



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***IMAGEM CORPORAL, CONJUGALIDADE E SEXUALIDADE
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MULHERES COM SOBREPESO/OBESAS
E NÃO-OBESAS***

Ângela Gabriela Guedes da Silva

Dissertação para a obtenção do grau de mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sobre a orientação de:
Professor Doutor João Mendes Leal (IPBeja)
Professor Doutor Saúl Neves de Jesus (UAlg)

2012

Imagem Corporal, Conjugalidade e Sexualidade:

Estudo comparativo entre mulheres com sobrepeso/obesas e não-obesas.

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

AGRADECIMENTOS

*Ao Prof. Doutor João Leal,
pelo rigor científico e pela motivação.*

*Ao Prof. Doutor Saul Neves de Jesus,
pelo cuidado e disponibilidade.*

*Ao Centro de Saúde de Corroios,
pelo consentimento relativo à recolha da amostra.*

*A todas as utentes,
pela participação no estudo.*

*Ao Artur,
pelo apoio e amizade.*

*À minha Família,
por acreditarem em mim.*

Ao Hugo, por tudo...

RESUMO

Problema: A obesidade tem sido abordada enquanto questão estética, descurando-se as consequências e o impacto que tal condição provoca na saúde mental e física dos indivíduos. Na sociedade ocidental quem não se enquadra nos padrões de beleza fixados, é discriminado pelos outros, condição que provoca sentimentos de insatisfação com o próprio corpo. Uma imagem corporal positiva revela-se fundamental no desenvolvimento de bem-estar pessoal e relacional. De uma maneira geral, quem está muito acima do peso ideal tem também dificuldades em relacionar-se sexualmente com outra pessoa. Compreendemos assim o peso dos fatores psicológicos nesta problemática. **Objetivo:** O presente estudo avalia as relações existentes entre satisfação com a imagem corporal, satisfação conjugal e satisfação sexual em mulheres com e sem obesidade. Considerou-se o IMC com o intuito de se estabelecerem diferenças face à classificação do peso, dando origem a dois grupos: “obesas/excesso de peso” e “não-obesas”. **Método:** A amostra foi constituída por 185 sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos, selecionada a partir de uma amostra de conveniência. Trata-se de um estudo transversal e correlacional. **Instrumentos:** A recolha dos dados realizou-se através de um questionário de dados sociodemográficos e de três escalas avaliativas das três dimensões em estudo, designadamente MGIC (Pascoal & Narciso, 2006), a EASAVIC; (Narciso & Costa, 1996), e o ISS (Pechorro & Vieira, 2005). **Resultados:** As mulheres obesas só se diferenciam das suas congéneres não-obesas apenas no índice de insatisfação corporal (valores mais elevados). Contudo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos diferenciados, pelas perceções subjetivas de peso (peso percebido, peso considerado ideal e peso considerado atraente), na insatisfação corporal, insatisfação conjugal e insatisfação sexual. Verificaram-se ainda correlações entre as três variáveis sob estudo.

Palavras-chave: obesidade, IMC, satisfação com a imagem corporal, satisfação conjugal, satisfação sexual.

ABSTRACT

Problem: Obesity has been addressed as an aesthetic issue, neglecting the consequences and the impact that this condition causes in mental and physical health of individuals. In Western society whom does not meet the beauty patterns, is discriminated against by the others, a condition that causes feelings of dissatisfaction with their own body. A positive body image appears to be fundamental in the relational development and personal well-being. In general, those who are very overweight also have difficulties in relating sexually with another person. We understand that the weight of psychological factors in this problem. **Objective:** The present study evaluates the existing relationships between body image satisfaction, marital satisfaction and sexual satisfaction in women with and without obesity. BMI was considered in order to establish differences according to the weight, resulting in two groups: "obese/overweight" and "non obese". **Method:** The sample consisted on 185 female subjects, with age between 18 and 63 years, selected from a convenience sample. This is a cross-sectional and correlational study. **Instruments:** Data collection was conducted through a sociodemographic questionnaire and from three evaluative scales of the three dimensions in the study, namely MGIC (Pascoal & Narciso, 2006), EASAVIC (Narciso & Costa, 1996), and ISS (Pechorro & Vieira, 2005). **Results:** Obese women only differ from their non-obese congeneric in body dissatisfaction index (higher values). However, we found statistically significant differences, between differentiated groups, by subjective perceptions of weight (perceived weight, weight considered ideal and weight considered attractive), on body dissatisfaction, marital dissatisfaction and sexual dissatisfaction. Were verified correlations between the three variables of the study.

Keywords: obesity, BMI, body image satisfaction; marital satisfaction; sexual satisfaction.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE GERAL	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
ÍNDICE DE QUADROS	7
ÍNDICE DE TABELAS	8
ÍNDICE DE ANEXOS	9
ABREVIATURAS	10
I. INTRODUÇÃO	11
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1 OBESIDADE	13
2.1.1 Definição e Classificação	13
2.1.2 Causas da Obesidade	15
2.1.3 Consequências Físicas, Sociais e Psicológicas	17
2.1.4 Prevalência da Obesidade	21
2.1.5 Tratamento da Obesidade	22
2.2 IMAGEM CORPORAL	25
2.2.1 Definição de Imagem Corporal	25
2.2.2 Percepção e Subjetividade da Imagem Corporal	28
2.2.3 Insatisfação Corporal e Género	32
2.2.4. Causas da Insatisfação com o Corpo	34
2.3 CONJUGALIDADE	38
2.3.1 Definição do constructo	38
2.3.2 Satisfação conjugal	40
2.3.3 Conjugalidade e doença crónica	42
2.4 SEXUALIDADE	45
2.4.1 Definição de Sexualidade	45
2.4.2 Relação entre Intimidade Sexual, Satisfação Sexual e obesidade	47
2.4.3 Satisfação Sexual	49
2.4.4 Sexualidade e diferenças de género	51
2.5 ESTUDOS NA ÁREA DA OBESIDADE, SATISFAÇÃO CORPORAL, SATISFAÇÃO SEXUAL E SATISFAÇÃO CONJUGAL	53
III METODOLOGIA	63
3.1 Desenho da Investigação	63
3.1.1 Questão Inicial	63

3.1.2 Variáveis.....	63
3.1.3 Mapa Conceptual.....	64
3.1.4 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	65
3.1.5 Questões de Investigação e Hipóteses	66
3.2 Método.....	68
3.2.1 Procedimentos	68
3.2.2 Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	68
3.3 Instrumentos de Avaliação	71
3.3.1 Questionário Geral.....	71
3.3.2 Medida Global de Insatisfação Corporal (MGIC).....	71
3.3.3 Escala de Avaliação da Áreas da vida Conjugal (EASAVIC)	72
3.3.4 Índice de Satisfação Sexual (ISS)	76
3.4 Análise de Dados.....	77
IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	78
4.1 Análise Descritiva	78
4.2 Resultados do Estudo	80
V. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	91
VI. CONCLUSÕES	96
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Círculo vicioso do comportamento do obeso (Franques, 2002)	17
Figura 2.2. Relação entre IMC e mortalidade (Adams et al, 2006).....	18
Figura 2.3. Esquema explicativo de Imagem Corporal (Slade,1994)	27
Figura 3.1. Mapa Conceptual Geral.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Screen Plot correspondente à análise fatorial à EASAVIC.....	74
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1. Classificação da obesidade segundo o IMC (OMS, 2000)	14
Quadro 2.2 : Fases do ciclo de resposta sexual segundo o sistema de classificação do DSM IV-R	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1 Caracterização da amostra (Idade).....	68
Tabela 3.2 Caracterização da amostra (Estado Civil)	69
Tabela 3.3 Caracterização da amostra (Escolaridade e Situação profissional)	69
Tabela 3.4 Duração da Relação Intima	70
Tabela 3.5 Duração da Vida Sexual Ativa	70
Tabela 3.6 Índices de consistência interna item-escala da subescala MGIC no presente estudo	72
Tabela 3.7 Índices de consistência interna item-escala das subescalas da EASAVIC no estudo de Narciso e Costa (1996) e do presente estudo	73
Tabela 3.8 Teste de KMO e Bartlett's à EASAVIC	73
Tabela 3.9 Fatores e itens correspondentes obtidos por análise factorial com rotação varimax.....	74
Tabela 3.10 Itens correspondentes a cada sub-escala da EASAViC (Narciso & Costa, 1997)	75
Tabela 3.11 Variância Explicada total.....	75
Tabela 3.12. Índices de consistência interna item-escala da escala ISS no presente estudo.	76
Tabela 4.1 Estatística Descritiva da MGIC por grupo	78
Tabela 4.2 Estatística Descritiva da EASAVIC por grupos.....	79
Tabela 4.3 Estatística Descritiva da ISS por grupos	79
Tabela 4.4 Correlações de Spearman's rho entre as ISS, EASAVIC, MGIC e IMC.....	80
Tabela 4.5 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)	81
Tabela 4.6 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)	82
Tabela 4.7 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)	83
Tabela 4.8 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)	83
Tabela 4.9 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)	84
Tabela 4.10 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)	85
Tabela 4.11 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias da escala MGIC nos dois grupos	86
Tabela 4.12 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias das sub-escalas da EASAVIC nos dois grupos.....	86
Tabela 4.13 Teste estatístico de Man-Whitney U para diferenças de médias das sub-escalas e áreas da EASAVIC nos dois grupos	87
Tabela 4.14 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias dos factores obtidos pela análise de componentes principais com rotação Varimax (EASAVIC) nos dois grupos	87
Tabela 4.15 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias da escala ISS nos dois grupos.....	88
Tabela 4.16 Teste estatístico de Kruskal Wallis para diferenças de médias das escalas MGIC, EASAVIC e ISS nos grupos	88
Tabela 4.17 Teste estatístico de Kruskal Wallis para diferenças de médias das escalas MGIC, EASAVIC e ISS nos grupos	89
Tabela 4.18 Teste estatístico de Kruskal Wallis para diferenças de médias das escalas MGIC, EASAVIC e ISS nos grupos	90

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>ANEXO I: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</i>	119
<i>ANEXO II: MEDIDA GLOBAL DE INSATISFAÇÃO CORPORAL (MGIC)</i>	123
<i>ANEXO III: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DAS ÁREAS DA VIDA CONJUGAL (EASAVIC)</i>	125
<i>ANEXO IV: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL (ISS)</i>	127
<i>ANEXO V: PRÉ-TESTE (Experts)</i>	129
<i>ANEXO VI: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO FORMAL À INSTITUIÇÃO</i>	133
<i>ANEXO VII: CONSENTIMENTO INFORMADO (PARTICIPANTES)</i>	135

ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

MGIC – Medida Global de Insatisfação Corporal

EASAVIC- Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

ISS – Índice de Insatisfação Corporal

I. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um bilhão de pessoas têm excesso de peso, entre as quais metade são obesas.

A etiologia da obesidade tem por base múltiplos fatores associados a uma nutrição inadequada, conseqüente de um aumento exagerado no consumo de alimentos ricos em gordura e com elevado valor calórico, redução no consumo de proteínas de origem vegetal, de alimentos ricos em fibras e em vitaminas, associados a um excessivo sedentarismo, condicionado pela redução da prática de atividade física e aumento de hábitos que não geram gasto de calorías, entre outros.

O aumento da obesidade é particularmente preocupante, uma vez que a condição é um fator de risco para a saúde física e mental dos indivíduos.

No que respeita a morbididade, os obesos sujeitam-se a desenvolver patologias como a Diabetes Mellitus Tipo II, Hipertensão Arterial, Enfarte de Miocárdio e Acidentes Vasculares Cerebrais diversos.

Associados à obesidade surgem diversas perturbações psicossociais e emocionais - irreversíveis - acompanhadas de sintomas de ansiedade, depressão, e diminuição da autoestima. Têm origem justamente na rejeição social, numa sociedade que dá primazia à aparência física, levando à discriminação social e culminando no isolamento social.

O combate à obesidade e ao estigma a ela associada é também uma luta pelo bem-estar mental dos indivíduos. É iminente identificar e compreender as áreas afetadas pela obesidade, de modo combinarem-se eficazmente medidas que reduzam o sofrimento psicológico destes indivíduos, não se restringido o tratamento e a intervenção apenas à perda de peso.

Parece relevante a atuação de uma equipa multidisciplinar no tratamento desta problemática, que combine a saúde física e o trabalho de variáveis psicológicas associadas ao excesso de peso. A preparação de profissionais de saúde capazes de responder com sucesso a esta patologia implica a perceção dos pontos-chave a debater, identificação de metodologias a aplicar e antecipação dos resultados a esperar, enquadrando e ajustando-se cada intervenção a cada caso. É importante ter em conta as diferenças individuais de cada um, e sobretudo, atuar-se em cada uma das áreas afetadas e desencadeadas pela obesidade, designadamente ao nível da sexualidade e

conjugalidade.

Numa sociedade que valoriza cada vez mais o corpo excessivamente magro e que associa tal condição à beleza e ao sucesso, o indivíduo obeso torna-se – facilmente – alvo de discriminação, resultando em sentimentos de menos-valia relativos à sua aparência. A investigação sustenta que estes indivíduos são facilmente percebidos de feios, sujos, antipáticos, preguiçosos, entre outros, dando origem à rejeição social. Não é por acaso que indivíduos que perderam peso, após submissão a um *bypass* gástrico, afirmaram que preferem ser surdos, disléxicos, cardíacos ou ter acne, a regressar ao seu peso anterior (Rand & MacGregor, 1991; cit in Ogden, 2004).

O nosso interesse em investigar esta população tem como objetivo dar um pequeno contributo à comunidade científica ao nível da ampliação de conhecimentos sobre processos psicológicos e relacionais dos indivíduos com obesidade.

O tema em estudo “imagem corporal, conjugalidade e sexualidade: estudo comparativo entre mulheres obesas/com sobrepeso e não-obesas” parece-nos pertinente para a psicologia clínica e da saúde, no sentido em que a obesidade tem aumentado nas últimas três décadas, justificando esforços para a sua prevenção, compreensão e intervenção. Neste sentido, torna-se relevante para a psicologia desempenhar um papel na obesidade ao nível dos comportamentos, emoções, afetividade, autoestima, relacionamentos, sexualidade, entre outros, que estão implicados na sua existência. Além disso, os que sofrem de obesidade relatam consequências psicológicas com implicações no estado de saúde em geral.

Fica assim assente a importância de pesquisas futuras realizadas nesta área, focadas nos diferentes âmbitos consequentes e conducentes à obesidade.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 OBESIDADE

2.1.1 Definição e Classificação

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde do indivíduo (DGS, 2005). Resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta (DGS, 2005; APN, 2011) Hubert, Feinleib, Mcnamara e Casteli (1983) definem obesidade como o excesso de gordura corporal, resultante de um desequilíbrio crônico entre o consumo alimentar e o gasto energético. Despretensiosamente, Santoro (1996) percebe a obesidade como um desvio do bom estado nutricional. Para Coutinho (1999; cit. in Campos, Gomes & Oliveira 2008) a obesidade é nada mais do que o resultado de um desequilíbrio permanente e prolongado entre ingestão calórica e gasto energético, onde o excesso de calorias se armazena e transforma em tecido adiposo. De uma maneira geral, a obesidade é compreendida como o excesso de adiposidade no organismo que manifesta riscos acrescidos para a saúde (WHO, 2012).

O diagnóstico de pré-obesidade e obesidade pode ser efetuado através de medidas diretas ou indiretas. Os métodos indiretos permitem aferir com precisão a quantidade total de gordura no corpo, assim como a sua localização. Entre estes métodos destacam-se a tomografia computadorizada, a absorciometria por raio X de dupla energia e a ressonância magnética (Peixoto, Benício, Latorre & Jardim, 2006). A utilização destes métodos possui como desvantagem o tempo exaustivo na aplicação dos mesmos, assim como os elevados custos associados. Relativamente a métodos diretos, são medidas que têm sido amplamente utilizadas considerando-se a sua simplicidade e custos reduzidos na determinação da proporção, tamanho e composição corporal de cada indivíduo. Revelam vantagens e são também as mais utilizadas em estudos epidemiológicos. A utilização de índices antropométricos tem vindo a ser recomendada, destacando-se: o índice de massa corporal (IMC), o perímetro cefálico, o perímetro braquial ou apenas a circunferência abdominal e as dobras cutâneas (Duren, Sherwood, Czerwinski, Lee, Choh, Siervogel & Chumlea, 2008).

O IMC é um método aplicado universalmente, barato, não invasivo, de simples utilização e constitui uma boa medida para avaliar o excesso de peso e a obesidade. É o método adotado pela OMS pela rapidez e eficácia (WHO, 2012; DGS, 2005). O cálculo

consiste em dividir o peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado (peso/altura²) (Duren et al, 2008; Ogden, 2004), obtendo-se desta forma o nível de gordura no corpo. Entende-se que há excesso de peso quando o IMC é ≥ 25 e que há obesidade quando o IMC é ≥ 30 (DGS, 2005; Ogden, 2004). (cf. Quadro 2.1 para maior detalhe).

Quadro 2.1. Classificação da obesidade segundo o IMC (OMS, 2000)

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Comorbilidades
Baixo Peso	<18,5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Peso Normal	18,5-24,9	Médio
Pré-obesidade/ Excesso de peso	25,0-29,9	Aumentado
Obesidade Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35,0-39,9	Grave
Obesidade Classe III	$\geq 40,0$	Muito Grave

O IMC permite, duma forma simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade, na medida em que se percebe uma boa correlação entre este índice e a massa corporal gorda. No entanto, como limitação, não diferencia a ampla variação na distribuição da gordura corporal, nomeadamente no caso de atletas, grávidas e crianças (Ogden, 2004)

A avaliação da gordura corporal também é feita segundo a distribuição de gordura no corpo, ou seja, segundo as características morfológicas. A circunferência abdominal é uma medida que correlaciona a quantidade de gordura intra-abdominal e é calculada através da relação cintura/anca. É importante no diagnóstico de obesidade, e consequentemente, na avaliação do risco de ocorrência de certas doenças. Através desta medida é possível distinguir obesidade androide (ou visceral) da obesidade ginóide. A obesidade androide, presente sobretudo no sexo masculino, é caracterizada pela localização da gordura na região abdominal, representando um elevado risco para a saúde (complicações metabólicas, doenças cardiovasculares, doença coronária e doença vascular cerebral) (Matos, Vieira, Coutinho, Madeira, Carraro, Rodrigues, Bastos & Cabral, 2000; Damascena, Neto & Pereira, s.d). A obesidade ginóide, típica do sexo feminino, descrita como o tipo de gordura periféricamente distribuída por todo o corpo, está associada a um menor risco de doenças (perturbações circulatórias, artroses) (Matos, et al, 2000; Damascena, et al, s.d).

Embora os indivíduos obesos apresentem diferenças tanto na quantidade de gordura como na sua distribuição corporal, ambiciona-se acima de tudo, prever todos os riscos para a saúde (Cole, Bellizzi, Fegal & Dietz, 2000). O diagnóstico de obesidade deve por isso ser judicioso, considerando-se o historial clínico e a anamnese alimentar do indivíduo, e aplicando-se quando necessário exames físicos específicos (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

Importa referir que a avaliação precoce da obesidade assume-se como uma vantagem ao nível do bem-estar dos sujeitos, evitando-se desta forma problemas físicos e psicológicos associados à doença. A identificação de grupos de risco permite de alguma forma uma intervenção mais eficaz no sentido de se criarem estratégias mais ajustadas, contemplando as necessidades e os estilos de vida de cada um.

2.1.2 Causas da Obesidade

A obesidade resulta da interação de diversos fatores, que por sua vez, variam de indivíduo para indivíduo. Fatores genéticos, socioculturais, económicos e psicológicos têm sido identificados nesse desequilíbrio.

Relativamente a fatores genéticos, compreendem-se as diferenças individuais ao nível da fisiologia e genética na obesidade de alguns indivíduos. O excesso de alimentos ingeridos e a atividade física reduzida não podem por si só, serem percebidos como responsáveis da condição da obesidade. Segundo Garn e colaboradores (1981; in Ogden, 2004) a obesidade tende a ocorrer em membros da mesma família, o que remete para o carácter hereditário da doença, embora se torne difícil separar as questões genéticas das de alimentação e estilo de vida. Também as dietas restritivas são percebidas como um fator de manutenção da obesidade, e de acordo com Bernardi, Chicelero e Vitolo (2005), sujeitos que adotam uma alimentação deficiente, e que mais tarde a abandonam, acabam por recuperar rapidamente o excesso de peso. Por outro lado, padrões alimentares de indivíduos que fazem dieta são percebidos de anormais, uma vez que ingestão alimentar não é feita em resposta a sinais internos de fome, nem cessada perante sinais de saciedade (Polivy & Herman, 1987). A mutação do gene OB tem também sido apontada como responsável pela obesidade. Este gene tem a função de controlar a saciedade de acordo com os alimentos ingeridos para manter o nível de gordura corporal (Ogden, 2004). Também a teoria das células gordas é apontada como responsável pela obesidade. As mesmas destinam-se a armazenar gordura nos períodos

em que há energia em excesso e mobilizá-la quando a mesma escasseia. Se um indivíduo com peso normal possui cerca de 25-35 mil milhões de células gordas, um indivíduo obeso possui cerca de 100-125 mil milhões de células gordas, um número bastante superior ao normal (Sjostrom, 1980; cit in Ogden, 2004). Apesar da consistência dos estudos na área da genética, faz mais sentido uma abordagem multifatorial na compreensão da obesidade.

Relativamente aos fatores socioculturais, estes exercem uma grande influência no desenvolvimento da obesidade. Hábitos e estilos de vida, designadamente a prática de exercício físico e o consumo de alimentos saudáveis, podem contrariar decisivamente uma herança genética. Em termos nutricionais, a maioria dos obesos revela uma alimentação excessiva e rica em gorduras, enquadrada num quotidiano voltado para o sedentarismo típico das sociedades desenvolvidas (Matos, Aranha & Alessandra, 2002). Entende-se assim que a obesidade se associa a uma vida sedentária acompanhada de uma alimentação pouco saudável.

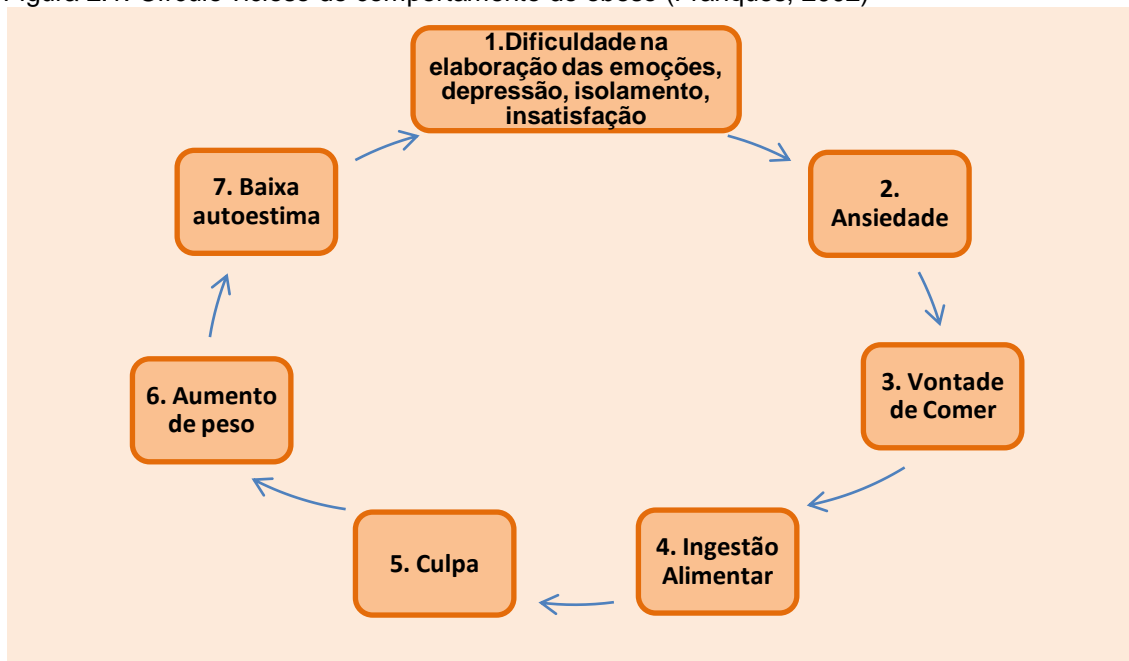
Também os fatores económicos parecem influenciar o aparecimento da obesidade, (Vedana, Peres, Neves, Rocha & Longo, 2008; DGS, 2005) uma vez que determinam o acesso ou privação a uma alimentação saudável e adequada. Famílias com poucos recursos financeiros consomem alimentos altamente calóricos, ricos em gorduras e açúcares, pela razão de serem produtos de baixo custo que permitem atender às necessidades energéticas dos sujeitos. Não surpreendendo, o pouco tempo livre e a pouca informação a nível nutricional, leva-se alimentação saudável e equilibrada, conduzem ao consumo de alimentos industrializados e de rápido consumo. Segundo Sobal & Stunkard (1989), indivíduos de classes económicas mais elevadas evitam mais facilmente a obesidade pelas exigências do seu meio sociocultural, que determinam a sua motivação para permanecerem magros.

Relativamente aos fatores psicológicos, também estes podem influenciar os hábitos alimentares. Diversas investigações têm encontrado diferenças entre obesos e não-obesos. Os resultados indicam que os obesos respondem mais facilmente a estímulos discriminativos do que à sensação interna de fome. Por outro lado, a ingestão alimentar surge por vezes como resposta a emoções negativas (Glinski, Wetzler & Goodman, 2001; Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004), designadamente, sentimentos de tristeza, solidão, frustração ou *stress*.

Franques (2002; cit in Zottis & Labronici, 2003) elaborou o “círculo vicioso do

comportamento do obeso” com o intuito de identificar sentimentos e padrões mantenedores dessa condição (cf. Figura 2.1).

Figura 2.1. Círculo vicioso do comportamento do obeso (Franques, 2002)



Estas sensações estão associadas a algumas perturbações, como por exemplo a ansiedade ou depressão (Vasques, Martins & Azevedo, 2004; Guenter, 2000).

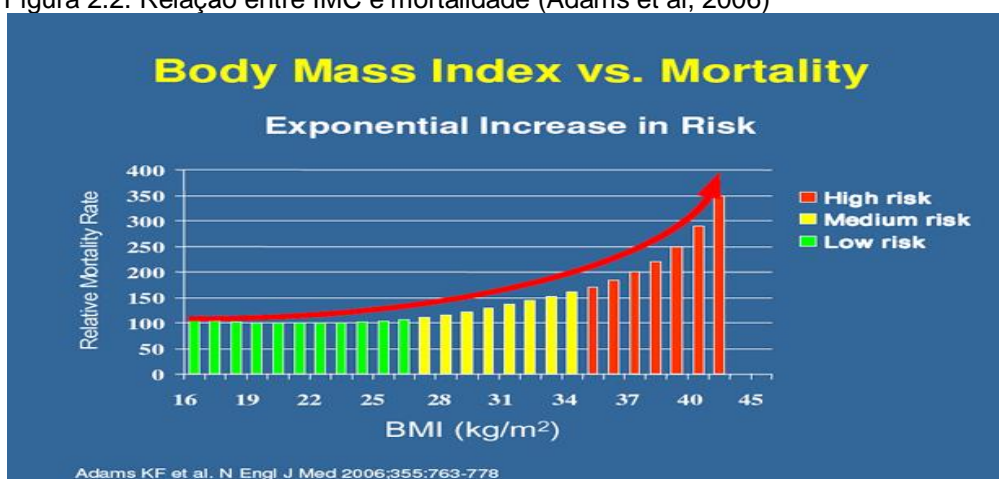
Embora não se encontre um padrão comportamental comum aos obesos, foram encontradas algumas características de personalidade como estando associadas à obesidade, como por exemplo a compulsividade e a ansiedade (Costa & Biaggio, 1998; Kaufman, 1998; Guenter, 2000; Travado et al, 2004). Existem todavia estudos que contrariam estas conclusões (Capitão & Tello, 2004).

2.1.3 Consequências Físicas, Sociais e Psicológicas

O excesso de peso e a obesidade parecem conduzir não apenas a problemas de saúde física mas também a problemas sociais e psicológicos diversos. Entre os mais frequentes problemas de saúde associados à obesidade destacam-se as doenças cardiovasculares (e.g. hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência cardíaca congestiva e angina de peito); complicações metabólicas (e.g. hiperlipidemia, alterações de tolerância à glicose, diabetes tipo 2, gota); doenças do sistema pulmonar

(e.g. dispneia e fadiga, síndrome de insuficiência respiratória do obeso, apneia de sono e embolismo pulmonar); doenças gastrointestinais (e.g., esteatose hepática, litíase vesicular e carcinoma do cólon); doenças do aparelho genito-urinário e reprodutor (e.g. infertilidade e amenorreia, incontinência urinária de esforço, hiperplasia e carcinoma do endométrio, carcinoma da mama, carcinoma da próstata, hipogonadismo hipotalâmico e hirsutismo); entre outras alterações, como por exemplo cancro, osteoartroses, insuficiência venosa crónica, risco anestésico, hérnias e propensão a quedas (DGS, 2005; Ogden, 2004). A relação entre o IMC e a mortalidade tem sido aferida em diversos estudos, como por exemplo no de Adams, Schatzkin, Harris, Kipnis, Mouw, Ballard-Barbash, Hollenbeck e Leitzmann (2006) (cf. Figura 2.2 para maior detalhe).

Figura 2.2. Relação entre IMC e mortalidade (Adams et al, 2006)



As doenças da obesidade estão relacionadas com a localização da gordura, e como atrás referido, quando esta se situa na parte superior do corpo, designadamente no abdómen, é mais prejudicial para a saúde do que o peso localizado na parte inferior. Relativamente a riscos entre géneros, observa-se que apesar dos homens serem mais propensos à obesidade do tipo androide, e portanto, encontrarem-se expostos a maiores graus de risco, são as mulheres que se preocupam mais com o peso e recorrem a programas de perda de peso. Tal facto pode ser justificado pela pressão sociocultural a que as mulheres estão sujeitas (Cash & Pruzinsky, 2002; Veggi, Lopes, Faerstein & Sichieri, 2004), assunto abordado no capítulo seguinte.

Relativamente a problemas sociais, entende-se que a obesidade tem sido estigmatizada e associada a características negativas, conduzindo o indivíduo a

experienciar sentimentos negativos (Sikorski, Luppá, Brahler, König & Riedel-Heller, 2012; Tang-Péronard & Heitmann; 2008). O estigma da obesidade diz respeito a atributos pessoais que são “descredibilizados”. Diversos estudos têm observado a discriminação de sujeitos obesos – por parte das sociedades -, a aversão aos corpos dos mesmos, e a identificação de falhas no carácter individual destes (Puhl & Brownell, 2001; Brodie, Drew & Jackman, 1996). Para avaliar as crenças acerca da obesidade foram já realizadas diversas investigações, compreendendo-se fortes crenças negativas acerca da obesidade, tanto nos adultos como nas crianças.

