

Dedicatória

Dedico esta tese a todos os que contribuíram de uma maneira ou outra para a sua concretização, em especial, aos meus pais e irmã!

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero fazer um agradecimento especial, ao Prof. Doutor Henrique Pereira, responsável pela orientação desta dissertação, pelo apoio incondicional, profissionalismo, disponibilidade, sabedoria, compreensão e experiência transmitidos.

Em segundo lugar agradeço às minhas amigas e colegas de investigação Rita e Patrícia, pela partilha de conhecimentos, pelo trabalho em equipa e por todos os momentos que me proporcionaram. Obrigada por acreditarem em mim e por serem as pessoas fantásticas que são!

Agradeço também ao corpo docente desta Universidade pelos conhecimentos e experiências partilhados ao longo destes 5 anos de formação académica.

A toda a minha família e amigos, pelo carinho e motivação que sempre me prestaram, pelos momentos de convívio e de alegria proporcionados e pela compreensão nos momentos mais difíceis. Agradeço-lhes também a ajuda que me prestaram na divulgação dos instrumentos da investigação.

Não me poderia esquecer de agradecer também a todos que contribuíram para a concretização desta investigação, nomeadamente a todos os participantes desta investigação, e à ULS da Guarda que permitiu a recolha de uma parte da amostra na Consulta Multidisciplinar de Obesidade.

Por último, e tendo em consideração que os últimos são os primeiros, quero fazer um agradecimento especial aos meus pais e à minha irmã, pois sem dúvida alguma, o carinho, o amor, a compreensão, a serenidade e a motivação que me transmitiram ao longo deste percurso foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por estarem sempre presentes, são a força do meu viver!

A todos, o meu muito obrigado!

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Resumo

Objetivo: Na atualidade, a obesidade é denominada como uma epidemia mundial, tendo aumentado drasticamente nas últimas décadas, assim, está cada vez mais, a ser vista como um problema de saúde pública e de ordem psicológica, acarretando outras doenças sobre a condição clínica do indivíduo obeso. A obesidade relaciona-se também com questões da sexualidade, não havendo, no entanto, grande informação acerca do modo como pode afetar o autoconceito sexual. Assim, esta investigação teve como objetivos primordiais a validação psicométrica do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) para a população portuguesa, e o estudo da relação que se estabelece entre o peso corporal e a satisfação com a imagem corporal, entre o peso corporal e o autoconceito sexual e entre a satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. **Método:** Foi recolhida uma amostra por conveniência de 534 participantes de ambos os sexos (396 mulheres, 138 homens), com idades compreendidas entre os 16 e os 70 anos, com uma média de 28.10 e o desvio padrão associado de 9.02. Foram utilizados quatro instrumentos, um Questionário Sociodemográfico, um Questionário de Sexualidade, uma Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, e um Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995), o qual foi validado para a população portuguesa. **Resultados:** No que concerne à validação do questionário Multidimensional de autoconceito sexual para a população portuguesa, os resultados apontam para uma boa sensibilidade do instrumento, apresentando uma consistência interna total excelente ($\alpha=0.91$). Com base na análise fatorial exploratória ($KMO=0.95$), encontraram-se 5 dimensões (Locus de Controlo Emocional, Emoções Negativas, Controlo Futuro, Motivação Sexual e Vigilância Sexual). Em suma, pode-se afirmar que o instrumento apresenta ótimas propriedades psicométricas, constituindo uma boa ferramenta de mensuração deste constructo para utilização na investigação e avaliação psicológicas em Portugal. Relativamente ao estudo propriamente dito, em termos gerais verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para algumas dimensões da imagem corporal e do autoconceito sexual entre género, idade, escolaridade, estado civil, relacionamento íntimo e categorias de IMC. Verificaram-se também associações entre as dimensões imagem corporal e autoconceito sexual, no entanto fracas e moderadas e algumas delas não estatisticamente significativas. Assim, verificou-se que relativamente ao género, foram as mulheres que apresentaram valores de IMC mais baixos, no entanto, foram estas que percecionaram uma maior insatisfação com a imagem corporal, e que apresentaram maior preocupação com as próprias características (físicas). Foram também as mulheres que percecionaram mais locus de controlo e controlo futuro no autoconceito sexual. Verificou-se também, que quanto maior o grau de escolaridade, maior a satisfação com a imagem corporal e mais elevados os níveis de autoconceito sexual. Relativamente ao peso corporal, verificou-se que quanto maior o IMC, maior foi a perceção de insatisfação com a imagem corporal, assim como menores foram os valores de autoconceito sexual. **Conclusões:** Com a presente investigação observou-se que apesar de fracas as correlações

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

existentes entre as dimensões da imagem corporal e as dimensões do autoconceito sexual, o peso corporal tem um grande impacto tanto na percepção de satisfação com a imagem corporal, como no autoconceito sexual. Observou-se assim, que os obesos mórbidos, foram os participantes que demonstraram uma percepção mais elevada de insatisfação com a imagem corporal, assim como menores valores de autoconceito sexual.

Palavras-chave

Peso Corporal, Obesidade, Satisfação com a imagem corporal, Sexualidade e Autoconceito Sexual

Abstract

Main: At present, obesity is known as a worldwide epidemic and has increased dramatically in recent decades, thus, is increasingly seen as a problem of public health and psychological concern. Obesity is also linked with issues of sexuality, there are, however, much information about how it can affect your sexual self. This investigation had as main objectives the psychometric validation of the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (Snell, 1995) for the Portuguese population, and the study of the relationship between body weight and satisfaction with body image, body weight and sexual self, satisfaction with body image and sexual self-concept. **Method:** A convenience sample of 534 participants of both sexes (396 women, 138 men), aged between 16 and 70 years, with a mean of 28.10 and standard deviation of 9.02. Four instruments were used: the Sociodemographic Questionnaire, the Questionnaire of Sexuality, the Body Image Satisfaction Scale, and Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (Snell, 1995), which was validated for the Portuguese population in the present study. **Results:** Regarding the validation of the Multidimensional Self Concept Sex for the Portuguese population, the results point to a good sensitivity of the instrument, presenting an excellent internal consistency ($\alpha = 0.91$). Based on exploratory factor analysis ($KMO = 0.95$), were found 5 dimensions (Locus of Control Emotional, Negative Emotions, Future Control, Sexual Motivation and Sexual Surveillance). In short, it can be stated that the instrument has excellent psychometric properties, making it a good tool for measuring this construct for use in research and psychological assessment in Portugal. Concerning the study itself, statistically significant differences were found in some dimensions of body image and sexual self-concept between gender, age, education, marital status, intimate relationship and BMI categories. There were also associations between the dimensions of body image and sexual self-concept, however weak, moderate, and some of them not statistically significant. Thus, it was found that in relation to gender, were women who had lower BMI, however, that these were perceive greater dissatisfaction with body image, and were more concerned with their own characteristics (physical). Were also women who perceive more locus of control and future control sexual self. It was also found that the higher the education level, the higher the satisfaction with body and higher levels of sexual self-image. Relative to body weight, it was found that the higher the BMI, the greater the perception of dissatisfaction with body image, as well as lower values were sexual self. **Conclusions:** In the present investigation it was observed that body weight has a big impact on the perception of satisfaction with body image, and sexual self-concept, and the morbidly obese, were participants who demonstrated a higher perception of dissatisfaction with body image, as well as lower levels of sexual self-concept.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Keywords

Body Weight, Obesity, satisfaction with body image, Sexuality and Sexual Self-Concept

Índice

Introdução.....	1
Estado da arte	3
Apresentação do estudo	7
Método.....	8
Participantes	8
Caracterização da Amostra A	8
Caraterização da Amostra Total	10
Instrumentos.....	16
Procedimentos.....	18
Resultados.....	20
Resultados do Estudo A.....	20
Resultados do estudo total	27
Discussão dos resultados	51
Conclusão	60
Limitações e Pesquisas futuras.....	61
Referências Bibliográficas	62
Anexo Teórico	68
Referências Bibliográficas (Anexo Teórico)	91
ANEXOS	101

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Lista de tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da Amostra A (n=494).

Tabela 2: Características sociodemográficas dos participantes: género (n=534).

Tabela 3: Características sociodemográficas dos participantes: idade (n=534).

Tabela 4: Características sociodemográficas dos participantes: estado civil (n=534).

Tabela 5: Características sociodemográficas dos participantes: nível de escolaridade (n=534).

Tabela 6: Características sociodemográficas dos participantes: estatuto socioeconómico (n=534).

Tabela 7: Características sociodemográficas dos participantes: suporte social (n=534).

Tabela 8: Características sociodemográficas dos participantes: IMC (n=533).

Tabela 9: Características sociodemográficas dos participantes: área geográfica (n=534).

Tabela 10: Características sociodemográficas dos participantes: profissão (n=534).

Tabela 11: Características sociodemográficas dos participantes: início da experiência sexual (n=534).

Tabela 12: Características sociodemográficas dos participantes: Relações sexuais durante o último mês e relações íntimas (n=533).

Tabela 13: Percentagens face aos problemas significativos existentes.

Tabela 14: Valores relativamente aos problemas significativos existentes de acordo com as variáveis específicas/exemplares.

Tabela 15: Valores acerca de doença física e mental diagnosticada e acompanhamento psicológico.

Tabela 16: Valores correspondentes à presença de relação amorosa e relações sexuais.

Tabela 17: Média de idades para a primeira experiência sexual da amostra A.

Tabela 18: Assimetria (Skeness) e Curtose (Kurtosis) para os 50 itens do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995).

Tabela 19: Valores do Alfa de Cronbach do MSSQ (Snell, 1995).

Tabela 20: Valores do teste KMO e de esfericidade de Bartlett para o MSSQ (Snell, 1995).

Tabela 21: Dimensões extraídas da análise fatorial.

Tabela 22: Dimensões, respectivos itens, variância explicada e Alfa de Cronbach.

Tabela 23: Médias observadas e a media teórica para as dimensões da imagem corporal.

Tabela 24: Médias observadas e a media teórica para as dimensões do autoconceito sexual.

Tabela 25: Resultados para as diferenças entre gêneros e a dimensão imagem corporal.

Tabela 26: Resultados para as diferenças entre gêneros e a dimensão autoconceito sexual.

