menor satisfação relativamente aos braços e maior relativamente às nádegas. Uma explicação possível para estes resultados terá a ver com o papel dos processos de construção da identidade de género por complementaridade, que são mais intensos no início da adolescência que no final (cf. Saavedra & Barros, 1996) e que resultariam, nos adolescentes mais novos, numa maior inibição de atitudes favoráveis relativamente a uma parte corporal - as nádegas - que constitui um aspecto que os elementos do sexo masculino estereotipadamente valorizam no sexo feminino (cf. Fallon, 1990). O facto dos adolescentes mais velhos estarem mais inclinados a avaliarem menos positivamente a satisfação com os braços poderá estar relacionado com a crescente preocupação com a atracção física e com o enviesamento na percepção da aparência corporal preferida pelas raparigas. Este enviesamento, documentado pelos estudos de Cohn et al. (1987) e de Fallon e Rozin (1985), traduz-se no facto dos elementos do sexo masculino, ao estimarem o tamanho dos corpos masculinos preferidos pelas raparigas, tenderem a considerar corpos maiores do que aqueles que as raparigas manifestam preferir. Por outro lado, conforme referimos atrás a musculatura faz parte do estereótipo de género masculino.

Relativamente às raparigas, os resultados da análise de correlação canónica revelam que a idade se associa a uma menor satisfação com as pernas e as nádegas, traduzindo a importância crescente dos aspectos corporais que fazem parte da identidade sexual da mulher e o conflito com os ideais sócio-culturais de magreza.

Ficou também demonstrada a associação do *índice de massa corporal relativo* a uma menor satisfação com as ancas, coxas, nádegas e abdômen. Ao contrário do que ocorre entre os rapazes, ter um índice de massa corporal superior ao das raparigas da mesma idade está significativamente associado a menor satisfação (cf. ponto 2.4.3.). Estes resultados replicam os resultados obtidos no estudo de Silberstein, Striegel-Moore, Timko e Rodin (1988), os quais sugerem que a insatisfação com o peso demonstrada pelos elementos do sexo feminino envolve sobretudo o desejo de magreza, enquanto que a revelada pelos elementos do sexo masculino tanto pode resultar do desejo de maior corpulência como do desejo de maior magreza.

3. Síntese

Nesta secção integramos os contributos das metodologias que usámos numa síntese organizada em função das hipóteses colocadas (cf. ponto 1. do Capítulo IV).

- Esperávamos que as raparigas evidenciassem menor satisfação corporal. Esta hipótese recebeu apoio dos resultados da Questão 1 e Questão 3 que mostraram existir uma percentagem significativamente superior de raparigas que relatam insatisfação corporal e desejo de modificar o corpo (cf. pontos 1.1.1.3. e 1.1.3.3. e Quadro 43 do Capítulo V). Os resultados da auto-avaliação da satisfação por zonas corporais e a análise das correlações canónicas também apoiaram esta hipótese ao mostrarem que as médias de satisfação por zona corporal são, salvo excepções como o cabelo e os braços, mais baixas para as raparigas (cf. ponto 2.1.1. do Capítulo V).
- Esperávamos encontrar diferenças de satisfação em função do sexo e da parte corporal considerada pela avaliação. Antecipámos que essas diferenças iriam traduzir os aspectos sócio-culturalmente valorizados para os homens e para as mulheres. Os resultados da análise do conteúdo das respostas às questões 1 e 3 mostraram que é mais provável as raparigas estarem insatisfeitas com a gordura, o rosto, o abdómen, as pernas e as ancas e que o desenvolvimento dos músculos constitui um aspecto de insatisfação mais frequente nos rapazes (cf. Quadro 43). Os resultados da análise de correlação canónica mostraram que o facto de ser rapariga está associado a uma maior inclinação para avaliar menos positivamente os genitais, as ancas e coxas, o abdómen, e as pernas. Os resultados da análise de regressão múltipla apontaram para o facto dos rapazes tenderem a avaliar mais negativamente a satisfação com o cabelo e os braços (cf. ponto 2.3.2. do Capítulo V). Em conjunto, estes resultados apoiam a hipótese enunciada na medida em que as partes e aspectos corporais que se salientam estão de acordo com os ideais de magreza femininos e ideais mesomórficos masculinos (cf. ponto 2. do Capítulo II.).
- Esperávamos encontrar diferenças significativas entre rapazes e raparigas relativamente ao efeito da massa corporal na satisfação com o corpo. Antecipámos

que, ao contrário dos rapazes, raparigas com menor índice de massa corporal estavam mais satisfeitas com o corpo. Os resultados das análises realizadas para testar a influência da idade e do índice de massa corporal relativo (C_IMC) na satisfação corporal dos rapazes e das raparigas (ponto 2.4. do Capítulo V) mostram que o C_IMC tem um papel mais importante na previsão da satisfação corporal das raparigas. Raparigas com maior C_IMC tendem a revelar menor satisfação corporal relativamente às ancas e coxas, abdómen e nádegas. No caso dos rapazes o C_IMC associa-se positivamente a satisfação com os braços, as ancas e coxas e o peito e negativamente com o abdómen (cf. pontos 2.4.1. a 2.4.3. no Capítulo V).

- Esperávamos encontrar diferenças significativas entre rapazes e raparigas relativamente ao efeito da idade e antecipámos que os rapazes mais velhos estariam mais satisfeitos com o corpo enquanto que, comparativamente às adolescentes mais novas, as raparigas mais velhas estariam menos satisfeitas. Os resultados das análises de regressão múltipla em que a satisfação corporal foi prevista a partir da idade e do C_IMC revelaram que o aumento da idade prevê significativamente maior satisfação com as nádegas, no caso dos rapazes, e menor satisfação com as nádegas e as pernas, no caso das raparigas. Contudo, os resultados também documentam, para os rapazes, uma diminuição da satisfação com os braços em função do aumento da idade. Assim, consideramos que os resultados apoiam apenas parcialmente esta hipótese, na medida em que o efeito da interacção previsto não foi uniforme relativamente às diferentes partes corporais.
- Com base no exposto consideramos que a hipótese geral de que partimos, que previa a tradução na satisfação corporal das interacções significativas entre os aspectos biológicos (nomeadamente as mudanças inerentes ao crescimento na adolescência) e os aspectos sócio-culturais (ideais de beleza prevalecentes e estereótipos de identidade de género), recebeu apoio empírico através das matizes que a satisfação revelou em função do sexo, da idade e das partes corporais consideradas. Os resultados obtidos apoiam parcialmente a hipótese do desenvolvimento físico na adolescência beneficiar a satisfação corporal dos rapazes e prejudicar a das raparigas.

CONCLUSÕES GERAIS

Centrámos o nosso estudo na componente subjectiva da imagem corporal, mais concretamente no sofrimento que a insatisfação com o corpo representa entre os adolescentes. Conforme afirmámos a imagem corporal é um conceito multi-dimensional. A propósito da palavra *imagem* Merleau-Ponty (1961/1997, página 24) escreveu que “[...] tem má fama porque se acreditou irreflectidamente que um desenho era um decalque, uma cópia, uma segunda coisa, e a imagem mental um desenho desse género no nosso *bazar* privado”. A imagem corporal que estudámos incluiu aspectos além desta mera representação mental que cada adolescente tem do seu corpo. Este corpo distingue-se do organismo na medida em que, como defendeu Santos (1981, página 75), o corpo personalizado e personalizante, aquele que nos situa “[...] na cultura ou no grupo sócio-cultural de pertença e/ou de referência [...] constitui aquilo de que se ocupa a psicologia”. Neste sentido, consideramos que a imagem do corpo na adolescência constitui um aspecto específico da personalidade em construção, sendo tanto um produto quanto um produtor do desenvolvimento.