Por exemplo, nos estudos de Lerner e Gellert (1969; Cit. in Ogden, 2004) e de Tang-Péronard e Heitmann (2008) aferiu-se a tendência das crianças em atribuir características negativas a outras crianças com obesidade. Os primeiros realizaram um estudo onde foram apresentados cinco desenhos de meninos: um desfigurado a nível facial, uma criança com muletas e com uma tala na perna, uma criança cujo antebraço esquerdo tinha sido amputado e uma outra obesa. Foi pedido às crianças que respondessem à pergunta “Qual das crianças gostas mais?”. Todas as crianças responderam que a criança que menos gostavam era a obesa. Os estudos indicam que as crianças com obesidade são percebidas de vorazes, fracas e preguiçosas.

Relativamente a adultos, diversos estudos como por exemplo de Maddox e Liederman (1969; cit in Ogden, 2004) e Puhl e Brownell (2001) constataam que as pessoas obesas são consideradas estúpidas, fracassadas, fracas, preguiçosas, infelizes e antipáticas. Também da parte dos profissionais de saúde existe algum estigma, sendo estes doentes considerados preguiçosos e com falta de autocontrolo (Teixeira, Going, Houtkooper, Cussler, Martin, Metcalfe, Finkenthal, Blew, Sardinha & Lohman, 2002).

Na verdade, as crenças negativas acerca da obesidade parecem perseverar ao longo das últimas décadas, discriminando-se os indivíduos não-atraentes (i.e., segundo os padrões vigentes) ordinariamente, por culpa de uma sociedade munida de preconceitos. Existe ainda a propensão em se desvalorizar atitudes discriminatórias face a pessoas com obesidade (Puhl & Brownell, 2001).

Tal situação pode ser explicada pela obesidade ser vista como uma condição em que o único responsável é o próprio indivíduo (Crandall & Schiffhauer, 1998; in Carr & Friedmann, 2006). Num estudo empírico, Carr e Friedman (2005) constataam que indivíduos obesos acreditam que são alvo de múltiplas formas de discriminação. Os obesos severos indicam maior discriminação da sua condição física, comparativamente

a outras condições (i.e. raça, etnia, género, idade, religião, aparência física e orientação sexual); a nível laboral (e.g. não ser promovido, ser despedido), por parte dos profissionais de saúde (receber piores cuidados médicos), ao nível das relações interpessoais diárias (i.e. experiências interpessoais que envolviam acolhimento desagradável e agressão ao carácter), em comparação com pessoas com peso normal.

Compreendem-se atitudes negativas face aos obesos na sociedade; sentimentos de discriminação podem coibir a formação de novos relacionamentos (Link & Phelan, 2001) ou mesmo exercer pressão em relacionamentos já existentes (Backes, Olinto, Henn, Cremonese & Pattussi, 2011; Snyder, Tanke & Berscheid, 1977).

O estigma e as atitudes negativas sobre a condição de obesidade, podem desencadear problemas psicológicos nestes indivíduos. A obsessão cultural relativa á magreza e a aversão à gordura - tanto nos adultos como nas crianças -, e a censura aos obesos, podem promover uma baixa autoestima e uma autoimagem pobre nos indivíduos que não se coadunam com a imagem magra, estereótipo de figura corporal atraente (Ogden, 2004). Diversos estudos empíricos encontraram relações positivas entre obesidade e problemas psicológicos, como por exemplo os levados a cabo por Legenbauer, Burgmer, Senf e Herpertz (2007), Brytek-Matera (2010), Fettich e Chen (2012) e Chen, Bocchieri-Ricciardi, Munoz, Fischer, Katterman, Roehrig, Dymek-Valentine, Alverdy, e Le Grange (2007). Os últimos, realizaram um estudo com obesos do tipo III onde analisaram a relação entre depressão, estigma social, limitações físicas (e.g. mobilidade) e compulsão alimentar. Os autores constataram que a depressão dos indivíduos se relaciona em maior escala com o estigma social.

Ross (1994) analisou a relação entre obesidade, depressão e *stress*, tendo constatado três hipóteses que podem estar na origem da relação entre as variáveis:

- 1- Se ser obeso é estigmatizante, a avaliação negativa por parte dos outros pode ser internalizada resultando em elevados níveis de depressão e rejeição pessoal, baixa autoestima, imagem corporal negativa, prevendo-se um efeito direto entre obesidade e depressão, essencialmente nas sociedades/ culturas em que esta condição é menos frequente. Revezadamente, a obesidade pode não ser stressante per si.
- 2- O *stress* ou mal-estar resulta de uma tentativa de enquadramento nas normas sociais, onde a excessiva magreza é sinónimo de beleza e atratividade, predispondo-se o individuo em fazer dieta com o objetivo de perder peso.

3- A relação entre obesidade e depressão e *stress*, pode estar associada à saúde do obeso, i.e., pode resultar dos problemas e limitações físicas, e não do significado social da obesidade.

Outros estudos, como por exemplo os de Wardle, Waller e Fox (2002), Halmi, Long, Stunkard, e Mason (1980) têm afirmado a inexistência de uma relação direta entre obesidade e a incidência de problemas psicológicos. Os últimos avaliariam os níveis de depressão em doentes a aguardar por uma cirurgia de *bypass* gástrico, no entanto, aferiram que apenas $\frac{1}{4}$ da amostra se encontrava clinicamente deprimida. Afirmaram que os resultados obtidos eram compatíveis com as taxas de prevalência da população em geral, não apresentando por isso qualquer significado.

Também Stunkard e Wadden (1992) referem que a maioria dos indivíduos com excesso de peso não possui mais problemas psicológicos ou de personalidade do que os que possuem peso considerado normal.

A razão da obesidade causar sofrimento a alguns indivíduos e a outros não, pode ter origem na adoção de estratégias de *coping*. Com o intuito de compreenderem os processos psicológicos e o ajustamento à doença, Rydén, Karlsson, Persson, Sjöström, Taft e Sullivan (2001) identificaram as estratégias de *coping* a que os obesos recorriam - *coping* centrado no problema ou *coping* centrado nas emoções – constatando que apenas as estratégias de *coping* centradas no problema parecem ser adaptativas no caso dos indivíduos com obesidade.

2.1.4 Prevalência da Obesidade

A prevalência da obesidade é tao elevada que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou-a a epidemia global do século XXI. Representa um dos maiores desafios da saúde pública da atualidade. Atinge homens e mulheres de todas as idades, etnias e classes socioeconómicas (DGS, 2005).

Em muitos países da Europa, a sua prevalência triplicou nas últimas duas décadas. O número de afetados continua a aumentar a um ritmo alarmante.

Em Portugal, 14,5% dos indivíduos são obesos e 35% tem excesso de peso (Eurotrials, 2006), i.e., aproximadamente metade da população portuguesa tem um peso acima do considerado normal. O peso médio nos indivíduos com excesso de peso é de 74 kg e de 87 kg nos indivíduos obesos (Eurotrials, 2006).

A Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) divulga dados semelhantes, e menciona que 14,4% da população portuguesa é obesa e 35,2% tem excesso de peso, entre os 18 e 65 anos (SPEO, 2008).

Relativamente ao género, a percentagem de obesos mostra-se idêntica entre sexos, 14% nos homens e 15% nas mulheres (Eurotrials, 2006). Por outro lado, o excesso de peso revela-se mais comum no sexo masculino: 43% nos homens *versus* 29% nas mulheres (Eurotrials, 2006).

A SPEO apresenta as seguintes taxas: 12,9% de homens obesos *versus* 14,4% de mulheres obesas; e 41,1% de homens com excesso de peso *versus* 30,8% de mulheres com excesso de peso (SPEO, 2008).

Quanto a faixas etárias, indivíduos entre os 45 e os 74 anos são os mais afetados. Nestes grupos etários, cerca de 21% dos indivíduos são obesos e 43% têm excesso de peso (Eurotrials, 2006).

Portugal apresenta uma prevalência de obesidade, nos adultos, relativamente baixa comparativamente à EU-25 e próxima de países como Espanha, França, Bélgica, Holanda e Dinamarca. Países como a Inglaterra, Alemanha, Grécia, República Checa e Hungria apresentaram uma prevalência de obesidade entre 20 e 29,9%, em ambos os sexos (Eurotrials, 2006).

Os países com prevalências mais baixas são a China, Japão, Mali, Suécia e Brasil (Ogden, 2004), e os países com taxas mais elevadas (acima de 75%) são os EUA, México, Egito, África do Sul, Turquia e Emirados Árabes (Eurotrials, 2006).

A prevenção e intervenção na obesidade constituem um verdadeiro desafio para a comunidade científica internacional, que apesar do esforço e atenção prestada, observa esta doença a crescer a um ritmo alarmante. De acordo com a OMS, caso não se consiga prevenir ou tratar a obesidade - eficazmente -, mais de metade da população mundial será obesa no ano de 2025 (Martins & Aguiar, 2005).

2.1.5 Tratamento da Obesidade

O tratamento da obesidade varia consoante os níveis de adiposidade, o estado de saúde em geral e a motivação do indivíduo. Associa-se geralmente a mudanças positivas como ao entusiasmo, sentimentos de bem-estar e autoconfiança, uma vez que tem como fim a perda de peso. As tentativas bem-sucedidas de perda de peso podem trazer

consigo recompensas psicológicas e físicas (Ogden, 2004). Diversos estudos confirmam os benefícios significativos no tratamento da obesidade.

Num estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2009) foi analisada a relação entre qualidade de vida e outros fatores psicológicos de mulheres submetidas à gastrobandoplastia e ao *bypass* gástrico, sendo aferida uma melhoria na qualidade de vida das doentes, diminuição dos sintomas de ansiedade e de depressão; e uma tendência para a melhoria do *distress* público e redução de comportamentos alimentares não normativos.

Na mesma esteira, Soares e Silva (2011) avaliaram o impacto da obesidade na qualidade de vida. Compararam um grupo de mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas para tratamento cirúrgico, com dois grupos de mulheres já submetidas a tratamento cirúrgico em dois períodos diferentes. Observaram que as mulheres propostas para tratamento cirúrgico apresentavam menor qualidade de vida comparativamente com as mulheres já submetidas a cirurgia

No entanto, o tratamento da obesidade pode associar-se a problemas psicológicos, uma vez que os obesos são geralmente encorajados a impor limites cognitivos à alimentação, o que acarreta sentimentos negativos, culpa e a inevitável resposta de comer excessivamente. Consequentemente, *“qualquer perda de peso é frustrada por episódios de alimentação excessiva, que constituem uma resposta às muitas mudanças cognitivas e emocionais que ocorrem durante o período de dieta”* (cit. in Ogden, 2004; p 200).

Tendo em conta as crenças e os comportamentos disfuncionais associados à origem e manutenção da obesidade – a ingestão alimentar excessiva parece relacionar-se com aprendizagens desajustadas –, os mesmos podem ser corrigidos e substituídos por outros mais adaptativos, através da intervenção cognitivo-comportamental.

Na verdade, a avaliação e correção de crenças desajustadas são procedimentos inerentes no processo psicoterapêutico cognitivo – comportamental para a modificação comportamental. O autor Gonçalves (2000) indica os cinco paradigmas do referido modelo: condicionamento coberto; autocontrolo; aptidões de confronto; reestruturação cognitiva; e paradigma construtivo-desenvolvimental.

As técnicas utilizadas no tratamento da obesidade assentam na modificação do comportamento alimentar e da atividade física, através de uma mudança de atitude e colaboração da parte do paciente. São aspetos elementares na intervenção cognitivo –

comportamental: identificar o grau de motivação no tratamento; reduzir o *stress* originado pelos limites alimentares/físicos; educar a nível nutricional; desenvolver atitudes de evitamento relativos à desordem alimentar; prestar apoio perante as dificuldades sentidas e sobretudo, conceder – ao indivíduo - um papel ativo no controlo da sua doença.

De acordo com Weber e Wyne (2006) a literatura esclarece que as intervenções cognitivo-comportamentais que desenvolvem a motivação e um conjunto de estratégias para ultrapassar os obstáculos à implementação de exercício físico e de uma alimentação equilibrada constituem tratamentos psicológicos eficazes para a diminuição de peso.

Brennan, Walkley, Fraser, Greenway e Wilks (2008) afirmam que treze sessões individuais de entrevista motivacional e de técnicas cognitivo-comportamentais, seguidas de nove sessões de manutenção, revelaram-se eficazes na melhoria da composição corporal, na saúde cardiovascular, nas rotinas alimentares e de exercício físico e ainda do funcionamento familiar e psicossocial de adolescentes com excesso de peso e obesidade.

Já Duchesne, Appolinário, Rangé, Freitas, Papelbaum e Coutinho (2007) avaliaram os efeitos da mesma em obesos com episódios de ingestão alimentar compulsiva, tendo aferido uma melhoria significativa na redução destes episódios e de sintomas psicopatológicos associados a perturbações do comportamento alimentar, sem resultar, no entanto, na perda de peso substancial.

De uma maneira geral a intervenção cognitivo – comportamental tem-se revelado positiva no tratamento da obesidade (Pierce & Stoltenberg, 1990). Salienta-se a importância da avaliação/ intervenção cuidada, por parte de uma equipa multidisciplinar, permitindo assim ajustar o tratamento às necessidades do indivíduo, dada a sua complexidade enquanto ser humano, único.

2.2 IMAGEM CORPORAL

2.2.1 Definição de Imagem Corporal

A imagem corporal é um conceito teórico utilizado no âmbito da psicologia, sociologia, psiquiatria e medicina. O termo é utilizado para explicar aspectos da personalidade e algumas psicopatologias.

Segundo Gomes (2000) o conceito envolve duas perspectivas: a neurológica – que consiste na representação consciente do esquema do corpo –; e a psicológica – que consiste nas representações, atitudes e sentimentos sobre o corpo, construídas ao longo da vida.

De uma maneira geral, a definição de imagem corporal refere-se ao corpo como uma vivência psicológica, mais concretamente, a sentimentos individuais e atitudes relativos ao próprio corpo. A experiência subjetiva do sujeito com o seu corpo relaciona-se com a forma como organizou essas experiências.

Importa referir a inexistência de um consenso científico sobre a definição de imagem corporal, subsistindo uma multiplicidade de designações, que explicam a complexidade na compreensão de como o indivíduo concebe o seu corpo.

As primeiras referências à imagem corporal surgem no início do século XX, em trabalhos médicos na área da neurologia. Uma das primeiras definições de imagem corporal surgiu com o cirurgião Ambroise Pare (McCrea et al, 1980; cit. in Schilder, 1981) que observou um sujeito que após lhe ter sido amputado um membro, sentia ilusoriamente a presença dessa parte do corpo, causando-lhe dor e sofrimento.

Por volta dos anos 20, Henry Head sugere que cada indivíduo constrói um modelo de imagem de si, tendo em conta os movimentos do corpo, começando a utilizar o termo “esquema corporal” (cit. in Fisher & Cleaveland, 1968).

Schilder (1981) propõe a primeira definição de imagem corporal, onde engloba aspectos da fisiologia, psicanálise e sociologia. Descreve imagem corporal como a representação mental do corpo, onde se apresenta como um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas, sejam elas normais ou patológicas. O autor enfatiza o papel do movimento como fator de unificação com as diferentes partes do corpo, colocando as mesmas numa relação estreita com o mundo exterior e com os objetos.

Na tentativa de definir o mesmo conceito, Kaufman (1993; cit in Silva & Lange, 2010) alude à soma das experiências que o sujeito armazena mentalmente ao longo da

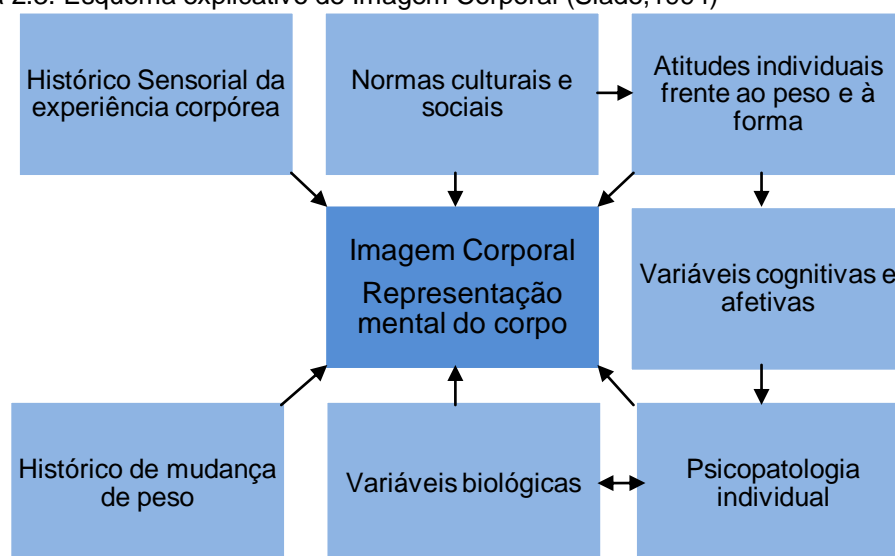
vida, explicando que as atitudes e os sentimentos face à aparência física são direcionados para o Sistema Nervoso Central.

De acordo com Cash e Pruzinsky (1990; cit in Cash & Pruzinsky, 2002) a imagem corporal pode ser definida através de sete confirmações:

1. Imagem corporal refere-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências, é uma experiência fundamentalmente subjetiva.
2. As imagens corporais são multifacetadas, as suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões.
3. As experiências da imagem corporal são permeadas por sentimentos sobre o próprio indivíduo, a forma como o indivíduo percebe e vivencia o seu corpo relaciona-se com a forma de se percebe a ele próprio.
4. A imagem corporal é determinada socialmente e as influências sociais prolongam-se por toda a vida.
5. As imagens corporais não são fixas ou estáticas, os aspetos da experiência corporal encontram-se em permanente modificação.
6. A imagem corporal influencia o processamento de informação, a forma de ver o mundo é influenciada pelos pensamentos e sentimentos acerca do próprio corpo.
7. A imagem corporal influencia o comportamento, particularmente as relações interpessoais.

Outros autores, como Slade (1994), descrevem imagem corporal como a representação mental da figura, forma e tamanho do corpo, a qual é influenciada por fatores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos, que variam ao longo do tempo. O autor elaborou um esquema explicativo sobre imagem corporal (cf. Figura 2.3 para uma visualização integral).

Figura 2.3. Esquema explicativo de Imagem Corporal (Slade,1994)



Compreende-se que a imagem corporal se forma na mente através da interação do indivíduo com o meio externo que o rodeia, inserindo-se na sua formação aspectos físicos, sociais, afetivos, relacionais, entre outros.

Ferreira e Leite (2002) descrevem imagem corporal como um constructo multidimensional composto por representações do tamanho e da aparência do corpo, e de respostas emocionais associadas ao grau de satisfação suscitado por essas percepções.

De acordo com Harcourt e Rumsey (2005; cit. in Rumsey, 2008) e Gallagher (2005; cit. in Vignemont, 2006), a imagem corporal engloba percepções, pensamentos e sentimentos da pessoa sobre o seu próprio corpo, podendo incluir a aparência, o tamanho do corpo, a forma e a atração.

Já Gomes (2000), afirma que a imagem corporal é lábil, mutável e incompleta. É um constructo dinâmico altamente personalizado e subjetivo, que difere de pessoa para pessoa, e que é formado a partir de variadas experiências pessoais e influências exteriores a nós.

Segundo Damasceno, Vianna, Vianna, Lacio, Lima e Novaes (2006) a imagem corporal é construída a partir de vários aspectos, designadamente pela relação com o meio envolvente, tendo em conta as representações internas que cada indivíduo tem de si e da sua aparência física.

São várias as definições do conceito, mas de uma maneira geral o conceito surge como uma construção multidimensional que descreve as representações internas da estrutura do corpo, em relação a nós próprios e aos outros.

Indo ao encontro do nosso estudo compreendemos que o indivíduo obeso experimenta todas as sensações e emoções da sua condição, através da relação com os outros e na interação com o ambiente em geral (Marzano, 2002; cit. in Masset & Safons, 2008), construindo a sua imagem corporal a partir de tais experiências pessoais.

Não surpreendentemente, o indivíduo com obesidade experimenta sentimentos negativos acerca da sua imagem, pela razão de não se enquadrar nos atuais modelo de corpo ideal, tornando-se alvo de discriminação por parte da sociedade em geral.

A satisfação ou insatisfação com a imagem corporal dos indivíduos com obesidade resulta das crenças e normas sociais, tendo em conta outros fatores como o sexo, idade, emoções e complicações físicas resultantes da doença (Silva & Lange, 2010).

Na verdade, tem-se assistido a uma discrepância entre o corpo (socialmente) desejado e a aparência real dos indivíduos, conseqüentemente, surge o desconforto e o sofrimento por parte dos obesos. A identidade corporal, essencial para o desenvolvimento e transformação humana, pode-se tornar assim, nulificada.

2.2.2 Percepção e Subjetividade da Imagem Corporal

A imagem corporal consiste na representação mental que cada indivíduo tem acerca do seu próprio corpo (Slade, 1994; Martins, Nunes & Noronha, 2008).

O sujeito desde cedo aprende a avaliar o próprio corpo, encontrando-se a interação com o ambiente na base deste movimento (Tessmer, Silva, Pinho, Gazalle & Fassa, 2006). Fatores físicos, psicológicos, comportamentais, e socioculturais são predominantes na construção da identidade do corpo, i.e., na forma como os indivíduos se veem, acham que são vistos, e veem os outros (Damasceno et al, 2006; Almeida et al, 2005; Tribess, 2006).

Depreende-se alguma subjetividade na forma como o indivíduo vê e percebe o próprio corpo. Com o intuito de aclararem este movimento, Rosen, Reiter e Orosan (1995) definem percepção corporal como o modo como cada um se percebe, imagina, sente ou se comporta a respeito do próprio corpo. Já a subjetividade corporal, refere-se à volubilidade da imagem corporal, em resposta à inconstância das informações e dos fatores sociais ou afetivos (Gutiérrez-Maldonado; Ferrerer-Garcia; Caqueo-Urizar & Moreno; 2010).

De facto, o constructo de imagem corporal compõe-se através de três aspetos: componente percetivo, cognitivo-afetivo (subjutivo) e comportamental (Del Ciampo, Rodrigues, Del Ciampo, Cardoso, Bettiol & Barbieri, 2010; Coelho, Carvalho, Amaral, & Ferreira, s.d.). O primeiro refere-se à perceção do tamanho, peso, forma e partes do corpo; o segundo diz respeito a sentimentos e pensamentos que o corpo desperta no indivíduo; o terceiro, a comportamentos desencadeados pela perceção - sentimentos e pensamentos – acerca da aparência do corpo.

Com o intuito de uma melhor compreensão dos pressupostos teóricos, considerámos algumas investigações relacionadas com a construção subjutiva da imagem do corpo. Relativamente ao componente percetivo, entende-se que a insatisfação com o corpo esteja relacionada com o peso percebido e não com o peso real (Segal, Cardeal & Cordás, 2002). Num estudo exploratório, Almeida, Santos, Pasion e Loureiro (2005) analisaram a perceção corporal de mulheres (N=150), sendo solicitada a representação do tamanho e forma corporal considerada normal, real e ideal. As escolhas dos tamanhos considerados normais foram sempre associadas a representações de baixo-peso. Relativamente à avaliação do tamanho real os resultados foram pouco consistentes e dispersos, evidenciando-se uma grande dificuldade ao nível da perceção do tamanho e forma do próprio corpo. No que diz respeito ao tamanho e forma corporal ideal, as escolhas foram associadas a representações de baixo peso. Os resultados indicam uma discrepância entre a imagem corporal real e ideal, evidenciando-se ainda dificuldades na perceção real do tamanho e forma do corpo. A perceção subjutiva do corpo pode-se revelar assim mais importante do que a realidade objetiva. (Sarwer, Wadden & Foster, 1998).

Quanto ao componente cognitivo-afetivo, a cultura do corpo magro tem-se mostrado determinante na insatisfação com o corpo. (Antunes, Pozzobon & Pereira, 2011). Ogden e Evans (1996) efetuaram um estudo com 74 indivíduos com peso normal onde avaliaram o efeito da pesagem no indivíduo e relacionaram com normas sociais de atratividade, autoestima, humor e insatisfação corporal. Após avaliação do tamanho do corpo, os resultados foram manipulados e os indivíduos foram inseridos em três grupos: excesso de peso, peso normal e baixo-peso. Constataram que os indivíduos inseridos no grupo com excesso de peso evidenciavam maior depressão, diminuição da autoestima, em comparação com os indivíduos inseridos no grupo de peso normal. Os indivíduos inseridos no grupo de baixo-peso evidenciaram humor positivo. Os autores afirmam que

de acordo com as normas sociais de atratividade, estar abaixo do peso considerado normal parece desejável para as mulheres, reforçando o seu autoconceito positivo.

Quanto ao componente comportamental (subjetivo), tem sido associado à valorização exagerada dos padrões de beleza e rejeição social (Zottis et al, 2003).

Ferriani, Dias, Silva e Martins (2005) avaliaram percepções de 14 adolescentes obesos, acerca das repercussões sentidas pela condição física. Aferiram diversos relatos de insatisfação corporal, designadamente, vergonha de comprar roupa nova, fazer exercício físico, não gostar de se observarem ao espelho, sentimentos de exclusão, humilhação, desejo de perder peso para serem aceites pelos seu pares.

Tendo em conta os exigentes modelos de beleza da sociedade atual, a magreza extrema - sinónimo de perfeição e sucesso (Andersen & DiDomenico, 1992) – tem-se revelado uma condição cada vez mais desejada e apreciada (Branco, Hilário & Cintra, 2006; Stipp & Oliveira, 2006).

As alterações da percepção da imagem corporal são cada vez mais frequentes, assim como as crenças e sentimentos negativos/ disfuncionais. Os indivíduos estão cada vez mais insatisfeitos com o próprio corpo.

A discrepância entre o corpo percebido e o corpo desejado tem sido apontada como uma das causas da insatisfação corporal, sendo que quanto maior for o afastamento, maior a insatisfação (Srivastasa, 2009; Shih & Kubo, 2005)

As alterações da imagem corporal, segundo Garner e Garfinkel (1981), englobam dois aspetos: a distorção perceptiva e a alteração cognitivo-afetiva. A primeira leva a uma sobrestimação do corpo ou de partes dele, e por conseguinte, a uma preocupação exagerada com algum defeito real ou imaginário da aparência física; o segundo consiste na insatisfação com o corpo, que leva a desvalorização da aparência e baixa autoestima. Ambas constituem um risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares, como a anorexia e bulimia (Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001).

Relativamente às alterações da imagem corporal, a distorção perceptiva tem vindo a ser compreendida pela inabilidade em se perceber o tamanho real do corpo (Pereira & Ellensohn, 2006). Kakeshita e Almeida (2006) analisaram a relação entre IMC e imagem corporal percebida num grupo de 106 jovens universitários, através da Escala de Silhuetas, Escala Visual Analógica, Questionário de Imagem Corporal e Cálculo do IMC. Aferiram que a maioria das mulheres com baixo peso ou sobrepeso (87%) sobrestimaram o seu tamanho corporal, enquanto as mulheres e homens obesos (73%)

subestimaram o tamanho corporal. A insatisfação com a imagem corporal percebida foi mais elevada no gênero feminino, e as mulheres com sobrepeso foram as que apresentaram maior preocupação e desconforto com o corpo. Os resultados indicam a presença de distorção na imagem corporal percebida, subestimando ou sobrestimando-a, nos dois gêneros. Observaram-se ainda níveis de insatisfação corporal relativos ao desejo de possuírem corpos mais magros. Segundo Dolce, Thompson, Register e Spana (1987; cit. in Ferreira & Leite, 2002), a precisão da percepção do tamanho pode ter origem na interação entre fatores cognitivos e afetivos e competências perceptivas.

A alteração cognitivo-afetiva tem vindo a ser associada a sentimentos relacionados com o grau de insatisfação com o corpo, e segundo Ogden e Evans (1996) são estes proporcionais com os sentimentos que o indivíduo possui acerca do seu “eu”, i.e., com o seu autoconceito. Silva e Lange (2010) analisaram e relacionaram imagem corporal e aspetos psicológicos em mulheres obesas. Aferiram baixa autoestima, ansiedade, angústia, agressividade, tristeza, compulsão, negação, insatisfação com a imagem corporal. A percepção do corpo e a satisfação corporal são fatores determinantes na autoaceitação dos indivíduos, e podem gerar atitudes e comportamentos adequados ou inadequados (Del Ciampo, 2010).

Após revisão de estudos empíricos compreendemos que a insatisfação com o corpo tem sido relacionada com a avaliação negativa ou depreciativa por parte dos outros (Slade, 1994; Pelican, Heede, Holmes, et. al, 2005; Sechi, Camargo & Bertoldo, 2009); com a preocupação excessiva com o peso (Damasceno et al, 2006; Saur & Pasian; 2008); com o IMC (Kakeshita & Almeida, 2006; Branco, Hilário e Cintra, 2006); com o autoconceito e autoestima (Slade, 1994; Martins et al., 2008; Damasceno et al, 2011); com sintomas depressivos e afeto negativo (Canales, Cordás, Fiquer et al 2010; Almeida, Oliveira & Vieira, 2008); com a prática desmesurada de exercício físico (Nunes, Lopes, Damasceno, et al, 2007; Cunha, 2008); com a prática de dietas (Kanno et al, 2008; Scagliusi, Pereira, Stelmo, Usain, Martins & Sato, 2012); e com comportamentos alimentares desajustados (Saikali et al, 2004; Dixe, 2007).

Segal, Cardeal e Cordás (2002) referem a inexistência de relação direta entre IMC e insatisfação e/ou distorção da imagem corporal. Sugerem que esta relação está presente com o peso percebido e não com o peso real e enfatizaram a relevância dos componentes psíquicos no processo de avaliação e de representação da imagem corporal. Os autores Cash e Hicks (1990) verificaram que as pessoas com peso normal e

que dessa forma classificam o seu peso, têm uma imagem corporal mais positiva, comportamentos alimentares mais corretos e manifestam maior bem-estar psicossocial. Aquelas que têm peso normal, mas que se classificam com peso acima da média, avaliam os seus corpos mais negativamente e apresentam maior insatisfação com a sua aparência, aptidão e saúde.

As investigações nas áreas da conjugalidade e sexualidade no âmbito da insatisfação corporal são escassas. Neste sentido, procurámos realizar um estudo inovador, e por razões intrínsecas ao mesmo, considerámos particularmente as perceções e a subjetividade da imagem corporal.

2.2.3 Insatisfação Corporal e Género

Nas sociedades modernas os ideais de beleza e de atracção física têm sido associados à magreza extrema, o que leva muitas mulheres a considerar tal figura corporal como uma medida normal e desejável. Esta situação resulta numa luta incessante para se conseguir atingir o corpo ideal. Mais do que os homens, as mulheres têm sido alvo de pressões sociais, no sentido de se adaptar aos padrões corporais impostos, conduzindo a uma insatisfação com a imagem corporal.