Tabela 27: Resultados para as diferenças entre a faixa etária e a dimensão imagem corporal.

Tabela 28: Resultados para as diferenças entre a faixa etária e a dimensão autoconceito sexual.

Tabela 29 Resultados para as diferenças entre o nível de escolaridade e a dimensão imagem corporal.

Tabela 30: Resultados para as diferenças entre o nível de escolaridade e a dimensão autoconceito sexual.

Tabela 31: Resultados para as diferenças entre estado civil e a dimensão imagem corporal.

Tabela 32: Resultados para as diferenças entre estado civil e a dimensão autoconceito sexual.

Tabela 33: Resultados para as diferenças entre ter ou não ter uma relação íntima e a dimensão imagem corporal.

Tabela 34: Resultados para as diferenças entre ter ou não ter uma relação íntima e a dimensão autoconceito sexual.

Tabela 35: Resultados para as diferenças entre as categorias de IMC e a dimensão imagem corporal.

Tabela 36: Resultados para as diferenças entre as categorias de IMC e a dimensão autoconceito Sexual.

Tabela 37: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 1).

Tabela 38: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 2).

Tabela 39: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 3).

Tabela 40: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 4).

Tabela 41: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 5).

Tabela 42: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual total.

Lista de Acrónimos

ACS	Autoconceito Sexual
DP	Desvio-Padrão
FTO	Gene associado à massa gorda e obesidade
IMC	Índice de Massa Corporal
KMO	<i>Keiser Meyer Olkin</i>
M	<i>Média</i>
MSSQ	Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ULS	Unidade Local de Saúde
WHO	World Health Organization

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Introdução

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, que se intitula de “A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e no autoconceito sexual” tem-se como objetivos primordiais a validação psicométrica do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) para a população portuguesa, e o estudo da relação que se estabelece entre o peso corporal e a satisfação com a imagem corporal, entre o peso corporal e o autoconceito sexual e entre a satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Assim, e para a concretização deste objetivo foi necessário seguir algumas linhas orientadoras de investigação, como a revisão da literatura existente, o traçar de objetivos gerais e específicos, a elaboração dos instrumentos, a recolha da amostra e a interpretação dos resultados.

Após a realização inicial de uma pesquisa de artigos científicos foram encontrados alguns estudos que abordavam a obesidade e a imagem corporal, no entanto a obesidade e a sexualidade, está pouco estudada, essencialmente no que concerne ao autoconceito sexual, assim como a imagem corporal e o autoconceito sexual, daí a pertinência deste estudo, pretendendo-se que este surja com o intuito de contribuir para o conhecimento científico. Tornou-se também importante investir neste estudo, uma vez que a obesidade é uma epidemia e saúde pública, que por sua vez tem impacto no forma como cada um percebe a própria imagem e a vida, tanto em termos psicológicos, sociais, como sexuais.

Adicionalmente, importa referir, que o presente trabalho segue a estrutura de um artigo científico, e se divide em cinco pontos distintos. Deste modo, no primeiro ponto procede-se a uma descrição do “Estado da Arte” alusivo à temática da Sexualidade, do Peso Corporal e Índice de Massa Corporal (IMC) e Satisfação com a Imagem Corporal. O ponto seguinte, o segundo, engloba a método (participantes, instrumentos e procedimentos). Neste seguimento, o ponto três diz respeito aos principais resultados da investigação realizada, aquando a recolha de dados, tratamento estatístico e interpretação dos mesmos. O quarto ponto é composto pela Discussão de Resultados, onde se procura discutir os principais resultados obtidos neste estudo confrontando-os com a teoria existente neste âmbito. O quinto e último ponto consiste nas Considerações Finais, onde se procede à apresentação de possíveis linhas futuras a desenvolver como continuidade do tema vigente.

Por conseguinte, tendo em conta as temáticas anteriormente descritas, procurou-se estudar, ao longo do trabalho de investigação desenvolvido, a relação que se estabelece entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como a sua influência no auto conceito sexual e na vivência da sexualidade do indivíduo.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Estado da arte

A Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta que a obesidade é cada vez mais encarada como um problema de saúde pública e de ordem psicológica, acarretando outras doenças sobre a condição clínica do indivíduo obeso (doenças cardíacas coronárias, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, apneia do sono e doenças articulares), que incomoda os indivíduos com excesso de gordura corporal e estética fora do padrão aceite socialmente (Santos, Peres e Benez, 2002; Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005; Damasceno, Lima, Vianna, Vianna, & Novaes, 2005; Grejanin, Pezzo, Nastri, Sanches, Nascimento & Quevedo, 2007; Guimarães, 2007; Mariath, Grillo, Silva, Schmitz, Campos, Medina, & Kruger, 2007; WHO, 2000). Deste modo, na atualidade, a obesidade é denominada como uma epidemia mundial, tendo aumentado drasticamente nas últimas décadas, corroborando este aspeto, a OMS reconhece que a obesidade tem uma prevalência igual ou até mesmo superior à desnutrição e às doenças infecciosas, sendo considerada a 5ª principal causa de morte a nível mundial e indiscutivelmente a maior causa de mortalidade evitável a seguir ao consumo tabágico (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Esteves, 2011; WHO, 2000). Assim, estima-se que pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano como resultado de terem excesso de peso ou serem obesos (WHO, 2013).

Relativamente à associação entre obesidade e manutenção de um relacionamento íntimo verificou-se que os indivíduos obesos além de terem maior dificuldade em manter um relacionamento íntimo também têm presentes características mais vulneráveis, como a insegurança num relacionamento e a insatisfação com a imagem corporal (Drudi 2002; Almeida, Santos, Pasian & Loureiro, 2005; Silva & Lange, 2010).

As consequências da obesidade na saúde dos indivíduos encontram-se bem documentadas, no entanto, as consequências desta epidemia na saúde sexual ainda não são bem compreendidas (Larsen, Wagner & Heitmann, 2007). Concomitantemente a este aumento da incidência da obesidade, na atualidade, somos frequentemente invadidos por diversos meios publicitários onde a sensualidade é representada por mulheres altas, elegantes e/ ou homens esculturalmente musculados que simbolizam a perfeição corporal. Esta busca pela perfeição corporal e por uma imagem idêntica aos modelos publicitários potencia, em diversas pessoas que não se identificam com este ideal de beleza, uma enorme insegurança e um retraimento na vivência da sua vida sexual (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2009).

Na tentativa de quantificar o impacto do peso na saúde das pessoas, surgiu o Índice de Massa Corporal (IMC) que é comumente utilizado em ambos os sexos para calcular a relação entre peso e altura de adultos, permitindo classificar o seu peso como baixo, normal ou elevado. Determina-se dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2) (WHO, 2000; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Esteves, 2011). De acordo com a OMS os intervalos de IMC demarcados por valores limiar como valores indicativos para classificar o peso, são os seguintes:

valores menores que 18,5 (peso abaixo do normal); entre 18,5 e 24,9 (peso normal); entre 25,0 e 29,9 (sobrepeso) e acima de 30,0 (obesidade, sendo que entre 30 e 34,9 designa-se de obesidade tipo I, entre 35 e 35,9 obesidade tipo II e acima de 40 designa-se de obesidade mórbida) (Carmo, 2008).

Em termos genéricos pode-se afirmar que a imagem corporal é um conceito multidimensional que compreende os processos fisiológicos, cognitivos, psicológicos, emocionais e sociais em constante troca mútua. Estes processos podem ser influenciados por inúmeros fatores de origem física, psicológica, ambiental e cultural no âmbito da subjetividade de cada ser humano, tais como sexo, idade, meios de comunicação, crenças, raça e valores (Maia, Sousa, Tolentino, Silveira & Tolentino, 2011). Não obstante, a expressão “imagem corporal” engloba um desenho criado pela mente no qual se evidenciam o tamanho, o conceito e a forma do corpo, todos eles subsidiados pelos sentimentos (Damasceno *et al*, 2005; Almeida *et al*, 2005; Ferreira, Leite, 2002; Martins, Nunes & Noronha, 2008), sendo que esta “fotografia mental” que a pessoa elabora sobre a sua aparência física pode ser construída ou destruída por tentativas que buscam uma imagem e um corpo ideais (Schilder, 1999; Ricciardelli, McCabe & Banfield, 2000).

A imagem corporal além de ser influenciada pelos padrões estipulados pela sociedade e a cultura que nos rodeia é também influenciada pela família e as experiências individuais. A forma como os outros nos olham e expressam interesse em nós de forma verbal ou não verbal, tem muita influência na elaboração da nossa imagem corporal, o que se pode concluir que no processo de estruturação da imagem corporal, as experiências e sensações obtidas por ações e reações dos outros nas nossas relações sociais são parte integrante do processo e da construção da imagem corporal (Saur & Pasian, 2008).

Embora o conceito de beleza e o padrão ideal de corpo se tenham modificado ao longo da história humana, eles têm sido sempre associados à imagem de poder, beleza e mobilidade social. A sociedade atual é fortemente influenciada pelos *media*, que constroem e impõem um padrão de beleza que valoriza a magreza e rejeita o corpo gordo (Novaes, 2006; Pereira, Graup, Lopes, Borgatto & Daronco, 2009). É em função dos estereótipos de beleza que os indivíduos são constantemente encorajados a investir, no sentido de ter e vir a ter um corpo ideal (Castro, Levy, Cardoso, Passos, Sardinha, Tavares, & Martins, 2010). A insatisfação corporal pode ser definida como a avaliação negativa do próprio corpo (Adami, Frainer, Santos, Fernandes & De-Oliveira, 2008), sendo diagnosticada, geralmente, por meio de figuras das silhuetas corporais e questionários, que focalizam preocupações com o peso, forma e gordura corporal (Damasceno, *et al*, 2005; Lima, Orlando, Teixeira, Castro & Damasceno, 2008).