A adolescência envolve modificações rápidas do organismo e por isso tivemos em consideração o impacto psicológico dessas modificações e procedemos a um enquadramento desenvolvimental. Assim, no primeiro capítulo caracterizámos as

principais modificações do organismo, que desde cedo diferenciam raparigas de rapazes. Sendo percebidas e avaliadas pelo adolescente e pelos outros essas modificações, apesar de não serem, em si mesmas, positivas ou negativas podem, mediante determinadas condições, estar relacionadas com dificuldades emocionais e comportamentais (Brooks-Gunn & Warren 1985; Brooks-Gunn, 1987; Vaz-Serra & Rodrigues, 1983; Vaz-Serra, 1987). A organização deste capítulo, e mesmo a própria ideia de «impacto psicológico das modificações físicas» colocaram-nos, à primeira vista, num registo cartesiano. Contudo, quer a noção de que o sistema neuro-endócrino pode receber a mediação de factores sócio-culturais, quer a ideia do indivíduo poder ser construtor do seu próprio desenvolvimento (Lerner, 1984), por exemplo ao constituir-se como um estímulo social, ultrapassam as interpretações dualistas.

O segundo capítulo integrou os contributos de abordagens psicossociais da imagem corporal. Neste capítulo revimos estudos empíricos demonstrativos da variabilidade cultural e histórica dos ideais de beleza e da influência das grelhas cognitivas de leitura e interpretação da realidade social na percepção do corpo. Vimos que os ideais de beleza física femininos têm sofrido maiores modificações ao longo da história do que os ideais de beleza masculinos e que enquanto estes últimos têm permanecido relativamente próximos do ideal helénico do mesomorfismo, com evidenciação da musculatura, os ideais femininos evoluíram para ideias de magreza (Fallon, 1990). Mencionámos ainda que os estereótipos podem agir não só na percepção dos outros mas também na percepção do próprio enquanto realidade social, influenciando deste modo o auto-conceito (Sorell & Nowack, 1981).

Ao abordarmos as implicações clínicas da imagem corporal no Capítulo III, focámos sobretudo o papel atribuído à imagem corporal na manutenção das perturbações alimentares e relacionámos a insatisfação corporal com a Perturbação Dismórfica Corporal, uma doença que se inicia na adolescência, que implica uma imagem corporal radicalmente negativa e que sendo vivida com secretismo não é, muitas vezes, diagnosticada (Phillips, 1991; Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993). Neste capítulo defendemos que a imagem corporal tem relevância para a saúde mental e que as intervenções cognitivo-comportamentais têm constituído respostas positivas aos problemas de imagem corporal (Neziroglu &

Yaryura-Tobias, 1993, 1997; Rosen, Reiter & Orosan, 1995; Neziroglu, McKay, Todaro & Yaryura-Tobias, 1996; Phillips, 1996).

O nosso estudo empírico teve como objectivo *conhecer a avaliação que os adolescentes fazem do corpo, concretamente a avaliação negativa do corpo e procurar identificar a expressão comportamental da insatisfação corporal e qual o papel que desempenham os factores de diferenciação corporal (idade, sexo, massa corporal) e de influência sócio-cultural (urbanidade | ruralidade) na satisfação com o corpo*. Para alcançarmos este objectivo inquirimos 420 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos. O inquérito que construímos previa a obtenção de informação proveniente de respostas a itens fechados e itens abertos. Deste modo foi possível realizar uma análise do conteúdo em que a informação relativa à imagem corporal parte dos adolescentes e não dos itens de um instrumento com o qual são *a priori* confrontados.

No Quadro 43 e nos pontos 1.1.[1 a 3].3., 1.2.[1 a 3].3., 1.3.[1 a 3].3., 2.1.1., 2.3.2. e 2.4.3. do Capítulo V apresentámos sínteses dos resultados obtidos. Reservámos o capítulo VI para a discussão desses resultados. Sem pretendermos repetir aqui a apresentação e discussão dos resultados, referimos apenas que a análise da insatisfação corporal nos adolescentes mostrou que o sexo é uma variável fundamental no estudo da imagem corporal, tendo as maiores diferenças de satisfação e de comportamentos relacionados com a insatisfação corporal sido encontradas em função desta variável. Os resultados que obtivemos mostraram ainda que a percepção do corpo não é independente da idade, nem das características físicas do corpo (como por exemplo o índice de massa corporal relativo). Queremos com isto dizer que, apesar da influência evidente dos ideais sócio-culturais de beleza física e dos estereótipos de género, nem tudo na imagem corporal é construção social ou melhor, que determinantes concretos do corpo (como por exemplo a posição percentílica da relação peso/altura² no escalão etário de cada sexo) desempenham um papel na satisfação corporal. Reunimos portanto elementos empíricos que sugerem a existência de uma interacção entre os aspectos sócio-culturais e os aspectos biológicos na construção da imagem corporal. Deste modo, enquanto característica duma personalidade em construção, a imagem corporal, não sendo “um somatório incaracterístico de ser bio-psico-social” (Santos, página 75, 1981), não deixa de ter, mesmo enquanto estrutura de significações, as marcas de aspectos pertencentes ao

referente orgânico, ainda que a eleição desses aspectos (e.g. a gordura) possa estar associada aos discursos sociais vigentes.



Tendo em conta as implicações do nosso estudo para a prática da investigação e da intervenção cognitivo-comportamental consideramos que as escalas clínicas de avaliação da insatisfação corporal para adolescentes beneficiarão da introdução de itens que visem aspectos relacionados com os ideais de beleza física além daqueles que estão mais relacionados com a gordura, nomeadamente que tenham em consideração os conteúdos dos estereótipos de género e as modificações corporais (e.g. o desenvolvimento da musculatura, a altura, a pilosidade, as alterações da pele...). Será também importante que contenham itens de avaliação de comportamentos associados à insatisfação corporal que incluam, além dos comportamentos alimentares, os evitamentos, as camuflagens e os rituais de verificação de defeitos.

Muitas das respostas dos 420 adolescentes que inquirimos poderão ser úteis na elaboração de itens para a construção de uma medida de insatisfação corporal que, por partir de um estudo prévio das respostas a questões abertas que focaram a insatisfação com o corpo e os comportamentos que lhe estão associados, poderá revelar maior validade de construção do que a alcançada através da tradução e aferição de instrumentos estrangeiros (Freeman, 1974).

Contudo, tratando-se de uma amostra accidental, não podemos garantir que é representativa de toda a população adolescente (cf. Guilford & Fruchter, 1981). Além disso, estudámos os padrões de variação da satisfação corporal em função da idade transversalmente. Estes aspectos levam-nos a considerar ser importante construir medidas de avaliação da satisfação corporal, válidas para um leque vasto de idades e passíveis de serem utilizadas em estudos longitudinais.

Relativamente a implicações para a prática clínica, os resultados deste estudo chamam a atenção para a importância da aparência física na adolescência, alertando para o facto de comportamentos mal-adaptativos, envolvendo restrições da participação em actividades que envolvam a exposição do corpo, comportamentos de camuflagem que prejudicam as interações sociais e evitamento de relacionamentos

com elementos do sexo oposto constituírem, desde os primeiros anos da adolescência, estratégias utilizadas para lidar com a imagem corporal negativa.

A intervenção cognitivo-comportamental dirigida à insatisfação corporal na adolescência poderá beneficiar se tiver em consideração que essa insatisfação pode em alguns casos constituir, mesmo sendo perturbadora para o adolescente, uma expressão do processo de construção da identidade de género o qual, em si mesmo, nada tem de patológico. Neste caso, o debate das crenças disfuncionais e a modificação dos comportamentos terá que inscrever-se no processo mais amplo de construção de uma identidade de sexual, promovendo a modificação da forma como se processa a informação social relativa às características físicas associadas ao género.

O desenvolvimento na adolescência implica maior capacidade cognitiva, maior aprendizagem dos papéis de género, maiores capacidades de elaborar inferências a partir da informação disponível e também um aumento do conhecimento dos estereótipos de género (e.g. os adolescentes concebem mais facilmente que as crianças de infantário que as profissões tanto podem ser desempenhadas por homens como por mulheres). Contudo este aumento de conhecimento não significa aumento de flexibilidade na medida em que é acompanhado por um aumento da expressão de uma perspectiva bipolar da masculinidade—feminilidade nos julgamentos que o adolescente faz de si próprio e dos outros, devido à maior elaboração da categoria social à qual não se pertence (o sexo *oposto*), ao maior conhecimento dos estereótipos de género e a uma maior aceitação da ideia de que a masculinidade e a feminilidade constituem categorias mutuamente exclusivas (cf. Biernat, 1991). Assim, sugerimos que um dos alvos que a estratégia de intervenção cognitivo-comportamental poderá eleger será o modo como é processada a informação relativa ao género, promovendo a identificação e debate de cognições relacionadas com enviesamentos decorrentes de sobregeneralizações baseadas em características físicas particulares que sejam percebidas pelo adolescente como defeitos por não fazerem parte do estereótipo do grupo sexual a que pertence. A prevenção de comportamentos de camuflagem e de evitamentos terá um papel importante na medida em que permitirá desconfirmar a crença de que essas características físicas garantem rejeição social.

