

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



ESTADO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDO, ÍNDICE DE  
MASSA CORPORAL E PERCEÇÃO DA IMAGEM  
CORPORAL EM UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS

Sílvia Albuquerque Leal

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Mulher e Saúde

2009

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**ESTADO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDO, ÍNDICE DE  
MASSA CORPORAL E PERCEÇÃO DA IMAGEM  
CORPORAL EM UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS**

Sílvia Albuquerque Leal

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Área de especialização em Mulher e Saúde

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Maria Teresa Pereira da Fonseca  
Pestana Gonçalves Fagulha

2009

*Ao Mário*  
*Pelo Amor*

*“Só aqueles que encontramos profundamente, nos formam, nos modificam, nos  
constroem”*

*(Autor desconhecido)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar aos utentes da Unidade de Saúde de S. Mamede (Centro de Saúde de S. Mamede/St<sup>a</sup> Isabel, Lisboa) pela sua amável colaboração e disponibilidade para participar neste estudo, sem eles não teria sido possível.

À Professora Doutora Maria Teresa Pereira da Fonseca Pestana Gonçalves Fagulha à qual estou imensamente agradecida pela preciosa orientação, pela partilha de conhecimento e pela confiança demonstrada durante todo o percurso de construção deste trabalho.

Ao Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves pelos seus valiosos contributos.

Ao meu marido pelo seu amor, força e coragem transmitidos.

Às minhas colegas de serviço, em especial à Graça e Joana pela amizade.

Ao Enfermeiro Pedro Branco pelo seu apoio e confiança neste projecto.

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa e indirecta para este trabalho.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
1. SAÚDE E GÉNERO	15
1.1. Conceito de Saúde e Doença	15
1.1.2. Vivências da Saúde-Doença	16
1.1.3. Representações Sociais de Saúde-Doença	18
1.2. Género e Saúde	18
1.2.1. Perfil Actual de Saúde/Doença e Género em Portugal	21
1.2.2. Obesidade e Índice de Massa Corporal	23
1.2.3. Estado de Saúde Auto-Percebido	25
2. IMAGEM CORPORAL, SAÚDE, GÉNERO E IDADE	30
2.1. Perspectiva Histórica do Estudo da Imagem Corporal	30
2.2. Conceito de Imagem Corporal	32
2.3. Imagem Corporal e Cultura	36
2.4. Imagem Corporal e Saúde	37
2.5. Imagem Corporal e Índice de Massa Corporal	39
2.6. Imagem Corporal e Idade	42
2.7. Desenvolvimento da Imagem Corporal no Adulto e Idoso	45

<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	48
<b><i>CAPÍTULO I – METODOLOGIA</i></b>	50
1. VARIÁVEIS ESTUDADAS	51
2. OBJECTIVOS	51
3. PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS	52
4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO CENTRO SAÚDE DE S.MAMEDE/STª ISABEL	52
5. POPULAÇÃO E AMOSTRA	53
6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO	54
6.1. Questionário Sócio-Demográfico	54
6.2. Avaliação de Saúde Auto-Percebido	54
6.3. Avaliação do Índice de Massa Corporal	55
6.4. Avaliação da Idade (idade ideal, idade desejada e idade atribuída pelos outros).	55
6.5. Escala de Figuras de Stunkard	55
7. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	57
<b><i>CAPÍTULO II – RESULTADOS</i></b>	62
<b><i>CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i></b>	80
<b><i>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO</i></b>	87
SUMARIZAÇÃO DOS RESULTADOS	88
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA OUTROS ESTUDOS	90

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
<b>TABELAS</b>	95
Correlações das variáveis na amostra total	
Correlações das variáveis no sexo feminino e masculino	
<b>ANEXOS</b>	96
Anexo I – Pedido de autorização para a investigação	
Anexo II – Folhas de rosto do questionário	

## RESUMO

O presente estudo insere-se no Curso de Mestrado em Psicologia, Área de Especialização “Mulher e Saúde”. É um estudo exploratório, correlacional/diferencial, que tem como objectivo avaliar as relações entre a saúde auto-avaliada, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a percepção da imagem corporal (PIC), bem como a influência das variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, nível de escolaridade, rendimento mensal autoavaliado, e nível profissional. Foi realizado com uma amostra de 500 utentes da Unidade de Saúde de S. Mamede – Centro de Saúde de S. Mamede/St.<sup>a</sup> Isabel – Lisboa (339 mulheres e 161 homens) com idades compreendidas entre 24 e 75 anos.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: questionário sócio-demográfico; escala tipo Lickert para avaliação do estado de saúde auto-percebido; questionário sobre peso e altura, para cálculo do IMC; questionário sobre a idade subjectiva, idade desejada e idade atribuída por outros, para avaliação da satisfação em relação à idade; escala de silhuetas de Stunkard (1983) para avaliação da imagem corporal percebida e desejada, e da satisfação com a imagem corporal, bem como a avaliação da imagem corporal ideal do mesmo sexo e do sexo oposto. Resultados: a maioria dos sujeitos da amostra considera o seu estado de saúde entre “razoável” a “muito bom”, e os níveis de excesso de peso e obesidade correspondem aos parâmetros actuais da população portuguesa. Verifica-se uma relação negativa entre a saúde e a idade, e a imagem corporal percebida, e uma relação positiva entre a saúde e o nível de escolaridade, rendimento mensal autoavaliado e nível profissional. Quer homens quer mulheres estão insatisfeitos com a aparência física e idade, desejando ser mais magros e mais jovens. As mulheres mostram-se mais afectadas, provavelmente por maior pressão estereótipo social de beleza / juventude. Estes dados apontam o interesse da continuidade de estudos sobre saúde, imagem corporal numa perspectiva de género.

Palavras-chave: Utentes cuidados primários; Saúde auto-avaliada; Índice de Massa Corporal; Imagem Corporal.

## ABSTRACT

The present study is inserted in the Course of Master's Degree in Psychology, Area of Specialization “Woman and Health”. It is an exploratory/correlative and comparative study, and main aim of this investigation is to understand the relations between self-rated health status, Body Mass Index (BMI) and the perception of body image (PIC), as well as the influence of the demographic variables: sex, age, education level, monthly family income perception and professional level. It was carried out by a sample of 500 patients of the National Primary Care of S. Mamede – Lisbon (339 women and 161 men) with ages between 24 and 75 years.

The instruments of evaluation used were: demographic questionnaire; Lickert scale for evaluation of self-rated health status; questionnaire on weight and height, for calculation of the BMI; questionnaire on the subjective age, age desired and age attributed by others for evaluation of age satisfaction. The scale of silhouettes of Stunkard (1983) for evaluation of the body image perceived, body image desired and body image satisfaction, as well as the evaluation of the ideal body image of the same sex and of the opposite sex. The results obtained: most of the sample consider his self-rated health status between “reasonable” to “very good”, and the levels of excess weight and obesity correspond to the current parameters of the Portuguese population. There is a negative relation between health and age, and with body image perceived, and a positive relation between the health and the education level, monthly family income perceived and professional level. Both genders are dissatisfied with the body image and age; they want to be thinner and younger. The women appear more affected, probably by pressure social stereotype of beauty / youth. These data point to the interest of the continuity of studies on health and body image in a gender perspective.

Key-words: National Primary Care Patients; Self-rated health status; Body Mass Index, Body image.

## INTRODUÇÃO

Muitas das descobertas que nos auxiliam no nosso dia-a-dia resultam da curiosidade humana (Polit e Hungler, 1995). Contudo, como salienta Marie-Fabienne Fortin, (1999) através da investigação numa dada disciplina podemos construir uma base científica para aumentar o conhecimento e guiar a nossa prática profissional.

Como Enfermeira de Cuidados de Saúde Primários, posso constatar da minha prática profissional que alguns dos problemas e/ou necessidades de saúde que os utentes apresentam, resultam da influência de diversos condicionantes que ultrapassam a sua patologia em concreto nomeadamente das características sócio-económicas e os factores psicológicos e ambientais.

Existe um número considerável de utentes do serviço nacional de saúde que refere como um dos seus maiores problemas de saúde o aumento de peso com a idade, principalmente no grupo das mulheres, uma vez que este problema se relaciona directamente com o da imagem corporal e porque acarreta de forma global outras alterações no estado de saúde. É neste sentido que as questões sobre a relação da saúde com as variáveis sócio-demográficas e outras variáveis como a imagem corporal e idade se equacionaram, neste estudo, como problema de investigação.

O desenvolvimento desta investigação foi orientado pelos seguintes objectivos específicos:

- Adquirir conhecimentos sobre o estado de saúde de utentes de ambos os sexos com idades entre os 25-74 anos da Unidade de Saúde de S.Mamede – Centro de Saúde de S. Mamede/St<sup>a</sup> Isabel (Lisboa). A avaliação do estado de saúde foi feita através da sua avaliação subjectiva e pelo IMC que é um indicador de saúde que permite avaliar a pré-obesidade e a obesidade.
- Analisar a relação entre o estado de saúde auto-avaliado e IMC e variáveis sócio-demográficas como a idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade, rendimento mensal do agregado familiar auto-avaliado em mulheres e homens na idade adulta;

- Explorar a relação do estado de saúde auto-avaliado e IMC com a satisfação com a imagem corporal;
- Explorar a relação entre o estado de saúde auto-avaliado com a satisfação com a imagem corporal e a satisfação com a idade.

O problema da obesidade é, hoje em dia, um problema de saúde grave ao nível dos países mais desenvolvidos, tendo sido definido pela Organização Mundial de Saúde como a pandemia do Século XXI. A mesma Entidade de Saúde refere que em 2025, mais de 50% da população mundial será obesa. Em Portugal, a pré-obesidade e a obesidade tem tido uma prevalência de cerca de 34% e 12% respectivamente (Direcção Geral de Saúde: Circular normativa 03/DGCG, 2005).

A obesidade é uma doença crónica, com génese multifactorial e que constitui um risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças. Acresce salientar que o controlo da obesidade, pela perda progressiva e intencional de peso, acarreta melhorias significativas na saúde em geral.

Este problema de saúde é amplamente estudado pelas diversas áreas de investigação porque representa na sociedade contemporânea uma das causas mais frequentes para o desenvolvimento de sentimentos negativos que afectam a auto-estima, o auto-conceito e a percepção da imagem corporal.

Hoje em dia, a imagem tem um poder incondicional pois tal como refere Ribeiro, Agostinho (2003) “todas as percepções e experiências corporais são racionalmente interpretadas e emocionalmente vividas sob a influência de crenças e atitudes culturalmente determinadas”.

Segundo Cash e Pruzinsky (2004) a representação ideal do corpo magro, persistentemente difundida pelos *mass media*, contribui para um aumento da insatisfação com a imagem corporal, com repercussões na saúde, como é o caso das perturbações alimentares, principalmente nas mulheres. Através desta influência mediática é inevitável que se concretizem comparações sociais, a interiorização da forma do corpo magro como ideal e um grande investimento pessoal ao nível da aparência física.

Assim, sabendo que a auto-percepção da imagem corporal desempenha uma forte influência nos comportamentos de saúde dos indivíduos e a percepção do estado

de saúde na concepção da imagem corporal, colocam-se as seguintes questões:

1-Existem diferenças na forma como a mulher e o homem percebem a sua imagem corporal?

2- O homem e a mulher reagem da mesma forma ao estigma social da imagem corporal?

3- De que forma se estabelece a relação entre a percepção da imagem corporal e o estado de saúde subjectivo do indivíduo?

O presente estudo divide-se em 2 partes:

*I Parte o Enquadramento Teórico*

*II Parte Investigação Empírica*

O Enquadramento Teórico está subdividido em duas partes temáticas:

- Saúde e Género.
- Imagem Corporal, Saúde, Género.

Na primeira parte pretende-se dar uma perspectiva geral sobre os conceitos de saúde e doença e a sua relação com o género, assim como descrever o problema de saúde da obesidade em Portugal. Deste modo, de forma sucinta são abordados temas como o conceito de saúde e doença, a influência da cultura e as representações sociais da saúde e da doença, as diferenças de género e a saúde, o perfil actual da saúde da população portuguesa, o problema de saúde da obesidade e o IMC e a definição do estado de saúde auto-percebido.

Na segunda parte salienta-se a questão da imagem corporal e a sua relação com o estado de saúde: perspectiva histórica do estudo da imagem corporal, abordagem da imagem corporal com a cultura, a saúde, o IMC e a idade, assim como o seu desenvolvimento em duas fases do ciclo de vida, no adulto e no idoso.

A II Parte do estudo está subdividida em 4 capítulos:

- 1º Capítulo refere-se à Metodologia, onde são explanados os objectivos, as variáveis em estudo, o procedimento da recolha de dados, a população do estudo e a descrição da amostra, instrumentos utilizados no estudo e a caracterização da amostra.
- No 2º Capítulo apresentam-se os resultados.

- No 3º Capítulo a discussão dos resultados.
- No 4º Capítulo a conclusão.

Este estudo pretende contribuir para colmatar a lacuna que existe em Portugal na área de investigação sobre a relação entre a imagem corporal e a saúde. Assim, considera-se que é pertinente para a realidade portuguesa, não só porque é um tema com grande actualidade, mas também porque salienta a importância de analisar a saúde segundo uma perspectiva que englobe o efeito de variáveis sócio-demográficas e também numa perspectiva de diferenças de género. Factores como o nível educacional e sócio-económico, a idade, bem como as diferenças de género, geram desigualdades nas oportunidades e condições de vida que se reflectem na saúde. Deste modo, os comportamentos de saúde adoptados variam de acordo com alguns condicionantes que por sua vez vão influenciar as decisões tomadas em relação à saúde em geral e, certamente na própria imagem corporal que também apresenta repercussões ao nível do bem-estar e da auto-estima, variável que, no presente estudo, é avaliada no domínio da auto-estima corporal, através da satisfação / insatisfação com a Imagem Corporal Percebida.

---

---

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

---

Neste capítulo, procede-se a uma revisão da literatura sobre os aspectos relacionados com a saúde e o género e a imagem corporal que se consideram essenciais para a compreensão do estudo realizado.

Num primeiro momento é apresentado um enquadramento teórico sobre o conceito de saúde e doença e da relação da saúde com a cultura, as representações sociais e o género. Ainda, será traçado o perfil sobre o estado de saúde actual dos portugueses, abordando temas como a obesidade, IMC e estado de saúde auto-percebido.

Num segundo momento o ênfase é colocado na relação entre a saúde e a imagem corporal, no qual serão abordados o conceito de imagem corporal a sua relação com a cultura, a saúde e o género.

# 1- Saúde e Género

## 1.1 Conceito de Saúde-Doença

Desde meados do Século XX que a Saúde se constitui, definitivamente, como um conceito específico e como objecto de investigação e intervenção independente da situação de doença (Ribeiro, 2005).

Atendendo ao facto de após a Segunda Guerra Mundial se ter desenvolvido um quadro social e económico favorável ao desenvolvimento da defesa dos direitos humanos e da igualdade social, verificou-se, a partir dessa época, uma necessidade premente de mudança face ao modo de conceber a saúde e a doença.

Uma referência histórica, relativamente ao conceito de saúde e doença, é a definição enunciada pela Assembleia Constituinte da Organização Mundial de Saúde em 1948 (OMS): *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.”* A Organização acrescenta, ainda, na sua constituição que *“gozar do melhor estado de saúde (...) constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social.”* É uma definição inovadora que anuncia a relação da saúde, sob a perspectiva holística do homem, com o contexto social, político e cultural. Como também, evidencia o abandonar do conceito negativo de saúde que, até à data, era definido como ausência de doença. Como qualquer outra dimensão social, a visão da Saúde ao longo dos tempos foi sofrendo alterações, consoante as evoluções científicas de cada época e as conjunturas sociais, económicas, políticas e ambientais de cada período histórico. Por exemplo, o Século XVIII teve consequências nefastas para a saúde, com a ocorrência das grandes epidemias mas que, por sua vez, impulsionaram o desenvolvimento das medidas de saúde pública. Por outro lado, o Século XX trouxe uma nova postura do Sistema de Saúde apoiada pelos avanços científico-médicos. Com a descoberta dos antibióticos e da vacina contra a tuberculose houve uma extraordinária mudança na expectativa de vida, dando-se um avanço na concepção de saúde, ao reconhecer-se que a falta de saúde estava centrada no próprio indivíduo pois, este era o transmissor de doença, ao contrário do que se verificava no século XIX, o foco de infecção estava exclusivamente centrado no meio ambiente. A partir de então, as pessoas passaram a ter um papel activo e

decisivo no processo de saúde/doença e desenvolveu-se uma preocupação face à qualidade de vida.

Neste sentido, a OMS, em 1986, alargou e tornou mais objectivo o seu conceito de saúde definindo-a como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve” (in Ribeiro, 2005).

### **1.1.2 Vivências da Saúde-Doença**

Segundo Baltres, Reese e Lipsit (in Ribeiro, J., 2005) a Saúde é um acontecimento regular na vida das pessoas, uma vez que ser saudável é o desejável e considerado normal. Tal como é definida etimologicamente, a palavra saúde significa higiene, “viver bem” e bons hábitos do corpo. Ao contrário, a doença, é entendida como um estado incapacitante, desviante para o desenvolvimento humano. Nesta perspectiva, a Saúde passa a ser compreendida como um recurso que as pessoas utilizam para a sua vida diária porque lhes possibilita o seu desenvolvimento pessoal e interacção com o meio ambiente, ao longo do seu ciclo de vida.

De acordo com Ribeiro (2005) a saúde para o indivíduo não é encarado como um objectivo, mas sim um meio através do qual consegue atingir o bem-estar e a felicidade. O mesmo autor refere, ainda, que a saúde pode ser encarada como uma variável independente em relação a outras variáveis como a profissão, família, lazer, felicidade. Assim entendida, a saúde poderá influenciar todas as experiências de vida, como também o próprio estado de saúde-doença, pois a saúde pode ser o primeiro determinante na susceptibilidade ou resistência do indivíduo face à patogenia do ambiente.

No entanto, Luísa Silva (1999) salienta que a saúde também é influenciada por variáveis exteriores ao indivíduo e que estão para além das diferenças individuais, hereditárias, fisiológicas e psicológicas. Esta autora refere-se a variáveis como a categoria sócio-económica, estado civil, localização geográfica, recursos económicos, condições habitacionais, estilos de vida.

Podemos observar essa influência através da análise da distribuição da mortalidade de uma determinada população. Por exemplo, globalmente consideradas, as

peças de categorias sócio-económicas mais desfavorecidas morrem mais cedo do que a das classes médias e altas e a mortalidade das peças casadas é inferior à das solteiras e viúvas. Segundo Luísa Silva (2003) dados epidemiológicos sugerem que a viuvez e o divórcio são mais prejudiciais aos homens que às mulheres. Em Portugal, não se conhecem estudos publicados sobre a relação entre a mortalidade e estratificação social, mas sabe-se que existe uma maior probabilidade da mortalidade infantil no primeiro ano de vida em crianças de mães analfabetas ou de baixa escolaridade. A partir de um estudo português de 1995, desenvolvido por Girdes e Cotrim (in Luísa Silva, 2003) entre 1980/90, estes autores verificaram uma alteração entre as categorias ocupacionais das mulheres e as taxas de mortalidade. Assim, constataram que a maior taxa de mortalidade não era ocupada, como anteriormente, pelas mulheres agricultoras, mas sim pelas mulheres de quadros superiores e pelas empregadas de escritório (comerciantes, vendedores, entre outros).

O conceito saúde-doença é transversal a todas as dimensões da vida humana, como refere Luísa Silva, “falar do conceito de saúde/doença é, falar do nosso entendimento da vida, é exprimir a nossa cultura com os seus valores e crenças”. (2004, p.88) Como se pode observar ao longo das épocas históricas, o conceito de saúde-doença foi evoluindo e caracterizando, ao mesmo tempo, uma vivência social e cultural de determinada sociedade, revelando, por sua vez, a preocupação que os indivíduos têm de si próprios face ao estado de saúde-doença.