De acordo com alguns estudos (Cash & Brown, 1989; Cash & Prusinsky, 1990; Saur & Pasian, 2008) o sexo feminino tende a apresentar uma imagem corporal mais distorcida e negativa que o sexo masculino podendo variar a insatisfação com a imagem corporal entre 17% e 78,8%, parecendo ficar-se a dever ao facto da sociedade exercer uma grande pressão sobre o sexo feminino no que respeita a padrões de atração, em todas as faixas etárias, sendo que no entanto, exercem mais pressão numas faixas etárias que noutras (Damasceno, *et al*, 2005). Segundo Quadros *et al* (2010) os homens estão mais insatisfeitos com um corpo magro (falta de massa muscular) enquanto as

mulheres se encontram incomodadas pelo excesso de peso. Kakeshita e Almeida (2004) concluíram que os homens tendem a subestimar o seu tamanho corporal, independente do seu valor de Índice de Massa Corporal (IMC), e que, apesar de existirem valores de IMC recomendados pela Organização Mundial de Saúde para a adequada manutenção da saúde, o tipo físico idealizado é determinado culturalmente. Conforme apontam Damasceno e colaboradores (2005) existe uma forte tendência cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação social, encontrando-se fortes correlações entre a pressão social de ser magro e a insatisfação corporal, principalmente entre as mulheres.

De uma forma geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a autoimagem, sendo que todos são fortemente influenciados por fatores socioculturais (Cash, 1993; Demarest & Langer, 1996; Almeida, Loureiro & Santos, 2002).

Relativamente à sexualidade, esta é uma das componentes essenciais do corpo, da vida e das relações interpessoais dos seres humanos, por isso mesmo, é também uma das componentes do nosso crescimento, das nossas aprendizagens e da nossa socialização. A sexualidade pode envolver incerteza, dúvida e vulnerabilidade sobre o corpo e o seu desempenho, recorrendo a pensamentos, sentimentos e comportamentos (Wiedermann, 2002), sendo a exposição íntima do corpo causadora de algum desconforto e insegurança sobretudo pelo medo de ser avaliado negativamente pelo parceiro. Assim, a sexualidade pode ser afetada pelas relações interpessoais que cada indivíduo estabelece, pela cultura do sujeito, pelas circunstâncias de vida de cada pessoa (Cordeiro, 2003), pela atração mútua, pelo contacto psicofísico e não exclusivamente genital, pela consciência de sexo, que abarca o próprio sexo e o oposto e pelo comportamento sexual (Scharfetter, 2002).

No que concerne ao autoconceito sexual, verifica-se que é a partir das dimensões enunciadas anteriormente que este se forma, e que culmina na avaliação que cada um faz acerca dos próprios sentimentos e ações sobre a sua sexualidade. Para Snell (2001), a adaptação e a satisfação sexual são características do bem-estar pessoal nas relações íntimas, considerando para tal diversos aspetos definidores de um conjunto de dimensões relacionadas com a globalidade do termo autoconceito sexual.

Os estudos existentes na literatura acerca do autoconceito sexual estão essencialmente centrados nos comportamentos e experiências sexuais nos adolescentes, nomeadamente nos comportamentos de risco, assim como na associação entre autoeficácia sexual e autoconceito sexual (Rosenthal *et al*, 1991; Mitchell *et al*, 2005; Alves-Pacheco, 2008; Rostosky, Dekhtyar, Cupp & Anderman, 2008). Os resultados gerais de estudos recentes feitos com pessoas obesas mostram que indivíduos obesos relatam uma maior incidência de dificuldades sexuais devido ao seu peso (falta de prazer sexual, falta de desejo sexual, dificuldade com o desempenho sexual, e evitamento de encontros sexuais), um IMC elevado está associado a um maior comprometimento da qualidade de vida sexual, e que a qualidade de vida sexual é mais prejudicada em mulheres obesas do que em homens obesos, o que se pode dever ao facto de as mulheres darem maior importância à imagem corporal, do que os homens. Por outro lado os homens são mais propensos a ter problemas com o desempenho sexual (Araújo, Brito, Ferreira, Petribu, & Mariano, 2009; Kolotkin, *et al*, 2006).

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Foi também realizado um estudo em que verificaram que baixos níveis de alteração da Imagem Corporal e menor insatisfação com a mesma foram também associados a um melhor funcionamento sexual, a uma maior assertividade sexual, maior autoestima sexual e menos problemas sexuais, logo, a permanente insatisfação com o tamanho do próprio corpo terá os efeitos contrários, ou seja pior funcionamento sexual (Byers & Weaver, 2006).

Relativamente a estudos mais específicos das relações entre autoconceito sexual e satisfação com a imagem corporal não foi possível encontrar resultados na investigação científica, pelo que, para tentar preencher esta lacuna, se desenvolveu a presente investigação.

Apresentação do estudo

Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho consiste em estudar a relação que se estabelece entre:

- O peso corporal e a satisfação com a imagem corporal;
- O peso corporal e o autoconceito sexual;
- A satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual.

Objetivos Específicos

1. Avaliar os níveis de autoconceito sexual e da satisfação com a imagem corporal;
2. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal:
 - a. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal: entre o género feminino e o género masculino;
 - b. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal entre a faixa etária;
 - c. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal entre o nível de escolaridade;
 - d. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal entre o estado civil;
 - e. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal entre a existência de relação íntima;
 - f. Avaliar as diferenças no autoconceito sexual e na satisfação com a imagem corporal entre diferentes grupos de IMC;
3. Avaliar o grau de associação entre a satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual.

Método

Participantes

A amostra da presente investigação compreende 534 jovens-adultos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 16 e os 70 anos, constituída através da amostra A, e do acréscimo de mais 40 participantes selecionados com o intuito de aumentar o número de pessoas com obesidade mórbida, de maneira a facilitar a criação de grupos de comparação mais homogéneos.

Critérios de Inclusão e de Exclusão no Estudo

A aplicação deste estudo obedeceu a critérios de exclusão, nomeadamente o facto de os participantes indicarem a presença de queixas psicológicas, e estarem a fazer medicação com base em corticoides (devido ao facto desta medicação poder produzir alterações endocrinológicas que afetam o peso corporal. Por outro lado, o critério de inclusão presente postulou que os sujeitos participantes deveriam ter a capacidade saber ler e escrever em português. Para a recolha da amostra A, os participantes deveriam ter acesso à internet, ao passo que para a amostra B, para além deste critério, estarem inscritas na consulta multidisciplinar de obesidade de um hospital distrital no centro norte de Portugal.

Caracterização da Amostra A

A amostra da presente investigação compreendeu 494 jovens-adultos de ambos os géneros (369 mulheres e 124 homens e 1 outro), com idades compreendidas entre os 16 e os 70 anos com uma média de idades de 27.68 e desvio-padrão de 8.98. É importante referir que os participantes do género feminino representaram 74.7% da amostra, os participantes do género masculino 25.1% e outro 2%.

Os participantes desta amostra são maioritariamente solteiros (66.6%), seguindo-se os casados (22.1%), em união de facto (7.9%), divorciados (2.8%) e outro (4.2%).

Quanto à orientação sexual 454 dos participantes (91.9%) referem ser heterossexuais, enquanto 29 participantes (5.9%) relatam ser homossexuais e 11 (2.2%) bissexuais.

No que concerne ao nível de escolaridade, verifica-se que uma grande parte dos participantes tem uma licenciatura (223), seguindo-se os participantes com o ensino secundário (156), mestrado ou doutoramento (94), 3º ciclo do ensino básico (17), 2º ciclo do ensino básico (3) e por fim 1º ciclo do ensino básico (1).

No que diz respeito à situação profissional 227 dos participantes (46%) encontram-se empregados, 224 (45.3%) relatam ser estudantes, 34 dos participantes (6.9%) mencionam

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

encontrarem-se desempregados, 5 (1%) referem ser trabalhadores-estudantes e 4 dos participantes (0.8%) encontram-se reformados.

Quanto à nacionalidade, 478 participantes (96.76%) relatam ser portugueses, sendo que a maioria pertence à região geográfica centro (56%).

No que toca ao estatuto socioeconómico observa-se que uma grande parte da amostra considera ter um estatuto socioeconómico médio (55.1%), a par de 31.2% que se encontra no estatuto socioeconómico médio-baixo, 7.9% no estatuto socioeconómico médio-alto, 5.7% no estatuto socioeconómico baixo e apenas 0.2% no estatuto socioeconómico alto.

Relativamente à perceção de suporte social, 31.7% dos participantes referem ter bom suporte social, 27.1% muito bom, 24.7% razoável, 8.7% fraco, 5.7% excelente e 2.2% dos participantes mencionam ter um suporte social muito fraco.

Os valores apresentados podem ser confirmados na Tabela 1.

Tabela 1:

Caracterização sociodemográfica da Amostra A (n=494).

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem (%)</i>	<i>Média /DP</i>
<i>Idade</i>			27.68 / 8.98
<i>Género</i>	Homens	124	25.1%
	Mulheres	369	74.7%
	Outro	1	0,2%
<i>Estado Civil</i>	Solteiro (a)	329	66.6%
	Casado (a)	109	22.1%
	Divorciado (a)	14	2.8%
	Viúvo (a)	1	0.2%
	União de facto	39	7.9%
	Outro	2	0.4%
<i>Orientação Sexual</i>	Heterossexual	454	91.9%
	Homossexual	29	5.9%
	Bissexual	11	2.2%
<i>Escolaridade</i>	4º ano	1	0.2%
	6º ano	3	0.6%
	9º ano	17	3,4%
	12º ano	156	31.6%
	Licenciatura ou Bacharelato	223	45.1%
	Mestrado ou Doutoramento	94	19.0%

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Profissão	Estudante	224	45.3%
	Trabalhador	227	46%
	Desempregado	34	6.9%
	Reformado	4	0.8%
	Trabalhador-estudante	5	1,0%
Nacionalidade	Portuguesa	478	96.76%
	Outra	16	3.24%
Região Geográfica	Norte	139	28.1%
	Centro	276	56%
	Lisboa	60	12.1%
	Alentejo	5	1.0%
	Algarve	5	1.0%
	RAM	3	0.6%
	RAA	4	0.8%
	Estrangeiro	2	0.4%
Estatuto socioeconómico	Alto	1	0.2%
	Médio-Alto	39	7.9%
	Médio	272	55.1%
	Médio-Baixo	154	31.2%
	Baixo	28	5.7%
Suporte Social	Muito Fraco	11	2.2%
	Fraco	43	8.7%
	Razoável	122	24.7%
	Bom	156	31.6%
	Muito Bom	134	27.1%
	Excelente	28	5.7%

Caraterização da Amostra Total

Na realização do presente estudo contou-se com a colaboração total de 534 participantes de ambos os sexos (396 mulheres, 138 homens), pelo que o género feminino representa 74.2%, e o género masculino representa 25.8% da amostra como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 2:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: género (n=534).