A perspectiva sócio-cultural dos estereótipos, ao enfatizar a importância do ambiente social (e.g. a influência dos meios de comunicação social) na formação e manutenção dos mesmos implica que a modificação desses estereótipos envolva a modificação dos aspectos subjacentes à aprendizagem e reforço social (Hamilton & Sherman, 1994). Ora, dada a prevalência e multiplicidade das mensagens estereotipadas enfatizando a aparência física, esta solução pode não ter grande viabilidade prática, pois a sua implementação passa pela modificação do contexto sócio-cultural. Contudo, e conscientes de que podemos estar a entrar num domínio ideológico, quando observamos a forma sistemática com que, nomeadamente na publicidade, se concede reforço social aos corpos sintonizados com os ideais de beleza e se punem os corpos não conformes, somos levados a perspectivar a utilidade de uma reflexão social generalizada, que através da desconstrução do discurso implícito permita a emergência de uma ética capaz de neutralizar o efeito social positivo que estas mensagens alcançam. Essa ética, que existe no que diz respeito a categorias sociais baseadas por exemplo na etnia ou na nacionalidade, parece-nos por desenvolver no que diz respeito à categorização social definida em função da aparência física.

RÉSUMÉ

Ce travail a comme objectif étude d'attitudes et de comportements d'insatisfaction corporelle à partir d'une enquête portant sur un échantillon constitué par 420 adolescents portugais, stratifié en fonction du sexe, de l'âge (de 13 à 19 ans), et du milieu démographique (urbain vs rural).

L'analyse de contenu a démontré qu'un pourcentage significativement supérieur de filles: a) exprime de l'insatisfaction à l'égard de l'adiposité, du visage, de l'abdomen, des épaules, des cuisses et des jambes; b) veut modifier ses jambes, sa poitrine, son abdomen et ses épaules; c) évite, à cause de cette image corporelle, l'usage de certains vêtements qu'il apprécie, restreint son alimentation et évite l'exposition du corps; d) camoufle les parties du corps qu'il juge défectueuses. Une pourcentage supérieur de garçons: a) exprime de l'insatisfaction face à sa musculature et veut être plus musclé; b) évite les rapports avec les éléments du sexe féminin à cause de son image corporelle; c) fait plus attention aux organes génitaux et aux muscles; d) exprime de l'insatisfaction relativement à sa complexion quand il est avec ses copains. Plus d'adolescents urbains que ruraux ont mentionné n'avoir participé à des défilés de mode, à cause de défauts de l'apparence corporelle, faire de l'exercice physique et être plus prudent quant à l'alimentation, comme façon de donner plus d'attention au corps. Un plus grand pourcentage de jeunes en début d'adolescence (13 à 14 ans) a mentionné avoir une taille anormale et contracter l'abdomen pour en diminuer le volume.

L'analyse des corrélations canoniques a montré que la satisfaction à l'égard des différentes parties du corps dépend du sexe: les filles ont évalué plus négativement la région des organes génitaux, les épaules, les cuisses, l'abdomen et les jambes; les garçons ont évalué plus négativement les bras et les cheveux. Des analyses de corrélations canoniques indépendantes pour chacun des sexes ont montré que, pour les garçons, l'âge est associé à une réduction de la satisfaction à l'égard des bras et pour les filles l'indice de masse corporelle est associé à une réduction de la satisfaction à l'égard des épaules, des cuisses, des fesses et de l'abdomen.

Les résultats furent discutés dans le cadre de l'interaction des changements physiques inhérents à la croissance durant l'adolescence et le traitement de l'information sociale, plus particulièrement le rôle des stéréotypes de beauté physique et des stéréotypes de genre.

Mots clefs:

Image du corps – Insatisfaction corporelle – Adolescence – Désordres émotionnels

SUMMARY

This work aimed to study the body dissatisfaction attitudes and related behaviors, by inquiring an age (13 to 19 years old), sex and residence (urban vs rural) stratified sample comprising 420 portuguese adolescents.

Content analysis's results showed that a higher percentage of girls: a) reported dissatisfaction regarding body fatness, face, abdomen, hips, thighs and legs; b) wished to modify her legs, breast, abdomen and hips; c) because of body image, avoided to wear wanted clothes, restrained food intake and avoided body exposure; d) camouflaged body parts considered defective. An higher percentage of boys reported: a) being dissatisfied regarding the musculature, desiring to be more muscular; b) body-image related avoidance of relationships with girls; c) to pay more attention to genitals and muscles; d) being dissatisfied with perceived low physical complexion in the presence of friends. More urban adolescents reported not having participated as models in fashion events because of perceived appearance flaws and reported taking care of the body by exercising and caring about food. More initial adolescents (13 to 14 years old) mentioned to consider abnormal their stature and reported to contract the abdomen in order to make it appear smaller.

Canonical correlation analysis reveal that body parts satisfaction is dependent on subjects sex: girls evaluate the genitals, hips, thighs, abdomen and legs more negatively than boys and the latter evaluate more negatively the arms and hair. Main results from canonical correlation analysis conducted for boys and girls separately shows that for boys increasing age is associated with decreasing satisfaction with arms and for girls increasing body mass index is related with decreasing satisfaction with hips, thighs, buttocks and abdomen.

Results were discussed within the frame defined by the interaction between physical changes inherent to growth at adolescence and social information processing, specially the physical beauty stereotypes and gender stereotypes.

Key-words:

Body Image – Body Dissatisfaction - Adolescence – Emotional Disorders

BIBLIOGRAFIA

- Abell S.C., & Richards, M.H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: an investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 691-703.
- Alferes, V.R. (1987). O corpo: regularidades discursivas, representações e patologias. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 211-219.
- Alferes, V.R. (1997a). *Encenações e comportamentos sexuais. Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento
- Alferes, V.R. (1997b). *Investigação científica em psicologia: teoria & prática*. Coimbra: Almedina.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª Ed.). Washington, DC: Edição do Autor.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª Ed. Revised). Washington, DC: Edição do Autor.
- American Psychiatric Association. (1993). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed.). Washington, DC: Edição do Autor.
- Baudrillard, J. (1989). *América*. Ed. João Azevedo.
- Baker, J.D., Williamson, D.A. & Sylve, C. (1995). Body image disturbance, memory bias, and body dysphoria: effects of negative mood induction. *Behavior Therapy*, 26, 747-759.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barr, L.C., Goodman, W.K. & Price, L.H. (1992). Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1406-1407.
- Bernstein, I.H. (1988). *Applied multivariate analysis*. New York: Springer-Verlag.
- Bernstein, N.R. (1990). Objective bodily damage: disfigurement and dignity. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance and change* (pp.131-148). New York: The Guilford Press.
- Biernat, M. (1991). Gender stereotypes and the relationship between masculinity and femininity: A developmental analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 351-365.
- Birtchnell, S.A., Lacey, J.H. & Harte, A. (1985). Body image distortion in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 147, 157-170.
- Blyth, D.A., Simmons, R.G., & Zakin, D.F. (1985). Satisfaction with body image for early adolescent females: the impact of pubertal timing within different school environments. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 207-225.