Neste sentido alguns autores, entre eles, Leonhard e Barry (1998) e Ogden e Evans (1996), fazem referência à “teoria do descontentamento normativo”, sustentada pela ideia que a insatisfação com o próprio corpo se relaciona com as exigências sociais e culturais de aparência e magreza, i.e., a imagem corporal das mulheres é influenciada não só pelas características físicas, como pela forma que os outros reagem face a essas mesmas características.

Seja qual for a causa da insatisfação, o peso corporal tem vindo a tornar-se um fator crítico na avaliação da imagem do corpo. De acordo com os autores Wadden e cols (2002) e Sarwer e cols (2005), a insatisfação com o corpo nos dias que correm é tão eminente que se torna a norma, a exceção é a satisfação corporal.

De acordo com Garner, Garfinkel, Stancer e Molfsky (1976) o peso corporal e a satisfação com a imagem corporal relacionam-se de diferentes formas, designadamente:

- Por uma correlação negativa entre o peso real e o peso que se deseja alterar – perder ou ganhar –, para atingir o peso desejado, i.e., quanto maior o peso que deseja perder, menor a satisfação com a imagem corporal;

- De modo positivo, quando a percepção subjetiva do próprio peso é considerada de peso ideal – ainda que o peso real não seja o indicado para a sua estatura -, i.e., quando o peso percebido é considerado ideal, maior a satisfação com a imagem corporal;
- A relação entre o peso desejado e a satisfação com a imagem corporal difere mediante a situação. Nos casos em que se pretende perder peso, a insatisfação não é igual a quando se deseja ganhar peso.

A avaliação da insatisfação com a imagem corporal tem sido realizada com base nos sentimentos negativos e cognições que os indivíduos possuem acerca do corpo. Diversos questionários, como por exemplo a “Escala de Silhuetas” de Stunkard e cols (1983), o “Questionário de Atitudes Corporais” de Probst e cols (1997) e o “Questionário de Imagem Corporal” de Cash e Szymanski (1995) têm permitido aferir o modo como as pessoas se relacionam com o próprio corpo.

Vários estudos têm relacionado insatisfação corporal e distorção do tamanho e da forma do corpo. Por exemplo, Kakeshita e Almeida (2006) relacionaram percepções da imagem corporal e IMC em indivíduos de ambos os sexos. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres eutróficas ou com sobrepeso (87%) sobrestimavam o tamanho do corpo enquanto mulheres obesas e homens (73%), independente do IMC, subestimaram o tamanho corporal. A insatisfação geral com a imagem corporal percebida revelou-se associada ao desejo de pesar menos. Tanto homens como mulheres apresentavam distorção da percepção da imagem corporal, apresentando-se a percepção do tamanho e forma do corpo determinante na satisfação ou insatisfação corporal.

Também Antunes, Pozzobon & Pereira (2011) avaliaram a percepção das mulheres sobre a sua silhueta (N30), divulgando que 93,3% gostariam de ser mais magras, enquanto apenas 6,66% gostariam de ter a mesma silhueta que possuíam. Os resultados indicaram que as mulheres na faixa etária entre os 20-40 consideram mais pesadas do que realmente são, pelo que desejam ter uma silhueta mais magra.

No mesmo sentido Rech, Araújo e Vanat (2010) analisaram e relacionaram a percepção da imagem corporal com dados sociodemográficos, IMC e atividade física. A insatisfação com a imagem corporal foi semelhante entre géneros, 61% nos homens e 61,4% nas mulheres. No entanto, as mulheres desejavam uma silhueta menor, ao contrário dos homens, que desejavam uma silhueta maior.

As investigações, como por exemplo a de Davis e Cowles (1991), têm revelado

que a grande maioria das mulheres, com ou sem perturbações alimentares, pensam ser mais gordas do que na realidade são, e desejariam de ser mais magras, ao contrário da maioria dos homens, que gostariam de perder gordura mas aumentar a massa muscular.

Estudos empíricos, como os levados a cabo por Fallon e Rozin (1985), Hendley e cols. (2011), Bosi e cols. (2006) e Carmo (1997) sustentam que as mulheres mais pesadas ou que se percebem como tal, estão geralmente mais insatisfeitas com a sua imagem corporal do que as mulheres com menos peso ou que se percebem dessa forma. Desta forma, o peso corporal real ou a percepção que se tem deste parece estar intimamente relacionado com a satisfação com a imagem corporal. Comparativamente com a altura, o peso revela ser mais determinante na satisfação com a imagem corporal.

O estudo realizado por Carmo (1997) determinou que grande parte das mulheres portuguesas se encontra insatisfeita com o seu corpo. A investigação decorreu no Hospital de Santa Maria e os resultados mostraram que a maioria das mulheres com peso normal deseja emagrecer e as mulheres com baixo-peso desejam perder mais peso.

Desta forma a insatisfação com o corpo pode ser compreendida através da discrepância entre a percepção que o indivíduo tem do corpo e da sua real dimensão, a discrepância entre a insatisfação e a percepção da dimensão real do corpo compara com a dimensão ideal, ou simplesmente com sentimentos de insatisfação com a dimensão e a forma do corpo (Ogden, 2004). Importa referir que não são apenas os indivíduos com perturbações alimentares que evidenciam insatisfação com a imagem corporal.

2.2.4. Causas da Insatisfação com o Corpo

Os fatores na causa da insatisfação com o corpo são diversos. A investigação tem-se focado no papel dos fatores sociais, e explorado o papel dos fatores psicológicos que podem explicar o impacto dos fatores sociais na insatisfação com o corpo.

Cash e Pruzinsky (2002) e Ogden (2004) fazem referência à inseparabilidade entre fatores sociais e psicológicos e experiências corpóreas ao longo da vida – durante a infância, adolescência e idade adulta -, em que a imagem corporal foi favorecida ou lesada.

Dostie (1988) defende que os corpos são socialmente trabalhados, desde a aparência física até às manifestações comportamentais, tornando-se assim objetos

sociológicos. O autor faz referência às origens do ser, aludindo que o indivíduo nasce na natureza mas passa a viver de acordo com a cultura, onde é afastado da sua animalidade, e submetido a diversas normas e regras sociais que podem ter diversas origens (e.g., religiosas, estéticas).

Na mesma esteira, Norris (1982; cit in Shaw & Waller, 1995) afirma que a normalidade é avaliada pela aparência do corpo e pela forma de expressão e utilização desse mesmo corpo, sendo a imagem corporal uma criação social.

Autores como por exemplo Damasceno, Vianna, Vianna, Lacio, Lima e Novaes (2006), Demarest e Langer (1996), Gittelsohn, Harris, Thorne-Lyman, Hanley, Barnie e Zinman (1996) constataam a influência que os fatores culturais e sociais têm na satisfação ou insatisfação que os sujeitos têm com a imagem corporal.

A relevância dada ao corpo e à imagem corporal tem por base diferentes explicações. Na cultura ocidental, assiste-se a uma pressão social para a magreza e a um estigma relacionado com o excesso de peso/obesidade (Wadden et al, 1985; Stunkard et al, 1998; cit in Veggi et al, 2004). Cash (2002) e Tiggermann (2002) sustentam a ideia que os *media* são responsáveis por tal pressão transmitindo a ideia que a magreza não é uma norma desejada, mas a norma propriamente dita. As revistas, jornais, televisão e filmes usam preferencialmente a imagem de mulheres magras.

Qualquer desvio à norma implica algum tipo de reprovação. Contrariamente, uma aparência normal e leva à aprovação e aceitação por parte da sociedade (Almeida et al, 2005). Em maior ou menor grau, todos os indivíduos têm necessidade que o seu corpo seja aprovado pelos outros.

Tal padrão é percebido no estudo levado a cabo por Ogden e Munday (1996), onde foi pedido a homens e mulheres para classificarem a satisfação com o seu corpo, antes e depois de observarem imagens de homens ou mulheres gordos ou magros (as imagens foram emparelhadas de acordo com o sexo do participante). Os resultados revelaram que independentemente do sexo, todos os participantes se sentiam mais satisfeitos com o seu corpo depois de examinarem as imagens dos gordos e mais insatisfeitos depois de observarem as imagens dos magros. Também revelou que essa resposta era mais frequente entre o sexo feminino, comparativamente aos homens.

Importa referir que a imagem corporal do indivíduo vai-se construindo e modificando a partir da aceitação e rejeição dos outros e da sociedade. Esta ideia é reforçada por Cash (2002) que faz referência à influência que a sociedade tem no modo

do indivíduo encarar o seu corpo (i.e., críticas depreciativas por parte de familiares, e amigos, publicidade orientada a padrões inversos).

Pelican, Heede, Holmes, Melcher, Wardlaw, Raidl, Wheeler e Moore (2005) realizaram um estudo com sobre “o poder dos outros para moldar a nossa identidade”. Participaram 57 homens e 46 mulheres e os resultados evidenciaram que alguns sujeitos se sentiam-se “reforçados” pelos outros, devido a estes os ajudarem a alcançar uma imagem corporal satisfatória (por exemplo, um treinador desportivo); e outros sentiam-se “embaraçados” relativamente a comentários que outras pessoas teciam em relação ao seu corpo. Os autores constataram que a forma como os outros percebem e analisam o nosso corpo, influencia a imagem que temos de nós próprios, a autoestima, e a adoção (ou não) de estilos de vida mais saudáveis, o que, conseqüentemente, resultará num peso corporal mais satisfatório a nível pessoal e social (cit in Pelican et al, 2006)

As regras e os padrões ideais são definidos por cada sociedade e diferem entre culturas (Williamson, Stewart, White & York-Crowe, 2002). Assim, também a etnicidade tem sido encarada como um fator que influencia diretamente a insatisfação com o corpo. A literatura tem referido que a insatisfação corporal é superior em mulheres brancas, comparativamente a mulheres negras ou asiáticas. Por exemplo, no estudo de Hendley, Zhao, Coverson, Dzietham, Morris, Quyyumi, Gibbons e Vaccarino (2011) foram analisadas percepções de peso entre mulheres de raça branca e negra, constatando-se que as últimas subestimam o seu peso, ao contrário das mulheres de raça branca que se percebem mais gordas do que realmente são. Os autores revelam que as normas sociais diferem entre culturas, na medida em que um corpo considerado bonito e atraente, associado a atributos positivos, nem sempre é o corpo excessivamente magro. Relativamente a mulheres asiáticas os resultados têm sido contraditórios. Mumford, Whitehouse e Platts (1985) constatam maior prevalência de perturbações alimentares – bulimia nervosa – em raparigas asiáticas, comparativamente a raparigas de raça branca.

Compreendemos o facto das alterações no corpo – gordo ou magro - serem aceites em determinadas culturas, e noutras não. Esta é uma questão relevante ao tentarmos contextualizar o nosso estudo, e perceber a aceitação social da obesidade, numa sociedade que deprecia e discrimina tal condição.

Salienta-se no entanto, como já referido, que os fatores sociais não atuam isoladamente na determinação da insatisfação com a imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2002; Damasceno, 2006; Ogden, 2004), basta considerar os fatores

identificados por Ogden (1994), Slade (1994) e Field, Camargo, Carlos e cols. (2001) nomeadamente, a depreciação do corpo por parte de amigos ou familiares, problemas emocionais, oscilações de peso, entre outros.

2.3 CONJUGALIDADE

2.3.1 Definição do constructo

Definir conjugalidade, - substantivo feminino que se refere à qualidade do que é conjugal, ou seja, algo que é relativo ao cônjuge e/ou casamento -, é num primeiro momento abordar a família, que hoje em dia assume, configurações distintas daquelas assumidas no passado, tendo-se adaptado e evoluído ao longo dos tempos; novas formas, estruturas e responsabilidades surgem (Potes, Bandola, Real & Ferreira, 2006).

Para Pim, Ferreira, Rodrigues e Costa (2006), *família é um grupo social caracterizado pela residência comum, pela cooperação económica e pela reprodução [...] constituída pelos pais e pelos filhos* (p.6), tendo como principais funções proporcionar aos seus membros proteção, companhia, segurança e sociabilização.

Enquanto que juridicamente (artigo 1577 do código civil e posterior redação), define o casamento como um contrato celebrado entre duas pessoas, que pretendem construir família mediante uma plena comunhão de vida, implicando direitos e deveres recíprocos. Considerando que a conjugalidade dos nossos dias vai para além das relações de casamento, a Lei Geral da Republica (lei nº 7/2001 de 11 de Maio), contemple a situação jurídica de duas pessoas, independentemente do sexo, que vivam em união de facto há mais de dois anos, equiparando a relação de família ou a relação de casamento.

Entre as principais mudanças dos últimos anos relacionadas com a conjugalidade, encontra-se na estrutura formal, i.e., no regime civil adotado. Segundo o Instituto de Estatística da União Europeia (2002), entre 1980 e 2000, o número de casamentos diminuiu em 19%, enquanto que a de divórcios aumentou 40%, tendo em consideração todo o espaço europeu. Inversamente, o número de coa-habitação duplicou na última década do século XX, incluindo 6,9 da população que vive em comunhão (Aboim, 2004).

Contudo, refira-se que segundo Kiecolt-Glaser (2001), a maioria dos sujeitos deseja estabelecer união passando pelo casamento, e que uma relação conjugal funcional é considerado o melhor espaço para a possibilidade de satisfazer diversas necessidades, tais como as afetivas, de intimidade emocional e sexual, lealdade e companheirismo.

Relativamente à realidade portuguesa a evolução da conjugalidade na década de 1990 revelou mudanças a três aspetos fundamentais: no número de pessoas que vivem

em casal, na coabitação e na recomposição familiar. Mais especificamente o número de casais aumentou (casais sem filhos maioritariamente) e o número de filhos diminuiu, por sua vez o número de famílias recompostas também aumentou.

Contudo, segundo Dias (2000) uma das principais características do casamento contemporâneo e por continuidade lógica das relações íntimas contemporâneas não se verifica em mudanças sócio-demográficas, mas antes em prioridades e valores tais como, a busca de felicidade, satisfação e amor.

No mesmo sentido, Perlin (2006) considera que *the intense desire to be with another marriage motivates and determines the choice of partner because individuals expect these relationships a compatibility emotional, sexual and intellectual* (p.66).

Esta mudança de “paradigma”, de conceptualizar e sentir a conjugalidade é segundo o mesmo autor produto da história ocidental, na qual casamento e satisfação tornaram-se desde cedo componentes estreitamente interdependentes. O casamento assim conceptualizado é um produto, um resultado social, na qual os indivíduos satisfazem necessidades básicas.

Por sua vez, a conjugalidade também pode remeter para uma identidade específica, criada a partir das experiências relacionais dos seus membros, tal não irá diluir, “apagar” ou remeter para segundo plano as respetivas identidades individuais, mas antes criar uma identidade de segunda ordem, baseada na relação, na qual se conjugam complementaridades e simetrias, semelhanças e diferenças, proximidades e distâncias dos seus membros (Narciso & Costa, 1996).

Para Torres (2000) a conjugalidade deve ser entendida como um processo que ocorre em determinados momentos do percurso pessoal de um número significativo de sujeitos, originando novos sentidos e identidades, assentando numa forte dimensão afetiva. Complementarmente Sheras e Koch-Sheras (2006) a conjugalidade é um tipo específico de relacionamento entre pessoas, íntimo, amoroso e envolvendo compromisso entre ambas as partes.

Já Grandesso (2000; cit. in Neto, 2005) aborda este construto como um processo de construção comum, i.e., cada um dos parceiros experiencia uma reconstrução da sua identidade individual, fazendo cedências e expandindo limites para o *nós* substituindo em larga medida o *eu*. O mesmo autor, saliente o contexto sócio-histórico da conjugalidade e a criação do novo território comum, real, simbólico e psicológico.

É a partir deste espaço que são partilhadas experiências que irão por sua vez

reforçar as interações significativas do casal, num processo contínuo que acompanha o ciclo de vida do sujeito e do casal (Neto, 2005). Para Levinger e Huston (1990), tais experiências debruçam-se sobre a interdependência comportamental, afetiva, sexual e económica.

O aprofundamento da relação íntima, permite a criação de espaços cada vez mais adequados para que o sujeito possa preencher necessidades de intimidade emocional e sexual, de afeto, de companheirismo e lealdade (Halford, Kelly & Markman, 1997).

Constata-se assim que na modernidade o casamento e outras formas de conjugalidade, tais como as uniões de fato estão intimamente relacionadas e alicerçados em aspetos emocionais e afetivos, valorização que contrasta com os valores adotados no passado, é por essa razão que diversos autores nos quais se incluem Sternberg e Barnes (1988; Cit. in Narciso 1994) referem que o amor, e a conjugalidade são indissociáveis.

É precisamente este último componente, o *amor*, enquadrado na devida dimensão teórica, *satisfação conjugal*, que irá se debruçar o próximo capítulo.

2.3.2 Satisfação conjugal

A satisfação conjugal, é uma área de estudo privilegiada na área da Psicologia da Família. Contudo, diversos autores (e.g. Thompson, 1998; Cit in. Narciso, 1997) referem ainda a necessidade de se aprofundar o próprio construto, considerando que esta é uma avaliação subjetiva da relação íntima.

Tendo-se priorizado a medição do fenómeno e não tanto a compreensão deste, estando ainda frequentemente sobreposto e utilizado como sinónimo de outros construtos associados à conjugalidade, tais como felicidade conjugal, sucesso conjugal, funcionalidade, qualidade relacional e ajustamento conjugal (Narciso, 2001).

Se a felicidade conjugal engloba os sentimentos que advêm dos processos relacionais vividos, enquanto o sucesso conjugal engloba a duração do casamento, e agrega a qualidade relacional e a satisfação conjugal; já a qualidade conjugal se prende com aspetos mais objetivos e observáveis da conjugalidade, tais como o desempenho na e da relação podendo ser aferido por terceiros, já a satisfação imbrica na avaliação pessoal e subjetiva, de componentes cognitivos e afetivos, particularmente de perceções que cada cônjuge tem relativamente à relação e ao outro (Narciso, Costa & Prata, 2002).

Tal não permite descartar a interdependência entre estes dois últimos construtos,

qualidade e satisfação, pois segundo Narciso e colaboradores (2002) a satisfação pode ser aferida a partir da qualidade conjugal.

Para Norgren e colaboradores (2004), a satisfação implica colmatar necessidades e desejos, estando também ela implicada na correspondência de expectativas do outro elemento do casal. Já Hendrick e Hendrick (2000) consideram esta como um julgamento sumativo da relação conjugal.

Se considerarmos a satisfação como a avaliação do sujeito à relação, esta debruça-se sobre:

- Fatores inter-intrínsecos, como o amor, que segundo Sternberg e Barnes (1988) incluem três componentes, *paixão*, *a intimidade* e *o compromisso*;
- Fatores inter-extrínsecos (funcionalidade), que incluem elementos como a comunicação e os conflitos;
- E por último, a valência, valor positivo ou negativo que lhes atribuí (Cit in. Narciso, 1994/95).

Um exemplo da presente “tríade” de avaliação da satisfação (fatores inter-intrínsecos, fatores inter-extrínsecos e valência), encontra-se na escala de avaliação da satisfação conjugal, EASAVIC, - utilizada na presente investigação -, que contempla cinco áreas da vida conjugal, incluídas na dimensão Funcionamento Conjugal, sendo estas, as funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra-familiares, comunicação e conflitos; bem como cinco áreas referentes à dimensão Amor, sendo estas sentimentos e sua expressão, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, características físicas e psicológicas). Obtendo-se a valência da satisfação através da soma das correspondentes áreas ou pelo peso relativo de cada uma delas. Refira-se ainda que a avaliação inclui três focos de avaliação, casal, conjuge e o próprio respondente, indo para além das primeiras formulações efetuadas por Narciso (1994/1995) acerca da satisfação.

Ainda segundo Narciso (2001) três tipos de fatores influenciam a satisfação e qualidade conjugal. Os primeiros denominados centrípetos, i.e., que geram a relação e sendo por esta diretamente gerados. Incluem processos comportamentais, refletindo o funcionamento conjugal, estando aí incluídas a comunicação e os conflitos; os processos cognitivos, tais como perceções, atribuições e expectativas, bem como padrões cognitivos; e ainda os processos afetivos, amor, intimidade, - revelação mútua, escuta recíproca, preocupações e cuidados com o parceiro, a amizade, a compreensão

mútua, o apoio emocional e a preocupação com o bem-estar do outro -, e compromisso, - desejo e empenho em manter e perpetuar a relação e pela incapacidade de considerar alternativas ao parceiro.

Os segundos, denominados centrífugos, periféricos à relação, incluem os fatores contextuais (e.g. família de origem, rede social e o trabalho), os fatores pessoais tais como, os padrões de vinculação, características da personalidade e aspetos demográficos (e.g. sexo, idade, escolaridade).

O terceiro conjunto de fatores incluem-se no fator tempo/percurso de vida conjugal (Narciso et al, 2002), estando aqui incluídas, o tempo de namoro, tempo de casamento, etapas normativas do ciclo de vida (e.g. nascimento do primeiro filho, reforma) e situações não normativas (e.g. divórcio, situações de infidelidade).

Complementarmente outros modelos de conjugalidade como o de Johnson e Booth (1998) incluem também eles fatores centrífugos, como a personalidade e as experiências de vida de ambos os cônjuges, estando ambas sob influências fatores centrípetos, ambientais, mas provindo de padrões de interação precoce do relacionamento atual.

Já Fincham, Beach e Kemp-Fincham (1997) salientam o fato de que os relacionamentos humanos são pautados por discontinuidades, oscilações entre afetividade positiva e afetividade negativa, por outras palavras entre um continuum de completa satisfação à completa insatisfação com a relação e com o companheiro.

Tal foco nas discontinuidades é tanto mais relevante, quanto mais as relações são entendidas como dinâmicas. Tendo em consideração o modelo de Narciso (2001), mais concretamente o tempo/percurso de vida conjugal, constata-se que a satisfação é por um lado contextualizada em momentos de vida, e.g. nascimento do primeiro filho, depreendendo-se que esta também oscila.

2.3.3 Conjugalidade e doença crónica

Tal como referenciado anteriormente satisfação e felicidade conjugal são por diversas vezes utilizadas como sinónimos, considerando que a relação conjugal pode ser a principal fonte de felicidade, se a satisfação for elevada.

Por sua vez, relações conjugais consideradas pelos próprios como satisfatórias estão associadas a taxas elevadas de bem-estar subjetivo e satisfação com a vida

segundo. A lógica por detrás de tal associação segundo Watson, Hubbard e Wiese (2000), é a de que relação feliz serve de escudo protetor contra o *stress*.

A ligação afetiva mantida com o outro significativo, é idealmente uma das principais fontes de apoio emocional, podendo ainda servir de incentivador de hábitos de vida saudáveis (Hawkins e Booth, 2005). Outros autores como Schmaling e Sher (1997) obtiveram associações positivas entre conjugalidade e desempenho do sistema imunitário, e associações negativas entre conjugalidade e indicadores psicopatológicos, tais como a depressão e a ansiedade.

Daqui se depreende, que as relações conjugais podem ter um inverso, i.e., podem ser causa de grande infelicidade, caso a satisfação conjugal for baixa. Segundo resultados obtidos por Narciso, Costa e Pina Prata (2002), os sujeitos com maiores índices de infelicidade e insatisfação encontram-se mais vulneráveis, apresentando com maior frequência comportamentos de risco, - abuso de álcool e tabaco -, maior probabilidade de psicopatologia, homicídio, suicídio, violência e doença física, depressão e menor qualidade de vida. Face a tais vivências, Hawkins e Booth (2005) consideram que o divórcio com a correspondente não manutenção da relação torna-se mais um fator desencadeador de maior bem-estar físico e psicológico do que de ansiedade, remorso e culpa.

Visualizando mais uma vez a conjugalidade pelos aspetos positivos constata-se que um bom ajustamento, as formas de comunicação abertas e estratégias de resolução de conflitos baseadas na partilha influenciam os restantes membros do sistema familiar, ou seja, os filhos, através de padrões de cuidados e na qualidade das relações mantidas entre progenitores e seus filhos. O mecanismo psicológico envolvido é segundo Dessen e Braz (2005) é a de que o apoio emocional dos pais em direção às mães favorece o desenvolvimento dos filhos.

Por sua vez Duvall (1977) salienta um outro aspeto, a de que a satisfação conjugal elevada está associada a uma elevada satisfação sexual. A investigação levada a cabo por Spence (1997) com amostras saudáveis e com problemas sexuais aponta também nessa direção, de que casais com elevados níveis de satisfação reportam também níveis elevados de satisfação sexual.

Relativamente à existência de doença crónica num dos conjugues é liminarmente sabido que provoca e eleva os níveis de stress na relação conjugal, sendo que o stress em conjugação com a satisfação conjugal, têm efeitos negativos no curso de uma

doença (Schmaling e Sher, 1997).

Embora, a obesidade não seja considerada uma doença crónica incapacitante pode atingir várias dimensões, nomeadamente, o trabalho, os papéis familiares e a própria satisfação conjugal. Relativamente ao trabalho, pode haver de forma deliberada um menor contacto com clientes, permitindo a colegas de maior atratividade física a sua exposição.

Qualquer doença crónica acarreta uma maior ou menor diminuição do rendimento mensal líquido do casal, considerando a prescrição de medicamentos e tratamento e menor disponibilidade para trabalhar. No caso concreto da obesidade, esta por si só pode acarretar um impacto mínimo, contudo, as doenças associadas (e.g. diabetes tipo II, insuficiência respiratória, inflamação das articulações) eleva-a.

Por sua vez os problemas de saúde requerem maior disponibilidade de tempo, energia e atenção. Tais exigências podem ser tão elevadas que a qualidade conjugal pode ficar comprometida (Wilson et al, 1997).

Se num primeiro momento a “incapacidade física” do cônjuge eleva o stress e insatisfação deste, posteriormente contribui para o agravamento da qualidade conjugal, com impacto no parceiro. Diversas relações podem ser delineadas: se o obeso estiver demasiado centrado na sua doença, pode não responder às necessidades e não prestar apoio emocional e afetivo ao conjugue, diminuindo a qualidade do relacionamento; por sua vez as respostas emocionais exageradas, como ansiedade, depressão e raiva face à alteração da imagem corporal pode originar comportamentos negativos e hostis em direção ao conjugue, uma terceira relação pode incluir uma retração da intimidade do casal, com a agravante diminuição da comunicação do e para o casal.

2.4 SEXUALIDADE

2.4.1 Definição de Sexualidade

A sexualidade humana é um campo de estudo recente que imbrica na cultura, com os seus tabus, interdições e prescrições, é decididamente um campo imbuído de subjetividade e muito para além da simples função reprodutora.

Se no passado esta esteve muito restringida à genitalidade e à função reprodutora por força da cultura e religião judaico-cristã dominante na cultura ocidental, os primeiros estudos de Sigmund Freud levaram a novas aberturas (Heiman, Gladue, Roberts & LoPiccolo, 1986). Por sua vez a emancipação feminina, com a subsequente introdução no mercado de trabalho permitiu leituras complementares à sexualidade masculina, a sexualidade no feminino (Parker, 1999).

A própria definição de sexualidade é também ela não consensual, se a Organização Mundial de Saúde define-a como *uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual* (cit. in Santos & Moita, 1993).

Desta definição se depreende que a sexualidade está mais relacionada com atividades afetivas, de sentir, gostar e amar, com consequentes comportamentos que poderão ou não culminar com o ato sexual em si.

Se de forma oposta visualizarmos a sexualidade através do próprio ato sexual, i.e., da sequenciação do próprio ato sexual, constata-se que a definição de sexualidade possui um largo consenso, estando este expresso no DSM IV-R (American Psychiatric Association, 2002) (cf. Quadro I para maior detalhe).

Quadro 2.2 : Fases do ciclo de resposta sexual segundo o sistema de classificação do DSM IV-R

Fases do ciclo de resposta sexual segundo o sistema de classificação do DSM IV-R

1) Desejo: fase que diz respeito às fantasias sobre a atividade sexual e ao desejo existente em relação à mesma. Inicia-se com qualquer tipo de estimulação de carácter sexual que seja excitante para o individuo, podendo-se observar alterações fisiológicas.

2) Excitação: relacionada com a sensação subjetiva de prazer sexual, acompanhada por um acréscimo nas alterações fisiológicas, enunciando-se a lubrificação vaginal na mulher e tumescência do pénis até à ereção no homem. No caso específico da mulher, a lubrificação vaginal origina-se no transudado plasmático dos capilares localizados na mucosa vaginal,

constatando-se aumento de volume do clítoris e pequenos lábios vaginais. Tal fase é desencadeada em conjunto ou apenas por estímulos psicológicos, nos quais se incluem fantasias ou presença do objeto de desejo e estímulos fisiológicos (e.g. toque)

3) Orgasmo: o orgasmo pode ser definido por sensações intensas de prazer acompanhado por reações fisiológicas que ocorrem como culminar de uma experiência sexual, seja esta coito ou masturbação. Esta fase é caracterizada pela sua duração (extremamente curta quando comparada com as fases precedentes e procedente), mas com eleva a libertação de energia. As sensações orgásticas estão intimamente relacionadas com descargas elétricas do córtex límbico, bem como com a libertação de endorfinas. No caso específico da mulher, o orgasmo é acompanhado por contrações rítmicas do terço externo da vagina, do útero e do esfíncter anal, que após atingir o auge, diminuem mais ou menos abruptamente de intensidade, duração e frequência. Durante esta fase, - a do orgasmo - , a atenção focaliza-se nas sensações corporais internas, mais especificamente na zona vaginal e regiões circundantes, por sua vez a experiência subjetiva que a acompanha inclui a sensação de intenso prazer.

4) Resolução: fase final de resposta sexual, caracterizada pela reversão das alterações anatômicas e fisiológicas da excitação. No caso específico da mulher, a vasocongestão diminui e o útero regressa à sua posição original, a vagina encurta e estreita. Constata-se ainda em ambos os sexos sudação e regressão dos níveis de excitação sexual e uma sensação subjetiva de bem-estar generalizado e de relaxamento muscular.

Já para Weeks (1999), a sexualidade é entendida como uma descrição geral para as crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente construídas e historicamente modeladas e relacionada com o campo sexual. Parker (1999), de forma semelhante e sustentado pela teoria do construtivismo social, interpreta a sexualidade de forma transversal, alicerçada em dois pilares, a cultura e a história.

Enquanto que Wiedermann (2002), considera-a um processo complexo que envolve de forma conjunta comportamentos, sentimentos e pensamentos, muitos destes imbuídos em incertezas, hesitações, dúvidas e vulnerabilidades sobre o seu próprio corpo e respetivo desempenho, concretizando a mulher obesa, poderá ver a sua condição física como um impedimento à concretização da sua sexualidade plena, influenciando assim negativamente, a sua experiência sexual.

Complementando, diversos autores de diversos quadrantes da psicologia (e.g. Freud e Erikson) salientam o aspeto desenvolvimentista da sexualidade, considerando-a como uma constante nas diversas fases da vida (infância, adultez e velhice), mas assumindo diversas formas e manifestações, consoante a fase de desenvolvimento do sujeito (Weeks, 1999)

Considerando ainda que a sexualidade é uma parte importante da vida de um indivíduo, o corpo é central para a sexualidade. Para Seymour (1998) é incontornável o corpo para se ser sexual e haver intimidade. É precisamente este último constructo, a intimidade sexual, que será abordado no próximo capítulo.