A este propósito, Luísa Silva (1999), refere, que muitas das situações de doença mental que hoje são aceites “naturalmente”, eram no passado entendidas como casos de origem sobrenatural. A variedade de comportamentos de saúde e doença que encontramos nas diferentes sociedades deve-se ao facto dos sintomas de doença serem culturalmente construídos. Na verdade, as peças integram, as características da sua cultura e sociedade como factos naturais, portanto, comportam-se de acordo com determinadas regras culturais e sociais, não porque sejam impostas mas porque as entendem como fazendo parte de si próprias.

### **1.1.3 Representações Sociais de Saúde-Doença**

A representação mental que cada pessoa faz sobre a sua saúde-doença não é apenas individual, é o resultado da estrutura social da qual faz parte.

As representações sociais, segundo Luísa Silva (2004) são percepções colectivas de entender a realidade e que moldam a forma de pensar, de sentir e reagir dos indivíduos. Ainda de acordo com a autora alguns estudos desenvolvidos durante a década de 80 referem que a formação conceptual de saúde e doença está intrinsecamente ligada aos estilos de vida adoptados pelos indivíduos assim como pela estrutura social de pertença e os papéis sociais desempenhados.

## **1.2 Género e Saúde**

Segundo Luísa Silva (2003) os últimos dois séculos construíram uma sociedade que se tornou mais mista, em todos os domínios, mesmo em relação ao género masculino e feminino. Hoje em dia, tem-se uma consciência do género, não redutível às diferenças biofisiológicas, mas, como entidades que apresentam uma psicologia, estilos relacionais e funcionamentos sociais tipicamente diversos.

A forma de pensar colectiva que, ainda hoje domina nas nossas estruturas sociais, tem vindo a mudar e a evidenciar uma maior fragilidade dos estereótipos sobre as atitudes femininas à medida que se alargam as oportunidades de escolha e decisão por parte das mulheres (in Luísa Silva, 1999). Ainda a mesma autora refere que desta visão do humano, da ciência e da saúde deriva a conceitualização do corpo como entidade subjectiva que exige a diferenciação da abordagem social e da saúde em relação ao género. Teresa Joaquim (1998) acrescenta que existem socializações diferentes para os homens e mulheres e, que por consequente, construções sociais de saúde e doença também diferentes ao nível do género.

Na cultura ocidental, as mulheres foram sempre definidas pela sua função materna, o que as impediu durante muito tempo, de ter acesso a outras esferas de acção. Dessa forma, a função materna implicou também uma diferenciação a nível da socialização dos rapazes e das raparigas.

Historicamente, refere Teresa Joaquim (1998), a socialização das raparigas e a

aprendizagem das tarefas futuras, fazia-se em continuidade com a sua infância e com a perpetuação de tarefas e práticas quotidianas da casa e da família. Ao contrário, os rapazes, ao entrarem no mundo masculino, fazem precisamente o corte com o mundo feminino da infância. Desde cedo, a rapariga aprende os cuidados do corpo, do alimento, das roupas, da higiene, das doenças, do habitar, o cuidado da vida e da morte e a aprendizagem do cuidado de um espaço pessoal, psíquico, físico e relacional.

Luísa Silva (1999) acrescenta que o desenvolvimento físico das raparigas é social e culturalmente mais condicionado a modelos estereotipados de beleza. Também do ponto de vista psicológico, as representações colectivas sobre a mulher contribuem para a interiorização de uma auto-imagem tendencialmente marcada pela fragilidade, pela primazia do afectivo, pela capacidade de dádiva aos outros e por uma menor auto-estima e tendência a estados sub-depressivos. De acordo com a mesma autora, alguns aspectos especiais da saúde das mulheres, são comportamentos a que se atribui forte componente social (a imagem colectiva de beleza feminina).

O interesse de estudos relacionados com o género e a saúde começaram a ser desenvolvidos durante os anos 70. Destes estudos, constatou-se que as mulheres, de todas as idades, apresentavam maior longevidade relativamente aos homens, o que fez supor uma melhor saúde no feminino. Contudo, esta realidade era paradoxal, uma vez que as mulheres apresentavam maior morbilidade declarada, o que faria alterar a ideia inicial. Segundo Luísa Silva (2003) esta aparente contradição foi justificada pelas posições sociais ocupadas pela mulher ao longo da vida e pelos estilos de vida adoptados. Nos anos 70, a socialização e o controlo social das mulheres, nomeadamente a nível da divisão do trabalho, eram factores apontados como fundamento para a modelação de uma estilo de vida com menos stress no quotidiano e menor exposição a comportamentos de risco para a mortalidade.

Em relação à morbilidade nas mulheres, esta era explicada pela desvalorização dos papéis e estatutos sociais e conseqüente insatisfação e falta de realização pessoal, o que acarretaria uma pior saúde e uma atitude mais atenta face aos sinais de mal-estar do corpo e aos sintomas de mal-estar psicológico.

Hoje em dia, o que se verifica, segundo Luísa Silva (2003) é que nas últimas décadas em Portugal, a situação de vida das mulheres modificou-se relativamente ao casamento mais tardio, à diminuição do número de filhos e de uma vida profissional mais activa e a tempo inteiro no mercado de trabalho. Estas mudanças, entre outras,

afectaram o quotidiano das famílias, nas quais são as mulheres que despendem mais energia na gestão das tarefas domésticas, ficando com menos tempo livre para a vida cívica pública e política.

Para uma melhor percepção da mulher portuguesa e a sua relação com a saúde/doença e instituições de saúde é importante referir alguns pontos históricos que marcaram o perfil da mulher portuguesa na história da saúde.

Nos anos 60, Portugal sofreu grandes mudanças sociais, com a emigração, tanto de carácter económico como político, como devido à guerra nas colónias portuguesas. Esta emigração era sobretudo masculina, mas a partir da década de 60 as mulheres passam a constituir 40% das emigrações. Aquelas mulheres que não acompanhavam os maridos, ficavam a trabalhar na agricultura e na gestão dos pequenos comércio, educação dos filhos, trabalho doméstico e cuidado dos idosos.

Logo a seguir ao 25 de Abril foram abolidas discriminações baseadas no sexo, nomeadamente quanto à capacidade eleitoral e é criado um mecanismo para a igualdade a “Comissão da Condição Feminina” a actual Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, que tem como objectivo a corresponsabilidade de mulheres e homens em todos os domínios da esfera privada e pública. Assim, as mulheres entraram no domínio público – tradicionalmente ocupado pelos homens – e participaram em decisões tomadas na esfera pública. Contudo, com o passar do tempo o que se observou é que apesar de as mulheres trabalharem fora de casa, elas também precisavam de dar assistência à casa e pouco depois o que se verificou é que as mulheres tinham voltado a transferir a sua participação da esfera pública para a privada (Teresa Joaquim, 1998).

A partir da década de 80, verifica-se uma acelerada feminização no mercado de trabalho, pelo efeito da emigração e das guerras coloniais ocorridas durante os anos 60, assim como alterações significativas na estrutura familiar que foram ocorrendo a partir da década de 70, tais como, aumento de divórcios, queda da taxa de fecundidade (uso de meios contraceptivos, inserção da mulher no mercado de trabalho), a subida da idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho, aumento das uniões de facto e famílias monoparentais. Todas estas transformações que ocorreram na sociedade portuguesa repercutiram efeitos no estado de saúde e estilos de vida da população portuguesa.

Teresa Joaquim (1998), refere que hoje em dia na sociedade portuguesa e apesar das alterações verificadas nas diferentes áreas do social, a mulher desempenha um papel

imprescindível nos cuidados de saúde. Através da sua função natural de maternidade e da aprendizagem de tarefas adquiridas ao longo da sua socialização, a mulher é quem desempenha a função do “cuidar” na sociedade e sustenta um sistema não-oficial de saúde que se desenvolve com cuidados de tarefas domésticas, manutenção de cuidados à família, entre outros. Deste modo, salienta a autora, esta situação permite perceber a função mediadora da mulher com o sistema oficial de saúde – cuidado de saúde dos outros – e de executoras desses cuidados. Daí que se constate uma maior afluência das mulheres às instituições de saúde relativamente aos homens, tanto para consultas médicas como para processos de saúde alternativos, como chás, dietas, endireitas.

### **1.2.1 Perfil actual de saúde/doença em Portugal**

Berker (2003) afirma que, no âmbito da saúde, é importante que se desenvolva e prossiga com estudos na perspectiva do género, não só porque homens e mulheres se comportam de forma diferente face ao estado de saúde/doença como, também, a partir deste tipo de estudos se pode chegar a uma melhor avaliação das etiologias que condicionam esses mesmos comportamentos.

Sem dúvida, que se torna pertinente conhecer o papel das mulheres e dos homens enquanto utilizadores dos serviços de saúde, de forma a traçar melhores directrizes de intervenção a nível dos cuidados de saúde, assim como reduzir as desigualdades na auto-apreciação do estado de saúde entre homens e mulheres.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2006) a população portuguesa é maioritariamente constituída por mulheres, com uma predominância na faixa etária dos 25-64 anos (2 986 630 *versus* 2 880 680) e a partir dos 65 anos porque estas vivem, em média, mais sete anos que os homens. Não obstante, verifica-se através de dados estatísticos de 2002 a 2006 que a população masculina se está a aproximar da população feminina, o que significa que a proporção dos homens com mais de 60 anos está a aumentar.

Para melhor conhecer o estado de saúde/doença de uma população é necessário recorrer a uma avaliação das taxas de mortalidade e à observação das causas de morte mais frequentes. Deste modo, em Portugal podemos verificar que são os homens que apresentam maiores taxas de mortalidade, fenómeno transversal a todas as faixas etárias.

Luísa Silva (2003) refere que várias explicações têm sido dadas para a maior mortalidade de crianças e jovens do sexo masculino, nomeadamente a causas externas acidentais e aos níveis de testosterona que conduzem a uma maior exposição a comportamentos de risco. Relativamente à mortalidade nos adultos, as explicações atribuídas são associadas à adopção de estilos de vida mais propensos ao stress no homem, enquanto que na mulher os níveis de mortalidade são inferiores, supostamente por estar mais protegida pelo meio familiar.

Relativamente à relação entre mortalidade e estado civil, em Portugal podemos verificar estatisticamente que são os casados que apresentam maior taxa de mortalidade, tendo os homens a maior prevalência. Doravante, dentro da categoria dos viúvos, são as mulheres que estão em maior número.

Fazendo uma avaliação da distribuição das causas de morte e o género, salienta-se segundo dados estatísticos de 2005 (INE), que os homens morrem mais por neoplasias malignas, a doenças mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psico-activas, doença isquémica do coração, mais acentuado aos 55 anos até aos 79 anos, doenças do aparelho circulatório, doença cérebrovascular, acidentes de transporte e lesões auto-provocadas voluntariamente. Quanto à mortalidade feminina, esta encontra-se mais predominante nas doenças como a anemia, diabetes mellitus, alzheimer, doenças hipertensivas e quedas. De salientar que as doenças cerebrovasculares nas mulheres apresentam maiores números de mortalidade a partir dos 75 anos, comparativamente aos homens. Relativamente à doença isquémica do coração as mulheres apresentam uma prevalência superior ao homem numa idade bastante tardia (84 anos), enquanto que entre o sexo masculino a ocorrência desta causa começa por apresentar índices de mortalidade a partir dos 29 anos. Na população feminina as neoplasias malignas do aparelho reprodutor feminino são as que apresentam o maior número de mortalidades, seguida das doenças do aparelho circulatório.

Para além das patologias mais comumente referidas como causa de morte, existem outras doenças em que a mulher também apresenta elevados níveis de morbidade, como sejam a obesidade e as perturbações do comportamento alimentar.

### **1.2.2 Obesidade e Índice de Massa Corporal**

Outra questão que se encontra relacionada com a alimentação e a imagem corporal é o problema da obesidade.

Segundo dados da Eurostat (2007) sobre taxa de excesso de peso distribuída por países, género e faixa etária, a Eslováquia apresenta a maior taxa de obesidade da Europa, sendo os homens comparativamente às mulheres, os que apresentam maior predominância, em particular na faixa etária dos 55-64 anos, ou seja, 83%, em Portugal esta percentagem situa-se nos 65.5%. As mulheres apresentam menor percentagem de excesso de peso em relação aos homens em todos os países da Europa, no entanto, destacamos que entre a faixa etária dos 55-64 anos apresentam uma taxa de 78,7% na Republica Checa e no Reino Unido 56%.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, em Portugal Continental 20% dos homens inquiridos apresentam excesso de peso e 16% obesidade. As mulheres representam-se pelos 16% tanto no excesso de peso como na obesidade.

O excesso de peso e a obesidade podem levar ao desenvolvimento de uma baixa auto-estima, auto-conceito e auto-percepção negativa da imagem corporal que se repercutem no estado geral de saúde com um aumento da procura de cuidados de saúde e do consumo de medicação.

O excesso de peso e a obesidade resultam de inúmeros factores, a saber: genéticos, físicos, psíquicos, ambientais, familiares e comportamentais, que coexistindo podem favorecer a sua origem, como a sua manutenção. Tal como referem Almeida G., Santos José, Pasian Sonia R., Loureiro Sónia Regina (2005) a obesidade é, hoje em dia, uma doença crónica e, como tal, responsável por inúmeras mortes prematuras e pelo aumento de morbilidade de milhões de pessoas no mundo. Face à pertinência deste problema as várias entidades de saúde pública quer nacionais como internacionais traçam estratégias de intervenção, de forma a minorar o impacto que o excesso de peso e a obesidade têm nos indicies de morbilidade e mortalidade populacionais.

Uma das estratégias passa pela elaboração de instrumentos de investigação válidos que permitam avaliar, neste caso, o excesso de peso e a obesidade da população, como o cálculo do índice de massa corporal. A partir desta avaliação e de outras complementares, as entidades competentes conseguem fazer um diagnóstico real da situação e traçar planos de acção que promovam hábitos de vida mais saudáveis.

Segundo a OMS, a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode afectar em diferentes níveis a saúde do indivíduo (Direcção Geral de Saúde: Circular normativa 03/DGCG, 2005). O excesso de gordura resulta num desequilíbrio energético em que a quantidade de energia é superior à quantidade de energia dispendida.

A prevalência da obesidade é tão elevada a nível mundial que a OMS a considerou como a epidemia global do século XXI. Assim, a obesidade é uma doença crónica com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e idades.

Segundo o Programa Nacional de Combate à Obesidade do Ministério da Saúde de 2004, a pré-obesidade e a obesidade constituem em Portugal problemas importantes de saúde pública.

Na maioria dos países da Europa é a epidemia com maior crescimento, afectando, actualmente, 10 a 40% da população adulta (Direcção Geral de Saúde: Circular normativa 03/DGCG, 2005). Em Portugal, a pré-obesidade e a obesidade tem tido uma prevalência de cerca de 34% e 12% respectivamente. Sendo de realçar que os homens apresentam maior percentagem de obesidade e pré-obesidade em relação às mulheres. Verifica-se, também, que na população portuguesa, indivíduos com idade superior a 55 anos têm uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 1,9 a 7,2 vezes mais elevada e que os portugueses com mais escolaridade têm menos de metade da prevalência de pré-obesidade e obesidade quando comparados com os de baixa escolaridade, assim como entre os indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas.

O diagnóstico de pré-obesidade e obesidade faz-se através do cálculo do IMC o qual mede a corpulência que é determinado pela divisão do peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ). Existe uma boa correlação entre este índice e a massa gorda corporal. (Direcção Geral de Saúde: Circular normativa 03/DGCG, 2005).

Segundo a OMS considera-se que há excesso de peso quando o IMC é  $\geq$  a 25 e que há obesidade quando o IMC = 30. Contudo, é importante salientar que atletas ou indivíduos com patologias específicas para a retenção de líquidos não é uma determinação fiável da obesidade, pois não permite distinguir a causa de excesso de peso.

Face ao problema da obesidade em Portugal a Direcção Geral de Saúde

formalizou em 2004 um Programa Nacional de combate à obesidade, onde se divulga a importância de implementar acções que previnam a progressão de um problema tão grave como a obesidade.

### **1.2.3 Estado de saúde auto-percebido**

A enorme atenção que é dada, hoje em dia, ao problema da obesidade não se prende unicamente pelo aumento de comorbilidades mas também pelo risco de alterações de ordem psicológica e social.

Como é referido por Helena Fonseca e Margarida Gaspar de Matos (2005) a obesidade diagnosticada, por exemplo, na adolescência acarreta alterações que conduzem a uma maior susceptibilidade para o desenvolvimento de baixa auto-estima e auto-conceito que normalmente se mantém na idade adulta. Neste sentido, as mesmas autoras referem que é necessário ter em conta os factores psicossociais quando se pretende intervir, de facto, na prevenção da obesidade, pois, os factores psicossociais e a obesidade coexistem.

Não obstante, a necessidade de alterar os comportamentos dos indivíduos face a adopção de estilos de vida mais saudáveis, Almeida et al (2005) referem que historicamente as culturas tendem a estigmatizar traços ou comportamentos que são considerados negativos ou desviantes. Deste modo, a percepção do tamanho e da forma do corpo tem estado associada a valores culturais e sociais.

Como é sabido, os corpos grandes e arredondados em determinado período histórico eram símbolos de opulência e poder, ou mesmo nos corpos femininos, sinal de fertilidade. Nas últimas décadas tem-se verificado uma tendente valorização do corpo magro e esguio como algo de positivo, favorecendo a discriminação e sentimentos de insatisfação por parte daqueles que não conseguem corresponder ao estereótipo. Desenvolvem-se, nestes casos, conflitos pessoais entre a percepção e o desejo de alcançar um determinado tamanho e forma corporal.

Muening Peter, Haomiao Jia, Rufina Lee, Erica Lubetkin (2008) salientam que o estigma desenvolvido face ao excesso de peso produz stress social, pois encontra-se associado ao desenvolvimento de percepções negativas em relação à imagem corporal. Deste modo, os autores acrescentam que as percepções criadas a partir da imagem corporal ideal são, actualmente, um factor predicante de doenças mentais e físicas, pois

no seu estudo as mulheres revelaram-se mais susceptíveis face ao aumento do peso e às influências padronizadas de imagem corporal ideal.

Não é menos importante salientar que as diferenças de saúde e doença que se estabelecem em relação ao género resultam não só de padrões biológicos muito específicos mas, também, de um conjunto de factores extrínsecos, como a situação social e os comportamentos de saúde adoptados, que colaboram para a formação de estilos de vida que condicionam a manutenção ou alteração da saúde/doença.

De acordo com Luísa Silva (2003), as mulheres morrem grosso modo das mesmas causas que os homens. A mortalidade e morbilidade nas mulheres parecem estar menos protegidas devido à sua maior integração nas estruturas e hábitos da sociedade industrial (mercado de trabalho/stress/sedentarismo, diminuição da natalidade/cancro do aparelho reprodutivo, hábitos tabágicos/cancro do pulmão, liberalização dos comportamentos/doenças sexualmente transmissíveis).

Luísa Silva (2003) refere que a avaliação do estado de saúde/doença não se deve limitar às taxas de mortalidade. Como já foi referido anteriormente, o género, a cultura e a sociedade influenciam a saúde e a auto-percepção de saúde dos indivíduos. As representações sociais que as pessoas fazem da saúde/doença e a sua auto-percepção de saúde podem ser percebidos através da prevalência da morbilidade de doenças crónicas. As representações sociais de saúde, por exemplo, estão associadas à posição socioeconómica, verificando-se que as classes médias consideram a sua saúde mais em termos positivos enquanto que as classes mais baixas falam da sua saúde de forma mais negativa.

Mesmo em relação à idade, as pessoas mais novas do sexo masculino verbalizam a saúde relacionada com a força física, enquanto que as raparigas falam de vitalidade e capacidade de lidar com a vida. Os homens referem-se à saúde como um bem-estar físico e mental e as mulheres como um bom funcionamento familiar e social. De uma forma geral, os estudos internacionais encontram uma maior morbilidade declarada nas mulheres que nos homens.