- Bowden, P.K., Touyz, S.W., Rodriguez, R.H., & Beumont, P.J.V. (1989). Distorting patient or distorting instrument? Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 196-201.
- Brawnman-Mintzer, O., Lydiard, R.B., Phillips, K.A., Morton, A., Czepowicz, V., Naresh E., Villareal, G., Johnson, M., & Ballenger, J.C. (1995). *American Journal of Psychiatry*, 152, 1665-1667.
- Brenner, J.B., & Cunningham, J.G. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. *Sex Roles*, 27, 413-437.
- Brooks-Gunn, J. (1987). Pubertal processes and girl's psychological adaptation. In R.M. Lerner & T.T. Foch (Eds.), *Biological-psychosocial interactions in early adolescence* (pp. 123-153). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brooks-Gunn, J., Newman, D.L., Holderness, C., & Warren, M.P. (1994). The experience of breast development and girls stories about the purchase of a bra. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 539-565.
- Brooks-Gunn, J., & Reiter, E.O. (1990). The role of pubertal processes. Em S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent* (pp. 16-53). Cambridge: Harvard University Press.
- Brooks-Gunn, J., & Ruble, D.N. (1986). Men's and women's attitudes and beliefs about the menstrual cycle. *Sex Roles*, 15, 287-299.
- Brooks-Gunn, J., & Warren, M.P. (1985). Measuring physical status and timing in early adolescence: a developmental perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 163-189.
- Brooks-Gunn, J., & Warren, M.P. (1988). The psychological significance of secondary sexual characteristics in nine-to-eleven-year-old-girls. *Child Development*, 59, 1061-1069.
- Brooks-Gunn, J., Warren, M.P., Rosso, J., & Gargiulo, J. (1987). Validity of self-report measures of girl's pubertal status. *Child Development*, 58, 829-841.
- Burns, E. McN. (1980). *História da civilização ocidental* (3 vols.). Ed. Globo, S.A.
- Carmo, I. (1997). Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens. Porto: Edinter.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Santo, D.P., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of anorexia nervosa: a Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4, 157-170.
- Cash, T. (1990). The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and images. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance and change* (pp.51-79). New York: The Guilford Press.

- Cash, T.F., & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T.F. & Brown, T.A. (1989). Gender and body-images: stereotypes and realities. *Sex Roles*, 21, 361-363.
- Cash, T.F., Winstead, B.A., & Janda, L.H. (1985, Julho). Your body, yourself. *Psychology Today*, 22-26.
- Cash, T.F., Winstead, B.A., & Janda, L.H. (1986, Abril). The great American shape-up. *Psychology Today*, 30-37.
- Casper, R.C., Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E.D. & Davis, J.M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60-66.
- Chiodo, J. (1990). Anorexia and bulimia: behavior therapy. In Allan S. Bellack & Michel Hersen (Eds.). *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 355-370). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J., & Wilkinson, L. (1997). Set and canonical correlation. In SPSS Inc (Ed.). *Systat 7.0: New Statistics* (pp. 169-190). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Cohn, L.D., Adler, N.E., Irwin, C.E., Millstein, S.G., Kegeles, S.M., & Stone, G. (1987). Body-figure preferences in male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 276-279.
- Cooper P.J., & Taylor M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36.
- Deaux, K., & Lewis, L. (1984). Structure of gender stereotypes: interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 991-1004.
- Dell, P.F. (1982). Beyond homeostasis: toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-41.
- Diener, E., Wolsic, B., & Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 120-129.
- Dornbusch, S.M., Gross, R.T., Duncan, P.D., & Ritter, P.L. (1987). Stanford studies of adolescence using the National Health Examination Survey. In R. M. Lerner & T.T. Foch (Eds.), *Biological-psychosocial interactions in early adolescence* (pp. 189-205). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Duncan, P.D., Ritter, P.L., Dornbusch, S.M., Gross, R.T., & Carlsmith, J.M. (1985). The effects of pubertal timing on body image, school behavior and deviance. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 227-235.
- Fairburn, C.G. (1999). A cognitive-behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1-13.

- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1989). Eating disorders. In Keith Hawton, Paul M. Salkovskis, Joan Kirk & David Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide* (pp. 277-314). Oxford: Oxford University Press.
- Fallon, A.(1990). Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: development, deviance and change* (pp. 80-109). New York: The Guilford Press.
- Fallon, A.E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105.
- Faria, L., & Fontaine, A. (1995). Adaptação do *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes. *Psicologia*, 10(3), 129-142.
- Featherstone M. (1991). The body in consumer culture. In Mike Featherstone, Mike Hepworth & Bryan S. Turner (Eds.), *The Body: social process and cultural theory* (pp. 170-196). London: Sage Publications.
- Fichter, M.M., Meister, I., & Koch, H.J. (1986). The measurement of body image disturbances in anorexia nervosa: experimental comparison of different methods. *British Journal of Psychiatry*, 148, 453-461.
- Fisher, E., & Thompson, J.K. (1994). A comparative evaluation of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance: preliminary findings. *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: development, deviance and change* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Flynn K., & Fitzgibbon, M. (1996). Body image ideals of low-income African American mothers and their preadolescent daughters. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 615-631.
- Foreyt, J.P., & Goodrick, G.K. (1988). Childhood obesity. In E. J. Mash & L.G. Terdal (Eds.), *Behavioral assesment of childhood disorders* (pp. 528-551). New York: The Guilford Press.
- Freedman, R. (1990). Cognitive-behavioral perspectives on body-image change. In Thomas C. Cash & Thomas Pruzinsky (Eds.), *Body Images: development, deviance and change* (pp.272-295). New York: The Guilford Press.
- Freeman, F.S. (1974). *Teoria e prática dos testes psicológicos*, (3ª ed.). Lisboa: Gulbenkian.
- Frégnac, Y. (1996, Junho). Le corps imaginé. *Science & Vie*, 195, 80-91.
- Frank, A.W. (1991). For a sociology of the body. An analytical review. In Mike Featherstone, Mike Hepworth & Bryan S. Turner (Eds.), *The Body: social process and cultural theory* (pp. 36-102). London: Sage Publications.

- Frank, A.W. (1998). How images shape bodies. *Body & Society*, 4, 101-112.
- Gaddis, A., & Brooks-Gunn, J. (1985). The male experience of pubertal change. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 61-69.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assesment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Glass, G.V., & Hopkins, K.D. (1984). *Statistical Methods in Education and Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Grant, J.R., & Cash, T.F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Guilford, J.P., & Fruchter, B. (1981). *Fundamental statistics in psychology and education*. London: McGraw-Hill
- Guyton, A.C. (1992). *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Hamilton, D.L., & Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. In Robert S. Wyer Jr & Thomas K. Srull (Eds.). *Handbook of social cognition, vol 1: Basic Processes* (2nd. Ed., pp. 1-67). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Hardy, G.E. (1982). Body image disturbance in dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 141, 181-185.
- Harter, S. (1985). *Manual: Self-Percepcion Profile for Children*. Denver: University of Denver.
- Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R., Klumker, A., Klein, D.F. (1989). Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146, 768-770.
- Horne, R.L., Vactor, J.C.V., & Emerson, S. (1991). Disturbed body image in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 211-215.
- Houart, J. (1989, 13 de Agosto). O nu contra o nu. *Vértice*, 19-27.
- Hsu, L.K.G., & Lee, S. (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 150, 1466-1471.
- Instituto Nacional de Estatística. (1991). *Censos 91: resultados preliminares. Vol.2. Centro*. Lisboa: INE.
- Jacob, S.W., Francone, C.A., & Lossow W.J. (1992). *Anatomia e Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Interamericana.

- Jakcman, L.P., Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., & Anderson, D.A. (1995). Do weight-preoccupied women misinterpret ambiguous stimuli related to body size? *Cognitive Therapy and Research*, 19, 341-355.
- Kalof, L. (1995). Sex, power, and dependency: the politics of adolescent sexuality. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 229-249.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keeton, W.P., Cash, T.F. & Brown, T.A. (1990). Body image or body images?: Comparative, multidimensional, assessment among college students. *Journal of Personality Assessment*, 54, 213-230.
- Laranjeira, M., & Teixeira, J.M. (1986). O cérebro: bases anatómicas e fisiológicas. In A. Vaz Serra, C. Amaral Dias, Custódio Rodrigues, J. Marques Teixeira, João Relvas, M. Freitas Gomes & Manuel Laranjeira (Eds.) *Motivação e Aprendizagem* (pp. 161-185). Porto: Contraponto.
- Lau, S. (1990). Crisis and vulnerability in adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 111-131.
- Lerner, R.M. (1984). *On the nature of human plasticity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lerner, R.M. (1987). A life-span perspective for early adolescence. In R.M. Lerner & T.T. Foch (Eds.), *Biological-psychosocial interactions in early adolescence* (pp. 9-34). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lerner, R.M., & Jovanovic, J. (1990). The role of body image in psychosocial development across the life span: a developmental contextual perspective. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Lerner, R.M., & Karabenick, S.A. (1974). Physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 307-316.
- Mahoney, M.J. (1989). *Human Change Processes*. Basic Books.
- Malpique, C. (1986). Menarca como trauma. *Psicologia*, 1, 45-51.
- McKenzie, S.J., Williamson, D.A., & Cubic, B.A. (1993). Stable and reactive body image disturbances in bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 24, 195-207.
- Mennell, S. (1991). On the civilising of appetite. In Mike Featherstone, Mike Hepworth & Bryan S. Turner (Eds.), *The body: social process and cultural theory* (pp. 126-156). London: Sage Publications.
- Merleau-Ponty, M. (1961). *O olho e o espírito* (L. M. Bernardo, Trad.). Lisboa: Vega. (Obra original publicada em 1961).