2.4.2 Relação entre Intimidade Sexual, Satisfação Sexual e obesidade

A sexualidade é um processo que se desenvolve ao longo do *life span*, uma das principais dimensões remete para a intimidade física e sensorial, a busca de novas experiências é propiciador à ação (Bancroft, 1989)

É assim que ao longo de diversas fases as funções biológicas vão sofrendo modificações intrínsecas e extrínsecas, nas quais a sexualidade é uma delas, culminando numa integração da sexualidade puramente entendida como biológica, com pensamentos, sentimentos e relações interpessoais.

A intimidade sexual vai para além de funções meramente procriadoras, psicologicamente falando, encontra-se relacionada com o relacionamento conjugal, mais precisamente com a qualidade deste e claro ao próprio sujeito (Relvas, 1996).

Este constructo é por sua vez um elemento de validação da relação, mas também de crescimento e desenvolvimento da relação. O compromisso na relação a dois em conjugação com o processo de estruturação, adaptação e individualização, são elementos essenciais, são a génese do florescimento da intimidade.

Nesta perspetiva a sexualidade é um elemento chave da existência e da continuidade da espécie, é no homem invertido, a primeira proximidade, contacto, conhecimento do outro; é numa palavra, intimidade, e só depois, um comportamento sexual.

Segundo Pegorer (2010) o comportamento sexual deriva desta partilha profunda do outro, retroalimentada por sua vez pelas experiências com o outro, originando idealmente uma maior exposição e aceitação mútua.

Os resultados obtidos por Gozzo (2008), baseado em análise de conteúdo de entrevistas tendo como foco a sexualidade feminina destacaram a relevância da intimidade na relação, propiciadoras do prazer sexual.

No seguimento do presente raciocínio, a uma maior intimidade está associada uma melhor sexualidade, uma maior satisfação sexual, mas qual a diferença e relação entre ambos (intimidade e satisfação sexual)?

Se a satisfação sexual, é em traços gerais a avaliação subjetiva de satisfação na esfera sexual, sendo um dos produtos da autoestima sexual, entendido como *o estado de disposição para avaliar positivamente a capacidade para se relacionar sexualmente com outros* (Snell, Fisher & Walters, 1993; Cit. in Silva, 2008), também a intimidade sexual é um elemento que deriva da autoestima sexual, mas necessariamente baseada na interação a dois, recíproca e entre iguais (Banson, 1995; Cit. in Vilarinho, 2010).

Para Campbell (1989) esta configura-se como um estado subjetivo de proximidade a uma outra pessoa que gratifica, um desejo de calor e de relacionamento que fornece a oportunidade de expressão motivados pela sexualidade e agressão. Enquanto que para Beavers, é entendido de forma algo poética como *a alegria de ser conhecido e aceite por outro que é amado* (1985, p. 52).

Já a investigação de Aron e Henkemeyer (1995) conseguiu diferenciar ambas as medidas subjetivas da sexualidade, mas verificando-se que se associavam no mesmo sentido, - positivo -, com diversos indicadores da qualidade da relação, nas quais se destacam, o amor, o compromisso e a durabilidade da relação.

Relativamente à obesidade, esta tem-se verificado como um fator de impacto negativo na satisfação sexual, mas também na intimidade sexual (Aron & Henkemeyer, 1995). Expondo os mecanismos psicológicos subjacentes, o sujeito ao desenvolver percepções de inferioridade face aos padrões de beleza vigentes, pode assim sofrer sentimentos de inadequação e alteração da imagem corporal o que originará menores níveis de intimidade, comprometendo por sua vez os níveis de satisfação; dificuldades mais práticas que se prendem com comprometimento funcional (e.g. posicionamento corporal, menor desempenho), onde poderão também eles afetar um maior envolvimento e comprometimento sexual ou mesmo levar a uma subvalorização, ou em casos extremos a negação desta dimensão, como mecanismo cognitivo de proteção do *self*, mantendo uma avaliação positiva de si.

Segundo o modelo de autoconceito de James, esta mudança na estrutura do autoconceito compreende-se na medida em que a obtenção de sucesso em áreas de grande importância pessoal levaria a níveis elevados de autoestima, já o sucesso ou insucesso em áreas de pouca importância produziria um impacto menor na autoestima (Harter, 1999).

Adaptando o modelo ao caso concreto do impacto da obesidade na sexualidade, o sujeito face a uma doença crónica como a obesidade, com um impacto mais ou menos significativo na sexualidade, poderá diminuir ou reduzir a importância dada à sexualidade, o que irá permitir ao sujeito manter níveis ótimos de autoestima, preservando o *self*.

Uma segunda explicação complementar à primeira é emitida por Harter (1993, 1999) que considera que a autoestima é função da competência percebida em áreas consideradas como muito importantes ou importantes, logo a presente reestruturação das áreas de importância iria implicar um impacto diminuto no *self*.

Passamos de seguida a aprofundar o constructo de satisfação sexual afluída no presente capítulo.

2.4.3 Satisfação Sexual

A satisfação sexual é um constructo abstrato que revela a subjetividade do ato sexual, desvelando a importância do sujeito e da díade que nela está incluída. Sendo que para Pechorro (2006), a satisfação sexual é um dos fatores psicológicos mais avaliados na área das disfunções sexuais (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

O que não implica falta de consenso relativa à própria definição e à posterior operacionalização deste constructo, apresentando na literatura diferentes concepções e metodologias de avaliação.

Para Tavares (1990) a satisfação sexual é uma resposta positiva/negativa do sujeito, perante os comportamentos implicados no ato sexual, incluindo aspetos fisiológicos e psicológicos, tais como as componentes sensoriais e de libertação da tensão sexual (orgasmo), bem como com a própria interação afetiva entre os parceiros.

Posteriormente, Galvão (2000) formula a sexualidade humana como uma estrutura tridimensional, - genitalidade, afetividade e personalidade - , sendo que só através desta é possível atingir uma sexualidade equilibrada e satisfatória.

No caso concreto da nossa amostra, e tendo em consideração a presente formulação, podemos especular que a doença crónica, a obesidade, poderá afetar as três estruturas da sexualidade (genitalidade, afetividade e personalidade), no sentido em que poderá dificultar de forma concreta o ato sexual (e.g. certas posições sexuais, o desempenho sexual); interferir no grau de entrega ao parceiro, apresentando-se sentimentos negativos face ao ato em si, pela baixa satisfação corporal e vergonha do próprio corpo (afetividade); e poderá ainda apresentar um baixo autoconceito sexual, relevando um impacto na personalidade.

Já para Pinney, Gerrard, e Denney (1991) a satisfação possui duas dimensões: uma pessoal, a satisfação sexual geral, relacionada com a satisfação da mulher, tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais; e uma dimensão interpessoal, relacionada com a satisfação com o seu companheiro (Cit. in Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009).

Outros autores nos quais se incluem Davidson, Darling, e Norton (1995) destacam a importância das experiências sexuais passadas do indivíduo, expectativas atuais e aspirações futuras, que condicionam de forma positiva ou negativa os sentimentos de satisfação sexual no presente.

A importância atribuída à satisfação é patente nos esforços de diversas organizações tais como a Fundação Americana de Doenças Urológicas (1999) ao tentarem criar uma proposta para uma nova categoria nosológica, a desordem de satisfação sexual. Tal desordem referia-se à não-satisfação subjetiva de satisfação sexual, mesmo com a presença de desejo, excitação e orgasmo (Cit. in Reizinho, 2008). Embora a presente categoria não tenha recebido consenso, e por falta de dados epidemiológicos não tenha passado, foi incluída como um critério de desconforto relacionado com a sexualidade, como condição *si quo non* para o diagnóstico para a maioria das perturbações sexuais femininas (Reizinho, 2008)

Diversos autores nos quais se incluem Snyder e Berg (1993), revelam que a relação entre perturbações sexuais e satisfação sexual nem sempre é clara, mas que é possível discernir ambos os constructos, se a satisfação sexual refere-se a uma resposta afetiva, baseada na avaliação subjetiva do sujeito às diversas dimensões constitutivas do relacionamento sexual, já as perturbações sexuais incluem um vasto leque de doenças com critérios rigorosos de classificação (e.g. temporalidade, número mínimo de sintomas e sinais), podendo incluir ou não nestes, a satisfação sexual.

Embora a generalidade dos estudos (e.g. Heiman, Gladue, Roberts, e LoPiccolo, 1986; Snyder e Berg, 1983) revele correlações negativas entre disfunções sexuais e satisfação sexual, o que é indicativo de uma maior probabilidade destas duas identidades, não o é de causalidade, podendo especular-se sobre a distintividade e independência dos fenómenos.

Pelo contrário, variáveis sociodemográficas e psicológicas têm-se revelado preditores mais eficazes que as disfunções sexuais, tema do próximo capítulo.

2.4.4 Sexualidade e diferenças de género

Se os géneros se diferenciam pelos fatores morfológicos externos, isto é, vagina e útero, na mulher, e pénis e testículos no caso do homem, bem como por características sexuais secundárias, sendo que o homem é caracterizado por maior massa muscular, ombros largos, que é indicativo de maior capacidade pulmonar e voz grossa, já a mulher, pelo crescimento de seios, presença de pelos púbicos e axilares, alargamento da bacia, menstruação e maior acumulação de tecido adiposo. Já o resultado da prática sexual, o orgasmo, é idêntico, bem como as consequências, maior bem-estar psicossocial (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).

Contudo, Basson (2002) um dos principais críticos do modelo linear da resposta sexual, defende modelos não-lineares que permitam diferenciar a resposta sexual feminina, nas suas diversas componentes, subjetiva, objetiva ou desenvolvimentista.

No mesmo sentido, mas salientando fatores sociais e culturais, Silva (2008) considera que desde o nascimento, o indivíduo irá ser levado a definir as condutas inerentes a papéis sexuais, e atribuições associadas a cada género, por um longo processo de socialização na qual as figuras parentais e posteriormente os grupos de pares são os principais fatores de influência.

Uma das implicações, pelo menos a mais visível do impacto da cultura e sociedade sobre a sexualidade, são as próprias condutas sexuais, a sua forma, na qual o homem assume protagonismo e um papel de iniciativa, mas também na intergeracionalidade, i.e. a transmissão de valores, normas e padrões culturais, às gerações vindouras (Vaz, 1996).

Para Hurlbert e Apt (1994) e Hurlbert, Apt e Rabeahl (1993) os estereótipos sexuais, salientam elementos distintos na satisfação sexual, para os homens seria a frequência

sexual, enquanto que para as mulheres os aspetos emocionais associados aos relacionamentos sexuais são os elementos principais.

Os resultados obtidos por Sprecher (2002), tendo como amostra, estudantes universitários (N103), são complementares às observações de Hurlbert e Apt (1994), tendo a durabilidade da relação a ser predita pela satisfação nos homens, e pela satisfação relacional, nas mulheres.

Por sua vez, DeLamater (1991) observou que mulheres com maior insatisfação sexual também apresentavam queixas relativamente ao amor, afeição e carinho, depreendendo-se daqui que a qualidade emocional das interações possui um impacto significativo na sexualidade feminina.

Outros estudos, como o de Garcia (1999), obtiveram resultados de diferenças de género relativamente à auto-perceção sexual, sendo que o grupo constituído por elementos do sexo masculino percecionava-se de forma mais positiva (mais experiente, ativos), enquanto as mulheres valorizavam dimensões afetivas (atratividade e romantismo).

Enquanto, que Carvalho (2008) refere diversos estudos como o de Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2006) nos quais se salienta o desejo sexual, tendo o género masculino obtidos resultados superiores e mais estáveis, estando a sua sexualidade mais implicada em fatores biológicos, enquanto o género feminino, obteve resultados inferiores com maior oscilação, e imbricando em fatores contextuais.

Por sua vez, a intimidade emocional no feminino torna-se um fator de motivação e incitação para um contexto favorável para a atividade sexual, enquanto a intimidade no masculino é um produto, i.e., obtida através do ato sexual (Levine, 2002).

Em último, - mas sabendo que existem outras tantas diferenças -, Carvalho (2008) obteve resultados alarmantes, mas consistentes com estudos anteriores (e.g. Grant & Weissman, 2007), de que o sexo feminino aparenta índices mais elevados de ansiedade, somatização e perturbações de humor, podendo acarretar um impacto negativo no desejo sexual, com a redução deste.

Passemos de seguida a elucidar possíveis relações entre satisfação sexual, satisfação conjugal, imagem corporal e obesidade.

2.5 ESTUDOS NA ÁREA DA OBESIDADE, SATISFAÇÃO CORPORAL, SATISFAÇÃO SEXUAL E SATISFAÇÃO CONJUGAL

A obesidade possui um impacto psicológico, superior à gravidade da doença, encontrando-se negativamente associada a diversas dimensões do autoconceito (autoconceito físico), autoestima e a diversos indicadores de satisfação (e.g. Satisfação conjugal, Satisfação sexual e Satisfação corporal); associando-se positivamente, ainda a indicadores psicopatológicos, como depressão e ansiedade (e.g. Assinakopoulos, Karaivazolou, Panayiotopoulos, Hyphantis, Ioconomou & Kalfarentzos, 2011).

Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004) constatam que a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso pode provocar no obeso, uma desvalorização da sua autoimagem e autoconceito, diminuindo também a sua autoestima. Por consequência, podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento da sensação de inadequação social, com uma sequente degradação da performance relacional.

O estudo levado a cabo por Silva e Lange (2010) apresentam resultados nesse sentido, mostrando sentimentos de insatisfação com a imagem corporal, ansiedade, baixa autoestima, angústia, agressividade, tristeza, compulsão, e negação por parte de mulheres obesas. Os autores constataram também que os fatores socioculturais detêm um papel determinante sobre aspetos psicológicos.

Diversos autores sustentam a ideia de sentimentos de vergonha e inadequação por parte dos indivíduos com obesidade (e.g., ir à praia, vergonha sair com amigos) (Almeida, Loureiro & Santos, 2002; Leonhard & Barry, 1998; Ogden & Evans, 1996).

Segundo Guimarães (2007; cit in Silva & Lange, 2010), o excesso de gordura corporal deixa o indivíduo com obesidade desengonçado, levando a que se sinta incomodado com a sua situação, afetando a sua autoestima (i.e., provocando um baixo autoconceito de si). O autor refere ainda que nalguns casos, o indivíduo obeso investe na área intelectual com o intuito de suprimir a falta de controlo sobre a obesidade.

Masset e Safons (2008) obtiveram resultados complementares num estudo piloto onde analisaram a relação entre excesso de peso e insatisfação corporal em mulheres com sobrepeso (N=5). Os resultados foram inconclusivos, no entanto, evidenciaram-se sentimentos de insatisfação com a imagem corporal e sensações de mal-estar emocional e psicológico, relativos a trajetórias sociais. Constatam que apesar das consequências negativas provocadas pelo excesso de peso, as mulheres não revelavam perseverança

para modificar estilos de vida menos saudáveis.

Estudos empíricos levados a cabo por Almeida, Oliveira e Vieira (2008), com o intuito de analisar a relação entre imagem corporal e duração de obesidade numa amostra de mulheres com diferentes graus de obesidade (N=104), constataram que quanto mais precoce o início da doença, maior o grau de obesidade. Relativamente à imagem corporal, 4,81% não reconhecia o tamanho do seu corpo. Embora, 67,31% referissem gosto em cuidar da aparência, 42,31% apresentava dificuldade em ver-se ao espelho. Quanto a sentimentos de solidão, 66,35% indicava não se sentir sozinha, no entanto os sentimentos de solidão aumentavam em proporção ao grau de obesidade. Os resultados evidenciam que quanto maior o grau de obesidade e mais precoce for o início da doença, maiores os efeitos negativos nos contactos sociais e na satisfação com imagem do corpo.

Resultados complementares foram obtidos por Sarwer, Wadden e Foster (1998) ao investigarem comportamentos e sentimentos de mulheres com obesidade. Os autores aferiram que as mulheres obesas se sentem aborrecidas quando pensam no seu corpo, escondem a forma corporal através do uso de roupas largas, evitam observar o seu corpo e evitavam ser observadas por outras pessoas, incluindo pelos seus parceiros. Atestam o impacto negativo que a insatisfação com a imagem corporal detém na vida dos indivíduo, designadamente, sintomas depressivos e baixa autoestima. No entanto, não constataram relação direta entre IMC e insatisfação corporal, resultado diferente de outros estudos.

Por exemplo, Ferreira e Leite (2002) num estudo de validação de questionário - *Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal* -, indicam uma associação entre IMC e satisfação corporal, tendo em conta que mulheres obesas evidenciam maior insatisfação corporal e maior preocupação com o corpo, comparativamente a mulheres não-obesas.

No mesmo rumo, Tribess, Junior e Petroski (2010) obtiveram resultados semelhantes ao analisar a relação entre IMC e satisfação corporal. Os resultados indicam que quanto maior o índice de massa corporal, maior a insatisfação corporal.

Saur e Pasian (2008) constatam resultados semelhantes ao analisarem a relação entre satisfação corporal e as variáveis sexo e idade. Os resultados indicam haver relação entre IMC - tamanho real do corpo – e satisfação com a imagem corporal; sujeitos com baixo-peso e peso normal estão mais satisfeitos com o corpo

comparativamente a sujeitos com sobrepeso e obesidade Não foram encontradas relações entre satisfação corporal e variáveis sexo e idade.

Se a relação entre as dimensões do autoconceito, autoestima, satisfação corporal e satisfação da sexual com a obesidade parece ser direta, como indicam vários estudos mencionados ainda neste capítulo (e.g. Kolotkin, 2006), já a relação entre satisfação conjugal e obesidade, parece ser indireta, sendo mediada por outras variáveis, tais como, imagem corporal, satisfação corporal, satisfação sexual, o mesmo será dizer que o impacto negativo da obesidade na conjugalidade é mais via sujeito, - percepções subjetivas e avaliações acerca de si, do que via parceiro.

Os resultados de Almeida, Loureiro e Santos (2002) apontam nesse sentido, ao investigarem a imagem corporal de mulheres morbidamente obesas. Os autores constataam que as mulheres com peso normal são mais confiantes nas suas relações sociais, comparativamente a mulheres com obesidade que revelam maior insegurança e sentimentos de inadequação.

Os resultados obtidos por Blaine, Diblasi e Connor (2002) e Sheets e Ajmere (2005) indicam que as pessoas obesas reservam-se psicologicamente nas relações de namoro, têm maior dificuldade em atrair um parceiro para o casamento, casam mais tarde, casam-se com parceiros menos desejáveis e com peso relativamente elevado. Estes resultados não são surpreendentes e coadunam-se com as conclusões de outros estudos como o de Trappnell, Meston e Gorzalka (1997), que indicam que pessoas obesas são mais propensas a permanecer solteira toda a vida, são percebidos como menos ativos sexualmente e segundo Wiederman e Hurst (1998) têm menos oportunidades de namoro. Por sua vez no estudo de Wiederman e Hurst (1998), as mulheres que acreditavam que poderia ser ridicularizadas e estigmatizadas por causa do seu peso utilizavam estratégias de evitamento social, i.e., evitavam o contexto e exposição social.

É nesse sentido que os resultados de Puhl e Brownell (2001) apontam, concretamente, indicam que os comportamentos discriminatórios contra as pessoas obesas são fortes e consistentes. Com base em revisão de literatura, constataam que 28% dos professores considera a obesidade como a pior coisa que lhes poderia acontecer, 24% das enfermeiras afirma ter "repulsa" por pessoas obesas, e relativamente a relações familiares, pais de filhos obesos afirmam prestar menos apoio aos filhos com excesso de peso, em comparação a filhos mais magros. Constataam que as pessoas acima do peso

normal são vistas como responsáveis pela sua condição física, sendo-lhes atribuídas diversas características negativas (e.g. preguiçosas, desleixadas). Não surpreendentemente verificam propensão na desvalorização de atitudes discriminatórias face a pessoas obesas.

Igualmente, Shwartz e Brownell (2004) verificam que a obesidade tem sido estigmatizada e associada a características negativas, conduzindo o indivíduo a experienciar sentimentos negativos e de insatisfação com o corpo.

Partindo dos resultados de investigações que se debruçaram sobre intervenções em mulheres obesas, como a de Kinztl, Trefalt, Fiali, Hotter, Bielfl e Aiguer (2001), tendo como amostra, mulheres obesas sujeitas a cirurgia de redução de peso verifica-se que a cirurgia tem um efeito bastante positivo na satisfação com a aparência física (50%), satisfação sexual com o companheiro, maior frequência de sexo, mais satisfação sexual (63%) e ainda melhoria da relação (20%).

Uma outra investigação, a de Assinakopoulos e seus colaboradores (2011), com o mesmo tipo de população, mas metodologicamente mais robusta, - longitudinal (a um ano) e com uma amostra selecionada randomicamente (N=59), chegaram às mesmas conclusões, acrescentando que o IMC se associa negativamente ao funcionamento sexual.

Diversos estudos têm indicado diferenças de género relativamente à satisfação com a imagem corporal e satisfação sexual, mas não quanto à satisfação conjugal.

As mulheres, mais do que os homens, têm sido alvo de pressões sociais, no sentido de se adaptar aos padrões corporais impostos. O culto da magreza e a aversão à gordura podem originar - nos indivíduos que não se enquadram nessa imagem magra -, a insatisfação com o peso e imagem do corpo.

A investigação levada a cabo por Fallon e Rozin (1985; cit in Damarest & Allen, 2000) com o objetivo de analisar a relação entre satisfação com a imagem corporal, género, idade e etnia, numa amostra de jovens universitários de ambos os sexos e etnias africo-americana, hispânica e caucasiana (N=120) constataram maior insatisfação com a imagem corporal nas mulheres, independentemente da etnia. Por outro lado, homens e mulheres calculavam mal as formas que o sexo oposto considerava atraente: As mulheres pensavam que os homens preferiram silhuetas mais magras e homens consideravam que as mulheres preferiam formas corporais mais volumosas. As mulheres afro-americanas perceberam com maior exatidão as silhuetas - mais

volumosas - que os homens consideravam mais atraentes, comparativamente com as mulheres brancas.

No que diz respeito à sexualidade, uma investigação levada a cabo por Haavio-Mannila e Kontula (1997), investigação comparativa por questionário aplicados em 1971 (N=2252) e 1992 (N=1718) revelam o aumento da satisfação sexual nas mulheres. Contudo, destaca-se o facto de que os valores obtidos pelas mulheres mesmo em 1992 serem mais baixos que os dos homens.

Por sua vez os resultados obtidos por Hawton, Gath, e Day (1994), a partir de uma amostra aleatória de 436 mulheres com idade compreendida entre os 35 e os 59 anos, revelaram que 61% das mulheres estavam inteiramente satisfeitas, 19% estavam moderadamente satisfeitas, 14% expressaram alguma insatisfação, e 6% disseram estar acentuadamente insatisfeitas. Mas as principais diferenças na satisfação sexual, não se prendem tanto com o grau de satisfação, mas antes com as fontes de gratificação.

A investigação levada a cabo por Pechorro, Diniz e Vieira (2009) com o objetivo de analisar a relação entre satisfação sexual e funcionamento sexual e entre satisfação sexual e comportamentos sexuais entre mulheres (N=152; com média de idade de 41 anos) não constataram relações entre o funcionamento sexual e satisfação sexual o que segundo os autores, corrobora a hipótese de que o género feminino valoriza mais outros aspetos, tais como a intimidade, o afeto e a satisfação conjugal em detrimento do funcionamento puramente sexual.

No mesmo sentido, Purnine e Carey (1997), ao investigarem a influência da comunicação interpessoal no ajustamento sexual revelaram que a compreensão das preferências sexuais pelo parceiro era preditor da satisfação sexual da mulher, o mesmo não se verificando relativamente ao sexo oposto.

Num outro estudo, desta feita, de validação de questionário, - *Sexual Satisfaction Scale for Women* -, Meston e Trapnell (2005), os resultados obtidos indicam também a importância da comunicação na satisfação sexual, afetando inclusive a capacidade orgásmica da mulher.

Dos estudos acima referenciados destaca-se assim a prioridade que o género feminino deve ter sobre o masculino nos estudos de satisfação, por duas razões, a primeira relacionada com o grau de satisfação, e mais importante ainda, com as particularidades que esta amostra possui.

Passemos de seguida e ainda no presente capítulo a outras investigações que se debruçaram sobre outras variáveis, contempladas na presente investigação (variáveis sociodemográficas, satisfação corporal, satisfação conjugal e obesidade).

As variáveis sociodemográficas pela sua natureza epidemiológica, passível de rápida aferição e de elevada objetividade foram as primeiras que foram abordadas na área.

O estudo de McLaren e Kuh (2002) indica que mulheres de meia-idade se encontram mais insatisfeitas com o corpo, comparativamente a quando eram mais jovens.

Já Siegel (2010) investigou a relação entre insatisfação corporal e idade numa amostra de 55 mulheres, tendo constatado que a insatisfação corporal é disseminada para toda a vida. Na mesma linha, Stevens e Tiggemann (1998) constatam não existir diferenças entre insatisfação com o peso do corpo e a idade. Já Tom, Chen, Liao e Shao (2005), apesar de encontrarem resultados semelhantes, revelam que as mulheres solteiras se preocupam mais em alcançar o corpo ideal, comparativamente com as mulheres casadas.

A idade tem sido manifestamente indiciada como associada positivamente com a satisfação sexual, com as mulheres jovens e adultas a obterem resultados mais elevados que as congéneres mais velhas. Os resultados obtidos por Fugl-Meyer e Sjögren Fugl-Meyer (1999) revelaram que a satisfação diminuía com a idade; Haavio-Mannila e Kontula (1997) revelam, por outro lado, que a experiência subjetiva de satisfação associada à atividade sexual é mais elevada nas jovens adultas (aproximadamente aos 30 anos) e também que diminuía com a idade.

Contudo, tais resultados devem ter em consideração variáveis associadas à idade, no sentido de que a uma idade mais avançada está associada a perimenopausa (período de tempo que ocorre antes da menopausa, com duração variável, meses a anos, marcada por mudanças significativas no ciclo ou, o fluxo sanguíneo do período menstrual) e a menopausa (ausência de período menstrual há mais de 12 meses, com o encerramento dos ciclos menstruais/ovulatórios) (Pechorro, Diniz e Vieira, 2010).

Explicações foram levantadas por diversos autores (e.g. Dennerstein, Dudley, & Burger, 2001; Mansfield & Jorgensen, 1992), sustentando que a menopausa pode afetar a sexualidade feminina, via hormonas (estrogénio e progesterona).

Contudo, estudos empíricos como os levados a cabo por Gallicchio e seus colaboradores (2007), com o intuito de analisar a relação entre a atividade hormonal na transição menopausica e a resposta sexual em mulheres sexualmente ativas, constataram a ausência de influência entre ambas as variáveis, e entre as co-variáveis da menopausa (níveis hormonais de estrogênio) e a resposta sexual. Na mesma esteira, Hawton e seus colaboradores (1994) também não verificaram associação entre o comportamento sexual/resposta sexual das mulheres e o seu estatuto menopausico.

Se considerarmos por outro lado, estudos que se debruçaram sobre a satisfação sexual como os de Dundon e Rellini (2010) constata-se que sintomas menopausicos (e.g. afrontamentos), em conjugação com o ajustamento diádico e o bem-estar psicológico, são preditores de satisfação sexual.

Já Deeks e McCabe (2001), obtiveram resultados complementares, verificando que a satisfação sexual no relacionamento atual associa-se mais fortemente com a idade do que com o estatuto menopausico, com a exceção de que na subamostra com disfunção sexual, das duas variáveis, a melhor preditora seria a menopausa e não a idade.

As habilitações literárias têm também sido referenciadas na literatura como variáveis relevantes no estudo da satisfação.

Os resultados obtidos por McLaren e Kuh (2002) indicam que a insatisfação com a imagem corporal é superior em classes sociais mais elevadas

Haavio-Manilla e seus colaboradores (1997), Laumann, Gagnon, Michael, e Michaels (1994) obtiveram associações positivas entre satisfação sexual e escolaridade.

Em contracorrente, o estudo levado a cabo em Portugal por Nobre (2003), apresenta resultados contraditórios, i.e., não se verificam associações entre o nível educacional e o funcionamento sexual, na qual a satisfação sexual estaria aí incluída, como a lubrificação e a dor coital, mas antes entre a idade e a satisfação sexual.

Contudo, limitações metodológicas condicionam as conclusões a retirar, nomeadamente a desproporcionalidade de mulheres com elevada escolaridade (apenas 6,9% da amostra tinha habilitações inferiores ao 12º ano) e jovens (M=31 anos), mesmo tendo em consideração o número elevado da amostra (N=188).

Relativamente a variáveis psicológicas, leia-se satisfação conjugal, constata-se ainda que a generalidade dos estudos salienta a associação positiva entre satisfação sexual e satisfação conjugal (e.g. Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). O que seria

expectável, pois segundo diversos autores (e.g. Trudel, 2002), esta é uma das componentes da satisfação conjugal, a par de outras componentes, como a intimidade, a comunicação entre o casal, o que parece mais uma vez indicar que a sexualidade não existe num vácuo e não se limita unicamente ao ato sexual em si.

É nesse sentido que os resultados de Haavio-Mannila e Kontula (1997) apontam, mais especificamente indicam que casais com elevados níveis de comunicação ao nível sexual (e.g. preferências e desejos sexuais) apresentam também níveis mais elevados de satisfação sexual.

Já Smith e seus colaboradores (2011), embora constatem efeitos relevantes entre satisfação sexual e relação conjugal, esta apenas se prendeu com a frequência da atividade sexual.

Enquanto, Renaud (1997) na sua investigação salienta uma relação forte entre satisfação sexual e a qualidade da relação, mas que a satisfação sexual era mais relevante no sexo feminino do que no sexo masculino. Resultados similares foram obtidos em outras investigações como as de Moret, Glaser, Page, e Bargerion (1998) e Holmberg, Blair e Phillips, (2010).

Paralelamente, o estudo de âmbito nacional de Nunes (2001), utilizando uma metodologia qualitativa (análise de conteúdo de entrevista), mas com uma amostra bastante significativa (N=681) obtiveram um número significativo de significações referentes à intimidade (conjugal e sexual) e prazer, estando estas associadas à satisfação sexual, depreendendo-se a importância que os sujeitos atribuem a estas significações na construção da satisfação.

Ainda na satisfação, mas desta feita, a satisfação corporal tem sido também ela associada às variáveis supracitadas. Segundo Tantleff e Gokee (2002), a satisfação corporal está intimamente relacionada com a perceção que os indivíduos têm de si mesmo (da sua aparência) e dos seus parceiros, o que condiciona como esta se manifesta, influenciando a forma de se verem a si próprios e a própria relação, originando baixos níveis de satisfação conjugal.