Em Portugal Continental, segundo dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) a auto-avaliação da saúde das mulheres é menos positiva que a dos homens, tornando-se mais prevalente à medida que a idade avança. Enquanto as mulheres consideram que a sua saúde é “muito boa” ou “boa” entre os 25-34 anos, os homens fazem esta avaliação entre os 35 e 44 anos. Comparativamente a outros países

européus) é a mulher portuguesa que mais negativamente avalia o seu estado de saúde, ou seja, 27,6% em relação a 10,7% de outras mulheres europeias (1996, Eurobarómetro, in Luísa Silva, 2003).

Outro dado que nos permite avaliar a morbilidade é o recurso aos cuidados de saúde (número de consultas médicas, hospitalizações, exames complementares de diagnóstico, toma de medicação). Deste modo, pode-se observar que nos países ocidentais as mulheres vão mais vezes a consultas médicas que os homens, devido, em grande parte, às exigências do aparelho reprodutor, embora na infância se verifique o oposto. Segundo Luísa Silva (2003) esta situação resulta da influência das representações sociais de género, quer no diagnóstico feito, habitualmente pela mãe, que tem uma atenção diferente para com os rapazes e as raparigas, quer no diagnóstico clínico, que é também influenciável pela representação social que atribui ao género masculino necessidades fisiológicas acrescidas na infância.

Ainda, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, relativamente ao número de consultas médicas efectuadas nos últimos 3 meses, anteriores à aplicação do inquérito, salienta-se que são as mulheres, comparativamente aos homens, que vão mais ao médico (1, 2, 3 ou mais consultas em três meses).

De acordo com Shooshtari, S. e Shields, M. (2001) a avaliação subjectiva do estado geral de saúde tem sido adoptada por vários estudos, inclusive estudos populacionais a nível governamental de saúde pública, pois é uma medida de saúde fiável que permite prever a incidência de doenças crónicas, avaliar a reabilitação de situações de doença ou debilidade do estado de saúde físico e verificar a frequência do recurso da população aos serviços de saúde.

Vários estudos de investigação têm referido que a avaliação subjectiva da saúde permite aferir outros parâmetros de saúde para além da condição físico-patológica do indivíduo. Shooshtari, S. e Shields, M. (2001) referem que as pessoas que não apresentam problemas de saúde específicos normalmente não classificam a sua saúde como sendo “boa” ou “excelente” mas como “razoável”. Acrescentam que os indivíduos que fazem uma avaliação da sua saúde como negativa apresentam frequentemente problemas de saúde de ordem física, enquanto que as avaliações mais positivas revelam uma preocupação mais abrangente da saúde, nomeadamente ao nível do bem-estar geral.

De acordo com os resultados fornecidos pelo Relatório Anual de Saúde do Canadá (1994-1995 in Finkelstein, 2000) podemos constatar que os homens e as mulheres quando avaliam subjectivamente a sua saúde têm em conta diferentes factores. Assim, as mulheres dão maior importância aos factores de ordem psicológica do que física, assim como às medidas de prevenção da doença. Este estudo revela que os homens, comparativamente às mulheres, consideram que a sua saúde é “muito boa” ou “excelente”, com excepção do grupo etário dos 45-54 anos. Enquanto que as mulheres consideram a sua saúde como “razoável” ou “má”, principalmente nos grupos etários dos 25-34 e 35-44 anos.

Outro dado importante que este estudo traduz é a de que a relação entre “idade” e “auto-percepção de saúde” não se encontram directamente relacionados, pois as avaliações individuais de saúde também são realizadas de acordo com factores de ordem social. Deste modo, se os indivíduos não se sentem realizados no desempenho dos seus papéis sociais, a sua percepção de saúde também é influenciada de forma negativa. Por exemplo, no sexo masculino a idade da reforma pode criar uma percepção mais negativa da saúde assim como nas mulheres com o surgimento da menopausa.

O mesmo estudo evidencia que os indivíduos com um elevado estatuto social e económico referem uma melhor saúde do que os que pertencem a um estatuto mais baixo. Assim, os homens que não completaram o ensino secundário revelam baixos índices de saúde auto-percebida como “má” e “muito má”, comparativamente aos outros com um nível de escolaridade superior. Em contrapartida, as mulheres, com baixo nível de escolaridade apresentam menor frequência para referir a sua saúde como “muito boa” e “excelente”. Quanto ao estado civil, este estudo revelou não haver uma associação significativa com a saúde auto-percebida. Relativamente ao peso, os indivíduos com excesso de peso perceberam de forma negativa a sua saúde.

Shooshtari, S. e Shields, M. (2001) acrescentam que quando as pessoas avaliam o seu estado de saúde, não o fazem de forma circunstancial mas sim de acordo com uma trajectória de acontecimentos que influenciam de forma geral o seu bem-estar. Os mesmos autores referem que a mudança quer relativa ao estado físico, aos estilos de vida adoptados e aos factores psicológicos são uma mais valia para a evolução de uma perspectiva mais optimista da saúde subjectiva.

Hoje em dia, a percepção sobre a saúde tem uma forte componente normativa, pois representa uma forma de consciencialização para os indivíduos dos

comportamentos a adoptar para serem saudáveis. E, de facto, Shooshtari, S. e Shields, M. (2001) referem que quando um indivíduo avalia a sua saúde, considera um largo espectro de factores que muitas das vezes não são identificados só pela avaliação física.

Segundo o Eurostat (2007) a percentagem de adultos com uma “boa” e “muito boa” auto-percepção de saúde é bastante variada na Europa e nos Estados Membros. Por exemplo, a Irlanda e a Suíça são os países que apresentam melhor percentagem em relação à auto-percepção de saúde (87.1% e 85.8% respectivamente).

De uma forma geral existem também diferenças ao nível do género, pois as mulheres são as que apresentam menor auto-percepção da sua saúde como “boa” e “muito boa”, comparativamente aos homens. Segundo dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) 53.2% da população residente em Portugal Continental considerou o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom”, 32.8% considerou como razoável e 14.1% como “mau” ou “muito mau”. No mesmo inquérito, 60% dos homens considerou o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom”, sendo inferior a proporção de mulheres (47.4%) com a mesma percepção. Dados do Eurostat indicam que a saúde física se reporta ao funcionamento físico e fisiológico do organismo assim como às capacidades mentais de uma determinada população. Em contrapartida, a auto-percepção de saúde está relacionada com a avaliação da saúde física, mas também com a determinação da incidência e/ou prevalência de morbilidade e mortalidade e, por isso, constitui-se como um importante instrumento de avaliação da qualidade de vida e de saúde dos indivíduos.

Neste sentido, o estudo desenvolvido por Finkelstein, M. (2000) evidencia esta questão, ou seja, a auto-percepção que o indivíduo faz da sua saúde desempenha uma forte influência no aumento dos recursos aos cuidados de saúde. Pois, através de dois grupos de sujeitos, um com e outro sem hipertensão, constatou que o aumento do número de visitas ao médico estava relacionado com o diagnóstico médico, assim, como com a auto-percepção de saúde do utente. De uma forma geral, os utentes sem diagnóstico de doença mas com pior auto-percepção de saúde física e mental evidenciaram maior número de visitas ao médico.

Deste modo, o European Union Public Health Information System (2008, EUPHIX) refere que a saúde do indivíduo é influenciada por um conjunto de factores que se interrelacionam e que determinam o seu bem-estar geral, nomeadamente factores sócio-económicos (educação, profissão, entre outros), suporte social, comportamentos

de saúde (álcool, tabaco, actividade física) e factores genéticos. No seu conjunto, estes factores contribuem para que o indivíduo construa uma auto-percepção positiva ou negativa da sua saúde, condicionando nesse sentido os seus comportamentos de saúde.

## **2- Imagem Corporal/Género e Saúde**

### **2.1 Perspectiva histórica do estudo da Imagem Corporal**

De acordo com Cash e Pruzinsky (2004) os primeiros estudos sobre imagem corporal desenvolveram-se segundo teorias neurológicas, nas quais o objectivo era fisiopatológico, sem existir referência a factores psicológicos.

Paul Schilder, médico neurologista, é comumente referido como o impulsionador dos estudos da imagem corporal sobre uma perspectiva não meramente fisiológica, mas também psicológica e social, pois os seus estudos foram desenvolvidos tanto na neurologia quanto na psiquiatria e psicologia. Schilder considerava a imagem corporal como um fenómeno multifacetado que resultava de uma construção cognitiva, uma reflexão de desejos, atitudes e emoções desenvolvidas nas interacções com os outros. Contudo, um dos mais importantes estudiosos da imagem corporal na década de 60, Seymour Fischer, editou entre 1958 e 1968 um texto sobre a imagem corporal e a personalidade, acrescentando, relativamente a outros estudos, uma perspectiva psicodinâmica.

Na mesma década, Franklin Shontz veio confrontar as ideias defendidas até à altura, dizendo que a passagem de uma base neurológica para uma psicodinâmica da imagem corporal, veio afastar o conceito de “corpo” da imagem corporal e que a perspectiva psicodinâmica da imagem corporal de Fischer afastou a “imagem” do “corpo”. Este autor considera que para o estudo da imagem corporal devem contribuir diferentes áreas do saber com distintos métodos científicos e teorias do desenvolvimento como a psicologia da Gestalt e a teoria cognitiva. Shontz defende que é importante estudar o corpo e a imagem corporal como um todo e para isso se devem articular as dimensões cognitivas e sensitivas da experiência corporal.

Os anos 90 representam um marco na história dos estudos da imagem corporal, quer em termos conceptuais, psicométricos e psicoterapêuticos. Referencia-se a seguir alguns trabalhos importantes: “Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment

of Body Image Disturbance” -1999, Thompson, Heinberg, Altabe e Tantleff-Dunn; “Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention and Treatment” – Thompson e Smolak, “Physical Appearance and Gender: Sociobiological and Sociobiological and Sociocultural Perspectives” – 1992, Linda Jackson`s.

Nestes trabalhos são referenciados temas como alterações da imagem corporal na infância e na adolescência, a aparência física e o género.

Segundo Cash e Pruzinsky (2004) ao longo dos vários estudos de imagem corporal esta aparece associada ao tema da experiência humana, uma vez que, através das acções do corpo se revela muito do comportamento humano. Acrescentam, ainda, que a imagem corporal desempenha um papel essencial na qualidade de vida dos indivíduos, pois somos influenciados, desde a infância, quer física quer psicologicamente pela imagem que construímos acerca de nós próprios. Deste facto resulta a possibilidade de se intervir preventivamente, quer a nível do desenvolvimento de mais investigação e de acções de saúde em geral, face à relação da imagem corporal com a qualidade de vida das pessoas.

De uma forma geral, os estudiosos sobre a imagem corporal, defendem que a imagem corporal é um fenómeno multidimensional (Cash e Pruzinsky, 2004). A definição deste conceito apresenta alguma complexidade porque, por um lado, ao longo dos estudos cada investigador tem formulado diferentes significados e, por outro lado, tem-se utilizado outros termos para se referirem às diferentes dimensões da imagem corporal como, por exemplo, insatisfação corporal, aparência física, auto-estima corporal, auto-percepção corporal, entre outros

## 2.2 Conceito de imagem corporal

*“Neste momento o meu corpo é, para todos vós, objecto de conhecimento. Em parte coberto e em parte descoberto; ele pode ser conhecido pelos vossos órgãos dos sentidos, avaliado, julgado, classificado, amado, admirado, odiado, ferido, ou até destruído, transformando-se em corpo morto”.*

*Que vejo eu quando te vejo? Que vêem todos vós quando me vêem? <sup>1</sup>*

Segundo Daniel Serrão (VII Jornadas da COFANOR - Auto-estima e o Corpo - 2003) a percepção de um corpo humano, outro, exterior, não é muito diferente da percepção de outros objectos exteriores que encontramos no mundo natural e cultural.

Esta percepção, como todas as outras, cria conteúdos na consciência cognitiva, rapidamente esquecidos, ou não, pela inteligência emocional afectiva e/ou pela inteligência reflexiva. O mesmo autor acrescenta que a auto-avaliação é constantemente praticada por cada um de nós e promove intervenções sobre o corpo físico, de acordo com a interpretação afectiva, emocional ou racional e de acordo com os objectivos pessoais e as pressões sociais para impor determinados tipos de formas corporais.

A imagem corporal reflecte a história de uma vida, o percurso de um corpo, cujas percepções marcam a sua existência no mundo. O corpo reage de forma diferente a cada estímulo e adquire uma experiência única face a esses estímulos. Ao mesmo tempo, conforme as vivências pessoais, o corpo vai evidenciando imagens diferentes, o que quer dizer que as circunstâncias em que o corpo se encontra, influenciam o significado que este atribui aos estímulos e os comportamentos que posteriormente realiza.

Tal como nos referem Pruzinsky e Cash (1990, citado por Chrisler, 2007) a imagem corporal é uma representação cognitiva, subjectiva, da aparência física, de sensações experimentadas pelo corpo.

Será a imagem corporal inata ou construída através das experiências e aprendizagens? Como mencionam Pruzinsky e Cash (2004) a consciência do corpo resulta de um processo dinâmico e não está presente logo no nascimento, pois vai emergindo gradualmente através do desenvolvimento de habilidades motoras específicas para cada parte do corpo.

---

<sup>1</sup> Daniel Serrão – VII Jornadas da COFANOR – Auto-estima e o Corpo – 2003

A criança toma consciência da sua individualidade quando o seu corpo começa a interagir com o meio e, dessa forma, a relacionar as partes do seu corpo com as respectivas sensações corpóreas e assim a criança vai formando a ideia da sua imagem corporal à medida que vai conhecendo, pela interacção, as diferentes partes do seu corpo.

De acordo com estes pressupostos Pruzinsky e Cash (1990, in Barros, 2005) apresentam sete afirmações acerca da definição de imagem corporal:

- A imagem corporal está relacionada com as percepções, pensamentos e emoções relacionadas com o corpo e respectivas experiências. Por isso, é uma experiência subjectiva.

- A imagem corporal é multifacetada e, por isso, as suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões.

- As experiências da imagem corporal, ou seja, o modo como vivenciamos o corpo, revela a forma como nos percebemos a nós próprios.

- As imagens corporais são determinadas socialmente e estas influências prolongam-se para toda a vida. É por isso que construímos e destruimos continuamente a nossa imagem corporal, porque, também, o nosso corpo está necessariamente entre outros corpos de que recebe, reciprocamente, influência.

- As imagens corporais não estão estáticas ou fixas.

- As imagens corporais influenciam o processamento de informação, ou seja, a forma como percebemos o nosso corpo vai influenciar o modo como, também, vemos a realidade.

- As imagens corporais influenciam o nosso comportamento, principalmente as relações interpessoais.

Segundo Maria Tavares (2003) o corpo vai adquirindo memória dos acontecimentos e conseqüentemente história e identidade. É desta construção de identidade corporal que resulta uma imagem corporal. Esta representação influencia não só o que pensamos sobre nós próprios mas também a escolha das nossas atitudes e comportamentos.

A imagem corporal não é algo que seja estático mas que se transforma ao longo da vida como resultado da maturação, das experiências pessoais, da aparência corporal,

das mudanças somáticas, das normas sociais e culturais e das expectativas dos outros (O'Brian, 1980, citado por Chrisler, 2007).

No desenvolvimento da imagem corporal estão implicados dois processos: a produção de imagens e a estruturação da identidade do corpo. Tal como refere Maria Tavares “o corpo torna-se um objecto que se constrói como identidade para nós mesmos” (2003, pág. 80). Acrescenta, ainda, que nascemos com um corpo que precisa de ser experimentado para que se possa reconhecê-lo como unidade, mas antes mesmo de nascermos já existe um esboço da nossa imagem na realidade onde nascemos, quer seja pela cultura, como pela família. E esse corpo imaginado não corresponde ao nosso corpo concreto, assim, a nossa identidade corporal desenvolve-se baseada nas vivências das sensações do corpo real mas num contexto de um corpo imaginário.

Maria Tavares (2003) refere que a imagem corporal reflecte um processo intrínseco que resulta da realidade individual de cada pessoa e da realidade externa.

O corpo é o “veículo” que nos permite entrar em contacto com o mundo exterior e da interacção com a realidade, o corpo modifica-se e simultaneamente o indivíduo vai construindo a sua identidade. Deste modo, a visão que cada um representa da realidade é aquela que foi particularmente percebida através da “forma corporal” com que se apresenta aos outros.

Neste sentido, a imagem corporal é a representação mental do nosso próprio corpo e representa uma experiência particular, uma vez que o objecto em foco corresponde ao nosso eu. Esta imagem corporal está totalmente vinculada à identidade e à experiência existencial de cada indivíduo.

Segundo Le Boulch (1987, in Maria Tavares, 2003) o esquema corporal ou imagem do corpo resulta de um conjunto de intuições ou de um conhecimento imediato que se tem do corpo, quer estático ou em movimento, na relação intrínseca das suas diferentes partes, assim como na relação com o espaço circundante dos objectos e pessoas. Desta relação do corpo com a realidade, Barros (2005) refere que as informações que obtemos das diferentes esferas do conhecimento que compõem a sociedade – novas tecnologias, mass media, publicidade – são apreendidas como uma parte do nosso corpo e que depois são incorporadas na imagem corporal. Daqui resulta que a nossa imagem corporal é influenciada pela realidade social da qual faz parte, como também pela percepção que cada um faz dessa realidade.

Desta forma, estabelecemos uma interface de relacionamentos que se moldam pela imagem corporal própria e da imagem dos outros.

Tal como Shilder (1999, in Barros Dias, 2005) afirma, a imagem corporal, no seu resultado final, é uma unidade. O acto de construir discursos e imagens corporais de nós próprios resulta numa descoberta de novas imagens que nos possibilitam desenvolver um maior número de correlações sociais.

Segundo Ribeiro (2003) “todas as percepções e experiências corporais são racionalmente interpretadas e emocionalmente vividas sob a influência de crenças e atitudes culturalmente determinadas, o que equivale dizer que existem padrões de representação do corpo” (pag. 41).

Nas sociedades ocidentais, orientadas para o culto da beleza e da juventude é, cada vez, mais complexo poder integrar os sinais do envelhecimento, principalmente na mulher. Na maioria destas sociedades, a beleza ideal é considerada como sinónimo de juventude, uma vez que existe uma tendência para se definir a mulher de acordo com o seu corpo/aparência física, deste modo, é habitual que as mulheres se sintam preocupadas com o envelhecimento do seu corpo e a mudança da sua aparência física (Chrisler, 2007).

De acordo com Cash e Pruzinsky (2004) a representação ideal do corpo magro, persistentemente difundida pelos *mass media*, contribui para um aumento da insatisfação da imagem corporal e das perturbações alimentares nas mulheres. Através desta influência mediática é inevitável que se concretizem comparações sociais, interiorização da forma do corpo magro como ideal e um grande investimento pessoal ao nível da aparência física. Os mesmos autores consideram que a interiorização destes ideais se torna extremamente persuasiva porque se encontram sustentados por uma estrutura cultural que relaciona “magreza” com “atração”, “felicidade”, “desejo” e “status”. O que significa, sob esta perspectiva, que a aparência física e um corpo esbelto são absolutamente vitais para o sucesso e a felicidade. Acrescentam, ainda, que a aparência física se torna o núcleo base para a auto-avaliação pessoal e a construção de uma auto-estima inteiramente relacionada com os ideais da sociedade. Todo este processo acarreta alterações na imagem corporal e ao nível cognitivo, perceptual e emotivo, pois, acrescentam, nestas circunstâncias factos que não são realidade. Por exemplo, uma mulher com distorção da sua imagem corporal real, ou seja, visualiza-se como estando mais gorda, quando na verdade não está, reflecte uma instabilidade

emocional devido à constante insatisfação com a sua imagem corporal.