Género	N	(%)
Feminino	396	74.2
Masculino	138	25.8

No que reporta às idades dos participantes verificou-se que a média (M) consistiu no valor de 28.10 e o desvio padrão (DP) associado de 9.02, sendo que as idades variaram entre os 16 e os 70 anos de idade (ver tabela 3).

Tabela 3:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: idade (n=534).

	MÉDIA	DP	NÚMERO MÍNIMO	NÚMERO MÁXIMO
Idade	28.10	9.02	16	70

No que diz respeito ao estado civil observou-se que 349 participantes (65.4%) eram solteiros, sendo que destes, 229 participantes afirmaram manter uma relação íntima. Adicionalmente, 131 participantes (24.5%) referiram ser casados, 40 participantes (7.5%) assinalaram viver em união de facto, e 14 participantes (2.6%) referiram ser divorciados (ver tabela 4).

Tabela 4:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: estado civil (n=534).

Estado civil	N	(%)
Solteiro	349	65.4
Casado	131	24.5
Divorciado	14	2.6
União de facto	40	7.5

No que concerne ao nível de escolaridade, foi possível presenciar que 61 participantes (11.4%) possuíam habilitações ao nível do ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico). Por outro lado, 156 sujeitos, o que corresponde a uma percentagem de 29.2%, possuíam o ensino secundário, 223 participantes (41.8%) possuíam como habilitações literárias a licenciatura e 94 sujeitos (17.6%) relataram possuir o mestrado ou doutoramento como nível de escolaridade (ver tabela 5).

Tabela 5:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: nível de escolaridade (n=534).

Nível de escolaridade	N	(%)
Ensino básico	61	11.4
Ensino Secundário	156	29.2
Licenciatura	223	41.8
Mestrado ou Doutoramento	94	17.6

Ao nível do estatuto socioeconómico, foi possível observar que os participantes situavam-se maioritariamente no estatuto socioeconómico Médio (291 participantes - 54.5%). Os restantes distribuíram-se pelo estatuto socioeconómico Médio Baixo (30.5%), Médio Alto (8,2%), Baixo (6.6%) e Alto (0,2%), como se pode observar na tabela 6.

Tabela 6:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: estatuto socioeconómico (n=534).

Estatuto socioeconómico	N	(%)
Alto	1	0.2
Médio Alto	44	8.2
Médio	291	54.5
Médio Baixo	163	30.5
Baixo	35	6.6

Relativamente ao suporte social da amostra em questão, observou-se que uma grande parte dos participantes (32.8%) perceciona ter um bom suporte social, 25.7% dos participantes refere ter um suporte social muito bom, 24.3% um suporte social razoável, 9.6% um suporte social fraco, 5.2% excelente e 25.4% dos participantes percecionam ter um suporte social muito fraco. Estas características podem melhor ser observadas na tabela apresentada em seguida.

Tabela 7:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: suporte social (n=534).

Suporte social	N	(%)
Muito Fraco	13	2.4
Fraco	51	9.6
Razoável	130	24.3
Bom	175	32.8
Muito Bom	137	25.7
Excelente	28	5.2

No que concerne à variável IMC verificou-se que 307 participantes (57.5%) se situavam no percentil do peso normal (IMC de 18,5 até 24,9). Por seu lado, 120 participantes (22.5%)

apresentaram um Índice de Massa Corporal que os colocava no percentil levemente acima do peso ou sobrepeso (IMC de 25 até 30) e 77 participantes (14.4%) ao nível da Obesidade (IMC \geq 30). Destes 77 participantes, observou-se que 24 participantes (4.5%) se encontravam no percentil de Obesidade de grau I, 13 participantes (2.4%) no percentil de Obesidade de grau II e 40 participantes (7.5%) no percentil de Obesidade mórbida. Além disso, 29 participantes (5.4%) registaram um IMC de Abaixo do peso (\leq 18,5%) (ver tabela 8).

Tabela 8:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: IMC (n=533).

IMC	N	(%)
Abaixo do peso (\leq 18.49 kg/m ²)	29	5.4
Peso Normal (18.5 - 24.9 kg/m ²)	307	57.5
Sobrepeso (25-29.9 kg/m ²)	120	22.5
Obesidade Tipo I (30-34.9 kg/m ²)	24	4.5
Obesidade Tipo II (35-39.9 kg/m ²)	13	2.4
Obesidade Mórbida (\geq 40 kg/m ²)	40	7.5

Concomitantemente é importante referir que os participantes desta amostra são maioritariamente de nacionalidade portuguesa (97%), e encontram-se essencialmente na área geográfica do Centro (59%), seguindo-se os participantes do Norte (26%), Lisboa (11.2%), e os restantes (3.8%) encontram-se distribuídos equitativamente pelas restantes áreas geográficas de Portugal (Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores). Ver tabela 9.

Tabela 9:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: Área geográfica (n=534).

Área geográfica	N	(%)
Centro	315	59
Norte	139	26
Lisboa	60	11.2
Alentejo	5	0.95
Algarve	5	0.95
Região Autónoma da Madeira	5	0.95
Região Autónoma dos Açores	5	0.95

Relativamente à situação profissional observou-se que 252 participantes (47.2%) relatam estar empregados, 225 (42.1%) mencionam ser estudantes, 48 participantes (9%) referem estar desempregados, 5 participantes (0.9%) referem ser trabalhadores-estudantes e 4 participantes mencionam estar reformados (0.7%), como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 10:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: Profissão (n=534).

Profissão	N	(%)
Empregados	252	47.2
Desempregados	48	9
Estudantes	225	42.1
Trabalhadores-estudantes	5	0.9
Reformados	4	0.7

Adicionalmente, no que diz respeito às variáveis relacionadas com a sexualidade, a média de idades referida para o início da experiência sexual está nos 16.33 e o desvio padrão de 5.489, sendo que são os homens quem diz iniciar mais cedo a atividade sexual (M=15.86; DP=5.575) em comparação com as mulheres (M=16.50; DP=5.455). Ver tabela seguinte.

Tabela 11:

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes: início da experiência sexual (n=534).

	M	D.P
Início da experiência sexual	16.33	5.489
Homens	15.86	5.575
Mulheres	16.50	5.455

Quando inquiridos acerca da existência de relações sexuais no último mês, 396 participantes (74.3%) responderam sim e 137 participantes (25.7%) referiram não. Relativamente à questão com quem mantinham as relações sexuais, 212 participantes responderam manter relações sexuais com o namorado(a), 145 participantes com o marido/mulher, 32 participantes com amigos e 5 participantes referiram manter relações sexuais com outros. No que refere às relações íntimas, 394 participantes referem manter uma relação íntima e 140 participantes não. Dos que responderam estar numa relação íntima, 152 participantes referiram estar na relação há mais de 1 ano e menos de 5 anos, 102 participantes há mais de 5 anos e menos de 10 anos, 75 participantes há mais de 10 anos, 37 participantes há menos de 1 ano, 24 participantes há menos de 6 meses e 9 participantes há menos de 1 mês. Dos que responderam negativamente, a maioria dos participantes (47.1%) refere não estar numa relação íntima há menos de 1 mês (ver tabela seguinte).

Tabela 12:

Características sociodemográficas dos participantes: Relações sexuais durante o último mês e relações íntimas (n=533).

		N	(%)
Parceiros sexuais dos que tiveram relações sexuais no último mês	Relações sexuais	396	74.3
	Sim	396	74.3
	Não	137	25.7
	Namorado(a)	212	53.5
	Marido/Mulher	145	36.6
	Amigos	32	8.1
Relações Íntimas/ Afetivas	Outro	5	1.3
	Sim	394	73.8
Tempo de existência da relação íntima	Não	140	26.2
	+ de 10 anos	75	18.7
	+ de 5 anos e - de 10 anos	102	25.6
	+ de 1 anos e - de 5 anos	152	38.3
	- de 1 ano	37	9.2
	- de 6 meses	24	6.1
	- de 1 mês	9	2.1

Instrumentos

Para a realização desta investigação optou-se por se utilizar quatro instrumentos¹. Foram elaborados um Questionário Sociodemográfico, um Questionário de Sexualidade, uma Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, sendo que esta foi feita tendo por base o BIQ (Body Image Questionnaire) e a escala de nove silhuetas, proposta por Stunkard, Sorenson e Schlusinger (1983) e um Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995), o qual se vai validar para a população portuguesa. Em seguida serão descritos detalhadamente cada um dos instrumentos utilizados.

Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi constituído por dois tipos de perguntas. Por um lado prevaleceram questões fechadas que visaram a caracterização dos sujeitos, incluindo informações como idade, género, estatuto socioeconómico, nível de escolaridade, profissão, estado civil e suporte social. Por outro lado, questões cujo objetivo foi recolher informação sobre eventuais dados clínicos de cada sujeito, nomeadamente, questionar se no momento existia algum problema significativo como depressão, ansiedade, isolamento, desemprego, problemas familiares, problemas relacionais, ou problemas de saúde, assim como questionar a existência de alguma perturbação psicológica/psiquiátrica, doença física, ingestão de medicação ou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Para cada uma destas questões o indivíduo assinalou o quadrado correspondente à sua situação (Sim ou Não) e, caso a resposta fosse afirmativa na questão seguinte, especificava, qual ou quais as perturbações e doenças existentes, assim como a medicação que se encontrava a ingerir.

Questionário da Sexualidade

Este questionário foi formado por uma questão de resposta aberta e por questões de resposta de tipo likert. A questão de resposta aberta consistiu em questionar a idade com que teve a primeira relação sexual e as questões de resposta tipo likert consistiram em recolher informações acerca da existência ou não de relacionamentos amorosos e relações sexuais, assim como da duração dos mesmos e com quem são efetuados.

Questionário da Satisfação com a imagem corporal

Este questionário foi composto por três partes distintas. Numa primeira parte continha questões mais antropométricas, ou seja peso e altura (que posteriormente possibilitarão o cálculo do IMC).