Por sua vez, segundo Wiedermann (2002), uma imagem corporal pobre e negativa encontra-se relacionada a níveis baixos de satisfação sexual e um menor número de experiências sexuais, que poderiam por sua vez contribuir para uma reconstrução da imagem corporal ou levar a uma simples incorporação de elementos positivos associados à imagem corporal.

Por outro lado, a insatisfação corporal tem sido por si só, associada a uma discrepância - percepção e desejo - relativa a um tamanho ou forma corporal (Ansari, Clausen, Mabhala & Stock, 2010), não se encontrando associada diretamente ao tamanho real do corpo.

Neste sentido, Branco, Hilário e Cintra (2006) ao investigarem a relação entre IMC, percepção corporal e satisfação com a imagem corporal num grupo de adolescentes, revelaram que os adolescentes – especialmente as raparigas - com sobrepeso e obesidade apresentavam maior insatisfação. Os resultados indicaram também que raparigas com baixo peso não se percecionavam dessa forma, sobrestimando o seu peso. As raparigas que percecionavam a sua imagem real acertadamente consideravam-se mais gordas do que realmente eram. Quanto aos rapazes, os com sobrepeso, consideravam-se mais magros do que na verdade eram.

A investigação levada a cabo por Bosi, Luiz, Morgado, Costa e Carvalho (2006), estudo empírico com o objetivo de avaliar percepções corporais numa amostra de estudantes universitárias (N=193) revela que o corpo ideal tem maior impacto que o corpo real ao nível da satisfação corporal. As mulheres com peso normal desejam ser mais magras com o intuito de se adequarem aos padrões corporais

Outras explicações foram levantadas por diversos autores Nunes, Olinto, Barros e Camey (2001), sustentando que mulheres com baixo-peso ou peso normal que se sentem gordas apresentam maior risco – 4 vezes superior – em desenvolver perturbações do comportamento alimentar. O estudo de Almeida, Santos, Pasian e Loureiro (2005) identifica a pressão dos padrões socioculturais na origem da distorção do tamanho do corpo - nas mulheres-, tendo em conta que a representação do corpo reflete desejos e a projeção de uma imagem ideal de si. Por outro lado, a negação e o não reconhecimento do tamanho real do corpo desencadeiam insatisfação corporal dificultando o processo de socialização por parte dos sujeitos.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Leonhhard e Barry (1998) sustentando as mulheres com peso normal não conseguem identificar o tamanho do seu corpo, enquanto as mulheres com obesidade têm tendência em subestimar o seu peso, percecionando menor grau de adiposidade.

Segundo Andrade e Bosi (2003) a distorção da imagem do corpo ocorre pela necessidade em se ser aceite e amado pela sociedade, e as mulheres em concreto, distorcem a imagem real do corpo e possuem ideais corporais desajustados em virtude

de uma exposição aos atuais padrões de beleza.

III METODOLOGIA

O presente estudo é Transversal e Correlacional, com uma amostra constituída por dois grupos, o primeiro constituído por sujeitos com sub-peso ou peso normal (G1) e o segundo por sujeitos com sobrepeso até obesidade de tipo 3 (G2).

Pretende-se num primeiro momento correlacionar a satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual, e o índice de massa corporal tendo como variáveis moderadoras, a escolaridade e estado civil. Num segundo momento pretende-se investigar as diferenças entre os dois grupos relativamente às variáveis supracitadas.

3.1 Desenho da Investigação

3.1.1 Questão Inicial

Conforme a revisão de literatura efetuada no enquadramento conceptual, várias investigações têm salientado a associação negativa entre a obesidade e imagem corporal, com conseqüentes na qualidade dos relacionamentos, sejam sociais ou ao nível da intimidade na sexualidade.

Tendo em conta esta evidência, a questão inicial deste estudo centra-se nas influências que a obesidade tem ao nível da imagem corporal, na conjugalidade e na satisfação sexual. Mais concretamente, procura-se explorar a relação entre o índice de massa corporal e o seu correlato subjetivo (percepções subjetivas de peso) e a satisfação corporal, satisfação conjugal e a satisfação sexual.

As questões iniciais a levantar serão as seguintes: “Quais serão as diferenças entre mulheres obesas/com excesso de peso e mulheres não-obesas ao nível da satisfação corporal, satisfação conjugal e satisfação sexual? Qual o tipo de relação entre satisfação corporal, satisfação conjugal e satisfação sexual?”

3.1.2 Variáveis

As variáveis são indicadoras dos constructos em estudo. A variável independente resume-se a uma dimensão que é manipulada, com o intuito de se conhecer o seu impacto numa outra variável; a variável dependente surge ou muda quando o

investigador suprime ou modifica a variável independente; a variável moderadora, consiste numa dimensão alheia ao estudo que pode influenciar os resultados, atuando de forma interativa. (Faustino, 1999).

Variável Independente:

Denominação da Variável	Definição do Constructo
Índice de Massa Corporal (IMC)	Medida internacional usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal, que segue a seguinte formula: $IMC = \frac{Massa}{(Altura \times Altura)} = Y$

Variáveis Dependentes:

Denominação da Variável	Definição do Constructo
Insatisfação Corporal	Grau de (in)satisfação de cada individuo relativamente ao seu corpo.
Satisfação Conjugal	Grau de satisfação ou insatisfação de cada individuo relativamente às várias áreas da vida conjugal.
Satisfação Sexual	Grau da (in)satisfação sexual de cada individuo relativamente à sua sexualidade, no contexto do relacionamento do casal.

Variáveis Moderadoras:

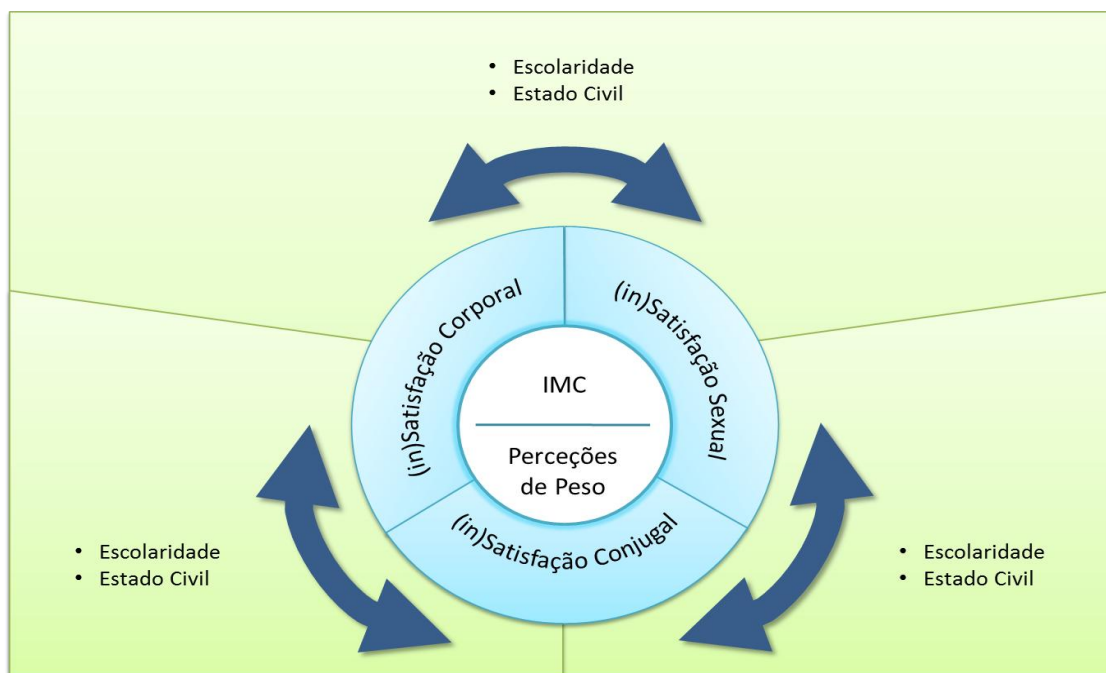
Escolaridade Estado Civil

3.1.3 Mapa Conceptual

O mapa conceptual é uma representação gráfica que mostra as conexões e relações entre os conceitos envolvidos. Expõe os conceitos e as proposições obtidas a partir da revisão de literatura e da recolha de dados, numa linguagem explícita e concisa.

Este mapa permite uma facilitação da compreensão do quadro teórico em estudo. Neste, são incluídas as variáveis em estudo bem como as hipotéticas relações entre elas, sobre as quais este estudo incide.

Figura 3.1. Mapa Conceptual Geral



3.1.4 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

A questão de partida desta investigação remete-nos para o objetivo geral, que diz respeito ao estudo da relação entre obesidade/percepções subjetivas de peso e imagem corporal, conjugalidade e sexualidade, mais concretamente numa amostra de mulheres portuguesas.

Apresenta-se de seguida os objetivos específicos, designadamente:

1. Avaliar a satisfação corporal em mulheres obesas e não obesas;
2. Avaliar a satisfação sexual em mulheres obesas e não obesas;
3. Avaliar a satisfação conjugal em mulheres obesas e não obesas;
4. Analisar as diferenças ao nível de satisfação corporal, a satisfação conjugal e a satisfação sexual em mulheres obesas e não obesas;
5. Analisar as relações entre a satisfação corporal, a satisfação conjugal e a satisfação sexual;
6. Analisar as relações entre as percepções subjetivas de peso e satisfação corporal, satisfação conjugal e satisfação sexual.

3.1.5 Questões de Investigação e Hipóteses

De modo a orientar a investigação nas decisões de amostragem, nas metodologias de recolha, na análise de dados e na explicação das proposições teóricas, estabeleceram-se questões de investigação que irão constituir os contornos do que se pretende investigar.

1. Será que existe alguma relação entre o índice de massa corporal e as seguintes variáveis, satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual? De que tipo?

Hipótese 1: Prevê-se que a obesidade se correlacione negativamente com a satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual.

2. Será que a inclusão de variáveis sociodemográficas, melhor predirá a relação entre a obesidade e as seguintes variáveis, satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual?

Hipótese 2: Se as variáveis sociodemográficas (estado civil e escolaridade) interagirem com a obesidade, então os grupos apresentarão um impacto psicológico distinto ao nível das seguintes variáveis, satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual.

3. Será que mulheres com sub-peso/normal, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3, apresentarão diferenças ao nível da satisfação com o corpo?

Hipótese 3: Se a obesidade tiver impacto psicológico negativo ao nível da satisfação com o corpo, então as mulheres com sub-peso/normal apresentarão valores mais elevados de satisfação com o corpo, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3.

4. Será que mulheres com sub-peso/normal, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3, apresentarão diferenças ao nível da satisfação com a vida conjugal?

Hipótese 4: Se a obesidade tiver impacto psicológico negativo ao nível da satisfação com a vida conjugal, então as mulheres com sub-peso/normal

apresentarão valores mais elevados de satisfação com a vida conjugal, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3.

5. Será que mulheres com sub-peso/normal, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3, apresentarão diferenças ao nível da satisfação com a vida sexual?

Hipótese 5: Se a obesidade tiver impacto psicológico negativo ao nível da satisfação com a vida sexual, então as mulheres com sub-peso/normal apresentarão valores mais elevados de satisfação com a vida sexual, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3.

5. Será que as perceções subjetivas de peso contribuem para diferenças ao nível da satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual?

Hipótese 6.1: Se as perceções subjetivas de peso percebido tiverem impacto psicológico, então verificar-se-á diferenças ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual.

Hipótese 6.2: Se as perceções subjetivas de peso desejado tiverem impacto psicológico, então verificar-se-á diferenças ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual.

Hipótese 6.3: Se as perceções subjetivas de peso considerado atraente tiverem impacto psicológico, então verificar-se-á diferenças ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual.

3.2 Método

3.2.1 Procedimentos

O primeiro passo da presente investigação foi garantir que esta não viola os direitos e o bem-estar dos participantes, não advindo riscos de qualquer tipo para os participantes, sociedade ou instituição, estando garantida a confidencialidade das respostas, para tal recorremos ao parecer de docentes/investigadores da Universidade do Algarve e do Instituto Politécnico de Beja. Após parecer positivo, foi enviada à Direção do Centro de Saúde de Corroios (ACES Seixal – Sesimbra) e ao Departamento de Medicina Geral e Familiar uma proposta de investigação, com a qual concordaram.

A amostra foi recolhida nas consultas de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Corroios, respetivamente, entre Janeiro de 2012 e Março de 2012. Os objetivos e procedimentos da investigação foram explicados, tendo a sua maioria concordado com a sua participação (90%).

A recolha de dados sociodemográficos e da MGIC, EASAVIC e ISS foram feitas pela aplicação dos questionários. Seguidamente procedeu-se à avaliação das medidas corporais, recorrendo-se à balança e fita métrica.

3.2.2 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra de conveniência do presente estudo é constituída por 185 sujeitos, todos do sexo feminino, a idade dos participantes oscila entre os 18 e os 63, com idade média de 35,6 anos (DP = 8,8).

Tabela 3.1 Caracterização da amostra (Idade)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	185	18	63	35,61	8,797
Total	185				

Relativamente, ao estado civil, predominam os casados ou juridicamente equiparados (113; 62,4%), os solteiros (44; 24,3%), os divorciados (22; 12,2) e por último os viúvos (2; 1,1%).

Tabela 3.2 Caracterização da amostra (Estado Civil)

	N	%
Solteira	44	24,3
Casada / União de facto	113	62,4
Divorciada / Separada	22	12,2
Viúva	2	1,1
Total	181	100,0
Desaparecido do sistema	4	
Total	185	

A maioria dos elementos da amostra têm emprego (136; 75,1%). O grau de escolaridade da amostra distribui-se por ordem crescente, 9º ano ou menos (42; 23,2%), curso superior (67; 37%), e 10 a 12º ano (72; 39,8%).

Tabela 3.3 Caracterização da amostra (Escolaridade e Situação profissional)

		N	%
Escolaridade	9º Ano ou menos	42	23,2
	10º, 11º ou 12º Ano	72	39,8
	Curso Superior	67	37,0
	Total	181	100,0
Emprego	Sim	136	75,1
	Não	45	24,9
	Total	181	100,0
Desaparecido do sistema		4	
Total		185	

Relativamente a relação íntima, 166 sujeitos (89,7%) a têm, enquanto apenas 15 sujeitos (8,1%) não possuem qualquer tipo de relação. Considerando os dados obtidos por aqueles que possuem algum tipo de relação íntima, a maioria possui-a à mais de 10 anos (n67; 40,4%), 43 (25,9%) à mais de 5 e menos de 10 anos, enquanto os restantes encontram-se numa relação à mais de 1 e menos de 5 anos (n40; 24,1%) e à menos de 1 ano (n16; 9,6%).

Tabela 3.4 Duração da Relação Intima

		N	%
Válido	menos de 1 ano	16	9,6
	mais de 1 ano e menos de 5 anos	40	24,1
	mais de 5 anos e menos de 10 anos	43	25,9
	mais de 10 anos	67	40,4
	Total	166	100,0
Desaparecido do sistema		19	
Total		185	

Dados similares foram obtidos em relação à vida sexual, 169 sujeitos (91,4%) têm uma vida ativa, enquanto apenas 12 elementos (6,5%) não a possui. Considerando os dados obtidos por aqueles que possuem algum tipo de vida sexual ativa, a maioria possui-a à mais de 10 anos (n108; 63,9%), 39 (23,1%) à mais de 5 e menos de 10 anos, enquanto os restantes encontram-se numa relação à mais de 1 e menos de 5 anos (n15; 8,9%) e à menos de 1 ano (n7; 4,1%).

Tabela 3.5 Duração da Vida Sexual Ativa

		N	%
Válido	menos de 1 ano	7	4,1
	mais de 1 ano e menos de 5 anos	15	8,9
	mais de 5 anos e menos de 10 anos	39	23,1
	mais de 10 anos	108	63,9
	Total	169	100,0
Desaparecido do sistema		16	
Total		185	

3.3 Instrumentos de Avaliação

3.3.1 Questionário Geral

O Questionário Geral possibilitou a recolha de dados demográficos individuais, tais como a idade, escolaridade e o IMC (entre outros), e informação relevante para a obtenção de dados sobre medidas corporais (medidas percebidas, desejadas e consideradas atraentes), conjugalidade (relação amorosa/íntima) e sexualidade (vida sexual ativa). Este questionário possibilita a recolha de dados que permite caracterizar a amostra e averiguar a sua relação com a distribuição das variáveis principais do estudo.

3.3.2 Medida Global de Insatisfação Corporal (MGIC)

A Medida Global de Insatisfação Corporal (MGIC) é uma subescala do Questionário de Atitudes Corporais (Body Attitudes Test – BAT, Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995), adaptados por Pascoal e Narciso (2006). A MGIC avalia comportamentos e sentimentos individuais relativos à imagem corporal, e é constituída por 4 itens. Quanto mais elevada a pontuação obtida, maior a insatisfação com a imagem corporal.

A escala de resposta é de tipo *Likert* de 6 pontos e varia entre 0 e 5 (nunca (0); raramente (1), às vezes (2), frequentemente (3), quase sempre (4), sempre (5)). A cotação total mínima é de 0 e a máxima é de 20, e é calculada pelo soma de todos os itens (2006; Pascoal & Narciso, 2006).

No que diz respeito a qualidades psicométricas, a MGIC apresenta uma consistência interna satisfatória. O valor de *alpha de Cronbach* é de 0,755 e a correlação média inter-itens é de 0,438 (2006; Pascoal & Narciso, 2006).

De acordo com Nunnally & Bernstein (1994); Streiner & Norman (2003) (*cit.* Pascoal & Narciso, 2006) coeficientes entre 0,70 e 0,90 são considerados adequados (2006; Pascoal & Narciso, 2006). Para Briggs e Cheek (1986) (*cit.* Pascoal & Narciso, 2006), correlações médias inter-item que variem entre 0,2 e 0,5 oferecem um bom valor da homogeneidade da escala (2006; Pascoal & Narciso, 2006).

No caso concreto do nosso estudo, os resultados obtidos revelaram índices de consistência interna item-escala (*alpha de Cronbach*), que oscilam entre 0,778 a 0,814. Por sua vez o coeficiente de alpha da escala é de 0,842.

Tabela 3.6 Índices de consistência interna item-escala da subescala MGIC no presente estudo

Medida Global de Insatisfação Corporal – MGIC	Número de Itens	Alpha de Cronbach (Pascoal & Narciso, 2006)	Alpha de Cronbach (presente estudo)
MGIC	4	0,755	0,84

3.3.3 Escala de Avaliação da Áreas da vida Conjugal (EASAVIC)

A Escala de Avaliação da Satisfação nas Áreas da Vida Conjugal foi criada e desenvolvida por Narciso e Costa (1996). É uma escala de autorrelato que pretende avaliar a satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal, bem como a satisfação conjugal global. A EASAVIC é constituída por 44 itens que se distribuem por 10 áreas da vida conjugal, que por sua vez se dividem em duas dimensões/subescalas: Funcionamento Conjugal e Amor.

À dimensão funcionamento conjugal pertencem as áreas: funções familiares(FF); tempos livres(TL); autonomia(AUT); relações extrafamiliares(REF); comunicação e conflitos(CC).

À dimensão amor pertencem as áreas: sentimentos e expressão de sentimentos(SES); sexualidade(SEX); intimidade emocional (IE); continuidade da relação(C); características físicas e psicológicas(CFP). Do total de itens, 16 correspondem a zonas cujo foco é o casal, 14 representam zonas cujo foco é o próprio e os restantes 14 têm como foco o outro (1996; Narciso & Costa, 1996). Quanto mais elevada a pontuação obtida, maior a satisfação conjugal.

A escala de resposta é de tipo *Lickert* de 6 pontos e varia entre 1 e 6 (nada satisfeito (1); pouco satisfeito (2); razoavelmente satisfeito (3); satisfeito (4); muito satisfeito (5); completamente satisfeito (6)).

Os resultados globais são obtidos pela média total dos itens. São também calculados os resultados para cada uma das dimensões (funcionamento e amor) através da média dos itens que a constituem

Relativamente a qualidades psicométricas, a EASAVIC apresenta uma boa consistência interna. Os valores de *alpha de Cronbach* ultrapassam os 0,90 para os dois fatores, amor e funcionamento. As correlações entre as várias áreas e o resultado global da escala são superiores a 0,60 e entre as dimensões amor e funcionamento são superiores a 0,70 (1996; Narciso & Costa, 1996).

Já no nosso estudo, os resultados obtidos revelaram índices de consistência interna item-escala (*alpha de Cronbach*) entre 0,48 e 0,79, bem como índices de 0,96, 0,88 e 0,97, respectivamente, escala global, subescala de funcionamento conjugal e subescala amor.

Tabela 3.7 Índices de consistência interna item-escala das subescalas da EASAVIC no estudo de Narciso e Costa (1996) e do presente estudo

Sub-escalas do EASAVIC	Número de Itens	Alpha de Cronbach (Narciso & Costa, 1997)	Alpha de Cronbach (presente estudo)
Funcionamento	18 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18)	0,90	0,88
Amor	26 (19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44)	0,97	0,97

O processo de validação do questionário baseou-se na análise fatorial, mais exatamente análise fatorial de componentes principais. Os testes de validade da análise fatorial, KMO, revelou um índice considerado muito bom segundo Pereira (2006), por sua vez o teste de esfericidade de Bartlett revelou a possibilidade de rejeição da H₀, que afirma não haver correlação entre as variáveis iniciais, o que permitiu prosseguir com a análise fatorial.

Tabela 3.8 Teste de KMO e Bartlett's à EASAVIC

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra	0,92
Teste de esfericidade de Bartlett's (Qui-quadrado Aproximado)	5467,09
Df	,946
Sig.	,000

O método de componentes principais, tendo como critério um eigenvalue ≥ 1 , com rotação varimax permitiu averiguar a existência de sete fatores, primeiramente graficamente através do scree plot, e posteriormente, através da tabela da totalidade de variância explicada como ser observado no Gráfico 3.1 e Tabela 3.9.

Gráfico 3.1 – Screen Plot correspondente à análise fatorial à EASAVIC

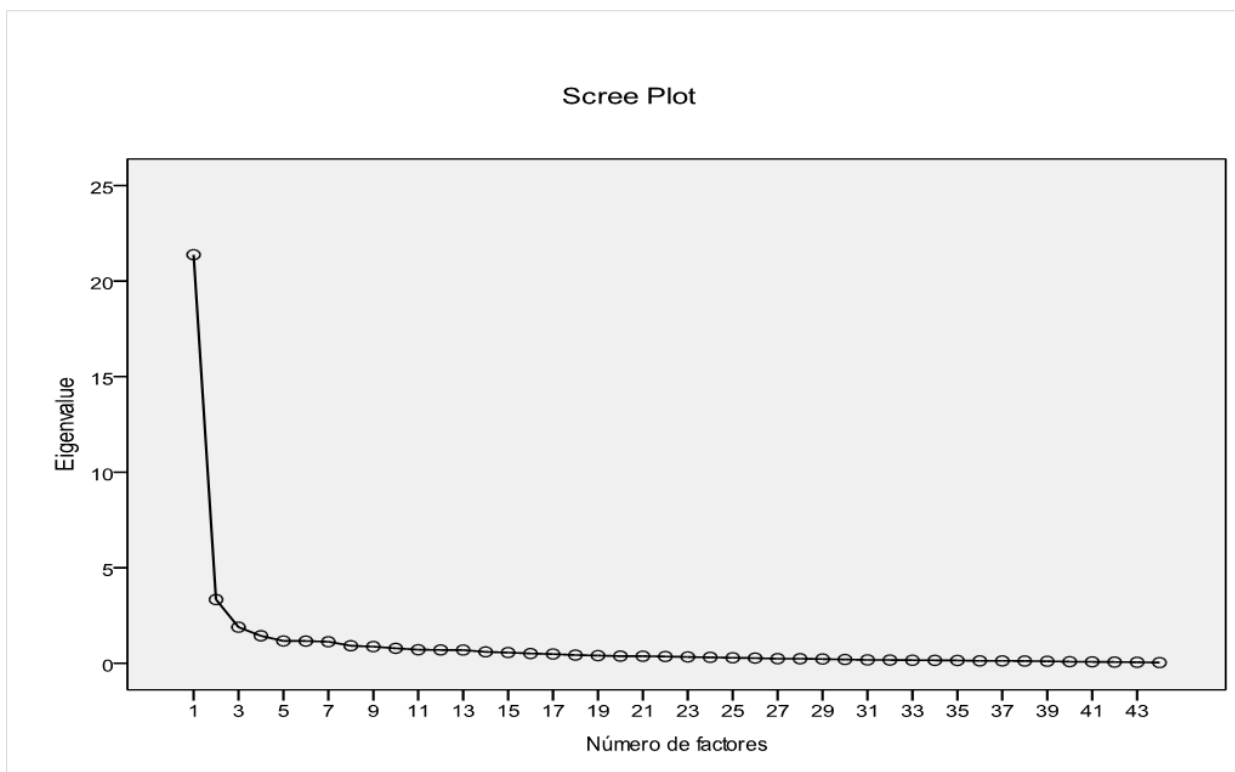


Tabela 3.9 Factores e itens correspondentes obtidos por análise factorial com rotação varimax

Fatores	Itens Correspondentes (Presente Estudo)
F1 (Amor: Sentimentos pelo outro, Apoio Emocional dado e Sexualidade)	19; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29
F2 (Funcionamento/Amor: Atenção e Partilha de Interesses, Comunicação e Conflitos, Apoio Emocional do Outro, Expectativa Pessoal da Relação)	14; 15; 16; 18; 30; 35; 36; 37; 39;
F3 (Funcionamento: Relações Familiares e Extrafamiliares, Autonomia do casal e Expectativa Mútua no Futuro da Relação)	1; 2; 3; 4; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 38
F4 (Amor: Confiança. Percepção de sentimentos e perspetivas do outro)	20; 31; 32; 34; 40
F5 (Funcionamento: Tempos Livres)	5; 6.
F6 (Amor: Características Físicas e Psicológicas)	41; 42; 43; 44.
F7 (Funcionamento: Frequência de Conflitos)	17

Nota: Método de Extração: Análise de Componentes Principal

Tal vai de encontro com o modelo proposto pela autora, contudo, a saturação de item por fator é relativamente distinta, apenas como exemplo ilustrativo, o item 38 que na análise efetuada, teoricamente corresponde à subescala “Funcionamento: Relações Familiares e Extrafamiliares, Autonomia do casal e Expectativa Mútua no Futuro da

Relação”, no estudo da autora pertence à subescala Amor: Continuidade da Relação” (cf. Tabela 3.10 para uma visualização integral da saturação de item por fator).

Tabela 3.10 Itens correspondentes a cada sub-escala da EASAViC (Narciso & Costa, 1997)

Sub-escala	Itens
Funcionamento:	
funções familiares	1; 2; 3; 4.
tempos livres	5; 6.
autonomia/ privacidade	10; 11; 12; 13.
relações extrafamiliares	7; 8; 9.
comunicação e conflitos	14; 15; 16; 17; 18.
Amor :	
sentimentos e expressão de sentimentos	19; 20; 21; 22.
Sexualidade	23; 24; 25; 26; 27; 28.
intimidade emocional	29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37
continuidade da relação	38; 39; 40.
características físicas e psicológicas	41; 42; 43; 44.

O grau de variância explicada pelo modelo é de 71,602%, sendo que o 1º fator explica 48,597%, o 2º fator 7,58%, o 3º fator, 4,29%, enquanto os restantes 4 fatores contribuem com uma variância acumulada de 11,127% (cf. Tabela 3.11 para uma visualização integral da variância total explicada pelos fatores)

Tabela 3.11 Variância Explicada total

C.	Eigenvalues Iniciais			Soma dos quadrados extraídos			Rotação da soma dos quadrados extraídos		
	Total	% da variância	% Acumulada	Total	% da variância	% Acumulada	Total	% da variância	% Acumulada
1	21,383	48,597	48,597	21,383	48,597	48,597	7,079	16,089	16,089
2	3,337	7,584	56,181	3,337	7,584	56,181	6,679	15,180	31,268
3	1,890	4,294	60,476	1,890	4,294	60,476	6,169	14,021	45,289
4	1,439	3,271	63,747	1,439	3,271	63,747	4,840	11,000	56,289
5	1,167	2,652	66,399	1,167	2,652	66,399	2,784	6,328	62,616
6	1,162	2,642	69,041	1,162	2,642	69,041	2,768	6,291	68,907
7	1,127	2,562	71,602	1,127	2,562	71,602	1,186	2,000	71,602
....
44	,037	,083	100,000						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

3.3.4 Índice de Satisfação Sexual (ISS)

O Índice de Satisfação Sexual foi criado e desenvolvido por Hudson e cols. (ISS: Hudson, 1998, 2000; Hudson, Harrison & Crosscup, 1981; *Cit. in* Pechorro, e cols, 2009) adaptado e validado por Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira (2009). Este instrumento avalia a satisfação sexual no contexto do relacionamento do casal.

O ISS é uma escala unidimensional constituída por 20 itens (excluíram-se 5 itens da escala original). Quanto mais elevada a pontuação obtida, maior a insatisfação sexual.

A escala de resposta é de tipo *Lickert* de 7 pontos e varia entre 1 e 7 (nunca (1); muito raramente (2); poucas vezes (3); algumas vezes (4); bastantes vezes (5); a maioria das vezes (6); sempre (7)). O resultado global é calculado através da fórmula estatística indicada pelos autores, depois de invertidos os itens negativos.

As qualidades psicométricas do ISS foram consideradas satisfatórias, apresentando um *alpha de Cronbach* 0,95, e uma correlação item-total que variou entre 0,30 e 0,82 (Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009).

Já no nosso estudo, os resultados obtidos revelaram índices de consistência interna item-escala (*alpha de Cronbach*) entre 0,14 e 0,43. Sendo que a escala total apresenta um *alpha* de 0,284, bastante abaixo do satisfatório.

Tabela 3.12. Índices de consistência interna item-escala da escala ISS no presente estudo.

Escala ISS	Número de Itens	Alpha de Cronbach (Pechorro et al, 2009)	Alpha de Cronbach (presente estudo)
ISS	20	0,95	0,284

3.4 Análise de Dados

Foi construída a base de dados e procedeu-se à análise destes através do programa estatístico SPSS, versão 20.0, software detido pela Empresa SPSS Inc. (Headquarters, 233 S. Wacker Drive, 11th floor Chicago, Illinois 60606).

Procedeu-se à aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors para verificar a sua normalidade e o teste de Levene para verificar o Pressuposto da homogeneidade da variância e assim decidir qual o teste a aplicar. Verificou-se através de visualização gráfica a existência de *outliers* procedeu-se assim à eliminação dos casos 5, 13, 32, 34, 38, 41, 51, 76, 80, 102, 104, 136, 151, 153 e 154.

No presente estudo recorreu-se a estatística descritiva (frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão) e inferencial (não paramétrica), utilizando o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes para diferença entre médias e Índice de Correlação de *Spearman* para verificar a correlação entre variáveis.