- Mesulam, M-M. (1985). Attention, confusional states, and neglect. In M-Marsel Mesulam (Eds.), *Principles of behavioral neurology*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Microsoft® Excel 97 para Windows® [programa de computador]. (1997). Microsoft Corporation.
- Ministério da Educação - Instituto de Acção Social Escolar. (1983) Estudos sobre o desenvolvimento da criança portuguesa em idade escolar. Pesos e alturas - Perfis longitudinais de desenvolvimento (nacionais e distritais)-Meio urbano continental. Lisboa: ME-IASE.
- Money, J. (1978). Determinants of human sexual behaviour. In Lenhart Levi (Ed.) *Society, stress and disease: Vol. 3. The productive and reproductive age* (pp. 8-21). London: Oxford University Press.
- Morrison, J. (1995). *The first interview: revised for DSM-IV*. New York: The Guilford Press.
- Nazareth, J.M. (1996). *Introdução à demografia – teoria e prática*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neziroglu, F.A., & Yaryura-Tobias, J.A. (1993). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J.A. (1997). A review of cognitive-behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Modification*, 21, 324-340.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J. & Yaryura-Tobias, J.A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy*, 27, 67-77.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Penner, L.A., Thompson, J.K., & Covert, D.L. (1990). The effect of actual body size on size estimation accuracy in anorexics, size-matched controls, and randomly selected controls. Manuscrito não publicado.
- Penner, L.A., Thompson, J.K., & Covert, D.L. (1991). Size overestimation among anorexics: much ado about very little?. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 90-93.
- Penzel, F.I. (1997). Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. *Medscape Mental Health*, 2(1) [Jornal on-line]. Disponível em <http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/1997/v02.n01/mh8.penzel/mh8.penzel.html>

- Peterson, A.C. (1987). The nature of biological-psychosocial interactions: the sample case of early adolescence. In R.M. Lerner & T.T. Foch (Eds.), *Biological-psychosocial interactions in early adolescence* (pp. 35-61). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Phillips, K. (1991). Body Dysmorphic Disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K. (1996). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K.A., McElroy, S., Keck, P.E., Pope, H.G., & Hudson, J.I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Pinhas, L. Toner, B., Ali, A., Garfinkel, E., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226
- Pinto, A.C. (1991). *Psicologia experimental: temas e experiências*. Porto: Edição do Autor.
- Powers, P.S., Schulman, R.G., Gleghorn, A.A., & Prange, M.E. (1987). Perceptual and cognitive abnormalities in bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1456-1460.
- Pruzinsky, T., & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.) *Body images: development, deviance and change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.
- QSR NUD.IST (1996). *User's Guide for QSR NUD.IST (Revision 3)*. Qualitative Solutions and Research Pty Ltd.
- Rodin, J., & Striegel-Moore, R.H. (1984, Setembro). *Predicting attitudes toward body weight and food intake in women*. Comunicação apresentada no 14º Congresso da European Association of Behaviour Therapy.
- Rodriguez-Tomé, H. (1989). Maturation biologique et psychologie de l'adolescence I: représentation du corps et relations parents-adolescents. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 18, 279-280.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance and change* (pp. 190-214). New York: The Guilford Press.
- Rosen, J.C., Cado, S., Silberg, N.T., Srebnik, D. & Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J.C., Orosan, P., & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26, 25-42.

- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Ruble, D.N., & Brooks-Gunn, J. (1982). The experience of menarche. *Child Development*, 53, 1557-1566
- Saavedra, L. & Barros, A.M. (1996). Elas preferem as bonecas, eles os carros: aquisição dos estereótipos do género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 149-160.
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos: diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, A.M. (1981). Corpo, situação motivante. *Psiquiatria Clínica*, 2(2), 75-78.
- Schilder, P. (1935/1950). *L' image du corps*. Paris: Éditions Gallimard. (Obra original publicada em 1961).
- Schonert-Reichl, K., & Offer, D. (1992). Gender differences in adolescent symptoms. In Benjamin B. Lahey & Alan E. Kazdin. (Eds.) *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 14, (pp. 27-59). New York: Plenum Press.
- Sheldon, W.H. (1940). *The varieties of human physique*. New York: Harper.
- Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R.H., Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: do men and women differ?. *Sex Roles*, 19, 219-232.
- Silva, J.P.F. (1982). *Estudos de psicologia*. Coimbra: Almedina.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519-532.
- Slade, P.D. (1985). A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.
- Smolack, L., Levine, M.P., & Gralen, S. (1993). The impact of puberty and dating on eating problems among middle school girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 355-368.
- Sorell, G.T., & Nowak, C.A. (1981). The role of physical attractiveness as a contributor to individual development. In R.M. Lerner & N.A. Busch-Rossnagel (Eds.) *Individuals as producers of their development - a life-span perspective* (pp. 389-446). New York: Academic Press.
- SPSS (1993). *SPSS for Windows: Base system user's guide*, release 6.0. Chicago, IL: Author.
- SPSS (1994a). *SPSS advanced statistics 6.1*. Chicago, IL: Author.

- SPSS (1994b). *SPSS professional statistics 6.1*. Chicago, IL: Author.
- SPSS for Windows, Rel. 6.0. (1993). Chicago: SPSS Inc.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Strauman, T.J., & Glenberg, A.M. (1994). Self-concept and body-image disturbance: which self-beliefs predict body size overestimation?. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 105-125.
- Susman, E.J., Nottelman, G.E., Inoff-Germain, G.E., Dorn, L.D., Cutler, G.B., Loriaux, D.L., & Chrousos, G.P. (1985). The relation of relative hormone levels and physical development and social-emotional behavior in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 245-264.
- Systat for Windows, Rel. 7.0. (1997). Chicago: SPSS Inc.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics*. (2^a Ed.). New York: Harper Collins.
- Tanner, J.M., Whitehouse, R.H. (1975a). Revised standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. *Archives of Disease in Childhood*, 51, 170-177.
- Tanner, J.M., Whitehouse, R.H. (1975b). Revised standars for triceps and subscapular skinfolds in British children. *Archives of Disease in Childhood*, 50, 142-145.
- Tanner, J.M., Whitehouse, R.H., Takaishi, M. (1966). Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, and weight velocity: British children, 1965. Parte I - *Archives of Disease in Childhood*, 41, 454-471; Parte II - *Archives of Disease in Childhood*, 41, 613-635.
- Teste: Como andas de body? (1998, Maio). *Ragazza*, 55 (supl. Beleza + Praia), p.13-14.
- Thomas, C.D., & Freeman, R.J. (1991). Body-image marking: validity of body-width estimates as operational measures of body image. *Behavior Modification*, 15, 261-270.
- Thompson K.J, Penner L.A., & Altabe, M.N. (1990). Procedures, problems, and progress in the assessment of body images. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance and change* (pp. 21-48). New York: The Guilford Press.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J.K., & Spana, R.E. (1990). *Visuospatial ability and size estimation accuracy*. Manuscrito não publicado.