Cash e Pruzinsky (2004) referem que também a nível cognitivo se verifica alguma limitação, uma vez que existe um grande investimento na aparência física e sendo este o critério principal para a auto-avaliação, o foco de atenção fica restringido a informações que digam respeito à aparência física. Através dos comportamentos, também é visível esta influência, pois as mulheres que perseguem o ideal do corpo magro adoptam dietas rigorosas ou outras medidas com o objectivo de perderem peso.

Os mesmos autores mencionam que estudos efectuados nesta área confirmam que a comparação social, a interiorização de uma imagem corporal magra e um grande investimento pessoal na aparência física estão relacionados com insatisfação corporal e distúrbios alimentares nas mulheres adultas e adolescentes. Relativamente ao sexo masculino, as influências recaem mais sobre o aumento da massa muscular e modelagem do corpo, do que propriamente na perda de peso.

No sentido de demonstrar o efeito imediato dos mass media sobre a imagem corporal foram realizados vários estudos experimentais e pode-se hoje chegar à conclusão de que a exposição, mesmo que breve, às imagens transmitidas do corpo/aparência ideal pelos *mass media* causam alterações de humor, baixa auto-estima e insatisfação da imagem corporal. Contudo, outros estudos vieram demonstrar que nem todas as mulheres ficam tão vulneráveis aos efeitos das imagens dos *mass media*. Pois, existem determinadas características individuais que determinam a influência dos *media*, tais como: peso (as mulheres mais magras são mais afectadas pelas imagens dos *mass media*), presença de sintomas para as perturbações alimentares, auto-conceito, insatisfação corporal, tendência para a comparação social, elevados níveis de interiorização da imagem do corpo magro como ideal.

### **2.3 Imagem Corporal e Cultura**

De acordo com Abreu (2003), as diferentes culturas veiculam representações muito específicas sobre o corpo e desenvolvem atitudes e práticas sociais que interferem com a esfera orgânica do corpo.

Num olhar mais atento a estudos antropológicos pode-se encontrar uma compreensão mais clara sobre qual a relação do Homem com o corpo. Os *bosquímanos*, tribo existente em África, apresenta uma percepção sensorial que ultrapassa a que se

conhece em qualquer outra cultura. A imunidade em relação a determinadas doenças epidémicas e a resistência física causam perplexidade. São capazes de percorrer quilómetros em perseguição da sua caça. A importância que conferem ao corpo, leva-os a valorizar as suas capacidades e atributos. Quando os indivíduos envelhecem e os seus corpos perdem valor pela falta de “competência” na satisfação das necessidades diárias, retiram-se para a montanha, deixando o grupo (in Abreu, 2003, pag.152).

As mudanças efectuadas ao nível da forma do corpo, também é outra realidade que podemos encontrar em algumas culturas, como é o exemplo das tatuagens feitas na ilha Taiti e a atadura dos pés das mulheres da China Imperial.

Nas sociedades ocidentais, a preocupação com o corpo não é menor. O número e o tipo de cirurgias plásticas que se realizam em nome de uma beleza ideal, a prática de dietas rigorosas para atingir determinada forma de corpo, são reveladoras de um padrão social que atravessa, hoje em dia, várias culturas ocidentais.

Segundo Abreu (2003) para todas as sociedades, o corpo é mais do que algo físico. Não obstante a importância dada à saúde e à doença do corpo, existe um simbolismo que acompanha a imagem corporal, associada a uma identidade social que se pretende afirmar pelo estatuto, posição ou representação social, quer pela promoção da feminilidade ou masculinidade.

## **2.4 Imagem corporal e Saúde**

Quando falamos de saúde e doença facilmente os relacionamos com o corpo, pois na verdade é nele que se percebe e manifesta o mal-estar físico e psicológico. A depressão, por exemplo, provoca problemas de insónias e dificuldade em adormecer, a ansiedade manifesta-se por palpitações e o stress por dores de cabeça.

A forma como as pessoas vivenciam estes sintomas é influenciada, segundo Luísa Silva (2004) pela cultura em que estão inseridos, dado que os traços culturais que caracterizam uma determinada sociedade condicionam os padrões de comportamento colectivos. Do mesmo modo, os indivíduos conceptualizam uma determinada imagem corporal, segundo a aprendizagem social e cultural.

Através do corpo é possível adquirir um conhecimento sobre os padrões culturais de uma sociedade porque o corpo é um veículo social que manifesta e

transmite sinais e informações específicas dessa cultura. Luísa Silva (2004) afirma que é através do corpo que fazemos a comunicação com o exterior e tomamos consciência de nós próprios e dos outros. Assim, em termos de saúde, os sintomas de uma mesma doença são manifestados de forma distinta por cada pessoa que pertence a uma raça, etnia ou sociedade diferente. O que varia são as interpretações efectuadas sobre essa realidade, por influência do meio cultural de origem. Outro exemplo a que Luísa Silva (2004) faz referência, é a manifestação da dor. Algumas culturas como a judia e italiana são mais desinibidos face à dor do que a cultura norte-americana. De acordo com a autora, existe um corpo social que se sobrepõe ao corpo físico e que orienta as nossas percepções. Deste modo, a forma como os indivíduos se relacionam com o seu corpo e os comportamentos de saúde empreendidos revelam os padrões da realidade de determinada sociedade em termos de saúde-doença.

Daniel Serrão (VII Jornadas da COFANOR - Auto-estima e o Corpo - 2003) acrescenta que uma auto-avaliação de saúde negativa influencia significativamente a percepção da imagem corporal, alterando vários aspectos da vida de uma pessoa, pois esta acaba por desenvolver uma “biografia” repleta de dependências e limitações, tal como o autor refere “constrói na sua auto-consciência uma pré-imagem de corpo-morto”. E neste sentido, alerta também para uma maior consciencialização dos técnicos de saúde na forma de avaliação e transmissão de informação sobre a saúde.

As diferenças de género em relação ao tratamento do corpo são evidentes em muitos aspectos, mesmo nos hábitos mais básicos como a alimentação. Teresa Joaquim (1998) refere que homens e mulheres têm hábitos alimentares diferentes, mesmo que vivam na mesma casa. Refere que as mulheres fazem uma alimentação mais rica em frutas e legumes e que são hábitos que começam desde muito cedo, estando associados à procura de um corpo perfeito. A autora indica que esta diferença prende-se com o facto de serem as mulheres que tem como tarefa comprar, conservar e transformar os alimentos, como também pela influência de que são alvo em relação à educação para a saúde sobre a alimentação e a saúde. Os homens aliam a nutrição à masculinidade, ou seja, “comer muito, para ser forte”, é uma frase que lhes é inculcada desde a sua infância.

## 2.5 Imagem Corporal e IMC

De uma forma geral, o problema do aumento de peso e da obesidade, resultam num aumento de doenças crónicas e, conseqüentemente, num agravamento da morbilidade da população. Correlacionado com este fenómeno estão as alterações da percepção da imagem corporal.

Vários estudos têm desenvolvido pesquisa no sentido de perceberem os efeitos do aumento de peso na saúde quer física como psicológica dos indivíduos. Como forma de avaliarem esta realidade têm utilizado como instrumentos o cálculo do IMC e a escala das 9 silhuetas de Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger, F. (1983).

O IMC permite avaliar a relação do peso e da altura e dessa correlação estimar o grau de risco para a saúde.

A escala de Stunkard et al (1983) é constituída por 9 imagens de silhuetas masculinas e femininas que progressivamente vão da mais magra até a mais gorda. Este instrumento, como nos refere Álvarez, Véronica Licea & Maria del Carmen Pérez (2007) permite avaliar, por um lado, a auto-percepção da forma e do tamanho do corpo e, assim, revelar possíveis distorções da percepção da imagem corporal e de situações de distúrbios alimentares e, por outro lado, permite efectuar uma correspondência entre o peso e a imagem corporal. No estudo das mesmas autoras foi efectuada uma relação entre o peso e a imagem corporal através da associação que estabeleceram entre as silhuetas e o IMC. Assim, à silhueta 1 fizeram corresponder ao IMC igual a magreza, às silhuetas 2 a 5 IMC igual a peso normal e as silhuetas 6 e 7 IMC igual a excesso de peso e 8 e 9 IMC igual a obesidade.

Olmsted, Marion e Mcfarlane, Traci (2004) no seu estudo sobre a imagem corporal e obesidade, referem que o cálculo do IMC tem alguns limites, pois a sua avaliação é realizada dentro de categorias de peso que não tem em conta a estrutura do corpo e a massa muscular assim como as diferenças entre homens e mulheres. Portanto, o cálculo do IMC, enquadrado numa avaliação geral de saúde, permite indicar de forma linear se a pessoa se encontra com excesso de peso ou obesidade.

Bulik, CM; Wade; TD, Heath, AC; Martin, NG; Stunkard, AJ e Eaves, LJ (2001) referem que a avaliação da auto-percepção da imagem corporal através do instrumento

das 9 silhuetas de Stunkard, permite estimar três níveis de medidas: imagem corporal real (silhueta que o sujeito considera como semelhante à sua actual imagem corporal), imagem corporal ideal (silhueta que é semelhante à imagem corporal que o sujeito gostaria de ter) e a diferença entre a imagem corporal real e a ideal que resulta na avaliação da insatisfação da imagem corporal.

A questão da insatisfação da imagem corporal tem hoje em dia um impacto tão grande na saúde das pessoas que muitas delas acabam por se deixarem conduzir por dietas descontroladas e a adoptar comportamentos demasiado abusivos para a sua saúde. É importante que o individuo se sinta bem com o seu corpo porque é nele e a partir dele que se estabelece a ligação para a realidade, tal como diz Thompson (1999, in Pallazo, Valéria, 2003) “a imagem corporal é a representação interna da aparência externa”. E, para além de tudo, a permanente insatisfação da imagem corporal e a sobre-estimação do corpo constituem factores negativos para o desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas.

Marion Olmsted & Traci Mcfarlane (2004) referem que metade das mulheres norte-americanas sentem insatisfação com a sua imagem corporal e raramente o mesmo é sentido pelos homens. Acrescentam que as mulheres de maior risco são aquelas que tem tendências perfeccionistas, com baixa auto-estima e as que sofrem de doenças como a depressão e a ansiedade. A questão que se coloca, de acordo com as mesmas autoras, é que a maioria das mulheres que se empenha em atingir uma determinada imagem corporal, normalmente mais magra que a sua, depara-se de que não é possível alcançar a imagem que idealizaram e a partir desse momento desenvolvem um sentimento de frustração e, conseqüentemente, insatisfação em relação ao seu corpo mas principalmente em relação a si própria.

No estudo desenvolvido por Marion Olmsted et al (2004) as mulheres apresentaram mais baixo peso que os homens e por volta dos 55 anos, as mulheres apresentaram excesso de peso e obesidade enquanto que os homens tinham esse IMC com 25 anos. As mesmas autoras constaram que na amostra recolhida da base de dados do inquérito nacional de saúde canadiano, em quase todos os grupos etários, 12.1% das mulheres e 22.6% dos homens tinham excesso de peso e 23.4% das mulheres e 34.4% dos homens tinham obesidade. Verificaram, ainda, que metade das mulheres e um pouco menos de metade dos homens tinham peso normal. As mulheres que apresentaram um IMC normal referiram que gostariam de ser mais magras pelo menos 3

kg enquanto que os homens com o mesmo IMC referiram que para ficarem satisfeitos com o seu peso teriam de pelo menos ganhar mais 7 kg. Efectivamente a incidência de sujeitos com excesso de peso era mais elevada nos homens mas as mulheres se sentiam mais insatisfeitas com a sua imagem corporal.

No estudo de Fallon & Rozin (1985) foi aplicado a escala das 9 silhuetas a 248 homens e 227 mulheres do ensino universitário, a partir da qual foi pedido que indicassem a figura que o sexo oposto se sentiria mais atraído e qual das silhuetas do sexo oposto achavam mais atraente. Como resultados, para os homens a silhueta escolhida como auto-imagem, como ideal no sexo oposto e aquela que consideram que o sexo oposto escolheria como ideal coincidiram. Enquanto que as mulheres escolheram uma silhueta mais magra como auto-imagem corporal, comparativamente à figura ideal no sexo oposto e aquela que consideraram que o sexo oposto escolheria como ideal.

De uma forma geral, os autores chegaram à conclusão que os homens e as mulheres erraram na estimativa da escolha das silhuetas que eram mais atraentes para o sexo oposto, pois os homens consideraram que as mulheres escolheriam como ideal no sexo oposto uma silhueta mais magra e as mulheres consideraram que os homens escolheriam silhuetas femininas, também, mais magras. Segundo os autores, este estudo sugere que as percepções dadas pelos homens revelam satisfação com a sua imagem corporal enquanto que a percepção das mulheres enunciou uma maior pressão para a perda de peso e, por isso, revelaram estar mais insatisfeitas com a sua imagem corporal. Este estudo evidencia ainda uma grande diferença ao nível do género e a percepção da imagem corporal que, no contexto da sociedade norte-americana, revelou uma incidência maior nas mulheres para a adopção de dietas de risco e o desenvolvimento de distúrbios alimentares.

Outro estudo desenvolvido por Helena Fonseca & Margarida Gaspar de Matos (2005) relativamente à imagem corporal e o seu impacto na saúde dos adolescentes referem o quão grave são as suas consequências neste grupo específico. Para além de desenvolverem problemas de saúde a médio e longo prazo, tornam-se mais susceptíveis a alterações psicológicas, como baixa auto-estima, auto-percepção negativa da imagem corporal, ansiedade, nervosismo e solidão para além das dificuldades ao nível das relações interpessoais, principalmente pelo grupo de pares.

Neste sentido, as autoras verificaram que os adolescentes com excesso de peso referem ter uma auto-percepção negativa de saúde e da sua aparência física e, por isso,

revelaram o desejo de quererem modificar alguma parte no seu corpo. Curiosamente a escolha da imagem corporal percebida correspondeu a silhuetas mais gordas nos adolescentes mais novos, enquanto que os mais velhos escolheram silhuetas mais magras. Helena Fonseca et al (2005) salientam que o aparecimento precoce da obesidade tem um efeito adverso na percepção da imagem corporal no adulto e um risco acrescido para a insatisfação da imagem corporal.

## **2.6. Imagem corporal e Idade (perspectiva ao longo do ciclo de vida)**

A imagem corporal desenvolve-se e altera-se com o avançar da idade, com o processo de maturação decorrente de cada etapa de vida, das experiências pessoais, das normas culturais e também da relação com os outros.

É inevitável que com a idade se verifiquem alterações físicas e fisiológicas que condicionam o nosso comportamento. O sistema metabólico, por exemplo, torna-se mais lento, proporcionando uma maior acumulação de matéria gorda no organismo.

Sobre esta problemática, foram desenvolvidos vários estudos que retrataram entre outros temas, a relação da idade com o aumento de peso e o índice de massa corporal e a imagem corporal.

Em 1984, Rodin (in Chrisler 2007) evidenciou através do seu estudo que as mulheres a partir dos 50 anos apresentavam um aumento significativo de peso. Como pôde referir, as mulheres com 40 anos apresentavam 23% de matéria gorda, enquanto que as mulheres com 50 anos apresentavam uma percentagem de 46% de matéria gorda no organismo. Torna-se, deste modo, evidente para as mulheres que com o avançar da idade haja um aumento do seu peso e alterações na sua forma corporal, contudo, hoje em dia, estas alterações não são fáceis de aceitar devido à constante difusão mediática do estereótipo de beleza ideal.

Em 1996, Wilcox (in Chrisler 2007) realizou um estudo com homens e mulheres entre os 20 e os 80 anos relativamente ao estado de saúde física e as atitudes adoptadas face ao corpo. Este autor refere que as mulheres mais velhas com um bom índice de massa corporal revelaram atitudes mais negativas face ao seu corpo do que as mulheres mais jovens com um índice de massa corporal mais baixo. Deste facto, resulta que o peso é uma variável importante e predicativa para a imagem corporal e saúde na mulher, principalmente a partir da meia-idade.

Outro estudo desenvolvido por Markey em 2004 (Chrisler, 2007) veio demonstrar que numa amostra de 172 casais norte-americanos, as mulheres se apresentavam mais insatisfeitas com a sua imagem corporal do que a opinião dos seus maridos em relação à sua aparência física. As esposas consideravam que os seus maridos estariam mais insatisfeitos com a aparência física delas do que na realidade estavam e numa escala de silhuetas, as mulheres escolheram como imagem corporal ideal uma silhueta mais magra do que a sua enquanto que os seus maridos escolheram uma silhueta feminina mais de acordo com as suas faixas etárias.

Corroborado por outros estudos (Fallon e Rozin, 1988; Miller, 2001, citado por Chrisler, 2007), conclui-se que existe, efectivamente, uma discrepância entre a silhueta e a imagem corporal feminina que os homens consideram atraente e aquela que as mulheres escolhem como sendo a mais atractiva. Os homens, em geral, escolhem como imagem ideal feminina uma silhueta menos magra do que as mulheres.

Outra questão que também é abordada relativamente à imagem corporal é a dos distúrbios alimentares. Habitualmente, associa-se esta problemática a mulheres adolescentes ou adultas, mas alguns estudos, como o de Lewis e Cachelin (in Chrisler, 2007) evidenciam que os distúrbios alimentares também se sucedem com alguma frequência durante a meia-idade, principalmente devido à correlação positiva que estabelecem com os sentimentos de receio face ao envelhecimento e à adopção de atitudes e comportamentos alimentares mais rígidos.

Contudo, na meia-idade com o aparecimento da menopausa, a mulher reajusta a concepção que tem da sua imagem corporal, uma vez que o corpo sofre alterações fisiológicas e físicas. Os afrontamentos, por exemplo, habitualmente sentidos nesta fase, podem dar à mulher a sensação de que já não consegue controlar o seu corpo assim como o aumento de peso.

Vários estudos desenvolvidos nesta temática, referem que algumas mulheres que se encontram na meia-idade verbalizam com frequência insatisfação com a idade, a perda de fertilidade, preocupações com as alterações de humor e saúde física e com o facto de o seu corpo estar a envelhecer, tornando-se pouco atractivo e, dessa forma, “invisível” aos outros.

Öberg & Tornstam (2001) no seu estudo sobre a importância de se ser jovem e a prática de actividade física numa população sueca com idades compreendidas entre os

20 e os 85 anos, indica que a amostra relativamente à idade revela uma inconformidade com a sua idade real, ou seja, a maioria sente-se mais novo, deseja ser mais novo e considera que os outros os vêem também mais novos.

Destes factos, pode-se depreender que em sociedades onde o culto da juventude é fortemente marcado, existe uma certa intolerância a tudo que esteja relacionado com o envelhecimento. Outro aspecto importante a retirar deste estudo e que contribui para o ponto de vista apresentado anteriormente é a relação da identidade com a idade. Segundo os autores, uma grande divergência entre a idade subjectiva a idade real (desejo de identificação com as pessoas mais novas) poderá revelar uma atitude negativa face ao envelhecimento. Assim, a maioria dos participantes evidencia maior aproximação ao desejo de ter uma idade mais jovem do que aquela que apresenta. Realizando neste estudo uma comparação entre grupos por idades, as discrepâncias entre a idade real e ideal não são visíveis nos grupos mais novos, mas começa a surgir nos grupos de pessoas mais velhas. Segundo os autores, a forma como as pessoas pensam sobre a idade real e aquela que consideram como sendo ideal, são baseadas no que as pessoas pensam acerca de si próprias, enquanto que o modo como as pessoas se sentem em relação à sua idade, à idade que gostariam de ter e à sua aparência física, têm como base as crenças que formalizam em relação ao que os outros pensam sobre si próprios.

De acordo com Goffman's (1972, in Oberg e Tornstam, 2001) as referências para a construção do conceito de idade em cada pessoa baseiam-se na identidade pessoal e na identidade social. Enquanto que a primeira diz respeito ao conceito de si próprio, a identidade social resulta das interações sociais. Deste modo, a idade com que cada pessoa se sente e a idade subjectiva relacionam-se com a identidade pessoal, enquanto que a idade que as pessoas aparentam se encontra mais relacionada com a dimensão da identidade social. O mesmo autor refere que, nesta situação, o corpo é um mediador entre a dimensão pessoal e a social e, por isso, considera que para uma pessoa se sentir mais jovem terá que necessariamente ter uma aparência também mais nova.