A aferição dos critérios de aplicação de testes estatísticos, da normalidade da amostra a $p < 0,05$ sugerem violação, revelando que um dos níveis de cada um dos fatores, não apresentava uma distribuição normal, por sua vez o teste de Levene indicou também que pelo menos um dos níveis de cada um dos fatores, não apresentava variâncias homogêneas, tendo-se assim excluído os testes paramétricos e optando-se pelos testes não-paramétricos, mais precisamente o Kruskal-Wallis para amostras independentes, como supracitado.

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Definidos os objetivos do nosso estudo, formuladas as questões de investigação e vistos os procedimentos metodológicos, é agora momento de conhecermos os resultados do estudo realizado. Atendendo à especificidade do estudo, o qual se debruça sobre as diferenças entre grupos (não-obesas *VS* obesas/excesso de peso), irão analisar os valores das escalas totais em cada uma das medidas.

4.1 Análise Descritiva

Apresentamos de seguida os resultados descritivos dos dois grupos relativos às variáveis em estudo e dos três instrumentos utilizados para o total de participantes (N=170).

Medida Global de Insatisfação Corporal (MGIC)

Tabela 4.1 Estatística Descritiva da MGIC por grupo

IMC	Média	Desvio-padrão	N
Sub-peso/Peso normal	9,05	3,53	98
Sobrepeso/Excesso de peso	13,22	4,93	79
Total	10,91		177

De acordo com a tabela apresentada, verifica-se que para a escala MGIC, os valores apresentados pelos sujeitos com sub-peso/peso normal (M = 9,05; DP = 3,53) são ligeiramente inferiores aos apresentados pelos pares com sobrepeso/excesso de peso (M = 13,22; DP = 4,93,). A análise qualitativa dos resultados permite situar o primeiro grupo no nível *raramente*, enquanto o segundo grupo no nível de *às vezes* se encontrarem insatisfeitas com o corpo.

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Tabela 4.2 Estatística Descritiva da EASAVIC por grupos

IMC		EASAVIC (Resultado Global)	EASAVIC (Amor)	EASAVIC (Funcionamento Conjugal)
Sub-peso a peso "normal"	Média	204,04	125,3371	206,91
	N	89	89	85
	Desvio Padrão	35,46	22,26	31,78
Sobrepeso a obesidade Tipo 3	Média	201,49	124,20	205,55
	N	77	77	74
	Desvio Padrão	34,7	20,43	28,60
Total	Média	203,07	124,81	206,28
	N	166	166	159
	Desvio Padrão	35,04	21,37	30,25

De acordo com a tabela apresentada, verifica-se que o grupo constituído por mulheres com sub-peso a peso normal têm médias ligeiramente inferiores que o grupo com sobrepeso a obesidade Tipo 3, nas respetivas subescalas (Amor e Funcionamento conjugal) e na escala total. Constata-se ainda que a dispersão de dados é ligeiramente superior no primeiro grupo em todas as subescalas e escala global. A análise qualitativa dos resultados permite situar os dois grupos no grau de *satisfeito*, tendo em consideração a escala total e respetivas subescalas.

Índice de Satisfação Sexual (ISS)

Tabela 4.3 Estatística Descritiva da ISS por grupos

IMC	Média	Desvio-padrão	N
Sub-peso/Peso normal	22,09	17,22	91
Sobrepeso/Excesso de peso	21,02	13,45	74
Total	21,61		165

De acordo com a tabela apresentada, verifica-se que para a escala ISS, os valores apresentados pelos sujeitos com sub-peso/peso normal ($M = 22,09$; $DP = 17,22$) são ligeiramente superiores aos apresentados pelos pares com sobrepeso/excesso de peso ($M = 21,02$; $DP = 13,45$), o que indica que ambos os grupos se encontram relativamente satisfeitos nesta área.

4.2 Resultados do Estudo

Hipótese 1: Prevê-se que a obesidade se correlacione negativamente com a satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual.

De acordo com a hipótese, realizou-se o coeficiente de correlação de spearman para avaliar se existem correlações entre a obesidade com a satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual. Verificaram-se apenas correlações estatisticamente significativas entre o IMC e o grau de satisfação com o corpo, sendo esta relativamente forte e positiva, ($p = 0,51$, $\alpha 0,01$). Contudo, verificaram-se correlações significativas de grau forte e de sentido positivo entre a satisfação conjugal e as respectivas subescalas amor ($p = 0,939$, $\alpha 0,01$) e funcionamento conjugal ($p = 0,916$, $\alpha 0,01$) e entre ambas as subescalas ($p = 0,748$, $\alpha 0,01$). Bem como correlações significativas de grau fraco e de sentido positivo entre satisfação sexual e insatisfação corporal ($p = 0,19$, $\alpha 0,05$) e correlações moderadas, mas de sentido negativo entre a satisfação sexual com a satisfação conjugal ($p = -0,519$, $\alpha 0,01$) e respectivas subescalas amor ($p = -0,567$, $\alpha 0,01$) e funcionamento conjugal ($p = -0,379$, $\alpha 0,01$).

Tabela 4.4 Correlações de Spearman's rho entre as ISS, EASAVIC, MGIC e IMC

Spearman's rho		ISS	EASAVIC (RG)	EASAVIC (A)	EASAVIC (FC)	MGIC	IMC
ISS Total	CR	1,000	-,519**	-,567**	-,379**	,190*	,078
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,018	,333
	N	156	152	153	153	155	156
EASAVIC (RG)	CR	-,519**	1,000	,939**	,916**	-,063	-,027
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,435	,737
	N	152	159	159	159	158	159
EASAVIC (A)	CR	-,567**	,939**	1,000	,748**	-,145	-,070
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,063	,368
	N	153	159	166	166	165	166
EASAVIC (FG)	CR	-,379**	,916**	,748**	1,000	,016	-,004
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,842	,963
	N	153	159	166	166	165	166
MGIC	CR	,190*	-,063	-,145	,016	1,000	,510**
	Sig. (2-tailed)	,018	,435	,063	,842	.	,000
	N	155	158	165	165	179	179
IMC	CR	,078	-,0270	-,070	-,004	,510**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,333	,737	,368	,963	,000	.
	N	156	159	166	166	179	181

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hipótese 2: Se as variáveis sociodemográficas (estado civil e escolaridade) interagirem com a obesidade, então os grupos apresentarão um impacto psicológico distinto ao nível das seguintes variáveis, satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual.

Interação entre a Obesidade e Escolaridade (Insatisfação corporal)

A hipótese nula para a interação diz que o efeito da obesidade sobre a insatisfação corporal é o mesmo para os sujeitos com 9º ano ou menos, 10ª a 12ª ano ou curso superior. Através da visualização da tabela abaixo, constata-se que o grau de significância obtido é de 0,244, não se rejeita assim a hipótese nula, por outras palavras, não há interação entre obesidade e escolaridade.

Tabela 4.5 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Soma dos quadrados - Tipo III	Df	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo correto	136,837 ^a	5	27,367	1,482	,198
Intercepção	7980,681	1	7980,681	432,211	,000
IMC	57,707	1	57,707	3,125	,079
Escolaridade	24,675	2	12,337	,668	,514
IMC * Escolaridade	52,597	2	26,298	1,424	,244
Erro	2972,828	161	18,465		
Total	11790,000	167			
Total correto	3109,665	166			

Variável dependente: MGIC (Insatisfação Global Total)

a. R Squared = .044 (Adjusted R Squared = .014)

A análise estatística para verificar se há um efeito principal da escolaridade, considerado isoladamente sobre a insatisfação corporal obteve um valor de F para o efeito principal da obesidade de 3,125. O nível de significância é de 0,079, não se podendo rejeitar a hipótese nula que afirma que as médias são iguais para os diversos grupos.

Para a variável escolaridade, o nível de significância é de 0,514, não se podendo rejeitar a hipótese de que as médias são iguais para os sujeitos com 9º ano ou menos, 10ª a 12ª ano ou curso superior.

Interação entre a Obesidade e Escolaridade (Conjugalidade)

A hipótese nula para a interação diz que o efeito da obesidade sobre a conjugalidade é o mesmo para os sujeitos com 9º ano ou menos, 10ª a 12ª ano ou curso superior. Através da visualização da tabela abaixo, constata-se que o grau de

significância obtido é de 0,987, não se rejeita assim a hipótese nula, por outras palavras, não há interação entre obesidade e escolaridade

Tabela 4.6 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Soma dos quadrados - Tipo III	Df	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo correto	1187,282 ^a	5	237,456	,189	,967
Intercepção	6192603,247	1	6192603,247	4920,382	,000
IMC	631,575	1	631,575	,502	,480
Escolaridade	829,020	2	414,510	,329	,720
IMC * Escolaridade	32,109	2	16,055	,013	,987
Erro	201369,850	160	1258,562		
Total	7048124,000	166			
Total correto	202557,133	165			

Variável dependente: EASAVIC Resultado Global

a. R Squared = .006 (Adjusted R Squared = -.025)

A análise estatística para verificar se há um efeito principal da escolaridade, considerado isoladamente sobre a conjugalidade obteve um valor de F para o efeito principal da obesidade é de 0,502. O nível de significância é de 0,480, não se podendo rejeitar a hipótese nula que afirma que as médias são iguais para os diversos grupos.

Para a variável escolaridade, o nível de significância é de 0,72, não se podendo rejeitar a hipótese de que as médias são iguais para os sujeitos com 9º ano ou menos, 10ª a 12ª ano ou curso superior.

Interação entre a Obesidade e Escolaridade (Insatisfação sexual)

A hipótese nula para a interação diz que o efeito da obesidade sobre a insatisfação sexual é o mesmo para os sujeitos com 9º ano ou menos, 10ª a 12ª ano ou curso superior. Através da visualização da tabela abaixo, constata-se que o grau de significância obtido é de 0,714, não se rejeita assim a hipótese nula, por outras palavras, não há interação entre obesidade e escolaridade

Tabela 4.7 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Soma dos quadrados - Tipo III	Df	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo correto	294,111 ^a	5	58,822	,239	,945
Intercepção	70471,439	1	70471,439	286,175	,000
IMC	51,396	1	51,396	,209	,648
Escolaridade	71,484	2	35,742	,145	,865
IMC * Escolaridade	166,165	2	83,082	,337	,714
Erro	39892,950	162	246,253		
Total	118162,574	168			
Total correto	40187,060	167			

Variável dependente: ISS Total

a. R Squared = .007 (Adjusted R Squared = -.023)

A análise estatística para verificar se há um efeito principal da escolaridade, considerado isoladamente sobre a insatisfação sexual obteve um valor de F para o efeito principal da obesidade de 0,209. O nível de significância é de 0,648, não se podendo rejeitar a hipótese nula que afirma que as médias são iguais para os diversos grupos.

Para a variável escolaridade, o nível de significância é de 0,865, não se podendo rejeitar a hipótese de que as médias são iguais para os sujeitos com 9º ano ou menos, 10ª a 12ª ano ou curso superior.

Interação entre a Obesidade e Estado civil (Insatisfação corporal)

A hipótese nula para a interação diz que o efeito da obesidade sobre a insatisfação corporal é o mesmo para os sujeitos que estão solteiros, casados/em união de facto ou divorciados. Através da visualização da tabela abaixo, constata-se que o grau de significância obtido é de 0,201, pelo que não se rejeita assim a hipótese nula, por outras palavras, não há interação entre obesidade e estado civil.

Tabela 4.8 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Soma dos quadrados - Tipo III	Df	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo correto	785,270 ^a	6	130,878	7,688	,000
Intercepção	2779,289	1	2779,289	163,263	,000
IMC	430,265	1	430,265	25,275	,000
Estado Civil	79,651	3	26,550	1,560	,201
IMC * Estado Civil	4,302	2	2,151	,126	,881
Erro	2945,041	173	17,023		
Total	13528,000	180			
Total correto	3730,311	179			

Variável dependente: MGIC (Insatisfação Global Total)

a. R Squared = .211 (Adjusted R Squared = .183)

A análise estatística para verificar se há um efeito principal do estado civil, considerado isoladamente sobre a insatisfação corporal obteve um valor de F para o efeito principal da obesidade é de 25,275. O nível de significância é de 0,0, podendo-se assim rejeitar a hipótese nula que afirma que as médias são iguais para os diversos grupos.

Para a variável estado civil, o nível de significância é de 0,201, não se podendo rejeitar a hipótese de que as médias são iguais para solteiros, casados/em união de facto ou divorciados.

Interação entre a Obesidade e Estado civil (Conjugalidade)

A hipótese nula para a interação diz que o efeito da obesidade sobre a conjugalidade, é o mesmo para os sujeitos que estão solteiros, casados/em união de facto ou divorciados. Através da visualização da tabela abaixo, constata-se que o grau de significância obtido é de 0,733, pelo que não se rejeita assim a hipótese nula, por outras palavras, não há interação entre obesidade e estado civil

Tabela 4.9 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Soma dos quadrados - Tipo III	Df	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo correto	7701,833 ^a	6	1283,639	1,047	,397
Intercepção	1016174,072	1	1016174,072	829,188	,000
IMC	364,163	1	364,163	,297	,586
Estado Civil	5942,366	3	1980,789	1,616	,188
IMC * Estado Civil	763,021	2	381,510	,311	,733
Erro	194855,300	159	1225,505		
Total	7048124,000	166			
Total correto	202557,133	165			

Variável dependente: EASAVIC Resultado Global

a. R Squared = .038 (Adjusted R Squared = .002)

A análise estatística para verificar se há um efeito principal do estado civil, considerado isoladamente sobre a conjugalidade obteve um valor de F para o efeito principal da obesidade de 0,297. O nível de significância é de 0,586, não se podendo rejeitar a hipótese nula que afirma que as médias são iguais para os diversos grupos.

Para a variável estado civil, o nível de significância é de 0,188, não se podendo rejeitar a hipótese de que as médias são iguais para solteiros, casados/em união de facto ou divorciados.

Interação entre a Obesidade e Estado civil (Insatisfação sexual)

A hipótese nula para a interação diz que o efeito da obesidade sobre a insatisfação sexual, é o mesmo para os sujeitos que estão solteiros, casados/em união de facto ou divorciados. Através da visualização da tabela abaixo, constata-se que o grau de significância obtido é de 0,006, pelo que se rejeita assim a hipótese nula, por outras palavras, há interação entre obesidade e estado civil

Tabela 4.10 Anova 2 (teste de efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Soma dos quadrados - Tipo III	Df	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo correto	4113,633 ^a	6	685,605	3,060	,007
Intercepção	8861,501	1	8861,501	39,550	,000
IMC	195,266	1	195,266	,871	,352
Estado Civil	1095,655	3	365,218	1,630	,185
IMC * Estado Civil	2362,728	2	1181,364	5,273	,006
Erro	36073,427	161	224,059		
Total	118162,574	168			
Total correto	40187,060	167			

Variável dependente: ISS Total

a. R Squared = .102 (Adjusted R Squared = .069)

A análise estatística para verificar se há um efeito principal do estado civil, considerado isoladamente sobre a insatisfação sexual obteve um valor de F para o efeito principal da obesidade é de 0,871. O nível de significância é de 0,352, não se podendo rejeitar a hipótese nula que afirma que as médias são iguais para os diversos grupos.

Para a variável estado civil, o nível de significância é de 0,185, não se podendo rejeitar a hipótese de que as médias são iguais para solteiros, casados/em união de facto ou divorciados.

Hipótese 3: Se a obesidade tiver impacto psicológico negativo ao nível da satisfação com o corpo, então as mulheres com sub-peso/normal apresentarão valores mais elevados de satisfação com o corpo, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3.

De acordo com a hipótese, realizou-se o Teste estatístico Mann-Whitney para avaliar se existem diferenças entre os dois grupos em análise relativamente à medida Global de Insatisfação Corporal.

Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, $U = -5,54 > .05$, mostrando que a obesidade interfere de forma diferenciada no nível da insatisfação corporal.

Tabela 4.11 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias da escala MGIC nos dois grupos

Mann-Whitney U	2094
Wilcoxon W	6945
Z	-5,54
Asymp. Sig. (2-tailed)	0

Nota: Variável de agrupamento IMC.

Hipótese 4: Se a obesidade tiver impacto psicológico negativo ao nível da satisfação com a vida conjugal, então as mulheres com sub-peso/normal apresentarão valores mais elevados de satisfação com a vida conjugal, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3 .

De acordo com a hipótese, realizou-se o teste de Man-Whitney para avaliar se existem diferenças entre os dois grupos em análise relativamente à satisfação conjugal.

Os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, $U = -0,395 > .05$, mostrando que a obesidade não interfere de forma diferenciada no nível da satisfação com a vida conjugal. Por sua vez, os resultados obtidos por subescala, revelam também eles uma não diferença estatisticamente significativas entre os dois grupos, no Amor ($U = -0,636 > .05$) e no Funcionamento conjugal ($U = -0,455 > .05$).

Tabela 4.12 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias das sub-escalas da EASAVIC nos dois grupos

	EASAVIC (RG)	EASAVIC (A)	EASAVIC (FC)
Mann-Whitney U	3030,500	3230,000	3286,000
Wilcoxon W	5805,500	6233,000	6289,000
Z	-,395	-,636	-,460
Asymp. Sig. (2-tailed)	,693	,524	,649

Nota: Variável de agrupamento, IMC.

Os mesmos resultados são obtidos tendo em consideração as subescalas preconizadas pela autora como pode ser observado na tabela 4.13

Tabela 4.13 Teste estatístico de Man-Whitney U para diferenças de médias das sub-escalas e áreas da EASAVIC nos dois grupos

	Wilcoxon W	Mann-WhitneyU	Z	Sig.
Sub-escala Funcionamento Conjugal				
Funções familiares	3376	7292	-0,39	,969
Tempos livres	3281	7109	-0,23	,820
Autonomia	2975	5825	-0,85	,394
Relações extra-familiares	3301,5	6227,5	-0,27	,791
Comunicação e conflitos	3157	5858	-0,19	,851
Sub-escala Amor				
Sentimentos e expressão de sentimentos	3212	6215	-0,46	,932
Sexualidade	32125,5	5979,5	-0,09	,249
Intimidade emocional	2733,5	5361,5	-1,15	,593
Continuidade da relação	3146,5	6072,5	-0,54	,270
Características físicas e psicológicas	3016,5	6019,5	-1,1	,969

Nota: Variável de Agrupamento - IMC

Os mesmos resultados são obtidos tendo em consideração os fatores extraídos pela análise factorial de componentes principais com rotação Varimax como pode ser observado no quadro 4.14.

Tabela 4.14 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias dos factores obtidos pela análise de componentes principais com rotação Varimax (EASAVIC) nos dois grupos

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7
Mann-Whitney U	2980,000	3019,500	2977,000	2911,500	3281,000	3016,500	3318,500
Wilcoxon W	5681,000	5647,500	5752,000	5837,500	7109,000	6019,500	6168,500
Z	-,176	-,510	-,580	-,715	-,228	-1,102	-,065
Asymp. Sig. (bicaudal)	,860	,610	,562	,474	,820	,270	,948

Variável agrupadora: IMC TRANSFORMADO

Hipótese 5: Se a obesidade tiver impacto psicológico negativo ao nível da satisfação com a vida sexual, então as mulheres com sub-peso/normal apresentarão valores mais elevados de satisfação com a vida sexual, face aos pares com sobrepeso/até obesidade tipo 3.

De acordo com a hipótese, realizou-se o teste de Mann-Whitney U para avaliar se existem diferenças entre os dois grupos em análise relativamente à satisfação com a vida sexual. Os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, $U = -0,293 > .05$, mostrando que a obesidade não interfere de forma diferenciada ao nível da satisfação sexual.

Tabela 4.15 Teste estatístico de Mann-Whitney U para diferenças de médias da escala ISS nos dois grupos

	ISS
Mann-Whitney U	3411,500
Wilcoxon W	7597,500
Z	-,293
Asymp. Sig. (2-tailed)	,770

a. Grouping Variable: IMC TRANSFORMADO

Hipótese 6.1: Se as percepções subjetivas de peso percebido tiverem impacto psicológico, então verificar-se-á diferenças ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual.

De acordo com a hipótese, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis para avaliar se existem diferenças entre os grupos em análise relativamente à satisfação corporal, satisfação conjugal e satisfação sexual.

Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mostrando que a percepção de peso percebido interfere de forma diferenciada ao nível da satisfação com o corpo ($Kw = 41,53 < .05$), bem como a dimensão Amor da EASAVIC, mais precisamente com a subescala sexualidade ($Kw = 16,59 < .05$).

Tabela 4.16 Teste estatístico de Kruskal Wallis para diferenças de médias das escalas MGIC, EASAVIC e ISS nos grupos

	Qui-Quadrado	df	Nível de Significância
MGIC (Insatisfação Global Total)	41,53	7	,000
EASAVIC (FC) Funções Familiares	5,86	7	,556
EASAVIC (FC) Tempos Livres	5	7	,659
EASAVIC (FC) Autonomia	5,17	7	,639
EASAVIC (FC) Rel. Extra Familiares	2,29	7	,942
EASAVIC (FC) Comunicação e Conflitos	8,09	7	,325
EASAVIC (Funcionamento Conjugal) Total	5,44	7	,605
EASAVIC (A) Sentimentos e Expressão de Sentimentos	12,03	7	,100
EASAVIC (A) Sexualidade	16,59	7	,020
EASAVIC (A) Intimidade Emocional	10,74	7	,150
EASAVIC (A) Continuidade da Relação	13,27	7	,066
EASAVIC (A) Caract. Físicas e Psicológicas	7,29	7	,399
EASAVIC (Amor) Total	12,54	7	,840
EASAVIC Resultado Global	8,45	7	,294
EASAVIC Resultado Global - Média	11,94	7	,102
ISS Total	41,53	7	,000

Nota:

- a) Teste de Kruskal Wallis;
- b) Variável de agrupamento: Peso que perceciona.

Hipótese 6.2: Se as percepções subjetivas de peso desejado tiverem impacto psicológico, então verificar-se-á diferenças ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual.

De acordo com a hipótese, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis para avaliar se existem diferenças entre os grupos em análise relativamente à satisfação corporal, satisfação conjugal e satisfação sexual.

Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mostrando que a percepção de peso desejado interfere de forma diferenciada ao nível do índice da satisfação sexual ($Kw = 12,53 < 0,05$), bem como a dimensão Amor da EASAVIC ($Kw = 10,08 < 0,05$), com as correspondentes subescalas sexualidade ($Kw = 10,48 < 0,05$), intimidade ($Kw = 9,96 < 0,05$) e continuação da relação ($Kw = 10,94 < 0,05$), com a dimensão Funcionamento Conjugal, mais precisamente com Relações extrafamiliares ($Kw = 12,20 < 0,05$) e ainda com a Pontuação total da escala ($Kw = 10,50 < 0,05$).

Tabela 4.17 Teste estatístico de Kruskal Wallis para diferenças de médias das escalas MGIC, EASAVIC e ISS nos grupos

	Qui-Quadrado	Df	Nível de Significância
MGIC (Insatisfação Global Total)	7,78	4	,100
EASAVIC (FC) Funções Familiares	7,52	4	,111
EASAVIC (FC) Tempos Livres	3,3	4	,509
EASAVIC (FC) Autonomia	7,03	4	,134
EASAVIC (FC) Rel. Extra Familiares	12,2	4	,016
EASAVIC (FC) Comunicação e Conflitos	7,27	4	,122
EASAVIC (A) Sentimentos e Expressão de Sentimentos	7,49	4	,112
EASAVIC (A) Sexualidade	10,48	4	,033
EASAVIC (A) Intimidade Emocional	9,96	4	,041
EASAVIC (A) Continuidade da Relação	10,94	4	,027
EASAVIC (A) Caract. Físicas e Psicológicas	5,93	4	,205
EASAVIC (Amor) Total	10,08	4	,039
EASAVIC (Funcionamento Conjugal) Total	8,85	4	,065
EASAVIC Resultado Global – Média	10,5	4	,030
ISS Total	12,53	4	,014

Nota:

a) Teste de Kruskal Wallis;

b) Variável de agrupamento: Peso desejado.

Hipótese 6.3: Se as percepções subjetivas de peso atraente tiverem impacto psicológico, então verificar-se-á diferenças ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual.

Os resultados obtidos através do teste de Kruskal Wallis indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mostrando que a percepção de peso atraente interfere de forma diferenciada ao nível da dimensão Funcionamento Conjugal da EASAVIC, na correspondente subescala Funções familiares ($Kw = 13,63 < 0,05$) e na subescala Características físicas e psicológicas da escala de Amor ($Kw = 12,42 < 0,05$) e ainda nos valores totais da escala Funcionamento conjugal (valores totais) ($Kw = 11,56 < 0,05$).

Tabela 4.18 Teste estatístico de Kruskal Wallis para diferenças de médias das escalas MGIC, EASAVIC e ISS nos grupos

	Qui-Quadrado	df	Nível de Significância
MGIC (Insatisfação Global Total)	3,51	5	,620
EASAVIC (FC) Funções Familiares	13,63	5	,020
EASAVIC (FC) Tempos Livres	8,58	5	,130
EASAVIC (FC) Autonomia	10,37	5	,070
EASAVIC (FC) Rel. Extra Familiares	6,79	5	,240
EASAVIC (FC) Comunicação e Conflitos	9,67	5	,090
EASAVIC (A) Sentimentos e Expressão de Sentimentos	3,51	5	,620
EASAVIC (A) Sexualidade	9,09	5	,110
EASAVIC (A) Intimidade Emocional	6,02	5	,310
EASAVIC (A) Continuidade da Relação	8,62	5	,130
EASAVIC (A) Caract. Físicas e Psicológicas	12,42	5	,030
EASAVIC (Amor) Total	6,99	5	,220
EASAVIC (Funcionamento Conjugal) Total	11,56	5	,040
EASAVIC Resultado Global	9,21	5	,100
ISS Total	5,36	5	,370

Nota:

- a) Teste de Kruskal Wallis;
- b) Variável de agrupamento: Peso considerado atraente.

V. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Depois de realizada a apresentação dos resultados obtidos importa agora discutí-los e compreendê-los. A discussão visa compreender os resultados obtidos, mediante a comparação com a revisão de literatura efetuada, com o intuito de salientar os resultados mais significativos no âmbito da Imagem Corporal, Satisfação Sexual e Satisfação Conjugal em mulheres obesas e não obesas. Para facilitar a compreensão da discussão, esta será feita partindo das hipóteses inicialmente propostas.

Mediante a hipótese 1 relativa à correlação negativa entre a obesidade com a insatisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual. Apenas se verificaram associações fortes e de sentido positivo entre IMC e insatisfação com o corpo o que vai de encontro aos resultados obtidos de Assinakopoulos e seus colaboradores (2011), Assinakopoulos e seus colaboradores (2010) e ainda de Tribess e Petroski (2005). O resultado obtido é expectável sendo de sentido positivo considerando que o IMC é um índice que incide precisamente em medidas corporais, especular-se-ia que mulheres com índices de massa corporal mais baixa estariam também mais satisfeitas com a sua imagem corporal. O aprofundamento da análise estatística permitiu ainda verificar correlações significativas de grau forte e de sentido positivo entre a satisfação conjugal e as respetivas subescalas amor e funcionamento conjugal, o que não seria de estranhar considerando que o constructo sob análise, satisfação conjugal, possui estas duas dimensões, logo estariam correlacionadas, sendo que as correlações significativas de grau forte e de sentido positivo entre ambas as subescalas, parecem apontar para a hipótese de que as duas são complementares e não duas dimensões concorrentes. As correlações significativas de grau fraco e de sentido positivo entre insatisfação sexual e insatisfação corporal foram também encontradas por estudos anteriores tais como os de Assinakopoulos e seus colaboradores (2011), mas também prospectivamente os de Kinzl e seus colaboradores (2010), este último tendo como amostra mulheres obesas sujeitas a cirurgia de redução de peso. Tendo em consideração que a insatisfação corporal pode afetar outras esferas, a sexualidade deverá ser uma das mais afetadas, se não vejamos, o sujeito com elevada insatisfação corporal terá tendência para adotar estratégias que visem minimizar e expor o seu corpo precisamente em situações, por exemplo no ato sexual, em que deveria estar mais descontraída e aberta a novas experiências. Tal retraimento, por um lado não permitirá desfrutar da

totalidade da experiência e por outro não permite criar outras situações desconfirmadoras das suas crenças acerca da imagem corporal. As correlações moderadas, mas de sentido negativo entre a insatisfação sexual com a satisfação conjugal e respectivas subescalas amor e funcionamento conjugal, vão de encontro ao senso comum, de que a sexualidade retro-alimenta positivamente a relação.

Mediante a hipótese 2 relativa à interação entre as variáveis sociodemográficas (estado civil e escolaridade) e a obesidade, ao nível das seguintes variáveis, satisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e satisfação sexual. Os resultados obtidos permitem apenas destacar uma interação entre obesidade e estado civil ao nível da insatisfação sexual, bem como a existência de efeito principal do estado civil, considerado isoladamente sobre a insatisfação corporal, revelando uma diferença de médias entre grupos. Os resultados obtidos relativamente à interação entre obesidade e estado civil (insatisfação sexual) parecem parcialmente compreensíveis no sentido de que o estado civil (casamento), é a principal forma de “praticar” a sexualidade, sendo enriquecida pela conjugalidade, i.e., pela vivência comum com um outro significativo para o indivíduo. Por sua vez, o efeito principal do estado civil sobre a insatisfação corporal vai de encontro aos resultados encontrados por Trappnell, Meston e Gorzalka (1997), que indicam que pessoas obesas são mais propensas a permanecer solteiras toda a vida, são percebidos como menos ativos sexualmente e segundo Wiederman e Hurst (1998) têm menos oportunidades de namoro, paralelamente, Blaine e colaboradores (2002) e Folhas e Ajmere (2005) salientam que as pessoas obesas reservam-se psicologicamente nas relações de namoro, têm maior dificuldade em atrair um parceiro para o casamento, casam mais tarde, casam-se com parceiros menos desejáveis e com peso relativamente elevado.

Mediante a hipótese 3 relativa ao impacto que a obesidade tem ao nível da insatisfação com o corpo, em mulheres com sub-peso/normal e mulheres com sobrepeso/até obesidade tipo 3. Os resultados obtidos indicam que as mulheres com sobrepeso/até obesidade tipo 3 obtêm *scores* mais elevados que os seus pares com sub-peso/peso normal. Sendo que tais diferenças são estatisticamente significativas entre os dois grupos, mostrando que a obesidade interfere de forma diferenciada no nível da insatisfação corporal. Tal resultado é não só plausível como compreensível, indo de

encontro às conclusões do estudo desenvolvido por Kolotkin (2006) que salienta o impacto da obesidade sobre a imagem corporal. Considerando que a imagem corporal é retroalimentada pelas percepções, cognições, mas também pela imagem real, pela forma e peso corporal, - assim sendo o IMC, uma medida complexa de obesidade, parece estar estreitamente relacionada com as dimensões valorizadas pela imagem corporal -. Fatores culturais, como a valorização de uma imagem corporal normativa, na qual as medidas esbeltas, estreitas, com formas bem torneadas e baixo peso contrastam com as medidas reais de mulheres reais, aumentando o fosso entre a imagem real e a imagem ideal, aumentando assim o grau de insatisfação.