Numa segunda parte foi composto por uma escala de nove silhuetas de cada género, proposta por Stunkard, Sorenson e Schlusinger (1983), que representa um continuum desde a magreza (correspondente à silhueta 1) até a obesidade severa (correspondente à silhueta 9)

¹ Ver os instrumentos no anexo A

(Tribess, 2006; Graup *et al*, 2008). Assim, foi solicitado aos participantes que escolhessem o número da silhueta que consideravam semelhante à sua aparência corporal real e também o número da silhueta que acreditavam ser mais semelhante à aparência corporal ideal/desejada. Deste modo, para avaliar o grau de satisfação corporal, subtrai-se à aparência corporal real a aparência corporal ideal, podendo o diferencial variar de -8 até 8. Se essa variação for igual a 0 ou 1, classifica-se a pessoa como satisfeita e se diferente, classifica-se como insatisfeita. Caso a diferença seja positiva, é uma insatisfação pelo excesso de peso, ao passo que quando negativa, uma insatisfação pela magreza. Assinala-se que a escala de nove silhuetas possui uma boa validade verificada por meio do coeficiente de correlação de Pearson com o índice de massa corporal, apresentando valores estatisticamente significativos $r=0,85-0,92$ (Mueller *et al*, 1985); $r=0,69-0,77$ (Fitzgibbon *et al*, 2000); $r=0,78$ (Tehard *et al*, 2002). Além disso, possui boa reprodutibilidade de escala com teste e reteste que variam de $r=0,55$ a $r=0,71$ (Thompson & Altabe, 1991). Considerou-se então ser esta escala um instrumento eficaz para avaliar o grau de insatisfação com o peso e as dimensões corporais na avaliação do componente perceptivo da imagem corporal.

Numa terceira parte estavam presentes perguntas de respostas abertas como “quais as características físicas que lhe causam maior preocupação/desconforto”, ou “quantos minutos despende atualmente a pensar nas mesmas” e respostas de tipo likert relacionadas com a imagem corporal e o comprometimento das suas características na vida pessoal e social como “qual a intensidade do impacto das suas características nas relações sexuais”.

Questionário Multidimensional do autoconceito sexual (Snell, 1995)

O Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (MSSQ) foi elaborado por Snell em 1995, sendo que a versão original, *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire*, é constituída por 100 itens. Foi validado em população universitária com idades compreendidas entre os 16 e 25 anos, sendo o grau de consistência interna desta escala, determinado pelo coeficiente *alpha* de Cronbach, entre 0,72 e 0,91, nas 20 subescalas que o constituem. Para efeitos de uma investigação realizada em Portugal com este questionário, foram selecionadas 10 das 20 subescalas presentes no MSSQ original, sendo elas: ansiedade sexual, autoeficácia sexual, otimismo sexual, autovigilância sexual, motivação sexual, estima sexual, satisfação sexual, medo do sexo, depressão sexual e, por último, controlo interno da sexualidade.

Posteriormente, e para efeitos da investigação em epígrafe este questionário foi traduzido e reduzido a 50 itens, por Alves-Pacheco (2008). O questionário foi traduzido, em primeiro lugar, para português, e seguidamente foi entregue a uma outra pessoa bilingue a quem foi pedida a sua tradução do português para o Inglês. Por último foram comparadas as duas versões (original e tradução para Inglês), tendo-se verificado um nível elevado de semelhança de significados e de conteúdos entre as duas. A tradução foi certificada na Embaixada Britânica, em Lisboa (Alves-Pacheco, 2008). Este Inventário é composto por uma escala de respostas de tipo *Likert* que varia entre 1 e 4, sendo que 1 corresponde a “não me caracteriza nada” e 4 corresponde a “caracteriza-me bastante”.

Procedimentos

Num primeiro momento, e após a seleção da temática da presente investigação, foi necessário realizar-se uma pesquisa bibliográfica tendo como base cinco palavras-chave: Sexualidade, Satisfação com a imagem Corporal, Índice de Massa Corporal (IMC), Obesidade e Autoconceito sexual.

Posteriormente, procedeu-se à escolha dos instrumentos a utilizar na presente investigação. Assim, para avaliar o autoconceito sexual escolheu-se o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995), no entanto foi utilizada a forma reduzida e traduzida para português de Alves-Pacheco. Concomitantemente, selecionou-se o outro instrumento utilizado para avaliar a satisfação com a imagem corporal, bem como se elaborou o questionário sociodemográfico e o questionário da sexualidade para o efeito. Após a escolha dos instrumentos para o protocolo de investigação realizou-se o pré teste com 6 participantes.

Em seguida, e assegurada a correta compreensão dos instrumentos e garantida a contemplação de aspetos éticos e deontológicos (confidencialidade, anonimato, direito a abandonar a investigação em qualquer momento e possibilidade de aceder aos resultados do trabalho), metodológicos e procedimentais da pesquisa tradicional ao longo de toda a investigação, procedeu-se à concretização da recolha da amostra.

Antes de referir o processo de recolha de amostra é importante referir que esta investigação tem apenas uma amostra, no entanto irei falar em amostra A (participantes recolhidos via internet) e amostra B (participantes recolhidos na consulta Multidisciplinar de Obesidade da ULS da Guarda), devido à recolha ter sido efetuada de modo diferente. Para todos os efeitos, esta investigação é apenas composta por uma amostra total que resulta da junção dos participantes da amostra A com os participantes da amostra B. Surge a necessidade de recolher mais participantes, nomeadamente obesos, para obter um maior número de participantes obesos, e deste modo, efetuar uma melhor comparação entre os diferentes IMC.

A recolha da amostra A foi efetuada por recurso à Internet, nomeadamente através da criação de um formulário (designado "Autoconceito Sexual, Sexualidade, Saúde mental, Imagem corporal, Desesperança e Infertilidade") online através do Google Docs, onde se encontrava para preenchimento on-line os instrumentos que constituíram este estudo.

A publicitação e disseminação do formulário construído para o efeito de investigação numa conta do Google Drive®, foi efetuada através de um link² que por sua vez foi divulgado através de diversos meios, particularmente, pela página da Universidade da Beira Interior, pelo *Facebook*, pelo e-mail e por sites de associações de obesidade.

A recolha da amostra B foi conseguida através da Consulta Externa Multidisciplinar de Obesidade da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda. Assim, e uma vez concedida a autorização e anuídas as aprovações éticas e administrativas pela comissão de ética da ULS da Guarda, procedeu-

² <https://docs.google.com/forms/d/1aGFzXRdSAxENC7Uhi2luero1KVhvekwwCW6opWRwfdI/viewform>

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

se à informação a cada sujeito participante da finalidade do estudo em vigor através da apresentação do consentimento informado. Decorridos estes procedimentos iniciou-se a administração dos instrumentos junto dos participantes na consulta já enunciada. Importa referir que todos os participantes foram devidamente informados do seu direito em desistir ou abandonar a participação no estudo em qualquer momento/ fase do mesmo. Depois de recolhidos, os dados obtidos pelo formulário online, foram exportados para um ficheiro Microsoft Office Excel e, posteriormente tratados num software aplicativo científico designado SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais (versão 22.0). Quanto aos dados recolhidos na Consulta Externa Multidisciplinar de Obesidade da ULS da Guarda, estes foram recolhidos em suporte papel e posteriormente inseridos na base de dados do SPSS onde já constavam os restantes dados recolhidos online.

Após recolhida a amostra total foram selecionados critérios para a construção de grupos de comparação, neste caso construíram-se grupos com base no IMC dos participantes, assim foram criados 6 grupos de comparação com base nos dados reais de peso e altura recolhidos e os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (grupo 1 - IMC Abaixo do peso ($IMC \leq 18.49 \text{ kg/m}^2$); grupo 2 - IMC Normal (IMC de 18.5 a 24.9 kg/m^2); grupo 3 - IMC Sobrepeso (IMC de 25 a 29.9 kg/m^2); grupo 4 - IMC de Obesidade Tipo I (IMC de 30 a 34.9 kg/m^2); grupo 5 - IMC de Obesidade Tipo II (IMC de 35 a 40 kg/m^2); e grupo 6 (IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$)) (WHO, 2000).

Por fim, e após elaborados os resultados obtidos com a investigação, os mesmos, foram interpretados e discutidos.

Resultados

Resultados do Estudo A

✓ Características que evidenciam a homogeneidade da amostra

Ainda no questionário sociodemográfico os participantes foram inquiridos relativamente aos problemas/dificuldades sentidas, sendo que 274 dos participantes desta amostra responderam sim e 220 responderam não. Dos que responderam sim, 38.7% afirmaram sentir stress/ansiedade; 21.5% desmotivação; 6.9% problemas depressivos; 11.2% problemas familiares; 9.7% problemas relacionais; 4.0% problemas de comunicação; 19.6% dificuldades económicas; 10.8% problemas de saúde e por último, 10.5% da amostra referiu o desemprego como um problema atual. Estes dados podem ser observados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13:

Percentagens face aos problemas significativos existentes.

Variável		Frequência	(%)
Problemas/dificuldades	Sim	274	55.5%
	Não	220	44.5%

Tabela 14:

Valores dos problemas significativos existentes de acordo com variáveis específicas/exemplares.

Variável		Frequência	(%)	
<u>Problemas/dificuldades</u>	Stress/ansiedade	Sim	191	38.7%
		Não	302	61.3%
	Desmotivação	Sim	106	21.5%
		Não	387	78.5%
	Isolamento	Sim	33	6.7%
		Não	460	93.3%
	Depressão	Sim	34	6.9%
		Não	459	93.1%
	Problemas familiares	Sim	55	11.2%
		Não	438	88.8%
	Problemas relacionais	Sim	49	9.7%
		Não	445	90.3%
	Problemas de comunicação	Sim	20	4.0%
		Não	474	95.9%

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Dificuldades Financeiras	Sim	97	19.6%
	Não	397	80.4%
Problemas de saúde	Sim	53	10.8%
	Não	440	89.2%
Desemprego	Sim	52	10.5%
	Não	441	89.5%

A maioria da amostra referiu não ter nenhuma doença física ou mental diagnosticada, correspondendo a 87.8% e 97.2%, respetivamente. Apenas 60 dos participantes desta amostra afirmaram ter uma doença física e 14 uma doença mental. Sendo que apenas 6.7% da amostra beneficiavam de acompanhamento psicológico/ psiquiátrico. Estes resultados permitem inferir que a população recolhida não tinha problemas que pudessem enviesar o preenchimento dos questionários. Estes valores podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 15:

Valores acerca de doença física e mental diagnosticada e acompanhamento psicológico.