Outro resultado encontrado neste estudo é o facto de as mulheres escolherem uma silhueta mais magra do que aquela que na realidade têm. Resultados que também são corroborados por um outro estudo desenvolvido por Deeks & McCabe (2001) no qual através das 9 silhuetas de Stunkard as mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos, apresentavam em média uma silhueta real correspondente à figura nº 6,

mas gostariam de ter uma silhueta semelhante às nº 3 e 4, e que as silhuetas que melhor corresponderiam às expectativas da sociedade seriam as nº 2 e 3. De um modo geral, a figura ideal escolhida apresentava uma silhueta mais magra ou “mais elegante” para a maioria das mulheres em todas as faixas etárias. Relativamente aos homens, a figura real e ideal era idêntica no grupo dos homens mais jovens enquanto que nos mais velhos se observava uma discrepância maior.

Todas estas questões se tornam pertinentes quando atendemos às mudanças que a sociedade empreende, o que implica uma mudança face ao que é ser “novo” e “ser velho” no mundo de hoje.

Tendo em conta algumas variáveis sócio-demográficas, pode-se referir que num dos estudos levados a cabo por McLaren & Kuh (2004, citado por Chrisler, 2007) a insatisfação com a imagem corporal está associada a mulheres de meia-idade com estatuto socio-económico elevado, provavelmente por estas terem mais acesso às técnicas de beleza. Contudo, Davidson & McCabe (2005, citado por Chrisler, 2007) referem que a insatisfação com a imagem corporal não se encontra relacionada com a idade, uma vez que através dos seus estudos as mulheres com 30 a 40 anos apresentavam mais insatisfação relativamente às mulheres de outras faixas etárias. Giesen (1989, citado por Chrisler, 2007) acrescenta que as mulheres solteiras se sentiam mais atraentes com o avançar da idade do que as mulheres casadas.

As alterações funcionais, sentidas na meia-idade, também acabam por influenciar a auto-percepção da imagem corporal e conseqüentemente a auto-estima, uma vez que a mulher apresenta algumas alterações físicas como a diminuição de visão, problemas músculo-esqueléticos, sintomatologia da menopausa (1991, Roberto e McGraw, citado por Chrisler, 2007). Porém, Chrisler e Ghiz (1993, in Deeks e McCabe, 2001) afirmam que as causas para o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa nas mulheres mais velhas deve-se, em parte, às conotações que a sociedade actual atribui ao termo “velho”, como letárgico, pouco atraente e assexuado.

## **2.7 Desenvolvimento da imagem corporal – Adulto e Idoso**

O conceito da imagem corporal permite, segundo Cash & Pruzinsky (2004) perceber conceitos como o da idade e identidade. Cada fase do ciclo vital apresenta diferentes especificidades que também se revelam na forma como se interrelacionam

com as mudanças da imagem corporal. Neste sentido, é importante referir, de acordo com Cash & Pruzinsky (2004) os três conceitos que se encontram relacionados com o desenvolvimento da imagem corporal no adulto: aparência, competência pessoal e saúde física.

A aparência física permite aceder a importantes informações sobre o *self* e os outros, nomeadamente a idade e a atracção física. Os sentimentos das competências físicas estão baseados, em parte, nas sensações físicas associadas à idade, tais como agilidade, resistência e força. É inevitável que com a idade se inicie uma cadência de perdas, nomeadamente a nível físico e cognitivo, perde-se massa muscular, diminuição da resistência cardíaca, aparecimento de rugas na pele, diminuição das funções mentais, como a memória. Contudo, Cash & Pruzinsky (2004) consideram que apesar destas inevitáveis mudanças é possível actuar a nível da prevenção como o realizar continuamente um desporto e fazer jogos que treinem a memória. Com estas estratégias de prevenção pode-se envelhecer com mais qualidade como, também, manter um auto-conceito positivo face às capacidades e sua consequente tradução em termos de imagem corporal.

A teoria do processo de identidade refere que os adultos que mantêm um *self* consistente, fazendo as adaptações necessárias em cada fase do ciclo de vida, têm maiores probabilidades para tirar vantagem das acções de prevenção face às mudanças da idade.

Existem dois processos que estão envolvidos nesta relação da identidade com a idade: o indivíduo face às mudanças externas vai incorporando informação, como exemplo, o aparecimento de rugas, mas mantém estável o seu *self*, pois este redefine-se com a mudança. De acordo com esta teoria os indivíduos que fazem unicamente a assimilação da informação e não fazem a reelaboração do seu *self*, podem, por um lado, ignorar o aparecimento dos sinais do envelhecimento, uma vez que se consideram com menos idade do que têm na realidade.

Estes indivíduos não investem em programas de prevenção de saúde, mas fundamentalmente na prática de exercício físico que possibilitem manter a sua aparência mais jovem. Deste modo, é natural que estes indivíduos tenham mais dificuldade de adaptação às mudanças da idade. Por outro lado, também pode acontecer que as pessoas se achem mais velhas do que são na realidade, ou seja, adoptam uma identidade mais velha, apresentando uma tendência para verbalizar excessiva preocupação com os

problemas de saúde e com o avançar da idade. Estes indivíduos, normalmente, também, não cumprem com programas de prevenção e têm mais propensão para desenvolver uma personalidade ansiosa e para se auto-medicarem.

Deste modo, depreende-se que a identidade desempenha uma forte influência na postura que as pessoas adoptam face ao envelhecimento e, ao longo deste processo, nas atitudes de bem-estar em relação à sua imagem corporal. Pois, como referem Whitbourne & Collins (in Cash e Pruzinsky, 2004) existe igualmente uma relação entre identidade e auto-estima durante a idade adulta. Os autores mencionam que o facto de as mulheres não se preocuparem tanto com a idade e as consequentes mudanças do corpo, possibilita manter uma auto-estima mais positiva, uma vez que conseguem abstrair dos estereótipos de beleza ideal defendidos pela sociedade.

Para além da auto-estima e da identidade, também a prática de exercício físico contribui para o desenvolvimento da satisfação com a imagem corporal. Um estudo de Wilcox (1997 in Cash e Pruzinsky, 2004) veio demonstrar que ao contrário dos homens, as mulheres, que não praticavam exercício físico desenvolviam sentimentos de insatisfação corporal decorrentes da idade, porque apresentavam uma menor capacidade para ultrapassar psicologicamente as mudanças inerentes à idade e acreditavam que tendo perdido gradualmente algumas faculdades físicas se tornavam inevitavelmente menos atraentes. Por sua vez, os homens, em comparação com as mulheres, apresentam em todas as faixas etárias uma imagem corporal mais positiva, uma vez que são menos vulneráveis aos efeitos dos estereótipos sociais de beleza. Contudo, de uma forma geral, as suas preocupações e receios passam mais pela relação da idade com a saúde física e a perda de competências físicas, e menos com a aparência física.

---

---

**PARTE II**

**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

---

Esta investigação é orientada no sentido de explorar numa amostra portuguesa de utentes dos Cuidados de Saúde Primários as relações entre o estado de saúde auto-percebido com as variáveis sócio-demográficas e outras variáveis como o Índice de Massa Corporal, a Imagem Corporal – percebida e desejada e, pela diferença entre ambas, a Satisfação com a Imagem Corporal, e a idade – subjectiva e desejada e, pela diferença entre ambas, a Satisfação com a Idade.

Consideramos que se trata de um estudo exploratório e correlacional, pois pretendemos identificar relações entre as diversas variáveis – algumas das quais sabemos que se relacionam de uma forma imediata, como é o caso do nível de escolaridade, rendimento mensal e nível profissional – procurando responder às perguntas equacionadas para esta investigação e os respectivos objectivos.

Assim, no 1º capítulo será abordada a metodologia utilizada neste estudo e no 2º capítulo serão apresentados os resultados obtidos. A interpretação e a discussão dos resultados serão apresentadas no 3º capítulo. No 4º capítulo procede-se a uma sumarização dos resultados encontrados e a uma conclusão do estudo aqui apresentado.

# **Capitulo I**

## **Metodologia**

Apresentamos a metodologia utilizada na realização do presente estudo, iniciando essa apresentação pelas variáveis estudadas, seguindo-se os objectivos, o procedimento da recolha de dados, a população e amostra (especificando os critérios de selecção da amostra e a sua descrição), caracterização da população do Centro de Saúde de S. Mamede/St<sup>a</sup> Isabel e os instrumentos utilizados no estudo e a descrição da amostra.

## **1- VARIÁVEIS ESTUDADAS**

1.1. Variável Dependente – estado de saúde auto-percebido.

1.2. Variáveis Independentes – sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, rendimento mensal familiar auto-avaliado, Índice de Massa Corporal (IMC) Imagem Corporal percebida (ICP), Imagem Corporal desejada (ICD), satisfação com a Imagem Corporal, idade subjectiva, idade desejada, idade atribuída por outros, satisfação com a idade.

## **2-OBJECTIVOS**

- Adquirir conhecimentos sobre o estado de saúde de utentes de ambos os sexos com idades entre os 25-74 anos da Unidade de Saúde de S.Mamede – Centro de Saúde de S. Mamede/St<sup>a</sup> Isabel (Lisboa). A avaliação do estado de saúde foi feita através da sua avaliação subjectiva e pelo IMC que é um indicador de saúde que permite avaliar a pré-obesidade e a obesidade;
- Analisar a relação entre o estado de saúde auto-avaliado e IMC e variáveis sócio-demográficas como a idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade, rendimento mensal do agregado familiar auto-avaliado em mulheres e homens na idade adulta;
- Explorar a relação do estado de saúde auto-avaliado e IMC com a satisfação com a imagem corporal;
- Explorar a relação entre o estado de saúde auto-avaliado com a satisfação com a imagem corporal e a satisfação com a idade.

### **3- PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS**

A amostra do presente estudo foi constituída por sujeitos de ambos os sexos inscritos na Unidade de Saúde de S. Mamede do Centro de Saúde de S. Mamede/St<sup>a</sup> Isabel em Lisboa.

Para iniciar a recolha de dados foi formulada à Direcção do mesmo Centro de Saúde, com a devida antecedência, um pedido de autorização por escrito (anexo I).

Neste pedido foi apresentada uma breve descrição do projecto de investigação e as suas diferentes fases. Após o deferimento do pedido de autorização deu-se início à aplicação dos questionários.

Durante 3 meses, aos utentes que aguardavam na sala de espera da Unidade de Saúde de S. Mamede por consulta médica e que preenchiam os critérios de inclusão no estudo (referidos mais adiante), foi-lhes solicitado a sua colaboração e entregue nesse momento o questionário.

Os utentes foram informados através de um folheto informativo acerca da natureza e dos objectivos do estudo tendo-se salientado que a sua participação era voluntária e totalmente anónima. Quase todos aceitaram participar e preencheram o questionário.

Os utentes foram informados, também, da necessidade de responder a todas as questões do questionário para que este fosse considerado válido para o estudo. Foram excluídos da amostra os utentes cujos questionários não se apresentaram completos

### **4- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE S. MAMEDE/ST<sup>a</sup> ISABEL**

Fazendo uma breve apresentação da população residente nas freguesias de S. Mamede e de St<sup>a</sup> Isabel e que é abrangida pelo Centro de Saúde de S. Mamede/St<sup>a</sup> Isabel, podemos referir, através dos dados da Conservatória do Registo Civil do ano de 2007, que a distribuição etária da população desta área geográfica, em comparação com os dados da cidade de Lisboa e os dados nacionais, apresenta proporcionalmente um maior número de residentes acima dos 65 anos do que nos escalões abaixo desta idade.

Dos dados recolhidos pelo Sistema de Informação de Unidades de Saúde (SINUS- Ano de 2007) no Centro de Saúde de S. Mamede existe uma maior

percentagem de utentes inscritos do sexo feminino, representando 58,77% do total. Quanto à idade, quase 13% dos utentes têm mais de 75 anos e quase 24% do total têm acima de 65 anos.

No que diz respeito ao nível de escolaridade da população residente na área do Centro de Saúde, de acordo com os Censos de 2001, é maioritariamente de Escolaridade Superior (33.3%) seguido do 1º Ciclo (22.3%) e Secundário (17.5%). As freguesias da área do Centro de Saúde apresentam desta forma uma percentagem de licenciados superiores às do Concelho de Lisboa (24.5%) e do País (10.6%). A justificação para esta discrepância em relação aos valores nacionais prende-se principalmente com um estrato socioeconómico mais elevado na população residente nas freguesias do Centro de Saúde, em especial na freguesia de São Mamede.

## **5- POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do nosso estudo foi composta por utentes da Unidade de Saúde de S. Mamede do Centro de Saúde de S. Mamede/Stª Isabel em Lisboa.

A amostra foi seleccionada de acordo com os seguintes critérios:

- Homens e mulheres com idades compreendidas entre os 25-74 anos;
- Utesntes da Unidade de Saúde de S. Mamede;
- Motivo de presença na Unidade de Saúde: consulta médica;
- Orientação auto e alopsíquica;
- Com capacidade de leitura/escrita e interpretação do português;
- Não se aplica o questionário a mulheres grávidas, pois o IMC estaria alterado devido a essa situação.

O método de amostragem utilizado foi o de conveniência, pois pretendia-se aplicar diariamente o questionário aos utentes que esperavam na unidade de saúde por consulta médica e que correspondessem aos critérios de inclusão da amostra.

## **6- INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO**

O instrumento utilizado neste estudo foi um questionário que se apresenta desenvolvido em quatro partes:

- Questionário sócio-demográfico
- Avaliação do estado de saúde auto-percebido
- Avaliação da idade subjectiva, da idade desejada e atribuída
- Escala de figuras de Stunkard (1983)

### **6.1. Questionário sócio-demográfico**

É constituído por 6 questões, sendo 5 de resposta múltipla e 1 de resposta breve. Os itens dizem respeito ao sexo, idade, estado civil, nível de instrução/escolaridade, situação profissional, auto-avaliação do rendimento mensal do agregado familiar. Esta avaliação é feita numa escala de Lickert com 5 pontos, variando as respostas entre “muito insuficiente” a “muito bom”. Optámos pela auto-avaliação deste item na medida em que facilitaria a resposta dos utentes, nomeadamente no contexto dum serviço público, em que o pedido do valor real do rendimento mensal do agregado familiar poderia suscitar alguma desconfiança.

### **6.2. Avaliação do estado de saúde auto-percebido**

A avaliação do estado de saúde auto-percebido foi efectuada através de uma escala de Lickert de 5 pontos variando de “muito mau” a “muito bom”.

Nesta parte do questionário pretende-se avaliar o estado de saúde geral do utente através de dois itens: avaliação subjectiva do seu estado de saúde, onde é perguntado ao utente como é que considera a sua saúde, sendo as respostas de escolha múltipla que variam entre “muito mau”, “mau”, “razoável”, “bom” e “muito bom” e um segundo item relativo ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) onde o utente responde qual o valor mais aproximado do seu peso e da sua altura, que em caso de dúvida poderia consultar o dado fornecido no seu Bilhete de Identidade.

Para o cálculo do IMC e a sua classificação por estadios (baixo > 18.5; Peso

normal 18.5-24.9; Pré-obesidade 25.0-29.9; Obesidade Classe I 30.0-34.9; Obesidade Classe II 35.0- 39.9; Obesidade Classe III  $\geq 40.0$ ) foi aplicada a fórmula divulgada pela OMS e em Portugal pela Direcção Geral de Saúde (Circular Normativa N.3/DGCG de 17/03/2005) na qual se divide o peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado (peso/altura<sup>2</sup>).

### **6.3. Avaliação do IMC**

Pedimos aos sujeitos que indicassem o seu peso e a sua altura e em caso de dúvida a utilização de uma balança para a avaliação do peso e o Bilhete de Identidade para verificar a altura.

### **6.4. Avaliação da Idade Subjectiva, Idade Desejada e Idade atribuída pelos outros**

Foram colocadas 3 questões: “dentro de mim sinto-me como se tivesse \_ anos de idade” (Idade subjectiva); “gostaria de ter \_ anos de idade” (Idade desejada/ideal); as outras pessoas “dão-me” cerca de \_ anos de idade”. A idade cronológica, ou idade real, consta do questionário sócio-demográfico. A diferença entre a idade real e a ideal/desejada dá-nos o grau de satisfação com a idade.

### **6.5. Escala de figuras de Stunkard**

A escala de Stunkard, Sorensen & Schulsinger (1983) é constituída por 9 imagens de silhuetas masculinas e femininas que vão progressivamente da mais magra à mais gorda. A cada silhueta está atribuída um número que vai do 1 para a silhueta mais magra até ao número 9 que corresponde à silhueta mais gorda.

Bulik, CM; Wade, TD, Heath, AC; Martin, NG; Stunkard, AJ e Eaves, LJ (2001) referem que a avaliação da auto-percepção da imagem corporal através do instrumento das 9 silhuetas de Stunkard et al (1983) permite avaliar três níveis de medidas: imagem corporal real (silhueta que o sujeito considera como semelhante à sua actual imagem corporal), imagem corporal ideal (silhueta que é semelhante à imagem corporal que o

sujeito gostaria de ter) e a satisfação/insatisfação com a imagem corporal percebida e a imagem corporal ideal. Este instrumento como acrescentam Alvarez, Licea Véronica & Maria del Carmen Pérez (2007) permite avaliar, por um lado, a auto-percepção da forma e do tamanho do corpo e, assim, revelar possíveis distorções da percepção da imagem corporal e de situações de distúrbios alimentares e, por outro lado, permite efectuar uma correspondência entre o peso e a imagem corporal.

Sendo assim, no estudo das mesmas autoras foi efectuada uma relação entre o peso e a imagem corporal através da relação que estabeleceram entre as silhuetas e o IMC. Assim, à silhueta 1 fizeram corresponder ao IMC igual a magreza, às silhuetas 2 a 5 IMC igual a peso normal e as silhuetas 6 e 7 IMC igual a excesso de peso e 8 e 9 IMC igual a obesidade.

Segundo, Bulik, et al (2001) apesar da crítica ao aspecto simplista da escala, ela é altamente consistente uma vez que se correlaciona significativamente com o excesso de peso ( $r=0.79$ ) e é uma medida fiável para predizer a ocorrência da obesidade quer isoladamente quer combinada com o cálculo do IMC. De acordo com os mesmos autores a simplicidade da escala torna-se atractiva e elegante.

Utilizámos ainda a proposta de Fallon, & Rozin (1985) também, neste estudo foi acrescentado mais duas avaliações relativamente às 9 silhuetas: perguntámos aos sujeitos por qual das 9 silhuetas consideravam que o sexo oposto se sentia mais atraído e qual das silhuetas do sexo oposto achavam mais atraente. Estas duas questões permitem avaliar a diferença da imagem corporal ideal em ambos os sexos.

## 6- DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

### 6.1. Número de Participantes

A amostra é constituída por 500 sujeitos, com idades compreendidas entre os 25 e 74 anos, dos quais 161 homens (32.2%) e 339 mulheres (67.8%).

### 6.2. Idade

A média de idades dos participantes é de 47.16 anos. A média de idade das mulheres é de 46.06 e a dos homens é de 49.47. A amostra tem o maior número de sujeitos nos grupos etários dos 55-64 anos (25.0%) e 35-44 anos (24.0%). Os dados relativos à idade são apresentados no quadro 1.

**Quadro 1**

**Distribuição da amostra segundo idade**

<b>IDADE</b>	<b>N=</b>	<b>%</b>
25-34	114	22,8
35-44	120	24,0
45-54	85	17,0
55-64	125	25,0
65-74	56	11,2
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

### 6.3. Estado Civil

Quanto à distribuição da amostra segundo o estado civil, podemos constatar que na sua maioria (62.2%) os sujeitos são casados ou vivem em união de facto.