Mediante a hipótese 4, relativa ao impacto que a obesidade tem ao nível da satisfação com a vida conjugal, em mulheres com sub-peso/normal e mulheres com sobrepeso/até obesidade tipo 3. O grupo constituído pelos elementos com sub-peso/peso normal obtêm *scores* ligeiramente mais elevados que o segundo grupo. Contudo, os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mostrando que a obesidade não interfere de forma diferenciada no nível da satisfação com a vida conjugal. Por sua vez, os resultados obtidos por subescala, revelam também eles uma não diferença estatisticamente significativas entre os dois grupos, no Amor e no Funcionamento conjugal. Os resultados obtidos parecem mais uma vez ir contra a restante literatura, - escassa diga-se de passagem -, que se debruçou sobre a obesidade e satisfação conjugal (e.g. Assinakopoulos e seus colaboradores, 2011). Na literatura sobre satisfação conjugal se destacam antes a associação entre esta e a qualidade da relação (o desempenho na e da relação) (Narciso, Costa & Prata, 2002), processos cognitivos, tais como percepções, atribuições e expectativas, bem como padrões cognitivos; e ainda os processos afetivos, amor, intimidade, - revelação mútua, escuta recíproca, preocupações e cuidados com o parceiro, a amizade, a compreensão mútua, o apoio emocional e a preocupação com o bem-estar do outro (Narciso, 2001). Parece-nos a nós que a obesidade é uma variável individual que tem um impacto reduzido na satisfação com a vida conjugal ou com as áreas limítrofes desta, por serem constructos não só distintos, mas também dispares, i.e., embora sejam variáveis paralelas, raramente se entrecruzam, talvez com a exceção de casos agravados de obesidade com complicações (e.g. diabetes mellitus).

Mediante a hipótese 5, relativa ao impacto que a obesidade tem ao nível da satisfação com a vida sexual em mulheres com sub-peso/normal e mulheres com sobrepeso/até obesidade tipo 3. O grupo constituído pelos elementos com sub-peso/peso normal obtêm em *scores* relativamente mais elevados de insatisfação que o segundo grupo (sobrepeso/até obesidade tipo 3). Os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mostrando que a obesidade não interfere de forma diferenciada ao nível da satisfação sexual. Tal parece revelar um impacto reduzido de uma variável sobre a outra, possivelmente este resultado pode estar relacionado com a utilização de estratégias cognitivas, - valorização da obesidade como uma “mais valia” sexual -, comportamentais, - uso de práticas e posições sexuais que aumentem o desempenho sexual da mulher obesa, nivelando assim a satisfação sexual entre mulheres obesas e não obesas.

Mediante a hipótese 6.1, relativa ao impacto que as perceções subjetivas de peso aparente têm ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual. Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas, mostrando que a perceção de peso aparente interfere de forma diferenciada ao nível da satisfação com o corpo, bem como a dimensão Amor da EASAVIC, mais precisamente com a subescala sexualidade. Se a relação encontrada entre perceção de peso aparente (menor peso) e a satisfação corporal, parece indicar um estreitamento de constructos, se não vejamos, a satisfação com o corpo é influenciado por entre outros fatores, pelas perceções corporais, na qual o peso, parece assumir um valor de referência tanto para o sujeito, como para a sociedade. Já relação entre a perceções subjetivas de peso aparente (menor peso) e o amor e a sub-escala sexualidade, não se encontram nenhum tipo de explicação para este resultado.

Mediante a hipótese 6.2 relativa ao impacto que as perceções subjetivas de peso desejado têm ao nível da satisfação com o corpo, com a vida conjugal e satisfação sexual. Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mostrando que a perceção de peso desejado interfere de forma diferenciada ao nível da satisfação com o corpo, satisfação sexual, bem como a dimensão Amor da EASAVIC, e com as correspondentes subescalas sexualidade e intimidade, com a dimensão Funcionamento Conjugal, mais precisamente com Relações

extraconjugais e Continuidade da relação e ainda com a Pontuação total da escala.

Mediante a hipótese 6.3, relativa ao impacto que as percepções subjetivas de peso atraente Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas, mostrando que a percepção de peso atraente interfere de forma diferenciada ao nível da dimensão Funcionamento Conjugal da EASAVIC, nas correspondentes subescalas Funções familiares e Comunicação e conflitos. Constata-se no geral que as percepções relativas ao peso, na qual se debruçaram as hipóteses 6.1, 6.2 e 6.3, são dimensões psicológicas subvalorizadas na literatura encontrando-se pouca sustentabilidade teórica para os resultados encontrados. Podemos genericamente afirmar que a componente subjetiva da obesidade possui um impacto maior que a componente objetiva (IMC), o que vai ao encontro dos estudos de Leonhard e Barry (1998), Nunes et al, (2001), Tantleff e Gokee (2002), e Branco et al. (2006). Tal, revela que o Homem é um ser não necessariamente racional, por outras palavras, o homem está imbuído de subjetividade, criando essa mesma subjetividade no seu relacionamento consigo e com o mundo.

VI. CONCLUSÕES

A obesidade possui um impacto psicológico superior à doença e encontra-se associada negativamente a indicadores de insatisfação. A internalização do estigma e os comportamentos negativos sobre a condição de obesidade foram percebidos aquando a recolha da amostra, concretamente no momento em que foram avaliadas as medidas corporais; mulheres com sobrepeso/obesas evidenciavam sentimentos de vergonha e depreciação do próprio corpo.

Contrariamente às mulheres com subpeso/ peso normal que conversavam abertamente sobre preocupações corporais e de peso, as mais volumosas apontaram quase sempre a sua condição para uma causalidade externa,

O desenvolvimento do presente estudo veio suscitar particular interesse pelo desenvolvimento de estratégias ajustadas no acompanhamento de indivíduos com obesidade, considerando-se a complexidade da doença e o sofrimento psicológico, e sobretudo, a necessidade em se atribuir – ao doente - um papel ativo no controlo da obesidade.

Em consequência das questões de investigação na presente investigação, salientamos que:

- 1) O índice de massa corporal está associado positivamente com a insatisfação corporal, por outras palavras as mulheres com sobrepeso/obesas estão mais insatisfeitas do que os pares com subpeso/peso normal. Este resultado pode ser justificado com base nos padrões de beleza dominantes, mas também pelas perceções e possíveis limitações sentidas pela própria. Destaca-se ainda a associação entre insatisfação corporal e insatisfação sexual, revelando o impacto psicológico da obesidade e entre insatisfação sexual e satisfação conjugal.
- 2) O estado civil possui um efeito de interação entre obesidade e insatisfação corporal. Sendo que mulheres casadas encontram-se menos insatisfeitas corporalmente.
- 3) A insatisfação corporal obtém valores distintos em mulheres com sobrepeso/obesidade e mulheres com sub-peso/normal, obtendo as primeiras valores maiores que as segundas.
- 4) A insatisfação com a vida sexual e satisfação conjugal é idêntica entre mulheres com sobrepeso/obesidade e mulheres com sub-peso/normal.
- 5) A satisfação conjugal é idêntica entre mulheres com sobrepeso/obesidade e mulheres com sub-peso/normal.

6) As percepções subjetivas de peso aparente, ideal e desejado encontram-se relacionadas com a insatisfação com o corpo, satisfação com a vida conjugal e insatisfação sexual e correspondentes subescalas. O que reforça a crença deste estudo que as percepções, elementos subjetivos da obesidade possuem um maior impacto psicológico superior ao elemento objetivo e mensurável desta (IMC).

Relativamente à metodologia subjacente ao estudo, a correlacional, é esta caracterizada por conseguir descrever os fenómenos, estabelecer relações entre variáveis, podendo até determinar e prever o grau de variação das variáveis através do coeficiente de correlação e de determinação, conseguindo apenas vislumbrar a causalidade, sem a provar, considerando que uma relação de causa-efeito pressupõe ao mesmo tempo correlações entre ambas, mas a falta de controlo e de manipulação de variáveis impede o seu avanço, mas ao contrário da primeira não é sujeita às mesmas críticas, possuindo uma capacidade de aplicação maior e necessitando de menos recursos para a sua execução.

Há a referir ainda que independentemente de qual das metodologia seja a ideal, ou melhor ou pior que outra outro fator, talvez o mais importante de todos seja, a adequabilidade desta aos objetivos da investigação.

Tendo isso em mente cremos que a metodologia adotada é a mais adequada aos objetivos da nossa investigação, não esquecendo porém as suas limitações e condicionalismos nos resultados e conclusões retiradas da investigação proposta. Passaremos de seguida a apresentá-las.

As limitações da presente investigação prendem-se essencialmente com o tamanho da amostra e o processo de amostragem (não probabilística), que condiciona a generalização dos resultados para amostras semelhantes, por sua vez a validação do ISS revelou problemas que poderão por em causa os resultados e conclusões a tirar. Contudo, cremos que no balanço entre ganhos e perdas, i.e., entre necessidade e prioridade de investigações nesta área e as limitações, os primeiros superam em muito os segundos.

Investigações posteriores poderão replicar o presente estudo, mas incluindo previamente as percepções subjetivas de peso. Será interessante incluir outras variáveis sociodemográficas (e.g. orientação sexual, religião, estatuto socioeconómico), mas também aferir diferenças de sexo, temática pouco abordada em território nacional. Por sua vez deverá refletir-se sobre a aplicação do ISS que revelou problemas na presente

investigação, nesse sentido sugerimos instrumentos similares, que não tiveram esse problema, como por exemplo o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual, de Cappeleri, Duttagupta, Shpilsky, Diuguid, Stecher, Sweeney e Althof (2002) traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro e Raimundo (2004).

Direções futuras podem também passar por intervenções na obesidade, concretizando os resultados obtidos poderão servir de base para a criação de prioridades, tendo não só o critério o IMC, mas também o impacto psicológico, o número e intensidade das áreas afetadas (satisfação sexual, satisfação conjugal e satisfação corporal).

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, Sofia (2004). *Conjugalidades em Mudança: Percursos, orientações e dinâmicas da vida a dois*. Lisboa: ISCTE.

Adami, F.; Fernandes, T.C.; Frainer, D.E.S.; Oliveira, F.R. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Revista Digital - Buenos Aires*, 10 (83). Link: <http://www.efdeportes.com/> (acedido a 14 de Agosto de 2012).

Adams, K.F.; Schatzkin, A.; Harris, T.B., Kipnis, V, Mouw, T., Ballard-Barbash, R., Hollenbeck, A., Leitzmann, M.F. (2006). Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *The New England Journal of Medicine*, 355 (8), 763-78.

Almeida, C.M.E.; Oliveira, M.R.M.; Vieira, C.M. (2008). A relação entre a imagem corporal e obesidade em usuárias de unidades de saúde da família. *Revista Simbio-Logias*, 1 (1), 111-121.

Almeida, G. A. N.; Santos, J. E.; Pasian, S. R.; Loureiro, S. R. (2005). Perceção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 27-35.

Almeida, G.A.N.; Loureiro, S.N.; Santos, J.E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 283-292

Alves, D.; Pinto, M.; Alves, S.; Mota, A.; Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal, *Motricidade*, 5 (1), 1-20.

Amaral-Dias, C.; Bravo, A. (2003). *O inferno somos nós. Conversas sobre crianças e adolescentes: 2ª edição revista*. Lisboa: Quetzal Editores

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM IV-TR): 4ª edição revista*. Lisboa: Climepsi Editores.

Andersen, A. E.; DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (3), 283-287.

Andrade, A.; Bosi, M.L.M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 16 (1), 117-125.

Ansari, W.; Clausen, S.V.; Mabhala, A.; Stock, C. (2010). How do i look? Body image perceptions among university students from England and Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7 (2), 583-595.

Antunes, A.V.; Pozzobon, A.; Pereira, A.L.B. (2011). Avaliação Antropométrica, Auto percepção Corporal e Perfil Nutricional de Mulheres Adultas. *Revista Destaques Académicos*, 3 (3), 41-50.

Aron, A.; Henkemeyer, L. (1995). Marital satisfaction and passionate love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1, 139-146.

Assimakopoulos, K., Karaivazoglou, K., Panayiotopoulos, S., Hyphantis, T., Iconomou, G., & Kalfarentzos, F. (2011). Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: a one-year follow-up study. *Obesity Surgery*, 3, 362-366.

Associação Portuguesa de Nutricionistas (APN). Link: <http://www.apn.org.pt/scid/webapn/defaultArticleViewOne.asp?articleID=402&categoryID=849> (acedido em 15 de Dezembro de 2011)

Backes V.; Olinto M.T.; Henn R.L.; Cremonese C.; Pattussi M.P. (2011). Association between psychosocial factors and self-reported overweight in Brazilian adults. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (3), 573-80.

Bancroft J. (1989). *Human Sexuality and Its Problems*. London: Churchill Livingstone.

Barros, C. A. S. M. (1996). *Alcoolismo, Obesidade, consultoria Psiquiátrica*. Porto Alegre: Movimento.

Barros, D.D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12 (2), 547-554.

Basson, R. (2002). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 264-271.

Beavers, W. R. (1985). *Successful Marriage*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo. M.R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.

Blaine, B. E., DiBlasi, D. M., Connor, J. M. (2002). The effect of weight loss on perceptions of weight controllability: Implications for prejudice against overweight people. *Journal of Applied Biobehavioural Research*, 7, 44-56.

Bosi, M.L.M.; Luiz, R.R.; Morgado, C.M.C.; Costa, M.L.S.; Carvalho, R.J. (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (2), 108-113.

Branco, L.M.; Hilário, M.O.E.; Cintra, I.P. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (6), 292-296.

Brennan, L.; Walkley, J.; Fraser, S.F.; Greenway, K.; Wilks, R. (2008). Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 29 (3), 359-375.

Brodie, D.A., Drew, S.C.; Jackman, C. (1996). Influence of preconception on body image. *Perceptual and Motor Skills*, 83 (2), 571-577.

- Brytek-Matera, A. (2010). Body image among obese women: consequences and degree of body dissatisfaction, relationship with low self-esteem and coping strategies. *Psychiatria Polska*, 44 (2), 267-75.
- Campbell, R. (1989). *Psychiatric Dictionary* (6 ed.), New York: Oxford University Press.
- Campos, L.F.; Gomes, J.M.; Oliveira, J.C. (2008). Obesidade infantil, atividade física e sedentarismo em crianças do 1º ciclo do ensino básico da cidade de Bragança. *Motricidade*, 4 (3), 18-25.
- Canales, J.Z.; Cordás, T.A.; Fiquer, J.T.; Cavalcante, A.F.; Moreno, R.A. (2010). Posture and body image in individuals with major depressive disorder: a controlled study *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (4), 375-380.
- Capitão, C.G.; Tello, R.R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicologia Hospitalar*, 2 (2).
- Carmo, I. (1997). *Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens* (1 ed.), Porto: Edinter.
- Carr, D.; Friedman, M.A. (2005) Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (3), 244–259.
- Carr, D.; Friedman, M.A. (2006). Body Weight and the Quality of Interpersonal Relationships. *Social Psychology Quarterly*, 69 (2), 127–149.
- Carvalho, J. (2008). A Importância de Fatores Psicológicos, Orgânicos e Relacionais na Resposta de Desejo Sexual Masculino e Feminino. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Cash, T. F. (1993). Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. *Perceptual and Motor Skills*, 77 (3), 1099-1103.
- Cash, T.F.; Brown, T.A. (1989). Gender and body image: stereotypes and realities. *Sex Roles*, 21 (5/6), 361-373.
- Cash, T.F.; Hicks, K.L. (1990). Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (3), 327-341.
- Cash, T.F.; Pruzinsky, T. (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F.; Szymanski, M.L. (1995). The Development and Validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64 (3), 466-477.
- Cavalcanti, D.R.M. (2005). O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. *CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, 9, 53-60. Link: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/caos> (acedido a 12 de Julho de 2012)

Chen, E.Y.; Bocchieri-Ricciardi, L.E.; Munoz, D.; Fischer, S.; Katterman, S.; Roehrig, M.; Dymek-Valentine, M.; Alverdy J.C.; Le Grange, D. (2007). Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. *Obesity Surgery*, 17 (5), 669-671.

Chuproski, P.; Mello, D.F. (2009). Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. *Revista de Nutrição*, 22 (6), 929-936.

Cicco, M.F.; Santos, N.O.; Silva, M.M.; Laham, C.; Junior, A.G.; Lucia M.C.S. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia Hospitalar*, 4 (1).

Código Civil. Direito da Família. Link:
http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2545&m=PDF

Coelho, F.D.; Carvalho, P.B.; Amaral, A.C.S.; Ferreira, M.E.C. (s.d.). *Avaliação da satisfação da imagem corporal de mulheres praticantes de musculação*. Laboratório de estudos do Corpo - Universidade Federal de Juiz de Fora. Link: <http://www.ufjf.br/labesc/producao-cientifica/resumos-expandidos/> (acedido a 18 de Julho de 2012).

Cole, T.J.; Bellizzi, M.C.; Fegal, K.M.; Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320 (7244), 1240-1243.

Corseuil, M.W.; Pelegrini, A.; Beck, C.; Petroski, E.L. (2009). Prevalencia de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. *Revista da Educação Física/UEM*, 20 (1), 25-31.

Costa, J. M. A.; Biaggio, A. M. B. (1998). Aspectos emocionais da obesidade: Ansiedade e raiva. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 50 (3), 30-50.

Costa, S.P.V.; Guidoto, E.C.; Camargo, T.P.P.; Uzunian, L.G.; Viebig, R.F. (2007). Distúrbios da imagem corporal e transtornos alimentares em atletas e praticantes de atividade física. *Revista Digital - Buenos Aires*, 12, (114). Link: <http://www.efdeportes.com/> (acedido a 12 de Junho de 2012).

Cunha, M.J. (2008). O corpo, o consumo e o investimento corporal: as dietas e o exercício. *VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa 25 e 28 Junho, 24*, 1-11.

Damarest, J.; Allen, R. (2000). Body image: gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 140 (4), 465-472.

Damascena, L.L.; Neto, N.P.; Pereira, V.A. (s.d.). Correlação entre obesidade abdominal, IMC e risco cardiovascular. XI Encontro de Iniciação à Docência, UFPB-PRG. Link: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/catalogoresumo/6.SAUDE/6CCSDEFPLIC02.pdf>

Damasceno, M.L.; Shubert, A.; Oliveira, A.P.; Sonoo, C.N.; Vieira, J.L.L.; Vieira, L.F. (2011). Associação entre comportamento alimentar, imagem corporal e esquemas de

gênero do autoconceito de universitárias praticantes de atividades físicas. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 16 (2), 138-143.

Damasceno, V.O.; Vianna, V.R.A.; Vianna, J.M.; Lacio, M.; Lima, J.R.P.; Novaes, J.S. (2006), Imagem corporal e corpo ideal. *Revista brasileira de Ciência e Movimento*, 14 (1), 87-96.

Davis, C.; Cowles, M. (1991). Body image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women. *Sex Roles*, 25, 33–44.

Deeks, A.; McCabe, M. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *Journal of Sex Research*, 38, 219-225.

Del Ciampo, L.A.; Rodrigues, D.M.S.; Del Ciampo, I.R.L.; Cardoso, V.C.; Bettiol, H.; Barbieri, M.A. (2010). Percepção corporal e atividade física em uma coorte de adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (3) 671-679.

DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Demarest, J.; Langer, E. (1996). Perception of body shape by underweight average, and overweight men and women. *Perceptual and Motor Skills*, 83 (2), 569-570.

Dennerstein, L.; Dudley, E.; Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility*, 76, 456–460.

Dessen, M. A.; Braz, M. P. (2005). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 16, 221-231.

DGS - Direção Geral de Saúde (2005): Circular Normativa nº3.

Diário da Republica. Link: <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/05/109A00/27972798.pdf>

Dias, M. (2000). *A construção do casal: Um estudo sobre as relações conjugais contemporâneas*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora.

Dixe, M.A. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 25 (4), 559-569.

Dobrown, I.J.; Kamenetz, C.; Devlin, M.J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 63-67.

Dostie, M. (1988). *Le corps investis*. Albert Saint Martin de Montréal: De Boeck.

Duchesne, M.; Appolinário, J.C.; Rangé, B.P.; Freitas, S.; Papelbaum, M.; Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivocomportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (1), 80-92.

Dundon, C.; Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 896-904.

- Duren, D.L.; Sherwood, R.J.; Czerwinski, S.A.; Lee, M.; Choh, A.C.; Siervogel, R.M.; Chumlea, W.C. (2008). Body Composition Methods: Comparisons and Interpretation. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 2 (6), 1139–1146.
- Duvall, E. (1977). *Marriage and family development*. New York: Lippincott Company.
- Eurotrials, Boletim informativo. Nº 21, Setembro de 2006. Link: www.eurotrials.com (acedido a 17 de Agosto de 2012).
- Fallon, A.; Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), 102-105.
- Faustino, R. (1999). *Introdução aos Métodos de Investigação em Psicologia: Sebenta de Apoio*. Lisboa: Universidade Independente.
- Ferreira, M.C.; Leite, N.G.M. (2002). Adaptação e Validação de um Instrumento de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal. *Avaliação Psicológica*, 2, 141-149.
- Ferriani, M.G.; Dias, T.S.; Silva, K.Z.; Martins, C.S. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (1), 27-33.
- Fettich, K.C.; Chen, E.Y. (2012). Coping with obesity stigma affects depressed mood in African-American and white candidates for bariatric surgery. *Obesity*, 20 (5), 1118-1121.
- Field, A.; Camargo, J.; Carlos, A.; Taylor, C. B.; Berkey, C.S.; Roberts, S.B.; Colditz, G.A. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns, and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*, 107 (1), 54-60.
- Fincham, F. D.; Linfield, K. (1997). A new look at marital quality: Can spouses be positive and negative about their marriage? *Journal of Family Psychology*, 11, 489–502.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., & Kemp-Fincham, S. I. (1997). Marital quality: A new theoretical perspective. In R. J. Sternberg & M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships* (pp. 275–304). New York: Guilford.
- Fisher, S.; Cleveland, S. (1968). *Body Image and Personality*. Canadá: Dover Publications.
- Fowler, B. (1989). The relationship of body image perception and weight status to recent change in weight status of the adolescent female. *Adolescence*, 24 (95), 557-568.
- Fowler, E.M. (1987) *Body image of female aerobic dancers and nonexercising women*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Houston.
- Fugl-Meyer, A.; Sjögren Fugl-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18–74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2, 79– 105.
- Gallicchio, L.; Schilling, C.; Tomic, D.; Miller, S.; Zacur, H.; Flaws, J. (2007). Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric*, 2, 132- 142.
- Galvão, J. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana para uma parentalidade*

responsável. Lisboa: Editoras Paulinas.

Garcia, L. (1999). The certainty of the sexual self-concept. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 4, 263-270.

Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal Psychology*, 87, 327-337.

Garner, D.M.; Garfinkel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11 (3), 263-84.

Garner, D.M.; Garfinkel, P.E.; Stancer, H.C.; Molfsky, H. (1976). Body Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 327-336.

Gittelsohn, J.; Harris, S.B.; Thorne-Lyman, A.L.; Hanley, A.J.G.; Barnie, A.; Zinman, B. (1996). Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada. *Journal of Nutrition*. 126 (12), 2990-3000.

Glinski, J.; Wetzler, S.; Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.

Gomes, A. (2000). *Imagem corporal em toxicodependentes*. Tese de Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Gonçalves, O.F. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas* (3ª edição). Porto: Edições Afrontamento.

Gozzo, T.; Fustinoni, S.; Barbieri, M.; Roher, W.; Freitas, I. (2008). Sexualidade feminina: Compreendendo seu significado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3, 84-90.

Grant, B. F.; Weissman, M. M. (2007). *Gender and the prevalence of psychiatric disorders*. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 31-46). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Guenther, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 28 (1): 59-70.

Gutiérrez-Maldonado, J.; Ferrerer-Garcia, M.; Caqueo-Úrizar, A.; Moreno, E. (2010). Body Image in Eating Disorders: The Influence of Exposure to Virtual-Reality Environments. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13 (5), 521-531.

Haavio-Mannila, E.; Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 399-419.

Halford, W.K.; Kelly, A.; Markman, H.J. (1997). *The concept of a healthy marriage*. Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions, 3-12. New York: John Wiley & Sons.

Halmi, K.A.; Stunkard, A.J.; Mason, E.E. (1980). Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunioileal bypass, diet. *American Journal of Clinical*

Nutrition, 33 (2), 446-51.

Hampel A. D., Vangelisti A. L. (2008). Commitment expectations in romantic relationships: application of a prototype interaction-pattern model. *Personal relationships*, 15, 81–102.

Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guildford Press.

Hawkins, D.N.; Booth, A. (2005). Unhappily Ever After: Effects of Long-Term, Low-Quality Marriages on Well-Being. *Social Forces*, 84 (1), 451-471.

Hawton, K.; Gath, D.; Day, A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynaecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 375-395.

Heiman, J.; Gladue, B.; Roberts, C.; LoPiccolo, J. (1986). Historical and current factors discriminating sexually functional from sexually dysfunctional married couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 163-174.

Hendley, Y.; Zhao, L.; Coverson, D.L.; Din-Dzietham, R.; Morris, A.; Quyyumi, A.A.; Gibbons, G.H.; Vaccarino, V. (2011). *Differences in weight perception among blacks and whites*. *Journal of Women's Health*, 12, 1805-1811.

Hendrick, C., e Hendrick, S. S. (2000). *Close relationships: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Holmberg, D.; Blair, K.; Phillips, M. (2010). Women's Sexual Satisfaction as a Predictor of Well being in Same-Sex Versus Mixed-Sex Relationships. *Journal of Sex Research*, 47, 111.

Hubert, H.B., Feinleib, M.; Mcnamara, M.; Castelli, W. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 67 (5): 968-976.

Hurlbert, D.F.; Apt, C. (1994). Female sexual desire, response and behavior. *Behavior Modification*, 18, 488-504.

Hurlbert, D.F., Apt, C. y Rabehl, S.M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 154-165.

Johnson, D. R.; Booth, A. (1998). Marital quality: a product of dyadic environment or individual factors? *Oxford Journals: Social Forces*, 76 (3), 883-904.

Jung, J.; Lennon, S. (2003). Body image, appearance self-schema and media images. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 32 (1), 27-51.

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

- Kanno, P.; Rabelo, M.; Melo, G.F.; Giavoni, A. (2008). Discrepâncias na imagem corporal e na dieta de obesos. *Revista de Nutrição*, 21 (4), 423-430.
- Kaufman, A. (1998). Fatores psicodinâmicos e psicossociais da obesidade. In S. V. Bettarello (Org.), *Perspetivas psicodinâmicas em psiquiatria* (p. 62). São Paulo: Lemos.
- Kietcolt-Glaser, J. (2001). Marriage and Health: his and hers. *Psychology Bulletin*, 4, 472-503.
- Kinzl, J. F.; Trefalt, E.; Fiala, M.; Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery*, 12, 292-294.
- Kinzl, J.; Trefalt, E.; Fiala, M.; Hotter, A.; Biebl, W.; Aigner, F. (2001). Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity Surgery*, 4, 455-458.
- Kolotkin, R.L.; Binks, M.; Crosby, R.D.; Ostbye, T.; Gress, R.E.; Adams, T.D. (2006). Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity*, 14 (3), 472-479.
- Kolotkin, R.L.; Binks, M.; Crosby, R.D.; Ostbye, T.; Mitchell, J.E.; Hartley, G. (2008). Improvements in sexual quality of life after moderate weight loss. *International Journal of Impotence Research*, 20 (5), 487-492.
- Laumann, E.; Gagnon, J.; Michael, R.; Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Legenbauer, T.; Burgmer, R.; Senf, W.; Herpertz, S. (2007). Psychiatric comorbidity and quality of life in obese individuals: a prospective controlled study. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medicine Psychologie*, 57 (11), 435-41.
- Leonhard, M.L.; Barry, N.J. (1998). Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors*, 23 (1), 31-34.
- Levine, S. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 39-51.
- Levinger, G.; Huston, T.L. (1990). The social psychology of marriage. In F. Fincham & T. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Conceptual, empirical, and applied perspectives* (pp. 19-58). New York: Guilford Press.
- Link, B.G.; Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Maia, A.; Silva, S.; Pires, T. (2009). *Desafios da saúde e comportamento: atores, contextos e problemáticas*. Atas do Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga; CIPSI Edições.
- Mansfield, P.; Jorgensen, C. (1992). Menstrual pattern changes in middle-aged women. In A. Dan & L. Lewis (Eds.), *Menstrual health in women's lives* (pp. 213- 225). Urbana: University of Illinois Press.

- Martins, A.; Aguiar, A.H. (2005). *Emagreça! Perca gordura e ganhe saúde*. Barcarena: Editorial Presença.
- Martins, D.F.; Nunes, M.F.O.; Noronha, A.P.P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2), 94-105.
- Masset, K.V.S.; Safons, M.P. (2008). Excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal em mulheres. *Arquivos Sanny de Pesquisa e Saúde*, 1 (1). 38-48.
- Matos, A.F.G.; Vieira, A.R.; Coutinho, W.; Madeira, D.; Carraro, L.M.; Rodrigues, R.; Bastos, G.; Cabral, M. (2000). A Obesidade Estaria Relacionada ao Aumento do Volume das Adrenais?. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 44 (1), 21-30.
- Matos, M.I.R.; Aranha, L.S.; Alessandra, N. (2002). Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 165-169.
- McLaren, L.; Kuh, D. (2004). Body dissatisfaction in midlife women. *Journal of Women and Aging*, 16 (1-2), 35-54.
- Meston, C.M.; Trapnell, P.D. (2005). Development and validation of a five factor sexual satisfaction and distress scale: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2, 66-81.
- Meurer, B.; Gesser, M. (2008). *O corpo como locus de poder: articulações sobre gênero e obesidade na contemporaneidade*. Fazendo Gênero, 8. Florianópolis: Corpo Violência e Poder.
- Moret, L.B; Glaser, B.A.; Page, R.C.; Bargeron, E.F. (1998). Intimacy and sexual satisfaction in unmarried couple relationships: A pilot study. *The Family Journal*, 6, 33-39.
- Morgan, C., Vecchiatti, I.; Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 18-23.
- Mumford, D.B.; Whitehouse, A.M.; Platts, M. (1985). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian school girls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, 222-228.
- Myers, A; Rosen, J.C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23 (3), 221-230.
- Narciso, I. (1994). *Metamorfoses do Amor e da Satisfação Conjugal*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas mas Não Perfeitas – À Procura do Padrão que Liga*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Texto policopiado.

Narciso, I.; Costa, E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Narciso, I.; Costa, M.; Pina-Prata, F. (2002). Intimidade e compromisso pessoal ou “Aquilo que pode fazer com que um casamento funcione?”. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 36, 67-88.

Neto, O.D. (2005). *Jogos Conjugais: proposta de um modelo construcionista social para terapia de casais*. Rio de Janeiro: Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Neumark-Sztainer, D.; Story, M.; Resnick, M.D.; Blum, R.W. (1998). Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota adolescent health survey. *Journal of the American Dietetic Association*, 98 (12), 1449-1456.