Variável		Frequência	(%)
Doença física diagnosticada	Sim	60	12.1%
	Não	434	87.8%
Doença mental diagnosticada	Sim	14	2.8%
	Não	480	97.2%
Acompanhamento Psicológico	Sim	33	6.7%
	Não	461	93.3%

A maioria dos participantes desta amostra (72.7%) mantinham no momento uma relação amorosa e, 73.3% dos participantes afirmaram ter tido relações sexuais durante o último mês, maioritariamente com o/a namorado(a) (40.5%). Por outro lado, cerca de 26.7% da amostra nega ter tido relações sexuais durante o último mês, sendo que desses, 28.6% não mantinham relações sexuais há menos de 6 meses Estes valores podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 16:

Valores correspondentes à presença de relação amorosa e de relações sexuais.

Variável	Frequência	Porcentagem	Observações
Relação amorosa	Sim	359	72.7%
	Não	135	27.3%
Relações sexuais no último mês	Sim	362	73.3%
	Não	132	26.7%

Observações: A maioria dos participantes mantém a relação há mais de 1 ano e menos de 5 anos (39.1%). Dos que não têm uma relação amorosa, a maioria não tem há menos de 1 ano (48%).
 Uma média de 8 vezes por mês.
 Namorado(a): 40.5% A maioria mantém
 Amigo(a): 6.1%
 Marido/Mulher: 25.1% relacionamentos sexuais com essa
 Outra: 1.0% pessoa entre 1 e 5 anos.
 Desconhecido(a): 0.6%
 Dos que não mantêm relações sexuais, a maioria não mantém há menos de 6 meses (28.6%).

Relativamente à idade da primeira experiência sexual verificou-se que a maioria dos participantes disseram ter iniciado a vida sexual por volta dos 16 anos, sendo que foram os homens quem referiu ter iniciado mais cedo a vida sexual (15.85), o que se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 17:

Média de idades para a primeira experiência sexual da Amostra A.

Variável	Média
Idade da primeira experiência sexual	16.2
Homens	15.85
Mulheres	16.37

✓ **Procedimentos de Validação Psicométrica do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) e adaptação à População Portuguesa.**

Após conseguidos 494 participantes para esta investigação, começou-se por proceder à validação dos questionários, no meu caso, o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995). Os dados recolhidos foram introduzidos na base de dados do IBM SPSS Statistics

(versão 22.0) a fim de iniciar a validação psicométrica do mesmo com o objetivo de aferir para a população portuguesa.

O primeiro passo para a validação psicométrica foi a inversão de itens do questionário, de modo a que homogeneizar a leitura global dos itens. Os itens invertidos foram: 1, 4, 8, 9, 14, 18, 19, 21, 24, 28, 29, 33, 34, 39, 41, 44, 45 e 49.

Sensibilidade

Seguidamente, procedeu-se à análise da sensibilidade dos itens, pelas medidas de assimetria (*Skewness*) e curtose (*Kurtosis*). De acordo com Kline (1998), valores absolutos de assimetria superiores a 3 ou de curtose superiores a 7, significam uma grande dispersão entre os itens, comprometendo a sua sensibilidade. Assim, e conforme mostra a seguinte tabela, este facto não acontece com nenhum dos itens do questionário, alegando uma boa sensibilidade dos mesmos.

Tabela 18:

Assimetria (Skewness) e Curtose (Kurtosis) para os 50 itens do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995).

Itens	Skewness	Skewness Std. Error	Kurtosis	Kurtosis Std. Error
1	.858	.110	-.136	.219
2	.781	.110	-.066	.219
3	1.190	.110	1.030	.219
4	-1.338	.110	1.128	.219
5	-.767	.110	-.171	.219
6	-.644	.110	-.413	.219
7	-.562	.110	-.765	.219
8	-1.292	.110	.481	.219
9	-2.022	.110	3.664	.219
10	-1.161	.110	1.010	.219
11	.680	.110	-.279	.219
12	-.730	.110	-.144	.219
13	-1.154	.110	1.265	.219
14	-1.109	.110	.267	.219
15	-.416	.110	-.816	.219
16	-.716	.110	-.143	.219
17	-.676	.110	-.463	.219
18	-1.766	.110	2.349	.219
19	-1.655	.110	2.032	.219
20	-.543	.110	-.397	.219
21	-1.390	.110	1.085	.219
22	-.554	.110	-.563	.219
23	-.660	.110	-.568	.219

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

24	-.685	.110	-.697	.219
25	-.914	.110	-.017	.219
26	-1.057	.110	.603	.219
27	-.802	.110	-.136	.219
28	-1.549	.110	1.339	.219
29	-1.682	.110	2.056	.219
30	-1.039	.110	.777	.219
31	.633	.110	-.500	.219
32	-.879	.110	.417	.219
33	-1.666	.110	2.517	.219
34	-1.583	.110	1.789	.219
35	-.402	.110	-.850	.219
36	-.720	.110	-.056	.219
37	-.433	.110	-.509	.219
38	-.360	.110	-1.298	.219
39	-1.475	.110	.963	.219
40	-.203	.110	-1.025	.219
41	-1.699	.110	2.249	.219
42	-.570	.110	-.443	.219
43	-.899	.110	-.204	.219
44	-.176	.110	-1.272	.219
45	-.058	.110	-1.236	.219
46	-.732	.110	-.240	.219
47	-.752	.110	-.357	.219
48	-.985	.110	-.194	.219
49	-1.885	.110	2.865	.219
50	-.902	.110	.174	.219

Consistência Interna

Em seguida, procedeu-se à análise da Consistência Interna com o Alfa de Cronbach. O valor conseguido foi de 0.91, tal como se pode observar na tabela abaixo, o que nos indica uma consistência interna excelente (Marôco, 2011).

Tabela 19:

Valores do Alfa de Cronbach do MSSQ (Snell, 1995).

Consistência Interna (Alpha de Cronbach)	
Alpha de Cronbach	0.91
Número de itens	50

Análise Fatorial

O quarto passo diz respeito à análise fatorial exploratória, ou seja, sem dimensões prévias fixadas, de modo a que os itens se agrupem e formem dimensões. Assim, começou-se por testar a adequabilidade do questionário para a análise fatorial, através do teste de *Keiser Meyer Olkin* (*KMO*). Este teste varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a adequabilidade. Neste caso, o *KMO* foi de 0,95, o que nos remete para uma adequabilidade excelente (Marôco, 2011).

Tabela 20:

Valores do teste KMO e de Esfericidade de Bartlett para o MSSQ (Snell, 1995).

<i>KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett</i>	
<i>KMO - Medida de Adequação da Amostra</i>	,95
<i>Teste de Esfericidade de Bartlett</i>	16444,667

Posteriormente utilizou-se o método de componentes principais na extração dos fatores e aplicou-se o método de rotação *varimax* na obtenção da solução fatorial. Assim, procedeu-se a uma análise exploratória que produziu 9 dimensões, no entanto como a variância explicada das últimas dimensões era bastante reduzida (2%) utilizou-se a regra do *Scree Plot*, onde se verificou que a curva mais acentuada se situava nas 5 dimensões. Deste modo, optou-se por fazer uma nova solução fatorial, fixando 5 fatores. Assim sendo, realizou-se uma rotação *varimax*, onde se fixou um valor de 0,4 no “*Supress Small Coef.*”, de onde se retiraram 5 dimensões e, posteriormente, procedeu-se à organização fatorial, atribuindo um nome ao conjunto de itens que compõem cada dimensão.

Tabela 21:

Dimensões extraídas da Análise Fatorial.

Dimensão	Itens que a compõem	Nome atribuído à dimensão
1	2,6,7,12,16,17,22,26,27,32,36,37,42,46,47.	<i>Locus de Controlo Emocional</i>
2	1,8,9,18,19,21,28,29,33,39,41,49.	<i>Emoções Negativas</i>
3	3,10,11,13,20,23,30,31,40,43,48,50.	<i>Controlo Futuro</i>
4	5,15,25,35,38,45.	<i>Motivação Sexual</i>
5	4,14,24,34,44.	<i>Vigilância</i>

Após o batismo de cada uma das dimensões, tornou-se necessário analisar a consistência interna de cada dimensão através do Alfa de Cronbach, assim como a variância explicada de cada dimensão, que no global se revelou muito boa. As dimensões apresentam uma consistência interna muito boa, tal como se pode confirmar na tabela abaixo.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Tabela 22:

Dimensões, respetivos itens, variância explicada e Alfa de Cronbach.