- Touyz, S.W., Beaumont, P.J.V, Collins, J.K., McCabe, M.P. & Jupp, J.J. (1984). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 167-171.
- Vaz-Serra, A. (1987). O psiquiatra e a sexualidade humana. In Daniel Serrão, Amândio Tavares, Levi Guerra, Frei Bernardo, José Luís Medina, José Policarpo, Jorge Biscaia, Domingos Moreira, A. Vaz Serra, Hipólito Reis & Polaino Lorente (Eds.), *Sexualidade humana. Onze reflexões*. Porto: Associação dos Médicos Católicos Portugueses.
- Vaz-Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.
- Vaz-Serra, A. (1999). A neurose obsessivo-compulsiva revisitada: do contexto biológico aos meandros terapêuticos. *Psiquiatria Clínica*, 20(1), 5-19.
- Vaz-Serra, A., & Rodrigues, C.B. (1983). Tratamento de um caso de «odor aos pés», *Psiquiatria Clínica*, 4(3), 139-143.
- Weiner, A.S. (1992). Emotional problems of adolescents: review of mood disorders. In Clarence Eugene Walker & Michael C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd. ed., pp. 565-586). New York: John Wiley & Sons.
- Wickens, T.D. (1995). *The geometry of multivariate statistics*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wilkinson, L. (1997). *Systat 7.0: statistics*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Williamson, D.A., Cubic, B.A. & Gleaves, D.H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 177-180.
- Wilson, G.T., & Pike, K.M. (1993). Eating disorders. In David H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (pp. 278-317). New York: The Guilford Press.
- Zellner, D.A. Harner, D.E., & Adler, R.L. (1989). Effects of eating abnormalities and gender on perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 93-96.

APÊNDICES

Apêndice A	Questionário das raparigas
Apêndice B	Questionário dos rapazes
Apêndice C	Quadro de definição das categorias presentes na análise de conteúdo
Apêndice D	Matriz de correlações

INSTRUÇÕES GERAIS



As questões a seguir apresentadas têm por finalidade observar a maneira como as diversas pessoas consideram o seu corpo. Não há respostas certas nem erradas mas apenas um registo do que pensas, sentes e fazes. Por favor, não escrevas o teu nome! As tuas respostas serão anónimas. Deves responder sozinho a estas questões, sem pedires conselhos nem te deixares influenciar por ninguém. Lê com cuidado cada questão e responde de forma espontânea, verdadeira e rápida a todas.

Data actual: 1 9 9 7 ano ☐☐ mês ☐☐ dia

Data de nascimento: ☐☐☐☐ ano ☐☐ mês ☐☐ dia

Peso: ☐☐☐☐ Kg Altura: ☐☐☐ Cm

Idade da primeira menstruação: ☐☐ Anos (Se ainda não és menstruada escreve "N M")

Ano que frequentas: _____
(Caso tenhas deixado de estudar escreve o último ano que frequentaste)

Local onde vives: Cidade ☐ Vila ☐ Aldeia ☐

1. Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que te desagrade?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, explica porquê.

2. Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que penses ser anormal?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, explica porquê.

3. Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que, se pudesses, mudavas?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, descreve o que te aborrece agora e como ficaria depois de modificares isso.

Como é agora.

Como ficaria depois de modificares.

4. Por causa do aspecto do teu corpo alguma vez deixaste de fazer o que querias fazer?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, diz o que deixaste de fazer e qual o defeito que motivou isso.

5. Fazes alguma coisa para disfarçar algum defeito do teu corpo?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, refere qual o defeito e o que fazes para que seja menos notado.

6. Há alguma parte do teu corpo a que dês mais atenção?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, diz qual é e explica como é que lhe dás mais atenção.

7. Gostas do teu modo de caminhar?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Não, explica porquê e refere o que desejarias alterar na tua forma de caminhar.

8. Gostas do teu modo de correr?

Sim ☐ Não ☐

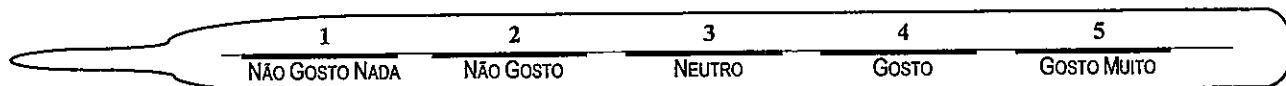
Se respondeste Não, explica porquê e refere o que desejarias alterar na tua forma de correr.

9. Gostas da tua maneira física de estar quando estás com colegas?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Não, explica porquê e refere o que desejarias alterar na tua maneira física de estar.

As figuras 1 e 2 mostram uma imagem do corpo num plano anterior e posterior respectivamente. Em ambas as figuras a imagem está dividida em várias zonas. A cada zona corresponde um número. No QUADRO DE REGISTO assinala o grau de satisfação que sentes com cada zona do corpo em cada dimensão prevista no quadro, escrevendo em cada quadrícula o número correspondente da escala do seguinte "termómetro":



QUADRO DE REGISTO

PARTE DO CORPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	40
SATISFAÇÃO COM:																															
COR																															
TAMANHO																															
FORMA																															
MODO COMO FUNCIONA																															
SATISFAÇÃO GERAL																															

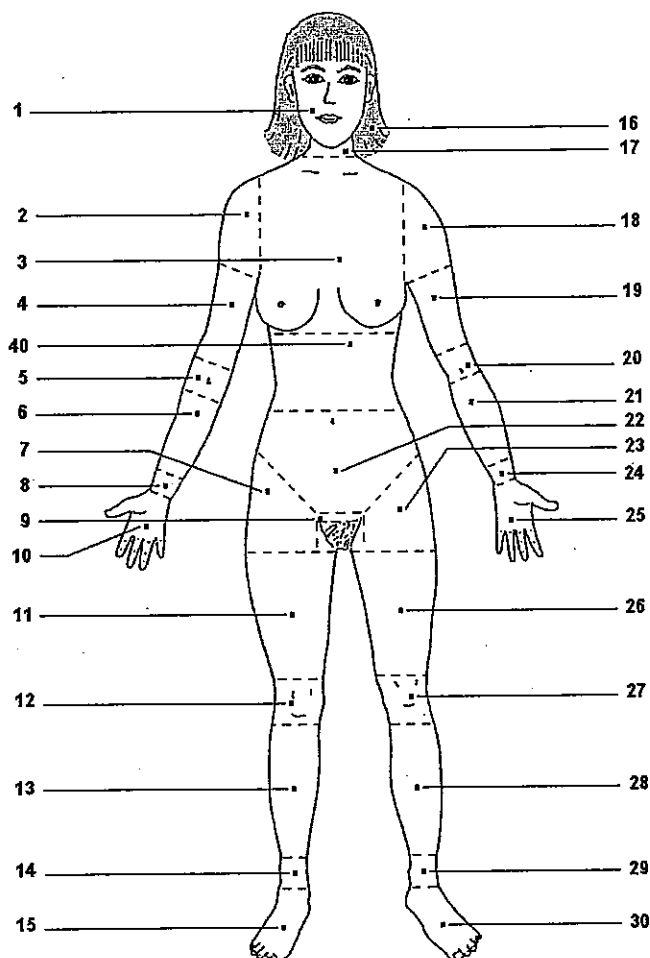


FIGURA 1
(PLANO ANTERIOR)

1	2	3	4	5
NÃO GOSTO NADA	NÃO GOSTO	NEUTRO	GOSTO	GOSTO MUITO

QUADRO DE REGISTO

PARTE DO CORPO ►	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	40
SATISFAÇÃO COM : ▼																											
COR																											
TAMANHO																											
FORMA																											
MODO COMO FUNCIONA																											
SATISFAÇÃO GERAL																											