Nobre, P. (2003). *Sexual dysfunction: Contributions for the construction of a comprehensive model based on cognitive theory*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Nonino-Borges, C.B.; Borges, R.M.; Santos, J.E. (2006). Tratamento clínico da obesidade. Simpósio Distúrbios Respiratórios do Sono. *Revista Medicina, Ribeirão Preto*, 39 (2), 246-252.

Norgren, M.; Souza, R.; Kaslow, F.; Hammerschmidt, H.; Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9, 575-584.

Nunes, I. (2001). *(Des)Contruindo o puzzle da satisfação sexual – significações de indivíduos heterossexuais em coabitação*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Nunes, M.A.; Olinto, M.T.A.; Barros, F.C.; Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 21-27.

Nunes, R.T.; Lopes, E.C.D.; Damasceno, V.O.; Miranda, R.; Filho, M.G.B. (2007). Dependência do Exercício Físico e Insatisfação com a Imagem Corporal. *Hu Revista – Universidade Federal de Juiz de Fora*, 33 (4), 113-118.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Ogden, J.; Evans, C. (1996). The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20 (3), 272-277.

Ogden, J.; Munday, K. (1996). The effect of the media on body satisfaction: the role of gender and size. *European Eating Disorders Review*, 4, 171-181.

Oliveira, C.; Costa, G.F.; Watanabe, L.M.; Alves, P.K.Q.M; Rodrigues, S.M.; Nacif, M. (2010). Percepção da imagem corporal em mulheres de uma academia do município de São Paulo. *Revista Digital - Buenos Aires* – 14 (140). Link: <http://www.efdeportes.com/> (acedido a 22 de Abril de 2012)

- Oliveira, I. (2004). *Vivências da mulher mastectomizada: abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
- Orbuch, T.; Sprecher, S. (2003). Attraction and interpersonal relationships. In Delamater, J. (Ed.). *Handbook of Social Psychology*, p. 339-362. New-York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pais-Ribeiro, J.; Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde e Doença*, 2, 191 – 202.
- Pais-Ribeiro, J.; Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3 (23): 305-314
- Parker (1999). Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In Louro, G. (org.). *O corpo educado, pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autentica, p. 127-149.
- Pascoal, P., Narciso, I., Ferreira, A., Pereira, N. (submetido). *Desenvolvimento e estudo psicométrico de uma escala de avaliação da insatisfação com a imagem corporal utilizando silhuetas: a Escala de Percepção da Imagem Corporal (EPIC)*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Pechorro (2006). *Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pechorro, P.; Diniz, A.; Almeida, S.; Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 1, 33-44.
- Pechorro, P.; Diniz, A.; Vieira, R. (2010). Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 4, 665-681.
- Pegorer, M.A.S. (2010). *A construção Histórica dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher*. Universidade Estadual do Norte do Paraná.
- Peixoto, M.R.G.; Benício, M.H.A; Latorre, M.R.D.O.; Jardim, P.C.B.V. (2006). Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87, 462-470.
- Pelican, S.; Heede, F.V.; Holmes, B.; Melcher, L.M.; Wardlaw, M.K.; Raidl, M.; Wheeler, B.; Moore, S.A. (2005). The Power of Others to Shape Our Identity: Body Image, Physical Abilities, and Body Weight. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34 (1), 56–80.
- Penna, L. (1990). Imagem Corporal: Uma revisão da Literatura. *Revista Psicologia-USP*, 1 (2), 167-174.
- Pereira, C.B.; Ellensohn, S.S. (2006). Representação gráfica da imagem corporal em mulheres obesas: considerações iniciais. *Revista Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, 9 (1), 81-89.

Perlin, G. D. B. (2006). Casamentos contemporâneos: um estudo sobre os impactos da interação família-trabalho na satisfação conjugal. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Pierce, R. A.; Stoltenberg, C.D. (1990). Increasing program persistence in professional weight loss programs involving cognitive self-persuasion. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (3), 210-215.

Pim, J.E.; Ferreira, M.; Rodrigues, M.; Costa, S. (2006). Novas Formas de Família: O caso da adoção para quem já tem filhos biológicos. *Revista de Antropologia Experimental*, 6 (9), 137-159.

Polivy, J.; Herman, C. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.

Potes, A.A.; Bandola, C.T.; Real, F.M.; Ferreira, L.P. (2006). *Tempo da Adopção vs Tempo Útil da Criança: Complexidade e questões do processo* (Trabalho Final de Curso de Investigação em Serviço Social). Lisboa: Instituto Superior de Serviço de Lisboa.

Probst, M.; Vandereycken, W.; Coppenolle, H.V. (1997). *Manual of the Body Attitude Test*. Belgium: Katholieke Universiteit Leuven.

Puhl, R.; Brownell, K.D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9 (12), 788-805.

Purnine, D.; Carey, M. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment: The roles of understanding and agreement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1017-1025.

Rech, C.R.; Araújo, E.D.S; Vanat, J.R. (2010). Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 24 (2), 285-292.

Reizinho, R. (2008). *Satisfação sexual na mulher com dependência de álcool*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. (3ªEd.). Porto: Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento.

Renaud, C.; Byers, E.S.; Pan, S. (1997). Sexual and relationship satisfaction in Mainland China. *The Journal of Sex Research*, 34, 399-410.

Ribeiro, P.R.L.; Tavares, M.C.F. (2011). As Contribuições de Fisher para imagem corporal. *Revista Motricidade*, 7 (4), 83-95.

Rosen, J.C.; Reiter, J.; Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1), 77-84.

Ross, C.E. (1994). Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (1), 63-79.

- Rumsey, N. (2008). The psychology of appearance: Why health psychologists should “do looks”. *The European Health Psychologist*, 10, 46-50.
- Rydén, A.; Karlsson, J.; Persson, L.O.; Sjöström, L.; Taft, C.; Sullivan, M. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 177–188.
- Saikali, C.J.; Soubhia, C.S.; Scalfaro, B.M.; Cordás, T.A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 164-166.
- Santoro, J. R. (1996). Obesidade. Considerações gerais. Nutrição infantil. *Pediatria Moderna*, 32 (1), 42-49.
- Santos, E.M.C.; Tassitano, R.M.; Nascimento, W.M.F.; Petribú, M.M.V.; Cabral, P.C. (2011). Satisfação com o peso corporal e fatores associados em estudantes do ensino médio. *Revista Paulista de Pediatria*, 29 (2), 214-23.
- Santos, M.; Moita, M. (1993). *Falemos de sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Sarwer, D.B; Thompson, J.K.; Cash, T.F.; Davidson, J.; Darling, C.; Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behaviour and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research*, 32 (3), 235-243.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A.; Foster, G.D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (4), 651-654.
- Sarwer, D.B.; Thompson, J.K.; Cash, T.F. (2005). Body Image and Obesity in Adulthood. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 69–87.
- Saur, A.M.; Pasian, S.R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7 (2), 199-209.
- Saur, A.M.; Pasian, S.R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7 (2), 199-209.
- Scagliusi, F.B.; Pereira, P.R.; Stelmo, I.C.; Unsain, R.F.; Martins, P.A.; Sato, P.M. (2012). Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61 (3), 159-167.
- Scherer, F.C.; Martins, C.R.; Pelegrini, A.; Matheus, S.C.; Petroski, E.L. (2010). Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 198-202.
- Schmalings, K.B.; Sher, T.G. (1997). Physical health and relationships. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 323–345). Hoboken, NJ: Wiley.

- Schwartz, M.B.; Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1 (1), 43-56.
- Secchi, K.; Camargo, B.V.; Bertoldo, R.B. (2009). Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 229-236 .
- Segal, A.; Cardeal, M.V.; Cordás, T.K. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29 (2), 81-89.
- Seymour, W. (1998). *Remaking the body*. London: Routledge.
- Shaw, J.; Waller, G. (1995). The media's impact on body image. Implications for prevention and treatment. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 115-123.
- Sheets, V.; Ajmere, K. (2005). Are romantic partners a source of college students weight concern? *Eating Behaviours*, 6, 1-9.
- Sheras, P.L.; Koch-Sheras, P.R. (2005). Couple power therapy: Building commitment, cooperation, communication, and community in relationships. Psychologists in independent practice, (pp. 41-59). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Shih, M.Y.; Kubo, C. (2005). Body shape preference and body satisfaction of Taiwanese and Japanese female college students. *Psychiatry Research*, 133 (2), 263-271.
- Shilder, P. (1981). *A imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Siegel, I. (2010). Does Body Weight Dissatisfaction Change with Age? A Cross-Sectional Analysis of American Women. *The New School Psychology Bulletin*, 7 (1), 42-50.
- Sikorski, C.; Luppá, M.; Brähler, E.; König, H.H.; Riedel-Heller, S.G. (2012). Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study on stigma and causation of obesity. *PLOS ONE*, 7 (10), 1-9.
- Silva G.A.; Lange, E.S.N. (2010). Imagem Corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Revista Psicologia Argumento*, 28 (60), 43-54.
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H. (2009). Cirurgia de obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia, Teoria e Prática*, 11 (2), 196-210.
- Silva, M.J.E. (2008). Satisfação Sexual e Autoconceito na Mulher com Incontinência Urinária. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behavioral Research and Therapy*, 32 (5), 497-502.

Smith, A.; Lyons, A.; Ferris, J.; Richters, J.; Pitts, M.; Shelley, J.; Simpson, J. (2011). Sexual and Relationship Satisfaction among Heterosexual Men and Women: the importance of desired frequency of sex. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2, 104-115.

Snell, W.E.J.; Fisher, T.D.; Walters, A.S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.

Snyder, D.; Berg, P. (1983). Determinants of sexual dissatisfaction in sexually distressed couples. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 237-246.

Snyder, M.; Tanke, E.D.; Berscheid, E. (1977). Social Perception and Interpersonal Behavior: On the self-fulfilling Nature of Social Stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35 (9), 656-666.

Soares, A.; Silva, I. (2011). Qualidade de vida em mulheres que procuram tratamento para a obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (2), 235-254.

Soares, M. (2009). *Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para a obesidade*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Sobal, J.; Stunkard, A.J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105 (2), 260-275.

Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO): *Prevalência e Monitorização da Obesidade e do Controlo do Peso* (2008). Link: <http://www.speo-obesidade.pt/CDA/HPhomepage.aspx> (acedido a 5 de Maio de 2012).

Spence, S. (1997). Sex and relationships. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 73-105). England:Wiley.

Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of Sex Research*, 39 (3), 190-196.

Srivastava, K. (2009). *Conceptualization and Development of the Appearance Perfectionism Scale: Preliminary Evidence for Validity and Utility in a College Student Population*. University of Michigan.

Sternberg, R. J.; Barnes, M. L. (1988). *The psychology of love*. New Haven, CT: Yale University Press.

Stevens, C.; Tiggemann, M. (1998). Women's body figure preferences across the life span. *The Journal of Genetic Psychology*, 159 (1), 94-102.

Stunkard, A.J.; Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (2), 524S-532S

Stunkard, A.J.; Sorenson, T.; Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption, Register for the study of obesity and thinness. In S.S. Kety, L.P. Rowland, R.L. Sidman, & S.W.

- Matthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp.115-120). New York: Raven.
- Tang-Péronard, J.L.; Heitmann, B.L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews*, 9 (6), 522-34.
- Tantleff-Dunn, S.; Gokee, J. (2002). Interpersonal influences on body image development. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 108-116). New York: The Guilford Press.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto. *Análise Psicológica*, 8 (4), 389-398.
- Teixeira, F.V.; Pais-Ribeiro, J.L.; Maia, A.R.P. (2012). Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58 (2), 254-262
- Teixeira, P.J.; Going, S.B.; Houtkooper, L.B.; Cussler, E.C.; Martin, C.J.; Metcalfe, L.L.; Finkenthal, N.R.; Blew, R.M.; Sardinha, L.B.; Lohman, T.G. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (6), 499-523.
- Tessmer, C.S.; Silva, M.C.; Pinho, M.N.; Gazalle, F.K.; Fassa, A.G. (2006). Insatisfação corporal em frequentadores de academia. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14 (1), 7-12.
- Tiggerman, M. (2002). Media influences on body image development. In T.F. Cash & Pruzinsky, T. *Body image: A handbook of theory, research and clinical practise*. New York: The Guilford Press.
- Tom, G.; Chen, A.; Liao, H.; Chao, J. (2005). Body image, relationships and time. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 458-468.
- Torres, A.C. (2000). Trajetórias, Dinâmicas e Formas de Conjugalidade: assimetrias sociais e de gênero no casamento. Lisboa: ISCTE.
- Trappnell, P.D.; Meston, C.M.; Gorzalka, B.B. (1997). Spectatoring the relationship between body image and sexual experience: Self focus or self valence. *Journal of Sex Research*, 34, 267-278.
- Travado. L.; Pires, R.; Martins, V.; Ventura, C.; Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 22 (3): 533-550.
- Tribess, S. (2006). *Percepção da Imagem Corporal e Fatores Relacionados à Saúde em Idosas*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Tribess, S.; Junior, J.S.V.; Petroski, É.L. (2010) Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 31-38.

Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 228-249.

Vasques, F.; Martins, F.C; Azevedo. A.P. (2004) Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Psiquiatria Clinica*, 31 (4); 195-198.

Vaz, J. (1996). *A educação sexual nas escolas*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vedana, E.H.B.; Peres, M.A.; Neves, J.; Rocha, G.C.; Longo, G.Z. (2008). Prevalência de Obesidade e Fatores Associados em Adultos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 52, (7), 1156-1162.

Veggi, A.; Lopes, C.; Faerstein, E.; Sichieri, R. (2004). Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 242-247.

Vigmont, F. (2006). A Review of Gallagher S. (2005), *How the Body Shapes the Mind*. New York: Oxford University Press, p 284. *Psyche*, 12 (1), 1-7. Link: <http://www.theassc.org/files/assc/2625.pdf> (acedido a 12 de Março de 2012).

Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina – Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Wadden, T. A.; Phelan, S. (2002). Behavioural assessment of the obese patient. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Ed). *Handbook of Obesity Treatment*. New York: Guilford Press.

Wardle, J.; Waller, J.; Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*., 27 (4), 561-573.

Warren, C., Gleaves, D., Benito, A., Fernandez, M. & Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (3), 241-249.

Watson, D.; Hubbard, B.; Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: evidence from self and partner-ratings. *Journal of Personality*, 68, 413-448.

Weber, M.; Wyne, K. (2006). A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 83(1), 95-101.

Weeks, J. (1999). O corpo e a sexualidade. In: Louro, G.L. (org.). *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, pp. 35-82.

White, M.A.; Kohlmaier, J.R.; Varando-Sullivan, P.; Williamson, D.A. (2003). Racial/ethnic differences in weight concerns: protective and risk factors for the development of eating disorders and obesity among adolescent females. *Eating and Weight Disorders*., 8 (1), 20-25.

WHO - Obesity and overweight. Fact sheet N°31. May 2012. Link: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wiederman, M.W.; Hurst, S. R. (1998). Body size, physical attractiveness and body image among young adult women: Relationships to sexual experience and sexual esteem. *Journal of Sex Research*, 35, 272-282.

Wiedermann, M. (2002). Body image and sexual functioning. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 287-294). New York: The Guilford Press.

William, F. Michael, S. Paul, R. Darrel, (Eds). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*, 31-45. Arlington: AmericanPsychiatric Publishing.

Wilson, S.; Larson, J.; McCulloch, B. e Stone, K. (1997). Dyadic adjustment: an ecosystemic examination. *The American Journal of Family Therapy*, 25, 291-306

Yeh, H.; Lorenz, F.; Conger, D. (2006). Relationships Among Sexual Satisfaction, Marital Quality, and Marital Instability at Midlife. *Journal of Family Psychology*, 2, 339–343.

Zottis, C.; Labronici, L.M. (2002). O corpo obeso e a percepção de si. *Cogitare Enfermagem.*, 7 (2): 21-29.

Zottis, C.; Labronici, L.M. (2003). O corpo obeso e a percepção de si. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

ANEXOS

ANEXO I
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO GERAL

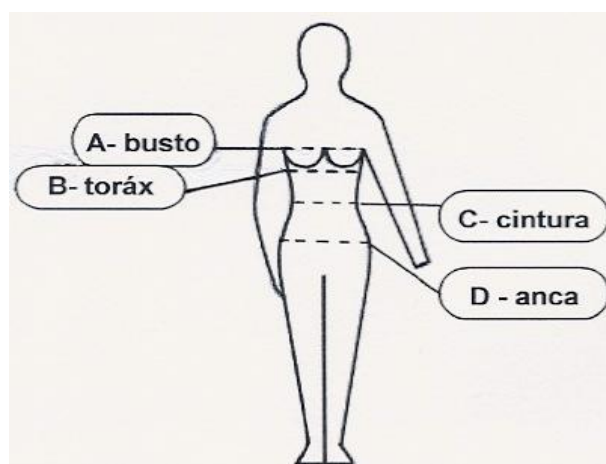
IMC: __, __ (B M A)

0. Dados a recolher com ajuda do avaliador.

Neste grupo de questões, são-lhe solicitadas várias dimensões corporais. Recorremos à fita métrica e balança fornecidas para respetivas avaliações.

Altura: cm

Peso: , Kg



A - busto cm

B - tórax: cm

C- cintura: cm

D- anca cm

Dados a preencher pela entrevistada

1. Idade anos

2. Nível de escolaridade

- Sem escolaridade
- 9º Ano ou menos
- 10º, 11º ou 12º ano
- Curso Superior

3. Empregada (no ativo)

Sim

Não

4. Estado civil

Solteira

Casada /União de facto

Divorciada / Separada

Viúva

5. Qual o peso/altura que pensa corresponder à sua aparência física?

Deve colocar um círculo para assinalar a escolha.

Peso em kg: 40-45; 45-50; 50-55; 55-60; 60-65; 65-70; 70-75; 75-80; 80-85;

85-90; 90-95; + de 95

Altura em cm: 140-145; 145-150; 150-155; 155-160; 160-165; 165-170; 170-175;

175-180; 180-185; 185-190; 190-195; + de 195

6. Qual o peso/altura que gostaria de ter?

Deve colocar um círculo para assinalar a escolha.

Peso em kg: 40-45; 45-50; 50-55; 55-60; 60-65; 65-70; 70-75; 75-80; 80-85;

85-90; 90-95; + de 95

Altura em cm: 140-145; 145-150; 150-155; 155-160; 160-165; 165-170; 170-175;

175-180; 180-185; 185-190; 190-195; + de 195

7. Na sua opinião, quais as medidas femininas que considera mais atraentes?

Deve colocar um círculo para assinalar a escolha.

Peso em kg: 40-45; 45-50; 50-55; 55-60; 60-65; 65-70; 70-75; 75-80; 80-85;

85-90; 90-95; + de 95

Altura em cm: 140-145; 145-150; 150-155; 155-160; 160-165; 165-170; 170-175;

175-180; 180-185; 185-190; 190-195; + de 195

8. Neste momento mantém alguma relação afetiva/amorosa íntima?

Sim

Se respondeu sim, há quanto tempo mantém essa relação?

- menos de 1 ano
- mais de 1 ano e menos de 5 anos
- mais de 5 anos e menos de 10 anos
- mais de 10 anos

Não

Se respondeu não, há quanto tempo não mantém uma relação
afectiva/amorosa íntima?

- menos de 1 ano
- mais de 1 ano e menos de 5 anos
- mais de 5 anos e menos de 10 anos
- mais de 10 anos
- nunca teve uma relação
afetiva/amorosa íntima

9. Atualmente, possui uma vida sexual ativa?

Sim

Se respondeu sim, há quanto tempo se relaciona sexualmente com outra
pessoa?

- menos de 1 ano
- mais de 1 ano e menos de 5 anos
- mais de 5 anos e menos de 10 anos
- mais de 10 anos

Não

Se respondeu não, há quanto tempo não mantém relações sexuais com
outra pessoa?

- menos de 1 ano
- mais de 1 ano e menos de 5 anos
- mais de 5 anos e menos de 10 anos
- mais de 10 anos
- nunca teve relações sexuais

Muito obrigado pela sua participação

ANEXO II

MEDIDA GLOBAL DE INSATISFAÇÃO CORPORAL (MGIC)

MGIC (Medida Global de Insatisfação Corporal)

(Probst et. al, 1995)

(Validação portuguesa por Pascoal, P., Narciso, I., 2006)

Este questionário destina-se a averiguar a sua atitude e sentimentos em relação ao seu próprio corpo. Para cada um dos itens, solicita-se que sinalize com um “X” a opção que melhor descreve o que acontece consigo.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
1. Quando comparo o meu corpo com o do/as meus/minhas colegas, sinto-me insatisfeito/a com o meu corpo.						
2. Tenho tendência a esconder o meu corpo (por ex: vestindo roupa larga).						
3. Quando me olho ao espelho sinto-me insatisfeito/a com o meu corpo.						
4. Sinto inveja de outros/as devido à sua aparência física.						

ANEXO III

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DAS ÁREAS DA VIDA CONJUGAL
(EASAVIC)

EASAVIC - Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal
(Isabel Narciso & Maria Emília Costa, 1996)

Instruções:

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão:

**1- Nada satisfeito(a); 2- Pouco Satisfeito(a); 3- Razoavelmente Satisfeito(a);
4- Satisfeito(a); 5- Muito satisfeito(a); 6- Completamente Satisfeito(a)**

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item 6, “Quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeito(a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	1 2 3 4 5 6
2. A distribuição de tarefas domésticas	1 2 3 4 5 6
3. O modo como tomamos decisões	1 2 3 4 5 6
4. A distribuição de responsabilidades	1 2 3 4 5 6
5. O modo como passamos os tempos livres.....	1 2 3 4 5 6
6. A quantidade de tempos livres.....	1 2 3 4 5 6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos.....	1 2 3 4 5 6
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família.....	1 2 3 4 5 6
10. A minha privacidade e autonomia.....	1 2 3 4 5 6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
12. A nossa relação com a minha profissão	1 2 3 4 5 6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
14. A frequência com que conversamos.....	1 2 3 4 5 6
15. O modo como conversamos	1 2 3 4 5 6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos.....	1 2 3 4 5 6
17. A frequência dos conflitos que temos.....	1 2 3 4 5 6
18. O modo como resolvemos os conflitos.....	1 2 3 4 5 6
19. O que sinto pelo meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
20. O que o meu cônjuge sente por mim.....	1 2 3 4 5 6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim.....	1 2 3 4 5 6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim.....	1 2 3 4 5 6
25. A frequência com que temos relações sexuais.....	1 2 3 4 5 6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais.....	1 2 3 4 5 6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais.....	1 2 3 4 5 6
28. A qualidade das nossas relações sexuais.....	1 2 3 4 5 6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá.....	1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim.....	1 2 3 4 5 6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim.....	1 2 3 4 5 6
35. A partilha de interesses e atividades.....	1 2 3 4 5 6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses.....	1 2 3 4 5 6
38. Os nossos projetos para o futuro.....	1 2 3 4 5 6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.....	1 2 3 4 5 6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação.	1 2 3 4 5 6
41. O aspeto físico do meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico.....	1 2 3 4 5 6
43. As características e hábitos do meu cônjuge.....	1 2 3 4 5 6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos.....	1 2 3 4 5 6

ANEXO IV
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL (ISS)

Índice de Satisfação Sexual (ISS)

(Hudson et al, 1981)

(Validação portuguesa por Vieira e Pechorro, 2005)

Este questionário foi projetado para medir o grau de satisfação que você tem no seu relacionamento sexual com o seu companheiro. Não é um teste, logo não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada item de forma tão cuidadosa e precisa quanto puder, colocando um número de acordo com a escala seguinte.

- | |
|-------------------------|
| 1 = Nunca |
| 2 = Muito raramente |
| 3 = Poucas vezes |
| 4 = Algumas vezes |
| 5 = Bastantes vezes |
| 6 = A maioria das vezes |
| 7 = Sempre |

1. ____ Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.
2. ____ A nossa vida sexual é muito excitante.
3. ____ O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.
4. ____ O sexo com o meu companheiro tornou-se para mim uma rotina.
5. ____ Sinto que o nosso sexo é sujo e desagradável.
6. ____ A nossa vida sexual é monótona.
7. ____ Quando fazemos sexo é de forma demasiado apressada e rápida.
8. ____ Sinto que a minha vida sexual tem falta de qualidade.
9. ____ O meu companheiro é sexualmente muito excitante.
10. ____ Gosto das técnicas sexuais que o meu companheiro gosta ou usa.
11. ____ Sinto que o meu companheiro quer demasiado sexo de mim.
12. ____ Penso que o nosso sexo é maravilhoso.
13. ____ O meu companheiro insiste demasiado no sexo.
14. ____ Tento evitar o contacto sexual com o meu companheiro.
15. ____ O meu companheiro é demasiado rude ou bruto quando fazemos sexo.
16. ____ O meu companheiro é um parceiro sexual maravilhoso.
17. ____ Sinto que o sexo é uma função normal do nosso relacionamento.
18. ____ O meu companheiro não quer fazer sexo quando eu quero.
19. ____ Sinto que a nossa vida sexual é uma mais-valia para o nosso relacionamento.
20. ____ O meu companheiro parece evitar o contacto sexual comigo.
21. ____ É fácil para mim ficar sexualmente excitada com o meu companheiro.
22. ____ Sinto que o meu companheiro está sexualmente contente comigo.
23. ____ O meu companheiro é muito sensível as minhas necessidades e desejos sexuais.
24. ____ O meu companheiro não me satisfaz sexualmente.
25. ____ Sinto que a minha vida sexual é aborrecida.

ANEXO V

PRÉ-TESTE (Experts)



Imagem Corporal, Qualidade do Relacionamento Conjugal e Satisfação Sexual na Obesidade Feminina

Ângela Silva

Professor Doutor João Leal

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | Universidade do Algarve

Escola Superior de Educação de Beja | Instituto Politécnico de Beja

Validação do Questionário

O questionário para o qual solicitamos a vossa atenção e análise, constitui um instrumento de recolha de dados integrado num estudo sobre a perceção da imagem corporal, qualidade do relacionamento conjugal, e satisfação sexual em mulheres que padeçam de algum tipo de obesidade.

Com o objetivo de melhorar e apurar falhas no presente questionário, solicitamos a sua ajuda, como especialista, para avaliar este questionário. Para facilitar a tarefa solicitada, anexa-se um protocolo de avaliação.

Agradecemos desde já a sua atenção e colaboração.

Protocolo de Avaliação

O protocolo de avaliação é constituído por duas partes.

Parte I - procuramos avaliar, de forma global, as características gerais do questionário.

Parte II – pretendemos avaliar os aspetos específicos de cada um das perguntas do questionário. Aqui solicita-se que assinale o seu grau de acordo ou desacordo relativamente a cada um dos itens indicados.

Parte I : Aspetos Globais do Questionário

1. A apresentação do questionário é:

Muito adequada Adequada Normal Pouco adequada Nada adequada

2. As instruções para responder ao questionário são:

Muito adequada Adequada Normal Pouco adequada Nada adequada

3. O questionário resulta:

Muito fácil de responder Fácil de responder Normal Difícil de responder Muito difícil responder

4. As dimensões para conhecer a imagem corporal, a conjugalidade e a sexualidade são:

Muito pertinentes Pertinentes Indiferentes Pouco pertinentes Nada pertinentes

5. A ordem das perguntas é:

Muito adequada Adequada Normal Pouco adequada Nada adequada

6. Quanto à extensão ou amplitude, diria que o questionário é:

Muito extenso Extenso Normal Curto Muito Curto

Parte II: Aspectos Específicos do Questionário

**IMAGEM CORPORAL, CONJUGALIDADE E SEXUALIDADE:
Estudo Comparativo entre Mulheres com Sobrepeso/Obesas e Não-Obesas**

Perguntas	A pergunta é pertinente para o objectivo a medir				A redacção da pergunta não condiciona as respostas				A pergunta é clara				Utilizam-se termos compreensíveis para os inquiridos				Incluem-se todas as alternativas possíveis nas respostas contempladas			
	Totalmente de acordo	De acordo	Indiferente	Desacordo	Completamente em desacordo	Totalmente de acordo	De acordo	Indiferente	Desacordo	Completamente em desacordo	Totalmente de acordo	De acordo	Indiferente	Desacordo	Completamente em desacordo	Totalmente de acordo	De acordo	Indiferente	Desacordo	Completamente em desacordo
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

ANEXO VI

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO FORMAL À INSTITUIÇÃO

Corroios, 17 de Janeiro de 2012

Ângela Gabriela Guedes da Silva

Avenida XXX.

xxxx-xxx Corroios

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Extensão de Saúde Corroios – Moinho da Maré
(ACES Seixal – Sesimbra)

A Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve vem por este meio solicitar a colaboração da Extensão de Saúde Corroios – Moinho da Maré na recolha de dados para efeitos de elaboração de uma tese de Mestrado sobre o tema “Imagem Corporal, Qualidade do Relacionamento Conjugal e Satisfação Sexual em Mulheres Obesas”.

A amostra do estudo será constituída, em parte, pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde.

A finalidade do estudo é aumentar os conhecimentos sobre processos psicológicos individuais e relacionais em mulheres obesas, o que poderá constituir um contributo importante para a prevenção e intervenção ao nível do bem-estar destas pessoas.

Assim, é nosso objetivo geral avaliar a Imagem Corporal, Qualidade do Relacionamento Conjugal e Satisfação Sexual em utentes do sexo feminino que padeçam de algum tipo de Obesidade.

Junta-se em anexo o protocolo de investigação para melhor apreciação do pedido. Os questionários são curtos, decorrendo normalmente entre 15 a 20 minutos. Possuem um carácter anónimo não sendo referenciado no nosso trabalho as identidades dos utentes que contribuíram para o estudo.

Não pretendemos abordar os utentes da Extensão de Saúde Corroios - Moinho da Maré sem que o seu Conselho de Direção disso tenha conhecimento, e contando com a vossa compreensão para este trabalho, solicitamos o aval necessário à aplicação dos referidos questionários.

Agradecemos resposta por ofício ou por e-mail (angela.psisauade@gmail.com).

Atenciosamente,

A Mestranda

ANEXO VII

CONSENTIMENTO INFORMADO (PARTICIPANTES)

Consentimento Informado

A investigação para a qual pedimos a sua colaboração está a ser feita no âmbito da tese de mestrado de Ângela Gabriela Guedes da Silva na especialização de Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

A finalidade do presente estudo é comparar e analisar a perceção da imagem corporal, qualidade do relacionamento conjugal e satisfação sexual em mulheres obesas e não-obesas. Cada participante tem de ser maior de idade e menor de 65 e pode dar um contributo único que não poderá ser substituído por outro respondente.

A participação no estudo é voluntária e os dados disponibilizados são anónimos e confidenciais, não havendo consequências para quem se quiser recusar a participar.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo. Obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este trabalho.

É imprescindível que confirme aceitar participar neste estudo.

“Tomei conhecimento do objetivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no mesmo. Fui esclarecido sobre todos os aspetos importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que sou maior de idade e aceito participar na investigação.”

Rubrica (por favor não indicar nome ou outro dado que permita a sua identificação)

_____ Data ____/____/____