#### Quadro 2

##### Distribuição da amostra segundo estado civil

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N=</b>	<b>%</b>
Solteiro	117	23.4
Casado/União de facto	311	62.2
Viúvo	25	5.0
Separado/divorciado	47	9.4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100.0</b>

### 6.4. Nível de Escolaridade

Relativamente ao nível de escolaridade da amostra, a maioria dos sujeitos (33.6%) apresenta escolaridade superior, ou seja, o Bacharelato/Licenciatura e 22.6% o correspondente ao 12º ano de escolaridade.

### Quadro 3

#### Distribuição da amostra segundo o nível Instrução/Escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	N=	%
Sabe ler e escrever mas não tem a 4ª classe	15	3.0
Ensino básico/ 4ª classe	69	13.8
6º Ano antigo/ 2º Ano	38	7.6
9º Ano/antigo 5º ano	97	19.4
11º/ 12º Ano/ antigo 7º ano	113	22.6
Bacharelato/ licenciatura	168	33.6
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100.0</b>

### 6.5. Situação Profissional

Relativamente à situação profissional da amostra e, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional, verificamos que a maioria, 21.2%, pertence ao Pessoal dos Serviços e Vendedores, embora, 18.4% sejam reformados e 13.8% pertençam à categoria profissional de Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.

#### Quadro 4

##### Distribuição da amostra segundo situação profissional

<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>N=</b>	<b>%</b>
Quadros superiores da administração pública/dirigentes e quadros superiores de empresa	14	2.8
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	69	13.8
Técnicos e profissionais de nível intermédio	48	9.6
Pessoal administrativo e similares	62	12.4
Pessoal dos serviços e vendedores	106	21.2
Operários, artífices e trabalhadores similares	5	1.0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	7	1.4
Trabalhadores não qualificados	36	7.2
Reformado	92	18.4
Desempregado	39	7.8
Estudante	5	1.0
Dona de casa	17	3.4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

## 6.6. Rendimento Mensal Familiar Auto-Avaliado

Como já foi referido, optámos pela avaliação subjectiva do rendimento familiar porque pretendíamos obter o maior número de respostas, pois a pergunta sobre o rendimento económico, no contexto do Centro de Saúde, poderia limitar o número de respostas. Um pouco menos de metade da amostra (44%) considera o rendimento familiar insuficiente ou muito insuficiente. Os restantes 56% consideram-no suficiente, bom ou muito bom (sendo esta última categoria a que tem menor percentagem).

### Quadro 5

#### Distribuição da amostra segundo Rendimento Mensal Familiar Auto-Avaliado

<b>RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR AUTO-AVALIADO</b>	<b>N=</b>	<b>%</b>
Muito Insuficiente	41	8.2
Insuficiente	179	35.8
Suficiente	205	41.0
Bom	66	13.2
Muito bom	9	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS**

Os resultados que vamos apresentar seguidamente dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta aos objectivos propostos neste estudo.

Neste capítulo, faremos uma descrição dos dados e a sua interpretação terá lugar na parte do trabalho dedicada à discussão dos resultados.

## 1. Estado de Saúde Auto-Percebido

Apresenta-se no quadro 6 a apreciação subjectiva dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde.

Numa apreciação global, o estado de saúde auto-percebido da amostra é maioritariamente considerado como “razoável” ou “bom”. Só 9.2% do total da amostra o refere como “muito mau” ou “mau”, o que corresponde a 90.8% como “razoável”, “bom” e “muito bom”.

**Quadro 6**

**Estado de Saúde Auto-Percebido**

<b>ESTADO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDO</b>	<b>N=</b>	<b>%</b>
Muito mau	6	1.2
Mau	40	8.0
Razoável	267	53.4
Bom	172	34.4
Muito bom	15	3.0
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

### 1.1. Estado de Saúde Auto-Percebido e Idade

O quadro 7 apresenta o estado de saúde auto-percebido dos sujeitos de acordo com os diferentes grupos etários.

Analisando o estado de saúde auto-percebido e a idade, verificamos que o número dos sujeitos que considera o seu estado de saúde como “muito mau” e “mau” vai aumentando com a idade. No entanto, verifica-se uma diminuição na avaliação

negativa da saúde no grupo etário dos 65-74 anos (17.5%) relativamente ao grupo anterior dos 55-64 anos (42.5%).

Através do coeficiente de correlação de *Pearson* verifica-se, como é esperado, que o *estado de saúde auto-percebido* se correlaciona significativa e negativamente com a *idade real* ( $r = -.308$ ;  $p = 0.01$ ) dado que os indivíduos mais novos têm um auto-conceito da sua saúde mais positivo.

Na comparação de género, verificamos, do mesmo modo, que as mulheres têm uma correlação negativa e bastante significativa entre o *estado de saúde percebido* e a *idade* ( $r = -.358$ ;  $p = 0.01$ ) enquanto que nos homens esta correlação não é tão forte ( $r = -.199$ ;  $p = 0.05$ ).

### Quadro 7

#### Estado de Saúde Auto-Percebido e Idade

GRUPO ETÁRIO		ESTADO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDO					TOTAL
		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom	
25-34	N=	1	1	48	55	9	114
	%	16.7%	2.5%	18.0%	32.0%	60.0%	22.8%
35-44	N=	0	7	54	54	5	120
	%	.0%	17.5	20.2%	31.4%	33.3%	24.0%
45-54	N=	2	8	51	24	0	85
	%	33.3%	20.0	19.1%	14.0%	.0%	17.0%
55-64	N=	3	17	75	29	1	125
	%	50.0%	42.5	28.1%	16.9%	6.7%	25.0%
65-74	N=	0	7	39	10	0	56
	%	.0%	17.5	14.6%	5.8%	.0%	11.2%
TOTAL	N=	6	40	267	172	15	500
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## 1.2. Estado de Saúde Auto-Percebido e Estado Civil:

No que diz respeito ao estado civil e ao estado de saúde auto-percebido verificamos que são os viúvos que referem pior estado de saúde subjectivo (20%) enquanto que os solteiros são os que referem melhor estado de saúde auto-percebido (46%). Estas diferenças associam-se naturalmente à idade, pois como se verificou anteriormente a saúde auto-percebida diminui à medida que a idade aumenta.

## 1.3 Estado de Saúde Auto-Percebido e Nível de Escolaridade

Apresenta-se no quadro 8 o estado de saúde auto-percebido e o nível de escolaridade.

Quando avaliamos estas duas variáveis verificamos que existe uma correspondência, pois à medida que o nível de escolaridade aumenta os sujeitos avaliam a sua saúde como mais positiva. Assim, os sujeitos que apresentam escolaridade mais baixa, ou seja, todos que não têm 9 anos de escolaridade, referem ter pior saúde. Enquanto que os que têm escolaridade superior (Licenciatura/Bacharelato e 11º e 12º ano) são os que indicam um nível de saúde auto-percebido como “bom” e “muito bom” (54.7% e 39.8%), como se pode verificar no quadro 8.

Através do coeficiente de correlação de *Pearson* o *estado de saúde auto-percebido* associa-se de forma muito significativa e positiva com o *nível de instrução/escolaridade* ( $r = ,307$ ;  $p = 0.01$ ). Relativamente a este parâmetro verifica-se que em ambos os sexos esta associação é positiva e significativa ( $r = ,289$ ;  $p = 0.01$  Mulheres;  $r = ,355$ ;  $p = 0.01$  Homens).

## Quadro 8

### Estado de Saúde Auto-Percebido e Nível de Escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE		ESTADO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDO					TOTAL
		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	
Sabe ler e escrever mas não tem a 4ª classe	N=	0	5	9	1	0	15
	%	.0%	12.5	3.4%	.6%	.0%	3.0%
Ensino básico/ 4ª classe	N=	2	10	47	9	1	69
	%	33.3%	25.0	17.6%	5.2%	6.7%	13.8%
6º Ano antigo /2º ano	N=	1	5	22	9	1	38
	%	16.7%	12.5	8.2%	5.2%	6.7%	7.6%
9º Ano/ antigo 5º ano	N=	2	8	58	26	3	97
	%	33.3%	20.0	21.7%	15.1	20.0%	19.4%
11º/ 12º Ano/ antigo 7º ano	N=	0	2	66	40	5	113
	%	.0%	5.0%	24.7%	23.3	33.3%	22.6%
Bacharelato/ licenciatura	N=	1	10	65	87	5	168
	%	16.7%	25.0	24.3%	50.6	33.3%	33.6%
TOTAL	N=	6	40	267	172	15	500
	%	100%	100%	100%	100	100%	100%

#### 1.4. Estado de Saúde Auto-Percebido e Rendimento Mensal Familiar Auto-Avaliado

O quadro 9 apresenta o estado de saúde auto-percebido dos sujeitos e o seu rendimento mensal familiar auto-avaliado.

Sendo assim, verificamos que os que consideram o seu estado de saúde como “muito mau” e “mau” também referem um rendimento mensal familiar como “muito insuficiente” e “insuficiente”. Deste modo, podemos constatar que existe uma correlação directa entre estas duas variáveis. Através do coeficiente de correlação de *Pearson* podemos verificar que entre o *estado de saúde auto-percebido* e o *Rendimento Mensal familiar* estabelece-se uma associação significativa e positiva ( $r = ,230$ ;  $p = 0.01$ ) que também é observável nos sujeitos de ambos os sexos ( $r = ,193$ ;  $p = 0.01$  Mulheres;  $r = ,312$ ;  $p = 0.01$  Homens).

## Quadro 9

### Estado de Saúde Auto-Percebido e Rendimento Mensal Auto-Percebido

RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR AUTO-PERCEBIDO		ESTADO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDO					TOTAL
		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	
Muito Insuficiente	N=	2	5	24	6	4	41
	%	33.3%	12.5%	9.0%	3.5%	26.7%	8.2%
Insuficiente	N=	3	24	111	38	3	179
	%	50.0%	60.0%	41.6%	22.1%	20.0%	35.8%
Suficiente	N=	1	6	106	84	8	205
	%	16.7%	15.0%	39.7%	48.8%	53.3%	41.0%
Bom	N=	0	5	20	41	0	66
	%	.0%	12.5%	7.5%	23.8%	.0%	13.2%
Muito Bom	N=	0	0	6	3	0	9
	%	.0%	.0%	2.2%	1.7%	.0%	1.8%
TOTAL	N=	6	40	267	172	15	500
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

#### 1.5. Estado de Saúde Auto-Percebido e Situação Profissional

Dada a associação entre o nível de escolaridade e a situação profissional é esperado que os sujeitos com um nível de escolaridade superior desempenhem, na sua generalidade, uma profissão equivalente e que também revelem uma auto-avaliação de saúde mais positiva. Assim, 12.4% dos sujeitos com situação profissional pouco qualificada refere um estado de saúde como “muito mau” e “mau” e 44.8% dos sujeitos com profissões qualificadas refere o seu estado de saúde como “bom” e “muito bom”.

## 2. Índice de Massa Corporal

Apresenta-se no quadro 10 o Índice de Massa Corporal dos sujeitos da amostra.

Assim, podemos constatar que a média do IMC da amostra é de 24.96, o que corresponde segundo a classificação da OMS a um “peso normal”. Sendo assim, 47.6% dos sujeitos tem “peso normal”, 34.2% “excesso de peso” e 14.2% tem “obesidade”.

### Quadro 10

#### Índice de Massa Corporal

<b>ÍNDICE DE MASSA CORPORAL</b>	<b>N=</b>	<b>%</b>
Inferior a 18,5 – magreza	20	4.0
18,5 - 24,9 - Peso normal	238	47.6
25,0 - 29,9 - Excesso de peso	171	34.2
30,0 - 34,9 - Obesidade grau I	48	9.6
35 - 39,9 - Obesidade grau II	18	3.6
Superior ou igual a 40 – Obesidade grau III	5	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

### 2.1. Índice de Massa Corporal e Idade

No quadro 11 podemos observar o IMC de acordo com os grupos etários que constituem a amostra.

Quando avaliamos o índice de massa corporal e a idade verificamos que a percentagem de obesidade e excesso de peso aumentam progressivamente com o grupo etário, à exceção do grupo entre os 55 e 64 anos. Quer no total da amostra quer em cada grupo etário verificamos que o número de sujeitos com excesso de peso é superior aos que têm obesidade.

Através do coeficiente de correlação de *Pearson* verificamos na amostra total

que o IMC correlaciona-se de forma positiva e forte com a idade ( $r=,233$ ;  $p=0.01$ ). Como podemos verificar anteriormente a idade real para as mulheres tem um peso significativo na determinação do tipo de associação com algumas variáveis. Do mesmo modo, como se pode observar nesta correlação existe uma associação positiva e significativa entre o IMC e a idade ( $r= ,299$ ;  $p=0.01$ ) Enquanto que nos homens podemos constatar que esta correlação não atinge nível de significância estatística.

## Quadro 11

### Índice de Massa Corporal – IMC por grupo etário

GRUPO ETÁRIO		ÍNDICE DE MASSA CORPORAL						TOTAL
		<18,5 Magreza	18,5 - 24,9 Peso normal	25,0 - 29,9 Excesso de peso	30,0 - 34,9 Obesidade grau I	35 - 39,9 Obesidade grau II	≥ 40 Obesidade grau III	
25-34	N=	8	72	21	7	5	1	114
	%	40.0%	30.3%	12.3%	14.6%	27.8%	20.0%	22.8%
35-44	N=	10	63	32	11	2	2	120
	%	50.0%	26.5%	18.7%	22.9%	11.1%	40.0%	24.0%
45-54	N=	0	40	31	11	2	1	85
	%	.0%	16.8%	18.1%	22.9%	11.1%	20.0%	17.0%
55-64	N=	2	50	57	10	6	0	125
	%	10.0%	21.0%	33.3%	20.8%	33.3%	.0%	25.0%
65-74	N=	0	13	30	9	3	1	56
	%	.0%	5.5%	17.5%	18.8%	16.7%	20.0%	11.2%
TOTAL	N=	20	238	171	48	18	5	500
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## 2.2. Índice de Massa Corporal e Nível de Escolaridade

O quadro 12 apresenta o IMC e o nível de escolaridade dos sujeitos da amostra.

Podemos constatar que os sujeitos que apresentam um "peso normal" são os que tem Bacharelato/Licenciatura e o 11º/12º ano de escolaridade (41,6% e 26,5% respectivamente). No que diz respeito ao excesso de peso, verificamos que a percentagem de efectivos em cada grupo vai aumentando à medida que diminui o nível de escolaridade, ou seja, os sujeitos com baixa escolaridade (Sabe ler e escrever mas não tem a 4ª classe, ensino básico e 6º ano) fazem-se representar com 35% dos sujeitos com excesso de peso. Podemos, ainda, constatar que o grupo de sujeitos que têm o

ensino básico/4ª classe tem maior representatividade no IMC igual a obesidade (29.5%).

Através do coeficiente de correlação de *Pearson* verificamos que o *IMC* se encontra significativa e negativamente correlacionado com o *nível de instrução/escolaridade* ( $r = -.298$ ;  $p = 0.01$ ). Quando avaliamos estas variáveis no grupo das mulheres constatamos que entre as duas variáveis estabelece-se igualmente uma correlação negativa e um elevado nível de significância ( $r = -.434$ ;  $p = 0.01$ ), não se verificando, em contrapartida, qualquer nível de correlação significativa no grupo dos homens.

## Quadro 12

### Índice de Massa Corporal – IMC por Nível de Escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE		ÍNDICE DE MASSA CORPORAL						TOTAL
		<18,5 Magreza	18,5-24,9 Peso normal	25,0-29,9 Excesso de peso	30,0-34,9 Obesidade Grau I	35-39,9 Obesidade grau II	≥ 40 Obesidade Grau III	
Sabe ler e escrever mas não tem a 4ª	N=	1	3	8	2	1	0	15
	%	5.0%	1.3%	4.7%	4.2%	5.6%	.0%	3.0%
Ensino básico/ 4ª classe	N=	0	12	36	12	9	0	69
	%	.0%	5.0%	21.1%	25.0%	50.0%	.0%	13.8%
6º Ano antigo /2º ano	N=	2	15	16	4	1	0	38
	%	10.0%	6.3%	9.4%	8.3%	5.6%	.0%	7.6%
9º Ano/ antigo 5º ano	N=	2	46	38	6	3	2	97
	%	10.0%	19.3%	22.2%	12.5%	16.7%	40.0%	19.4%
11º/ 12º Ano/ antigo 7º ano	N=	0	63	33	13	4	0	113
	%	.0%	26.5%	19.3%	27.1%	22.2%	.0%	22.6%
Bacharelato/ licenciatura	N=	15	99	40	11	0	3	168
	%	75.0%	41.6%	23.4%	22.9%	.0%	60.0%	33.6%
TOTAL	N=	20	238	171	48	18	5	500
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 2.3. Índice de Massa Corporal e Rendimento Mensal Familiar Auto-Avaliado

O quadro 13 apresenta o IMC e o Rendimento Mensal Familiar Auto-avaliado dos sujeitos.

No que diz respeito a estas duas variáveis podemos constatar que 50.7% dos sujeitos obesos, 52% dos sujeitos com excesso de peso e 37.4% com peso normal referem que o seu rendimento mensal familiar é “insuficiente” e “muito insuficiente”.

Deste modo, pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, constatamos na amostra total que o *rendimento mensal familiar auto-percebido* se encontra negativa e significativamente correlacionado com o *IMC* ( $r = -,134$ ;  $p=0.01$ ), ou seja, os indivíduos com menos rendimento mensal apresentam maior probabilidade de terem problemas de obesidade ou excesso de peso. E quando avaliamos a associação destas variáveis em relação ao género, verificamos que as mulheres apresentam uma correlação negativa e significativa ( $r = -,188$ ;  $p=0.01$ ) enquanto que nos homens não se verifica significância estatística entre estas duas variáveis.

#### Quadro 13

#### Índice de Massa Corporal – IMC e Rendimento Mensal Familiar Auto-Avaliado

RENDIMENTO FAMILIAR AUTO-PERCEBIDO		ÍNDICE DE MASSA CORPORAL						TOTAL
		<18,5 Magreza	18,5-24,9 Peso normal	25,0-29,9 Excesso de peso	30,0-34,9 Obesidade Grau I	35-39,9 Obesidade grau II	≥ 40 Obesidade Grau III	
Muito insuficiente	N=	2	13	21	3	2	0	41
	%	10,0%	5,5%	12,3%	6,3%	11,1%	,0%	8,2%
Insuficiente	N=	4	76	68	18	9	4	179
	%	20,0%	31,9%	39,8%	37,5%	50,0%	80,0%	35,8%
Suficiente	N=	10	106	62	20	6	1	205
	%	50,0%	44,5%	36,3%	41,7%	33,3%	20,0%	41,0%
Bom	N=	3	39	19	5	0	0	66
	%	15,0%	16,4%	11,1%	10,4%	,0%	,0%	13,2%
Muito Bom	N=	1	4	1	2	1	0	9
	%	5,0%	1,7%	,6%	4,2%	5,6%	,0%	1,8%
TOTAL	N=	20	238	171	48	18	5	500
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### 3. Imagem Corporal Percebida

O quadro 14 apresenta o número de silhueta que corresponde à imagem corporal percebida dos sujeitos da amostra.

Um outro parâmetro que é avaliado neste estudo é o da percepção da imagem corporal. No questionário perguntámos aos sujeitos qual das 9 silhuetas se parecia mais com a sua aparência física real (imagem corporal percebida). Como podemos observar no quadro 14, a imagem corporal que os sujeitos mais escolheram como sendo a mais semelhante à sua aparência física é a silhueta 4 (35.4%). Podemos ainda considerar, através do teste *U de Mann-Whitney* que existem diferenças significativas entre os dois sexos relativamente à percepção da sua imagem corporal ( $p=,000$ ).