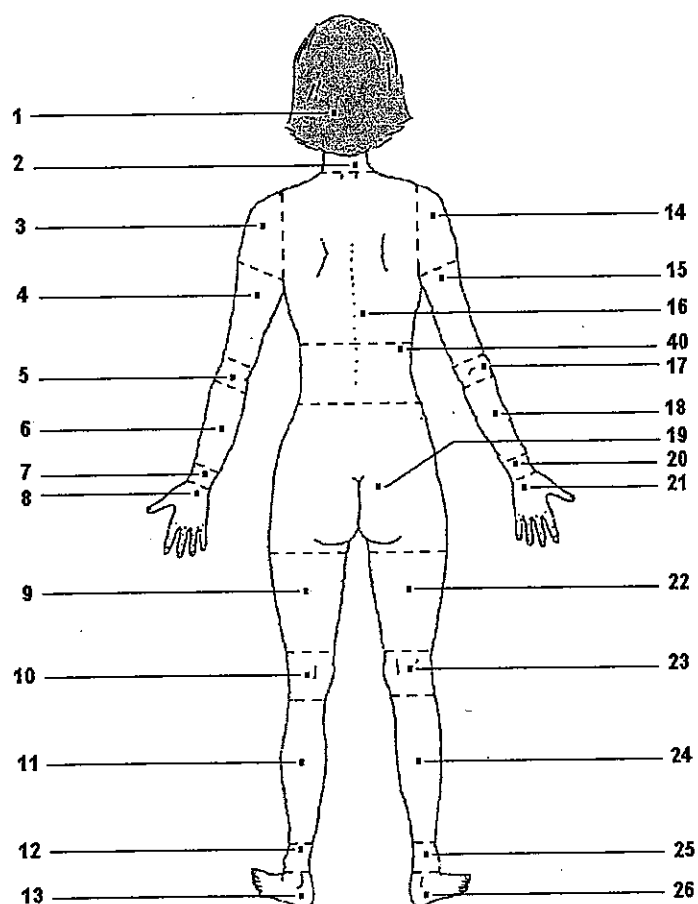


FIGURA 2
(PLANO POSTERIOR)

Por favor vê se respondeste a tudo. Obrigado pela tua colaboração.

Inquérito respondido pelos elementos do sexo masculino

INSTRUÇÕES GERAIS



As questões a seguir apresentadas têm por finalidade observar a maneira como as diversas pessoas consideram o seu corpo. Não há respostas certas nem erradas mas apenas um registo do que pensas, sentes e fazes. Por favor, não escrevas o teu nome! As tuas respostas serão anónimas. Deves responder sozinho a estas questões, sem pedires conselhos nem te deixares influenciar por ninguém. Lê com cuidado cada questão e responde de forma espontânea, verdadeira e rápida a todas.

Data actual: 1 9 9 7 ano mês dia

Data de nascimento: ano mês dia

Peso: Kg Altura: Cm

Ano que frequentas: _____
(Caso tenhas deixado de estudar escreve o último ano que frequentaste)

Local onde vives: Cidade ☐ Vila ☐ Aldeia ☐

1. Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que te desagrade?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, explica porquê.

2. Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que penses ser anormal?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, explica porquê.

3. Há alguma(s) coisa(s) no teu corpo que, se pudesses, mudavas?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, descreve o que te aborrece agora e como ficaria depois de modificares isso.

Como é agora.

Como ficaria depois de modificares.

4. Por causa do aspecto do teu corpo alguma vez deixaste de fazer o que querias fazer?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, diz o que deixaste de fazer e qual o defeito que motivou isso.

5. Fazes alguma coisa para disfarçar algum defeito do teu corpo?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, refere qual o defeito e o que fazes para que seja menos notado.

6. Há alguma parte do teu corpo a que dêes mais atenção?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Sim, diz qual é e explica como é que lhe dás mais atenção.

7. Gostas do teu modo de caminhar?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Não, explica porquê e refere o que desejarias alterar na tua forma de caminhar.

8. Gostas do teu modo de correr?

Sim ☐ Não ☐

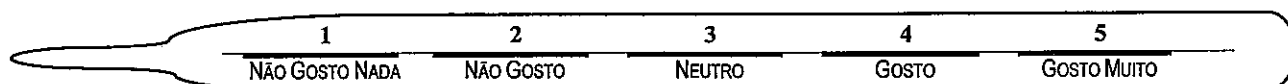
Se respondeste Não, explica porquê e refere o que desejarias alterar na tua forma de correr.

9. Gostas da tua maneira física de estar quando estás com colegas?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeste Não, explica porquê e refere o que desejarias alterar na tua maneira física de estar.

As figuras 1 e 2 mostram uma imagem do corpo num plano anterior e posterior respectivamente. Em ambas as figuras a imagem está dividida em várias zonas. A cada zona corresponde um número. No QUADRO DE REGISTO assinala o grau de satisfação que sentes com cada zona do corpo em cada dimensão prevista no quadro, escrevendo em cada quadrícula o número correspondente da escala do seguinte "termómetro":



QUADRO DE REGISTO

PARTE DO CORPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
SATISFAÇÃO COM:																														
COR																														
TAMANHO																														
FORMA																														
MODO COMO FUNCIONA																														
SATISFAÇÃO GERAL																														

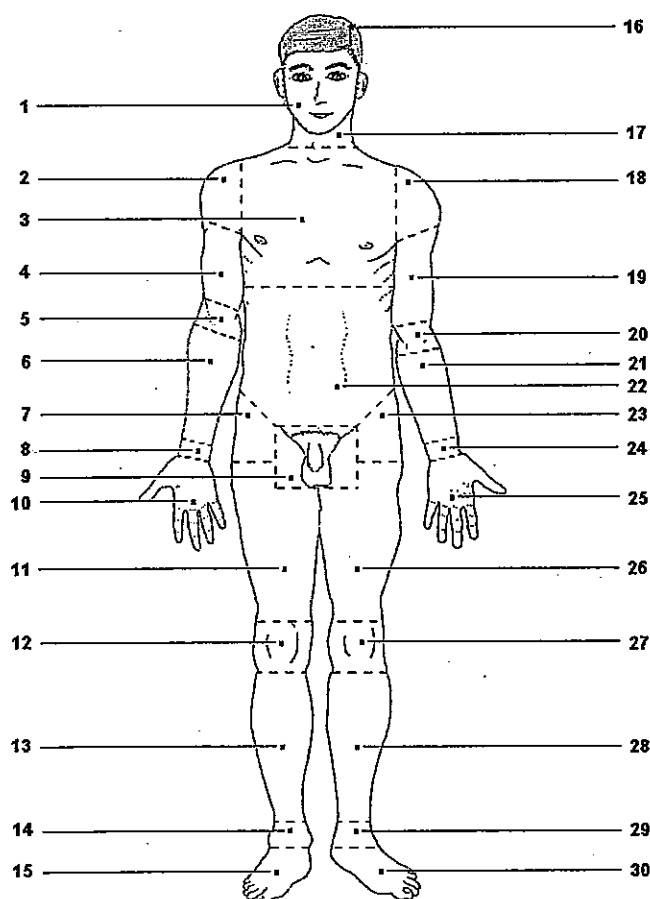


FIGURA 1
(PLANO ANTERIOR)

1	2	3	4	5
NÃO GOSTO NADA	NÃO GOSTO	NEUTRO	GOSTO	GOSTO MUITO

QUADRO DE REGISTO

PARTE DO CORPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
SATISFAÇÃO COM:																										
COR																										
TAMANHO																										
FORMA																										
MODO COMO FUNCIONA																										
SATISFAÇÃO GERAL																										

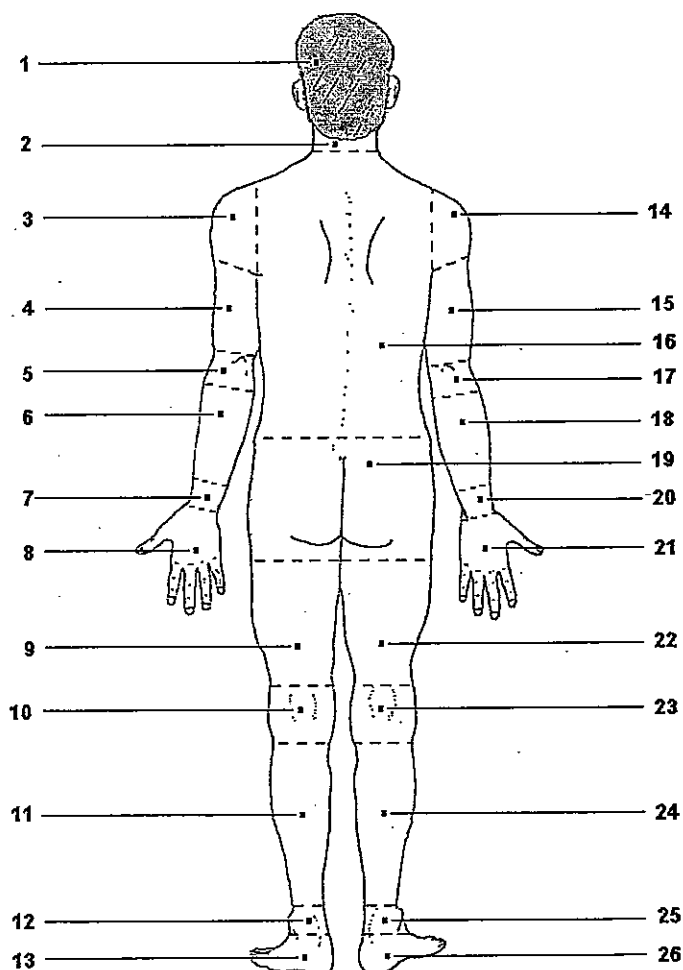


FIGURA 2
(PLANO POSTERIOR)

Por favor vê se respondeste a tudo. Obrigado pela tua colaboração.