Dimensões e Itens	Variância Explicada (%)	Alpha de Cronbach	Média	DP
1. Locus de Controlo Emocional/ Dimensão Emocional	32,471	0,96	3,64	0,90
2. Tenho a capacidade de lidar com quaisquer necessidades ou desejos sexuais que possa ter.				
6. Sinto orgulho no modo como lido com as minhas necessidades e desejos sexuais.				
7. Estou satisfeita(o) com o modo como as minhas necessidades sexuais estão a ser satisfeitas.				
12. Sou suficientemente capaz de assegurar a realização dos meus desejos sexuais.				
16. Sinto-me orgulhosa(o) com o modo como lido com os meus desejos e preferências sexuais.				
17. Estou satisfeita(o) com o meu grau de realização sexual.				
22. Tenho competências e aptidões que me asseguram comportamentos sexuais compensadores.				
26. Estou satisfeita(o) com o modo como lido com as minhas tendências e comportamentos sexuais.				
32. Sou capaz de controlar e de lidar com os meus desejos e necessidades sexuais.				
36. Tenho sentimentos positivos sobre o modo como encaro os meus próprios desejos e necessidades sexuais.				
37. Comparativamente com a maioria das pessoas os aspetos sexuais da minha vida são gratificantes.				
42. Sou capaz de cuidar das minhas próprias necessidades e desejos sexuais.				
46. Sinto-me bem com o modo como expesso os meus desejos e necessidades sexuais.				
47. Estou satisfeita(o) com os aspetos sexuais da minha vida.				
2. Emoções Negativas	12,953	0,89	1,67	0,72
1. Sinto-me ansiosa(o) quando penso nos aspetos sexuais da minha vida.				
8. Tenho medo de me envolver sexualmente com outra pessoa.				
9. Estou deprimida(o) com os aspetos sexuais da minha vida.				
18. Tenho medo de relacionamentos sexuais.				
19. Estou desiludida(o) com a qualidade da minha vida sexual.				
21. Pensar sobre os aspetos sexuais da minha vida deixa-me muitas vezes com uma sensação de desconforto				
28. Sinto receio de me envolver sexualmente.				
29. Sinto-me desencorajada(o) com a minha vida sexual.				
33. É provável que no futuro eu venha a ter problemas sexuais.				
39. Sinto-me infeliz com as minhas experiências sexuais.				
41. Sinto-me nervosa(o) quando penso nos aspetos sexuais da minha vida.				
49. Sinto-me triste quando penso sobre as minhas experiências sexuais.				
3. Controlo Futuro	4,892	0,88	3,73	0,76
3. Espero que os aspetos sexuais da minha vida sejam, no futuro, positivos e gratificantes.				
10. A minha sexualidade é algo porque sou largamente responsável.				
11. Preocupo-me com os aspetos sexuais da minha vida.				

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

13. Acredito que de futuro os aspetos sexuais da minha vida sejam saudáveis e positivos.				
20. Os aspetos sexuais da minha vida são em grande medida determinados pelo meu próprio comportamento.				
23. Não espero vir a sofrer de quaisquer frustrações ou problemas sexuais.				
30. Controlo e sou responsável pelos aspetos sexuais da minha vida.				
31. Preocupo-me com os aspetos sexuais da minha vida.				
40. O que mais afeta os aspetos sexuais da minha vida é o que eu própria faço.				
43. Vislumbro um futuro em que posso confiar nos aspetos sexuais da minha vida.				
48. Não tenho receio em ser sexualmente ativa(o).				
50. A minha sexualidade é algo que eu própria(o) controlo.				
4. Motivação Sexual	3,717	0,82	3,40	0,94
5. Sinto-me motivada(o) a ser sexualmente ativa(o).				
15. Sinto-me motivada(o) a dedicar tempo e esforço ao sexo.				
25. Desejo ser sexualmente ativa(o).				
35. É importante para mim que eu esteja sexualmente envolvida(o).				
38. Não tenho medo de um envolvimento sexual.				
45. Faço um esforço para ser sexualmente ativa(o).				
5. Vigilância Sexual	2,979	0,77	2,06	0,86
4. Apercebo-me de que os outros reparam nos aspetos sexuais da minha vida.				
14. Preocupo-me com o modo como os outros avaliam as minhas convicções e comportamentos sexuais.				
24. Apercebo-me rapidamente das reações que os outros têm face aos aspetos sexuais da minha vida.				
34. Preocupo-me com o modo como os aspetos sexuais da minha vida são vistos pelas outras pessoas.				
44. Estou ciente da impressão pública que os meus comportamentos e atitudes face ao sexo causam.				
Dimensão Total		0,909	2,90	0,52

Resultados do estudo total

Satisfação com a Imagem Corporal e Autoconceito Sexual

Através de uma visão geral da próxima tabela, observa-se que esta amostra revelou valores relativamente baixos de IMC e valores de satisfação com a imagem corporal abaixo da mediana teórica, o que permite referir que esta amostra se avalia como estando satisfeita com a imagem corporal, quando comparados os valores com a mediana teórica. Verifica-se que mediante o critério teórico, há uma aproximação entre a imagem real e imagem ideal, sendo que a discrepância entre a mediana teórica e a média observada é inferior a 1, pelo que, esta amostra não perceciona uma insatisfação com a imagem corporal. Apesar de na dimensão imagem corporal os participantes desta investigação terem apresentado valores na diferença de silhuetas entre a imagem real e a imagem

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

desejada abaixo da mediana teórica, uma vez que se obteve um valor de 1.15 e esperava-se obter um valor de 1.5, é importante referir que para alguns autores, valores diferentes de zero ou de um entre a imagem real e a imagem desejada são indicadores de uma percepção de insatisfação com a imagem corporal (Graup *et al*, 2008), no entanto na presente investigação irão ser utilizados os valores da mediana teórica como valores de comparação, uma vez que a diferença de silhuetas na generalidade é pequena, ou seja não existe uma grande diferença entre a imagem real e a imagem desejada. Nos níveis de preocupação com as características físicas e nos níveis do impacto das características pessoais nas relações sexuais, os participantes desta investigação pontuaram acima da mediana teórica, contudo é importante referir que nestas duas questões quanto maior o valor, menor a intensidade de preocupação ou impacto, o que significa que esta amostra percebe uma satisfação com a imagem corporal.

Tabela 23:

Médias observadas e a mediana teórica para as dimensões da imagem corporal (n=534).

	Média	Mediana ^{3*} teórica	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IMC	25.13	29.25**	6.86	16.30	61.73
Diferença de silhuetas	1.15	1.5	1.37	-3	6
Intensidade da preocupação	4.06	3	1.00	1	5
Impacto nas relações sexuais	3.23	3	0.88	1	5

Relativamente aos valores do autoconceito sexual, verificou-se que esta amostra apresentou valores superiores aos esperados para as dimensões locus de controlo emocional, controlo futuro e motivação sexual. As dimensões emoções negativas e vigilância sexual apresentaram valores inferiores aos esperados, no entanto são indicadores de bom autoconceito sexual, uma vez que para esta dimensão valores mais baixos são indicadores de melhor autoconceito sexual. Deste modo, observou-se que no geral, a amostra da presente investigação apresentou valores elevados nas diferentes dimensões do autoconceito sexual. Relativamente à dimensão autoconceito sexual total, esta amostra apresentou valores ligeiramente abaixo dos esperados.

*A mediana teórica apresenta-se como valor de comparação para uma dada pontuação esperada na distribuição amostral teórica, constituindo uma referência entre baixos e altos níveis para uma dada variável. É calculada através do somatório do número mínimo e do número máximo esperado teoricamente dividido por 2.

** Mediana teórica de referência, tendo em conta que as medidas padronizadas admitem valores abaixo e acima dos mínimos e máximos, respetivamente.

Tabela 24:

Médias observadas e a mediana teórica para as dimensões do autoconceito sexual (n=534).

	Média	Mediana teórica	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Locus de controlo emocional	3.52	3	0.83	1	5
Emoções negativas	1.74	3	0.75	1	5
Controlo futuro	3.43	3	0.56	1	5
Motivação sexual	3.24	3	0.75	1	5
Vigilância sexual	2.11	3	0.87	1	5
Autoconceito sexual total	2.80	3	0.43	1	5

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito sexual e Género

Para a dimensão IMC, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação entre géneros ($t(532)=-3.106$; $p=0.002$), que nos indica que foram os participantes do género masculino, aqueles que apresentaram valores de IMC mais elevados ($M=26.62$), quando comparados com o género feminino ($M=24.50$). No que diz respeito à diferença de silhuetas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=2.42$; $p=0.016$), que nos indicam, que foram as mulheres que referiram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada ($M=1.23$) quando comparadas com os homens ($M=0.91$), o que significa que foram as mulheres que apresentaram uma maior perceção de insatisfação com a imagem corporal. No que se refere à variável intensidade da preocupação com as próprias características, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=-1.21$; $p=0.226$), embora tenham sido as mulheres quem apresentou maior preocupação com as próprias características (Mulheres - $M=4.03$; Homens - $M=4.24$). No que concerne à variável intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(457)=2.958$; $p=0.003$), indicando que foram os homens que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais ($M=3.37$), quando comparados com as mulheres ($M=3.62$) (ver tabela 21).

Tabela 25:

Resultados para as diferenças entre géneros e a dimensão imagem corporal (n=534).

	Género	Média	N	%	T-test	p-valor
IMC	Feminino	24.50	394	73.8	-3.104	0.002*
	Masculino	26.62	140	26.2		
Diferença de Silhuetas	Feminino	1.23	394	73.8	2.42	0.016*
	Masculino	0.91	140	26.2		
Intensidade da preocupação	Feminino	4.03	394	73.8	-1.21	0.226
	Masculino	4.14	140	26.2		
Impacto nas relações	Feminino	3.62	341	63.9	2.958	0.003*
	Masculino	3.37	118	22.1		

*p≤0.05; **p≤0.001

Da análise de comparação de médias para o autoconceito sexual, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as dimensões locus de controlo emocional ($t(532)=1.849$; $p=0.065$), indicando no entanto que foram as mulheres que apresentaram mais locus de controlo emocional ($M=3.56$), quando comparadas com os homens ($M=3.41$), e para a dimensão controlo futuro, indicando-nos também que foram as mulheres que perceberam ter mais controlo futuro (Mulheres - $M=3.44$; Homens - $M=3.38$). No que toca à dimensão emoções negativas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=-3.245$; $p=0.001$), indicando que foram os participantes do género masculino que referiram mais emoções negativas ($M=1.90$), quando comparados com os participantes do género feminino ($M=1.66$), o que significa que foram os homens que obtiveram menos autoconceito sexual nesta dimensão. Relativamente à dimensão motivação sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=-3.390$; $p=0.001$), que nos indicam que foram os homens que apresentaram maior motivação sexual ($M=3.42$), quando comparados com as mulheres ($M=3.17$). No que concerne à dimensão vigilância sexual, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=-3.582$; $p\leq 0.001$), apontando que foram os participantes do género masculino que perceberam maior vigilância por parte dos outros ($M=2.33$) quando comparados com os participantes do género feminino ($M=2.03$), o que indica que foram as mulheres que obtiveram maiores níveis de autoconceito sexual nesta dimensão. Relativamente ao autoconceito sexual total verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=-2.708$; $p=0.007$), indicando-nos que foram os homens que apresentaram mais autoconceito sexual ($M=2.89$) em comparação com as mulheres ($M=2.77$), como se pode observar na tabela 26.

Tabela 26:

Resultados para as diferenças entre géneros e o autoconceito sexual (n=534).