De acordo com o coeficiente de correlação de *Pearson* podemos constatar que a *imagem corporal percebida* se encontra correlacionada positiva e significativamente com o *IMC* ( $r= ,700$ ;  $p=0.01$ ) a *idade real* ( $r= ,209$ ;  $p=0.01$ ) a *idade subjectiva* ( $r= ,200$ ;  $p=0.01$ ) a *idade desejada* ( $r= ,125$ ;  $p=0.01$ ) e com a *idade atribuída* ( $r= ,277$ ;  $p=0.01$ ), o que evidencia a evolução da silhueta com a idade e uma adequada percepção com o *IMC*.

Como esperado, quando avaliamos as diferenças entre homens e mulheres, verificamos que nas mulheres se estabelece uma correlação positiva e significativa entre a *imagem corporal percebida* e as variáveis *idade real* ( $r= ,233$ ;  $p=0.01$ ) *idade subjectiva* ( $r= ,215$ ;  $p=0.01$ ) *idade desejada* ( $r= ,146$ ;  $p=0.01$ ) *idade atribuída* ( $r= ,282$ ;  $p=0.01$ ) e com o *IMC* ( $r= ,707$ ;  $p=0.01$ ). Deste modo, nas mulheres a *ICP* associa-se a uma conjunto mais vasto de variáveis do que nos homens. Para além das associações referidas anteriormente, no sexo feminino ainda se constata que a *ICP* se correlaciona negativa e significativamente com o *nível de escolaridade* ( $r= -,163$ ;  $p=0.01$ ) e com o *estado de saúde subjectivo* ( $r= -,131$ ;  $p=0.05$ ), o que revela uma adequada consciência do excesso de peso no estado de saúde, pois quanto maior o número de silhueta pior o estado de saúde auto-avaliado.

Em relação ao sexo masculino há a assinalar nesta análise que existe, tal como nas mulheres, uma correlação positiva e significativa entre *imagem corporal percebida* e o *IMC* ( $r= ;648$   $p=0.01$ ), devido à atenção que ambos têm com a aparência física.

## Quadro 14

### Imagem Corporal Percebida

IMAGEM CORPORAL PERCEBIDA	DISTRIBUIÇÃO AMOSTRA		HOMENS		MULHERES	
	N=	%	N=	%	N=	%
1	2	.4	0	0	2	,6
2	19	3.8	1	0.6	18	5,3
3	77	15.4	20	12.4	57	16,8
4	177	35.4	39	24.2	138	40,7
5	141	28.2	53	32.9	88	26,0
6	67	13.4	35	21.7	32	9,4
7	13	2.6	9	5.6	4	1,2
8	4	.8	4	2.5	0	0.0
<b>TOTAL</b>	500	100	161	100	339	100

#### 4. Imagem Corporal Desejada

O quadro 15 revela a silhueta escolhida pelos sujeitos em relação à imagem corporal desejada.

Avaliando a imagem corporal desejada verificamos que 41% dos sujeitos gostariam de ter uma silhueta idêntica à figura nº 3.

Através do teste *U de Mann-Whitney* constatamos que existem diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente à imagem corporal desejada ( $p=,000$ ). Também podemos verificar que existe uma correlação positiva e significativa da *imagem corporal desejada* com o *IMC* ( $r= ,239$ ;  $p=0.01$ ) e a *imagem corporal percebida* ( $r= ,436$ ;  $p=0.01$ ). Isto porque a Imagem corporal desejada está correlacionada significativamente com o *IMC* e logicamente com a imagem corporal percebida. Relativamente à diferença entre homens e mulheres, verificamos que o sexo feminino apresenta uma correlação positiva e significativa entre a *imagem corporal desejada* e a *imagem corporal percebida* ( $r= ,43$ ;  $p=0.01$ ) e o *IMC* ( $r= ,193$ ;  $p=0.01$ ). Nos homens, o que verificamos é que a *imagem corporal desejada* está sobretudo correlacionada negativa e significativamente com o *nível de escolaridade* ( $r= -,228$ ;  $p=0.01$ ) e positiva e significativamente com a *imagem corporal percebida* ( $r= ,284$ ;  $p=0.01$ ).

## Quadro 15

### Percepção da Imagem Corporal Desejada

NÚMERO DA SILHUETA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA		HOMENS		MULHERES	
	N=	%	N=	%	N=	%
1	5	1.0	1	,6	4	1,2
2	35	7.0	7	4,3	28	8,3
3	205	41.0	34	21,1	171	50,4
4	195	39.0	72	44,7	123	36,3
5	56	11.2	44	27,3	12	3,5
6	4	.8	3	1,9	1	,3
<b>TOTAL</b>	500	100	161	100,0	339	100,0

## 5. Satisfação com a Imagem Corporal

No quadro 16 observamos a satisfação dos sujeitos em relação à sua imagem corporal.

O grau de satisfação com a imagem corporal foi calculado pela diferença entre a imagem corporal percebida e a imagem corporal desejada. Quando os dois valores são iguais a diferença é igual a zero, considera-se que os sujeitos estão satisfeitos com a sua imagem corporal. Quando a imagem percebida é superior à desejada (valor classificado como negativo) os sujeitos pretendem ser mais gordos, quando a imagem desejada é inferior (valor classificado como positivo) os sujeitos desejam ser mais magros. Assim, podemos perceber que os sujeitos maioritariamente pretendem ter uma imagem diferente daquela que têm na realidade. Face aos resultados, verificamos que enquanto 25.8% dos sujeitos se sente bem com a sua imagem corporal, 74,2% dos sujeitos gostariam de ser mais magros.

Através do teste *U de Mann-Whitney*, verificamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres face à satisfação com a imagem corporal ( $p=,969$ ).

Quando verificamos as correlações da satisfação com a imagem corporal e as outras variáveis, constatamos que a mesma se encontra correlacionada de forma negativa e significativa com a *idade real* ( $r= -,213$ ;  $p=0.01$ ), com a *idade subjectiva* ( $r= -,174$ ;  $p=0.01$ ) e *idade atribuída* ( $r= -,227$ ;  $p=0.01$ ) com o *IMC* ( $r= -,554$ ;  $p=0.01$ ) e com

*imagem corporal percebida* ( $r = -.720$ ;  $p = 0.01$ ).

Ainda a referir que a *satisfação com a imagem corporal* se encontra associada positiva e significativamente com o *nível de escolaridade* ( $r = .100$ ;  $p = 0.05$ ) e com o *estado de saúde auto-percebido* ( $r = .089$ ;  $p = 0.05$ ). Por outro lado, também podemos constatar que a mesma variável encontra-se negativa e significativamente associada com a *imagem corporal desejada* ( $r = -.312$ ;  $p = 0.01$ ) com a *imagem corporal ideal atribuída* ( $r = -.292$ ;  $p = 0.01$ ).

No que diz respeito à diferença de géneros podemos verificar que em ambos os sexos se estabelece uma correlação negativa e significativa entre a *satisfação com a imagem corporal* e a *idade real* (homem:  $r = -.221$ ;  $p = 0.01$  e mulher:  $r = -.209$ ;  $p = 0.01$ ) e com o *IMC* (homem:  $r = -.492$ ;  $p = 0.01$  e mulher:  $r = -.609$ ;  $p = 0.01$ ).

Contudo, verificamos que nas mulheres ao contrário dos homens, existem outras associações como é o caso da correlação negativa e significativa com a *idade subjectiva* ( $r = -.189$ ;  $p = 0.01$ ) e a correlação positiva e significativa com o *nível de escolaridade* ( $r = .132$ ;  $p = 0.05$ ) e o *estado de saúde auto-percebido* ( $r = .118$ ;  $p = 0.05$ ).

#### Quadro 16

##### Satisfação da Imagem Corporal

SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL (ICP-ICD)	N=	%
-3	1	.2
-2	7	1.4
-1	35	7.0
0	129	25.8
1	203	40.6
2	101	20.2
3	19	3.8
4	3	.6
6	1	.2
7	1	.2
<b>TOTAL</b>	500	100

## 6. Satisfação com a idade

Avaliámos a satisfação com a idade pela diferença entre a idade real e a subjectiva, constatámos que só cerca de um quarto dos sujeitos está satisfeito com a idade que tem (N= 124; 24.8%), mas no seu conjunto a amostra pretende ter menos idade, ou seja, em média (M=13.74; Me=12) menos 13 anos do que a idade que têm. Assim, 24.8% dos sujeitos está satisfeito com a sua idade e 74.8% gostariam de ter menos idade. Destes, 20% gostariam de ter menos 10 anos, 28.4% até menos 20 anos e os restantes 31.8% gostariam de ser mais novos numa diferença superior a 20 anos. Só 2 sujeitos (0.4%) gostavam de ter mais idade.

Através do teste *t de student* constatamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente à satisfação com a idade ( $p=,151$ ).

Verificamos que na amostra total existem correlações negativas e significativas entre a *satisfação com a idade* e a *idade real* ( $r= -,554$ ;  $p=0.01$ ) *idade subjectiva* ( $r= -,385$ ;  $p=0.01$ ) *idade atribuída* ( $r= -,486$ ;  $p=0.01$ ) e *imagem corporal percebida* ( $r= -,107$ ;  $p=0.05$ ) e correlações positivas e significativas com o *nível de escolaridade* ( $r= ,417$ ;  $p=0.01$ ) *rendimento familiar* ( $r= ,188$ ;  $p=0.01$ ) e *estado de saúde subjectivo*.

Quando observamos as diferenças entre homens e mulheres face à satisfação com a idade, verificamos que ambos apresentam correlações do mesmo tipo, ou seja, associação negativa e significativa entre a *satisfação com a idade* e a *idade real* (homem:  $r= -,498$ ;  $p=0.01$  e mulher:  $r= -,578$ ;  $p=0.01$ ), ou seja, quanto mais velhos são os sujeitos menos idade gostariam de ter e correlações positivas e significativas com a *escolaridade* (homem:  $r= ,393$ ;  $p=0.01$  e mulher:  $r= ,434$ ;  $p=0.01$ ) o *rendimento familiar auto-percebido* (homem:  $r= ,270$ ;  $p=0.01$  e mulher:  $r= ,147$ ;  $p=0.01$ ) e o *estado de saúde auto-avaliado* ( $r= ,185$ ;  $p=0.01$  mulheres;  $r= ,263$ ;  $p=0.01$  homens).

Ainda, a salientar que em relação ao sexo feminino existe uma correlação negativa e significativa entre a *satisfação com a sua idade* e o *IMC* ( $r= -,391$ ;  $p=0.01$ ).

## 7. Percepção da idade atribuída pelos outros e idade real dos sujeitos

No que diz respeito à idade que os sujeitos da amostra acham que os outros lhes atribuem comparativamente à idade real constata-se que estes consideram que os outros os acham em média 6 anos mais novos do que são na realidade ( $M=6,05$ ;  $Me=6,00$ ).

## 8. Percepção da imagem corporal no sexo oposto

Outro parâmetro avaliado neste estudo foi a comparação entre homens e mulheres sobre a sua opinião relativamente à aparência do sexo oposto, ou seja, pediu-se aos sujeitos que escolhessem a figura que achavam mais atraente no sexo oposto e qual a sua percepção sobre a figura que o sexo oposto considera como mais atraente.

Deste modo, verifica-se no quadro 17 que o número de silhueta ideal mais escolhido pelas mulheres é a número 3 (50.4%) que como verificámos anteriormente não corresponde à escolha da sua silhueta real que é a 4. Os homens consideram que a silhueta feminina mais atraente é a número 4 (64%) uma imagem que representa uma silhueta de uma mulher mais gorda do que aquela que as mulheres idealizam para si.

**Quadro 17**  
**Imagem corporal ideal feminina**  
**avaliada pelas mulheres**

Nº silhueta	N=	%
1	4	1.2
2	28	8.3
3	171	50.4
4	123	36.3
5	12	3.5
6	1	.3
<b>Total</b>	<b>339</b>	<b>100</b>

**Quadro 18**  
**Imagem corporal ideal feminina**  
**avaliada pelos homens**

Nº silhueta	N=	%
1	1	,6
2	8	5,0
3	40	24,8
4	103	64,0
5	8	5,0
6	1	,6
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>

Relativamente aos homens, constata-se no quadro 19 que os homens gostariam de ter uma silhueta idêntica ao número 4 (44.7%) comparativamente à sua silhueta real que corresponde à 5. Do mesmo modo as mulheres consideram que a silhueta 4 é a

mais atraente no sexo oposto. Há pois uma maior concordância entre a imagem corporal ideal masculina avaliada pelos homens e pelas mulheres, do que na imagem corporal ideal feminina em que as mulheres consideram que a silhueta ideal é mais magra face à avaliação feita pelos homens.

**Quadro 19**  
**Imagem corporal ideal masculina**  
**avaliada pelos homens**

Nº silhueta	N=	%
1	1	.6
2	7	4.3
3	34	21.1
4	72	44.7
5	44	27.3
6	3	1.9
<b>Total</b>	161	100

**Quadro 20**  
**Imagem corporal masculina**  
**avaliada pelas mulheres**

Nº silhueta	N=	%
1	6	1.8
2	32	9.4
3	97	28.6
4	161	47.5
5	41	12.1
6	2	.6
<b>Total</b>	339	100

As variáveis independentes estão correlacionadas entre si. Para avaliar o efeito de cada uma destas variáveis tendo em conta o efeito das outras, recorreu-se a uma regressão linear múltipla, cujos resultados se apresentam no quadro 18.

A variável dependente foi o estado de saúde auto-percebido. As variáveis independentes são: sexo, idade, nível de escolaridade, rendimento familiar auto-avaliado, IMC, idade subjectiva, idade desejada, idade atribuída, imagem corporal percebida, imagem corporal desejada, imagem corporal ideal avaliada pelo próprio sexo ao sexo oposto, imagem corporal ideal em relação ao sexo oposto.

**Quadro 18**  
**Regressão Linear Múltipla**

**Variável dependente: estado de saúde auto-percebido**

<b>Variáveis Independentes</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Nível sig.</b>
Sexo	-,043	-,028	-,603	,547
Idade	-,001	-,027	-,219	,827
Nível Escolaridade	,050	,107	2,036	,042
Rendimento familiar	,120	,148	3,337	,001
IMC	-,007	-,041	-,659	,510
Idade subjectiva	-,011	-,222	-3,475	,001
Idade desejada	,007	,130	2,532	,012
Idade atribuída	-,007	-,127	-,973	,331
ICP	,014	,023	,348	,728
ICD	-,035	-,042	-,738	,461
ICI avaliada pelo próprio sexo ao sexo oposto	,063	,079	1,437	,151
ICI em relação ao sexo oposto	-,032	-,038	-,779	,437

## **CAPÍTULO III**

### **Discussão dos Resultados**

No capítulo precedente procurámos apresentar e descrever os dados obtidos, realçando os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo.

No actual capítulo, procede-se a uma análise e apreciação crítica dos resultados descritos anteriormente.

O presente estudo orienta-se essencialmente para avaliar a relação do estado de saúde auto-percebido com variáveis sócio-demográficas, o Índice de Massa Corporal e a percepção da imagem corporal em utentes de Cuidados de Saúde Primários.

No que se refere ao estado de saúde subjectivamente avaliado, a percepção da maior parte dos sujeitos da amostra é de que ele é razoável, bom ou muito bom, e só uma pequena percentagem faz uma avaliação negativa do seu estado de saúde.

Quanto ao Índice de Massa Corporal, um indicador de saúde recolhido na amostra em estudo, se bem que a média da amostra apresente um valor correspondente a peso normal, e quase metade dos sujeitos se encontrem nessa situação, encontramos 34% com excesso de peso e cerca de 14% com obesidade. De acordo com dados da Direcção Geral de Saúde (2005) a pré-obesidade e a obesidade tem tido uma prevalência de cerca de 34% e 12% respectivamente, pelo que os valores encontrados na amostra estudada são esperados uma vez que se tem verificado uma tendência para o aumento de peso entre os adultos portugueses devido à adopção de estilos de vida pouco saudáveis.

Analisando as relações entre o estado de saúde e as variáveis sócio-demográficas, verificamos que nos extractos etários mais avançados, como é esperado, ela é pior, quer no que respeita à saúde auto-avaliada, quer no que respeita ao IMC.

A variável “estado civil” apresenta um comportamento semelhante, fundamentalmente quando se comparam os “solteiros” e os “viúvos”, o que decorre, evidentemente, das idades mais comuns em ambos os estados: os viúvos referem pior estado de saúde e são naturalmente mais velhos que os solteiros, os quais têm uma avaliação muito positiva do seu estado de saúde.

Quanto ao nível de escolaridade, verifica-se como esperado, que ele tem uma relação positiva com o estado de saúde auto-avaliado, sendo os sujeitos com frequência de ensino superior os que têm uma avaliação mais positiva. Esta influência do nível de escolaridade repercute-se, evidentemente, na situação profissional e no rendimento mensal, que têm também uma relação positiva com a saúde percebida.

Na medida em que algumas variáveis influem no estado de saúde auto-percebido, a regressão linear múltipla permite destacar aquelas que se diferenciam quando analisadas em conjunto: surgem então duas variáveis que têm influência muito significativa no estado de saúde auto-avaliado – o rendimento mensal auto-avaliado do agregado familiar (quanto melhor, melhor é a avaliação do estado de saúde) e a idade

subjectiva (quanto mais velha a pessoa se sente, pior avalia o seu estado de saúde). O mesmo efeito, embora com um nível de significância mais baixo e só tendencialmente significativo, se encontra em relação ao IMC: à medida que ele aumenta, piora a avaliação do estado de saúde. A idade desejada apresenta um efeito semelhante ao da idade subjectiva, à qual está naturalmente associada – como vimos, os sujeitos desejam todos ter menos idade, mas, naturalmente, a idade desejada relaciona-se com a idade subjectiva. O nível de escolaridade apresenta uma relação semelhante ao rendimento mensal, mas o efeito deste é mais acentuado.

Luísa Silva (2003) refere que as representações sociais de saúde estão associadas à posição socioeconómica, verificando-se que as classes médias consideram a sua saúde em termos positivos enquanto que as classes mais baixas falam da sua saúde de forma mais negativa. Ainda, na década de noventa o Relatório Anual de Saúde do Canadá (1994-1995 in Finkelstein, 2000) chegou à conclusão no seu estudo que os indivíduos com um elevado estatuto social e económico apresentavam efectivamente uma melhor saúde do que os que pertenciam a um estatuto mais baixo.

Encontramos uma relação absolutamente equivalente com o IMC, que apresenta valores mais baixos nos sujeitos com maior nível de escolaridade. Ambos os indicadores – saúde auto-avaliada e IMC – revelam o efeito positivo da juventude, e do bom nível de escolaridade, e o efeito negativo do envelhecimento e de condições socioeconómicas mais desfavorecidas (indicadas pelo nível de escolaridade, rendimento mensal e situação profissional). Tal como refere o último estudo da Direcção Geral de Saúde sobre a obesidade (2005) os portugueses com mais escolaridade têm menos de metade da prevalência de pré-obesidade e obesidade quando comparados com os de baixa escolaridade, assim como entre os indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas.

No que diz respeito à imagem corporal percebida, ou seja, o modo como os sujeitos do estudo percebem a sua aparência física, numa escala de 9 silhuetas da mais magra até à mais gorda, a maior parte da amostra escolheu a silhueta 4.

Este resultado traduz muito provavelmente a interiorização do ideal do corpo magro que Cash & Pruzinsky (2004) consideram extremamente persuasivo porque se encontra sustentado por uma estrutura cultural que relaciona “magreza” com “atração”, “felicidade”, “desejo” e “status”. O que significa, sob esta perspectiva, que a aparência física e um corpo esbelto são absolutamente vitais para o sucesso e a felicidade. Daí que

a maior parte das pessoas desejem ter uma aparência física mais magra.