Identificação e caracterização das categorias presentes na análise de conteúdo.

CATEGORIA	NOTAS ACERCA DO TEMA QUE SERVIU DE CRITÉRIO PARA A INCLUSÃO NA CATEGORIA (Presentes sempre que o nome da categoria constitua uma abstracção que possa obscurecer o critério de inclusão)	QUESTÕES EM QUE O ÍNDICE ESTEVE PRESENTE								
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
ÍNDICES QUE SE REFEREM A PARTES DO CORPO										
Ancas		X		X		X	X			
Abdómen		X		X		X	X			
Boca e lábios							X			
Braços							X			
Cabelo		X		X		X	X			
Costas			X							
Dedos			X							
Dentes			X			X	X			
Face							X			
Mãos		X	X	X			X			
Nádegas		X		X		X				
Olhos							X			
Peito		X		X		X	X			
Pele		X		X			X			
Genitais			X				X			
Pernas		X	X	X		X	X	X	X	X
Pés			X				X	X		
Rosto	*Inclui menções a aspectos que incluem as faces, os olhos, lábios, nariz...	X		X						
ÍNDICES QUE SE REFEREM A QUALIFICAÇÕES DO CORPO										
Estes índices são definidos pela presença do tema, independentemente da parte do corpo a que o tema se aplica. Os índices unidireccionais estão assinalados com asterisco (*)										
Borbulhas	* Insatisfação com, desejo de menos	X	X	X		X	X			
Estatura	*Insatisfação com a altura, desejo de mais	X	X	X						
Gordura	* Insatisfação com, desejo de menos	X		X		X				X
Magreza	* Insatisfação com, desejo de menos	X		X						
Menstruação	*Refere insatisfação relativamente à ausência ou irregularidade		X							
Musculatura	* Insatisfação com, desejo de mais, exercício da...	X		X						
Músculos	* Insatisfação com, desejo de mais, exercício dos...						X			

Continua

Identificação e caracterização das categorias presentes na análise de conteúdo (Continuação).

Pilosidade	* Insatisfação com, desejo de menos	X	X	X		X				
Tamanho	*Inclui menções relacionadas com a insatisfação relativa ao menor desenvolvimento físico, em termos de tamanho, quando está com colegas.									X
ÍNDICES QUE SE REFEREM A ACÇÕES / COMPORTAMENTOS Estes índices referem-se a acções que têm como alvo o corpo, ou que são condicionadas pela percepção que o adolescente tem do corpo.										
Aprofundar relacionamentos	Inclui menções a comportamentos interpessoais com elementos do sexo oposto.				X					
Caminhar aos saltos								X		
Caminhar torto								X		
Comer	Inclui menções a comportamentos de restrição alimentar (Q4) ou de selecção e cuidado com a alimentação (Q6)				X		X			
Contrair abdómen						X				
Esconder os dentes quando ri						X				
Exercitar							X			
Expor o corpo	Inclui menções a comportamentos que envolvem exposição corporal (frequência de piscinas ou de praias)				X					
Falar										X
Fazer dieta						X				
Fazer exercício						X				
Fazer ginástica					X					
Limpar	Inclui menções a comportamentos de limpeza <u>ou</u> higiene.						X			
Ocultar com o cabelo	Inclui menções à utilização do cabelo para ocultar partes da cabeça (testa, orelhas, face...)					X				
Participar em desfiles de moda					X					
Pentear							X			
Usar cremes	Inclui menções a cosméticos <u>ou</u> pomadas para tratamento do acne.					X	X			

Continua

Matriz de correlações momento-produto de Pearson [R_{xy} Crítico = .10, para $N = 363$ e $\alpha = 0.05$]

[illegible]

FM4	TM4	SG4	MF4	FM6	TM6	MF6	FM22	TM22	SG22	MF22	CR6	CR7	CR4	CR3	CR13	CR10	CR11	CR1	CR22	CR15	PCR19	SG16	FM16	TM16	MF16	CR16	SG9	FM9	TM9	MF9	CR9	SG3	TM3	FM3	PSG19	PTM19	PFM19	TM15	FM15	SG15	MF15	TM13	FM13	SG13	MF7	MF10	TM10	FM10	SG10	FM1	TM1	FM1	TM11	FM11	FM7	TM7	SG11	SG7	MF11
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----	------	------	------	-----	------	------	-------	------	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	-----	------	------	------	------	-----	-----	-----	------	------	-----	-----	------	-----	------

ERRATA

Na página	Onde se lê	Deverá ler-se
30 , 3º parágrafo,	linha 5	[...] cada sujeito...
32 , 2º parágrafo,	linha 4	[...] pênis e testículos (apenas nos rapazes).
41 , 2º parágrafo,	linha 5	[...] o abdômen "nunca deverá ser abaulada...
	linha 13	[...] outro na união do abdômen da perna...
	linha 23	[...] (nota 14, na página 38)
42 , nota nº 17,	linha 7	[...] consoante num homem ou mulher...
57 , 1º parágrafo,	linha 1	[...] Fairburn (1999)...
58 , 1º parágrafo,	linhas 8 e 20	[...] Fairburn (1999)...
59 , 1º parágrafo,	linha 4	[...] Fairburn (1999)...
61 , 3º parágrafo,	linha 3	[...] associados esta perturbação...
62 , 1º parágrafo,	linha 1	estes comportamentos...
, 3º parágrafo,	linha 2	[...] relacionada coma a...
63 , 1º parágrafo,	linha 9	[...] (fluoxetina e clomipramina) ...
82 , 1º parágrafo,	linha 1	Quadro 5.2
, 3º parágrafo,	linha 3	Quadro 5.2
90 , 1º parágrafo,	linha 1	[...] função do escalão etário...
91 , Quadro 16,		Face
, 4º parágrafo,	linha 2	Face
92 , Quadro 16,		Face
93 , Quadro 16,		Face
, 1º parágrafo,	linha 10	Face
98 , 2º parágrafo,	linha 2	Quadro 22
, 2º parágrafo,	linha 3	Dos total dos...
105 , Quadro 28,		Cara
107 , Quadro 29,		Cara
108 , Quadro 30,		Cara
109 , 3º parágrafo,	linha 2	[...] justificar de comportamentos...
114 , Quadro 36,		Performance
115 , Quadros 37 e 38		Performance
130 , 7º parágrafo,	linha 3	[...] zona corporal posterior nº...
135 , 1º parágrafo,	linha 1	adverte. ...
143 , Nota do Quadro 55		$*p < .05$, para $\chi^2(14)=24.08$; $**p < .01$ $\chi^2(6)=14.27$...
147 , legenda da figura	linha 2	[...] (fac1_3).
152 , 1º parágrafo,	linha 1	1996 ...
158 , 1º parágrafo,	linha 7	[...] (cf. Fairburn, 1999).
182 Acrescentar a ref.: Mahoney, M. J. (1990). Psychotherapy and the body in the mind. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), <i>Body Images: development, deviance and change</i> (pp.316-333). New York: The Guilford Press.		[...] (cf. Fairburn, Shafran e Cooper, 1999).
185 , 5º parágrafo,	linha 6	[...] Gallimard (Obra original publicada em 1961).