Na comparação de género podemos verificar que as mulheres, em relação aos homens, apresentam um maior número de associações entre a variável imagem corporal percebida com outras variáveis, tais como o IMC, a idade, o estado de saúde subjectivo e a escolaridade. No seu conjunto são variáveis que representam algumas das preocupações da mulher contemporânea, principalmente as que pertencem a um nível socioeconómico superior. Como é de esperar a idade é uma variável importante para as mulheres pois é evidente que com o avançar da idade haja um aumento de peso e inevitavelmente alterações nas formas do seu corpo. E hoje em dia, estas alterações não são fáceis de aceitar devido à constante difusão mediática do estereótipo de beleza ideal.

No estudo de Alvarez, Véronica Pérez & Maria del Carmen (2007) foi efectuada uma relação entre o peso e a imagem corporal através da associação que estabeleceram entre as silhuetas e o IMC. Assim, à silhueta 1 fizeram corresponder ao IMC igual a magreza, às silhuetas 2 a 5 IMC igual a peso normal e as silhuetas 6 e 7 IMC igual a excesso de peso e 8 e 9 IMC igual a obesidade.

Neste sentido, é de salientar que apesar de os sujeitos do nosso estudo terem maioritariamente escolhido como representação da sua silhueta real a silhueta 4, 34% da amostra apresenta excesso de peso e 14% obesidade, o que revela uma percepção da imagem corporal provavelmente afectada pela imagem corporal desejada.

Deste indicador podemos constatar que os sujeitos desejam ter uma imagem corporal diferente da sua aparência real. Assim, relativamente à imagem corporal desejada podemos constatar que quase metade dos sujeitos da amostra gostaria de ter uma silhueta semelhante ao número 3. O que significa que avaliando a diferença entre a imagem corporal percebida e a desejada, 74.2% dos sujeitos se sente insatisfeito com a sua imagem corporal. Como era de esperar a insatisfação com a imagem corporal encontra-se associada negativamente com a idade e o IMC e positivamente com o estado de saúde percebido e o nível de escolaridade.

No estudo desenvolvido por Deeks & McCabe (2001) com mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos, constataram através da escala de silhuetas de Stunkard (1983) que em média as mulheres escolheram uma silhueta real correspondente à figura nº 6, mas gostariam de ter uma silhueta semelhante ao nº 3 e 4. De um modo geral, a figura ideal escolhida apresentava uma silhueta mais magra ou “mais elegante” para a maioria das mulheres em todas as faixas etárias. No mesmo

estudo, a figura real e ideal era idêntica no grupo dos sujeitos mais jovens enquanto que nos mais velhos se observava uma discrepância maior.

Na amostra do nosso estudo, não existem diferenças de género em relação à satisfação com a imagem corporal, ou seja tanto os homens como as mulheres sentem-se insatisfeitos com a sua imagem corporal. Contudo, o grupo das mulheres apresenta relativamente ao grupo dos homens mais associações neste parâmetro para além do IMC e a idade. Deste modo, existe uma correlação positiva entre a satisfação com a imagem corporal, o nível de escolaridade e o estado de saúde auto-percebido. O que mais uma vez vem demonstrar a importância que para as mulheres têm a interface entre a satisfação com a sua imagem corporal e o seu estado de saúde subjectivo, principalmente em mulheres com um nível de escolaridade superior.

Como podemos verificar em alguns estudos anteriormente referidos a satisfação com a imagem corporal percebida encontra-se relacionada com a questão da idade, por isso, também é importante verificar de que forma os sujeitos da amostra perceberam a sua satisfação com a sua idade. Sendo assim, no seu conjunto a amostra pretende ter menos idade, ou seja, em média menos 13 anos do que a idade que têm, ou seja, 74.8% dos sujeitos gostariam de ter menos idade.

No estudo de Oberg & Tornstam (2001) os sujeitos com idades compreendidas entre os 20 e os 85 anos, revelaram inconformidade com a sua idade real, ou seja, a maioria sentia-se mais novo, desejava ser mais novo e considerava que os outros os viam também mais novos. Destes factos, pode-se depreender que em sociedades onde o culto da juventude é fortemente marcado, existe uma certa intolerância a tudo que esteja relacionado com o envelhecimento.

No nosso estudo, a insatisfação com a idade, como era esperado, encontra-se associada negativamente com a imagem corporal percebida, e positivamente com o nível de escolaridade e estado de saúde auto-percebido, ou seja, os sujeitos com um nível de escolaridade superior, com uma concepção de saúde positiva e uma percepção magra da sua aparência física também se sentem mais satisfeitos com a sua idade.

Na comparação de género, tanto as mulheres como os homens sentem-se insatisfeitos com a sua idade. Embora, seja de salientar que para as mulheres o IMC apresenta uma associação negativa com a satisfação com a idade, pois à medida que as mulheres aumentam de peso, mais velhas se sentem porque o aumento de peso as afasta do estereotipo social da aparência física esbelta e magra.

Tal como no estudo de Oberg & Tornstam (2001) também os sujeitos da nossa amostra consideram na sua maioria que os outros os acham 6 anos mais novos do que são na realidade. Daqui se depreende a vontade de as pessoas, mais prevalente nas mulheres, não se sentirem “invisíveis” com o avançar da idade, adoptando atitudes que permitem prolongar a tão desejada aparência física jovem.

Outro parâmetro avaliado no presente estudo é o da percepção da imagem corporal ideal do sexo oposto, bem como a imagem corporal ideal do próprio sexo na avaliação do sexo oposto. Considera-se igualmente importante esta avaliação uma vez que permite contribuir para uma visão mais vasta sobre a percepção e satisfação que os indivíduos têm da sua imagem corporal. Deste modo, tanto as mulheres como os homens gostariam de ter uma silhueta mais magra do que a que têm, ou seja, os homens gostavam de ter uma silhueta igual à 4 e as mulheres idêntica à 3. E, quando os homens escolhem a figura ideal no sexo oposto há uma correspondência com a figura masculina que as mulheres consideram como ideal. Enquanto que no grupo das mulheres não existe concordância pois a escolha do sexo oposto foi a de uma silhueta feminina mais gorda do que aquela que as mulheres idealizaram para si.

Tal como no estudo desenvolvido por Fallon e Rozin, (1985) podemos igualmente constatar que os homens erraram na estimativa da escolha das silhuetas que eram mais atraentes para o sexo oposto, pois as mulheres consideraram que os homens escolheriam silhuetas femininas mais magras. Os resultados deste estudo, segundo os autores, sugerem que a percepção das mulheres enunciou uma maior pressão para a perda de peso e, por isso, revelaram estar mais insatisfeitas com a sua imagem corporal.

Analisando agora as diferenças relacionadas com o género, verificamos em síntese que:

Ao contrário dos homens, o peso e a idade para as mulheres tem um significado decisivo para a percepção do seu estado de saúde. Como é de esperar as mulheres à medida que têm mais idade e vão ganhando peso sentem-se com pior saúde. Ambos os sexos evidenciam uma forte correlação positiva entre o estado de saúde percebido, o nível de escolaridade e o rendimento familiar auto-percebido.

Do mesmo modo, para as mulheres, o IMC tem uma evidente associação com a idade e também com o rendimento familiar auto-percebido, uma vez que se supõe que melhores condições financeiras permitam, à partida, um melhor controlo de saúde que passa também por melhores condições de vida. Enquanto para o sexo masculino estas

variáveis não são consideradas significativas para o seu actual IMC.

No que diz respeito à imagem corporal percebida os homens consideram que correspondem a uma silhueta idêntica ao número 5 enquanto que as mulheres referem que têm uma silhueta idêntica ao número 4. Para ambos os sexos, a percepção da sua imagem corporal percebida é influenciada pela idade e pelo seu IMC. Como é esperado a percepção da imagem corporal das mulheres apresenta, também, uma associação forte com a percepção do estado de saúde, uma vez que este está indirectamente correlacionado com o IMC.

Quanto à satisfação com a imagem corporal ambos os sexos se sentem insatisfeitos pois na escolha da imagem corporal desejada, os homens escolheram a silhueta número 4 e as mulheres a silhueta número 3. Constatou-se que para a satisfação com a imagem corporal a idade e o IMC têm um peso significativo para ambos os sexos. Contudo, nas mulheres, ao contrário dos homens, verifica-se uma associação forte entre a satisfação com a sua imagem corporal e a percepção do seu estado de saúde.

Relativamente à percepção da imagem corporal no sexo oposto, existe nos homens uma correspondência da silhueta que representa a sua imagem corporal ideal com a figura masculina que as mulheres consideram como ideal. Enquanto que no grupo das mulheres não existe concordância pois a escolha do sexo oposto foi a de uma silhueta feminina mais gorda do que aquela que as mulheres idealizaram para si. O que evidencia por parte das mulheres maior pressão para a silhueta correspondente a magreza e mais insatisfação com a sua imagem corporal.

No que diz respeito à satisfação com a idade, ambos os sexos se sentem insatisfeitos com a sua idade, gostavam de ser mais novos. Tanto os homens como as mulheres apresentam uma correlação negativa e forte entre a satisfação com a idade e a sua idade real e o estado de saúde auto-percebido. No grupo das mulheres salienta-se a correlação entre a satisfação com a idade e o IMC que é um indicador objectivo de saúde.

## **CAPÍTULO IV**

### **Conclusão**

Neste capítulo procederemos a uma sumarização dos resultados, uma conclusão deste estudo e descrevem-se algumas limitações do estudo assim como sugestões para futuros estudos.

## Sumarização dos Resultados

Alguns dos factores que influem na saúde percebida ultrapassam a possibilidade de intervenção ao nível das políticas de saúde, sendo do âmbito de políticas gerais, como é o caso do rendimento mensal e do nível educacional. Já a relação entre o IMC e o nível de saúde percebido evidenciam uma consciência das consequências do excesso de peso, e provavelmente não só no que se refere à imagem corporal, mas ainda à própria avaliação da saúde nas suas várias facetas, que poderá ajudar à adopção de comportamentos de saúde para a aquisição de um peso adequado. A relação entre a idade subjectiva e a saúde percebida é um dado que pode alertar os profissionais de saúde para o significado do “peso da idade” sentida, tomando em conta esse indicador tão simples de identificar num diálogo com o utente e que pode facilmente abrir caminho para o aprofundar dos problemas associados.

Em relação ao estado de saúde, existem diferentes variáveis que contribuem para uma melhor ou pior saúde. A idade, o nível de escolaridade e o rendimento mensal são alguns dos exemplos que influenciam o estado de saúde de um indivíduo e de uma população em geral. Sabe-se que associado ao envelhecimento está uma percepção mais negativa da saúde pois o avançar da idade acarreta maior debilidade e susceptibilidade do estado de saúde. Também é conhecido que um baixo nível educacional e rendimento mensal proporcionam maiores susceptibilidades para uma saúde pior. Tal como refere Luísa Silva (2003) as representações sociais de saúde estão associadas à posição socioeconómica, verificando-se que as classes médias consideram a sua saúde mais em termos positivos enquanto que as classes mais baixas falam da sua saúde de forma mais negativa.

O presente estudo avalia essa relação entre o estado de saúde auto-avaliado e as variáveis sócio-demográficas e, de facto, podemos constatar que a maioria dos indivíduos apresenta um nível de escolaridade superior e considera que o seu estado de saúde como “razoável” a “muito bom”. Relativamente à idade podemos constatar que nos extractos etários mais avançados, como é esperado, o estado de saúde é pior, quer no que respeita à saúde auto-avaliada, quer no que respeita ao IMC.

Ainda, neste estudo, também se avaliou a relação do estado de saúde percebido e a imagem corporal percebida e desejada. De facto, em relação à imagem corporal ideal existe uma influência do género pois as mulheres são mais afectadas que os homens

com o estereótipo social de magreza. Segundo Abreu (2003) para todas as sociedades, o corpo é mais do que algo físico, existe um simbolismo que acompanha a imagem corporal, associada a uma identidade social que se pretende afirmar pelo estatuto, posição ou representação social, quer pela promoção da feminilidade ou masculinidade. Desde cedo que a educação das raparigas é envolvida em cuidados com o seu corpo, com o alimento, as roupas, a higiene. Neste sentido, Luísa Silva (1999) acrescenta que o desenvolvimento físico das raparigas é social e culturalmente mais condicionado a modelos estereotipados de beleza.

Neste estudo, podemos constatar que os mais novos querem ser mais magros e tanto os homens como as mulheres se sentem insatisfeitos com a aparência da sua imagem corporal pois gostariam de ser mais magros do que são. Assim, a imagem corporal percebida encontra-se relacionada, como é esperado, com o IMC, a idade, o estado de saúde auto-avaliado e o nível de escolaridade. A idade é uma variável que têm muita importância para as mulheres pois como se sabe com o avançar da idade verifica-se aumento de peso que se repercute em alterações da imagem corporal.

Em suma, neste estudo, por um lado, a insatisfação com a imagem corporal encontra-se fortemente associada com a idade e o IMC, ou seja, os sujeitos mais velhos e com mais peso sentem-se mais insatisfeitos e, por outro lado, os sujeitos que têm uma auto-percepção de saúde mais positiva e um nível de escolaridade superior sentem-se mais satisfeitos com a sua imagem corporal.

## **Limitações do estudo e Sugestões para outros estudos**

Algumas limitações metodológicas foram encontradas neste estudo, nomeadamente no que se refere à obtenção de um número equivalente de homens e mulheres para a amostra. Tal facto decorre da maior ocorrência de mulheres aos Serviços de Saúde, e naturalmente também à Unidade de Saúde de S. Mamede. A mesma situação também se verifica em relação à idade da amostra, pois não foi possível obter um mesmo número de utentes para cada faixa etária, limitações esperadas e que também relacionadas com as características dos utentes inscritos nesta extensão do Centro de Saúde.

Considera-se também que pelo facto de ser um tema que em Portugal ainda se encontra pouco explorado, a maior parte das fontes bibliográficas foram de estudos internacionais e, portanto, não foi possível obter suficientes dados comparativos com a realidade portuguesa.

Apesar destas limitações, este estudo reveste-se de carácter pioneiro, pelo facto de ter avaliado a relação da saúde auto-avaliada com dados sócio-demográficos, IMC e imagem corporal. A importância da imagem corporal, e o aumento do número de pessoas com pré-obesidade e obesidade, levam a considerar o interesse de dar continuidade a esta linha de estudo, com amostras mais vastas e noutras Unidades de Saúde de Cuidados Primários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Wilson Correia (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Instituto Piaget, pag 11-221.

Almeida, Nogueira G. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. [Versão electrónica]. *Psicologia em estudo*, Volume 10, n. 1, 27-35.

Alvarez, Isabel Cristina, Licea, Véronica & Pérez Maria del Carmen (2007). El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. [Versão electrónica]. *Revista Facultad Med UNAM*, Vol.50, nº 2, 76-79.

Barros, Dias Daniela (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. [Versão electrónica]. *História, ciências e saúde*, Volume 12, n.2, 547-554.

Berker, M. H. J. (2003) Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data: a multi-facet gender and health model. [Versão electrónica]. *Psychology, health & medicine*.(Vol. 8, Nº 2).

Bulik, CM; Wade; TD, Heath, AC; Martin, NG; Stunkard, AJ e Eaves, LJ (2001). Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data of caucasians. [Versão electrónica]. *International Journal of Obesity*, 25, 1517-1524.

Chrisler, J., Muhlbauer, V. (2007) *Women over 50. Psychological Perspectives*. USA: Springer.

Deeks, Amada e McCabe, Marita (2001). Menopausal stage and age and perceptions of body image. [Versão electrónica]. *Psychology and Health*, Vol. 16, 367-379.

DIRECÇÃO Geral de Saúde – Circular Normativa Nº 3/DGCG de 17/03/2005: *Programa Nacional de Combate à Obesidade*”.

EUPHIX (2007). Percentage of adults with good or very good self-perceived health for men, women and total in select countries. Retirado em Outubro de 2008 de [http://www.euphix.org/object\\_document/o4974n27179.html](http://www.euphix.org/object_document/o4974n27179.html)

EUROPEAN Union Public Health Information System. *Determinants of Health*.

Retirado a Setembro de 2008 de

[http://www.euphix.org/object\\_class/euph\\_determinants\\_of\\_health.html](http://www.euphix.org/object_class/euph_determinants_of_health.html)

EUROSTAT (2007) *Percentage of Overweight People, by Gender and Age Group*.

Retirado a Setembro de 2008 de

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,39140985&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=REF\\_SD\\_PH&root=REF\\_SD\\_PH/sd\\_ph/sd\\_ph\\_det/tsdph330](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=REF_SD_PH&root=REF_SD_PH/sd_ph/sd_ph_det/tsdph330)

Fallon, A.E. e Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 94, 102-105.

Finkelstein, M.(2000). Hypertension, self-perceived health status and use of primary care services. [Versão electrónica]. *Canadian Medical Association or its licensors*, 11, 45-46.

Fortin, Marie- Fabienne (1999)– *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pág 388.

Héritier, Françoise (1996) *Masculino Feminino – O pensamento da diferença* – Universidade Aberta, Instituto Piaget, pag. 11-302.

INQUÉRITO Nacional de Saúde (2005-2006) retirado a Agosto de 2008 de [G:\\(Microsoft Word - 4272INS-2005-2006\\_Principais Indicadores\\_doc\).htm](G:\(Microsoft Word - 4272INS-2005-2006_Principais Indicadores_doc).htm)

INSTITUTO Nacional de Estatística (2005-2006). Retirado em Setembro de 2008 de [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE)

Joaquim, Teresa (1998) *A Saúde da Mulher em Portugal* – Direcção Geral de Saúde, Lisboa.

Muening, Peter et al (2008). I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health. [Versão electrónica]. *American Journal of public health*, Vol.98, n. 3, 501-506.

Öberg, Peter, Tornstam, Lars (2001). Youthfulness and fitness – Identity ideals for all ages?. [Versão electrónica]. *Journal of Aging and Identity*, Vol. 6, nº 1, 15-29.

Olmsted, Marion P. e Mcfarlane, Traci (2004). Body weight and body image. [Versão electrónica]. *BMC Women`s Health*, nº 4, 1-9.

Palazzo, Valéria (2003) *Imagem Corporal*. Retirado a Julho de 2008 de <http://www.gatda.psc.br/imagem.htm>

Polit, Denise F.; Hungler, Bernardette P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Portalegre: Artes Médicas, 3ª Edição, pág. 391.

Pruzinsky, Thomas, Cash, Thomas – *Body Image*. Guilford Publications, New York, 2004, 3-517.

Ribeiro, Agostinho (2003). *O corpo que somos – aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Notícias Editorial.

Ribeiro, J L. Pais (2005) *O importante é a saúde Estudo de Adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF – 36* – Fundação Merck Sharp & Dohme, pag 21-169.

Serrão, Daniel (2003) VII Jornadas da COFANOR – *Auto-estima e o Corpo*. Retirado a 11 de Novembro de 2008 de <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=97>

Shooshtari, S. e Shields, M. (2001) – Determinants of Self-Perceived Health. [Versão electrónica]. *Health Reports Canada*, Vol. 13, n.1, 35-51

Silva, Luísa (1999) *Saúde das Mulheres: O género, determinante cultural de saúde*. Retirado a Março de 2008 de <http://higiene.med.up.pt/10-Sa%FAde.pdf>

Silva, Luísa Ferreira & Alves, Fátima (2003) *A Saúde das Mulheres em Portugal*. Universidade Aberta, Edições Afrontamento, pag.7-153.

Silva, Luísa Ferreira (2004) *Sócio-Antropológico da saúde – Sociedade, Cultura e Saúde/doença*. Universidade Aberta, pag 9-65.

Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger, F. (1983) Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety S, Roland L, Sidman R, Mthysse S (eds). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Raven Press: New York.

Tavares, Maria C.G.C (2003) *Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento*. Edição Manole, Brasil, pag.9-145.

WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, United Nations, World Health Organization. Genebra, Interim Comission.

---

---

## **TABELAS**

Correlações das variáveis na amostra total

Correlações das variáveis no sexo feminino e masculino

---

---

---

---

# **ANEXOS**

---

---

## **ANEXO I**

# **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A INVESTIGAÇÃO**

## **ANEXO II**

### **FOLHAS DE ROSTO DO QUESTIONÁRIO**