	Género	Média	N	%	T-test	p-valor
Locus de Controlo Emocional	Feminino	3.56	394	73.8	1.849	0.065
	Masculino	3.41	140	26.2		
Emoções Negativas	Feminino	1.66	394	73.8	-3.245	0.001*
	Masculino	1.90	140	26.2		
Controlo Futuro	Feminino	3.44	394	73.8	1.109	0.268
	Masculino	3.38	140	26.2		
Motivação Sexual	Feminino	3.17	394	73.8	-3.390	0.001*
	Masculino	3.42	140	26.2		
Vigilância Sexual	Feminino	2.03	394	73.8	-3.582	0.000**
	Masculino	2.33	140	26.2		
Autoconceito Sexual Total	Feminino	2.77	394	73.8	-2.708	0.007*
	Masculino	2.89	138	25.8		

*p≤0.05; **p≤0.001

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito sexual e Idade

Para a análise dos resultados relativamente à variável idade foi necessário num primeiro momento proceder à elaboração de três grupos de comparação, assim o grupo designado de mais novos foi composto por participantes com idades compreendidas entre os 16 e os 22 anos, o grupo designado de idade intermédia foi constituído por participantes com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos e o grupo designado de mais velhos foi constituído por participantes com idades compreendidas entre os 31 e os 70 anos.

No que respeita à comparação de médias para a faixa etária, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para o IMC ($F(1900.77; 22987.77)=21.540$; $p\leq 0.001$), indicando-nos que foram os participantes mais velhos que apresentaram valores mais elevados de IMC ($M=27.79$), seguindo-se os participantes da faixa etária intermédia ($M=24.71$), e por fim os participantes mais novos ($M=23.14$). Relativamente à dimensão diferença de silhuetas, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(15.022; 962.11)=4.083$; $p\leq 0.001$), observando-se que foram os participantes mais velhos que referiram uma maior diferença entre as silhuetas reais e as silhuetas desejadas ($M=1.39$), e os participantes mais novos, os que referiram uma menor diferença entre as silhuetas reais e as desejadas ($M=0.98$) (ver tabela 23). No que concerne à dimensão intensidade da preocupação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(0.871;$

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

510.06)=0.447; $p=0.614$), ainda assim observou-se que foram os participantes mais novos que apresentaram valores mais elevados de preocupação ($M=4.01$) e os participantes da faixa etária intermédia aqueles que apresentaram menor intensidade de preocupação ($M=4.11$). No que toca à dimensão impacto nas relações sexuais, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(1.44; 263.76)=1.220$; $p=0.296$), indicando-nos que foram os participantes da faixa etária intermédia que obtiveram menores valores na intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais ($M=3.64$) e os mais velhos e os mais novos aqueles que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais ($M=3.52$). Consultar os resultados na tabela 27.

Tabela 27:

Resultados para as diferenças entre a faixa etária e a dimensão imagem corporal (n=534).

	Idade	Média	N	%	F	p-valor
IMC	Mais Novos	23.14	177	33.8	21.540	0.000**
	Idade Intermédia	24.71	182	34.7		
	Mais Velhos	27.79	165	31.5		
Diferença de Silhuetas	Mais Novos	0.98	178	33.8	4.083	0.017*
	Idade Intermédia	1.10	183	34.8		
	Mais Velhos	1.39	165	31.4		
Intensidade da preocupação	Mais Novos	4.01	178	33.8	0.447	0.640
	Idade Intermédia	4.11	183	34.8		
	Mais Velhos	4.07	165	31.4		
Impacto nas relações	Mais Novos	3.52	162	35.9	1.220	0.296
	Idade Intermédia	3.64	159	35.3		
	Mais Velhos	3.52	130	28.8		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

No que respeita à comparação de médias para as faixas etárias, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão locus de controlo emocional ($F(3.786; 352.467)=2.809$; $p=0.061$), contudo verificou-se que foram os participantes de faixa etária intermédia que obtiveram valores mais elevados de autoconceito sexual (locus de controlo emocional) ($M=3.62$) e os participantes mais velhos, os que tiveram menores valores de autoconceito sexual ($M=3.45$). Relativamente à dimensão emoções negativas verificaram-se

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

diferenças estatisticamente significativas ($F(4.631; 291.934)=4.148$; $p=0.016$), indicando que foram os participantes mais velhos que apresentaram valores mais elevados nas emoções negativas ($M=1.80$), que se traduz em menores níveis de autoconceito sexual e os participantes da faixa etária intermédia aqueles que apresentaram menores valores nesta dimensão ($M=1.60$) (ver tabela 24). No que concerne à dimensão controlo futuro também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3.604; 156.759)=6.013$; $p=0.003$), indicando-nos que foram os participantes da faixa etária intermédia que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.52$) e os participantes mais velhos os que apresentaram valores mais baixos ($M=3.32$). No que toca à dimensão motivação sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(14.439; 276.348)=13.663$; $p=0.000$), apontando que foram os participantes da faixa etária intermédia que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.42$) e os participantes mais novos aqueles que apresentaram valores mais baixos ($M=3.02$). Relativamente à dimensão vigilância sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(5.664; 391.767)=3.781$; $p=0.023$), indicando que foram os participantes mais novos que apresentaram níveis de autoconceito sexual mais elevados nesta dimensão ($M=2.23$), e os participantes mais velhos os que apresentaram menores níveis de autoconceito sexual ($M=1.97$). No que concerne ao autoconceito sexual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(0.776; 94.503)=2.147$; $p=0.118$), contudo observa-se que foram os participantes da faixa etária intermédia que apresentaram valores mais elevados no autoconceito sexual total ($M=2.86$) e os participantes mais novos, os que apresentaram valores mais baixos no autoconceito sexual ($M=2.80$) (ver tabela 28).

Tabela 28:

Resultados para as diferenças entre a faixa etária e a dimensão autoconceito sexual (n=534).

	Idade	Média	N	%	F	P-valor
Locus de Controlo Emocional	Mais Novos	3.50	178	33.8	2.809	0.061
	Idade Intermédia	3.65	183	34.8		
	Mais Velhos	3.45	165	31.4		
Emoções Negativas	Mais Novos	1.79	178	33.8	4.148	0.016*
	Idade Intermédia	1.60	183	34.8		
	Mais Velhos	1.80	165	31.4		
Controlo Futuro	Mais Novos	3.47	178	33.8	6.013	0.003*
	Idade Intermédia	3.52	183	34.8		
	Mais Velhos	3.32	165	31.4		
Motivação Sexual	Mais Novos	3.02	178	33.8	13.663	0.000**
	Idade Intermédia	3.42	183	34.8		
	Mais Velhos	3.29	165	31.4		

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

	Mais Novos	2.23	178	33.8		
Vigilância Sexual	Idade Intermédia	2.12	183	34.8	3.781	0.023*
	Mais Velhos	1.97	165	31.4		
	Mais Novos	2.80	178	33.8		
Autoconceito Sexual Total	Idade Intermédia	2.86	183	34.8	2.147	0.118
	Mais Velhos	2.81	165	31.4		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito sexual e Escolaridade

No que respeita à comparação de médias para o nível de escolaridade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para o IMC ($F(9610.818; 15382.638)=109.96$; $p=0.000$), indicando-nos que foram os participantes com o ensino básico que obtiveram valores mais elevados de IMC ($M=36.93$), seguindo-se os participantes com o ensino secundário ($M=23.82$), posteriormente os licenciados ($M=23.61$), e por fim os participantes com mestrado ou doutoramento ($M=23.23$). Relativamente à dimensão diferença de silhuetas, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas ($F(111.781; 893.531)=22.101$; $p=0.000$), indicando que foram os participantes com ensino básico que referiram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada ($M=2.41$), e os participantes com mestrado ou doutoramento, os que referiram uma menor diferença entre as silhuetas reais e as desejadas ($M=0.85$) (ver tabela 25). No que concerne à dimensão intensidade da preocupação verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(70.916; 461.398)=27.153$; $p=0.000$), indicando-nos que foram os participantes com o ensino básico que obtiveram valores mais elevados de preocupação ($M=3.07$) e os participantes com mestrado ou doutoramento aqueles que apresentaram menor intensidade de preocupação ($M=4.32$). No que toca à dimensão impacto nas relações sexuais, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(19.425; 256.017)=11.500$; $p=0.000$), indicando-nos, como na outra dimensão, que foram os participantes com o ensino básico que obtiveram valores mais elevados na intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais ($M=3.09$) e os participantes com mestrado ou doutoramento, aqueles que referiram que as características pessoais tinham um menor impacto nas relações sexuais ($M=3.79$).

Tabela 29: Resultados para as diferenças entre o nível de escolaridade e a dimensão imagem corporal (n=534).

	Nível de escolaridade	Média	N	%	F	p-valor
IMC	Ensino Básico	36.93	61	11.5	109.96	0.000**
	Ensino Secundário	23.82	155	29.1		
	Licenciatura	23.61	223	41.9		
	Mestrado ou Doutorado	23.23	93	17.5		
Diferença de Silhuetas	Ensino Básico	2.41	61	11.4	22.101	0.000**
	Ensino Secundário	1.01	156	29.2		
	Licenciatura	1.02	223	41.8		
	Mestrado ou Doutorado	0.85	94	17.6		
Intensidade da preocupação	Ensino Básico	3.07	61	11.4	27.153	0.000**
	Ensino Secundário	4.08	156	29.2		
	Licenciatura	4.20	223	41.8		
	Mestrado ou Doutorado	4.32	94	17.6		
Impacto nas relações	Ensino Básico	3.09	61	11.4	11.500	0.000**
	Ensino Secundário	3.45	156	29.2		
	Licenciatura	3.65	223	41.8		
	Mestrado ou Doutorado	3.79	94	17.6		

*p≤0.05; **p≤0.001

No que respeita à comparação de médias para o nível de escolaridade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão locus de controlo emocional ($F(3.786; 352.467)=2.809$; $p=0.061$), indicando-nos contudo, que foram os participantes com mestrado ou doutoramento os que apresentaram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.70$) e os participantes com ensino básico, os que apresentaram valores mais baixos de autoconceito sexual ($M=3.24$). Relativamente à dimensão emoções negativas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(4.631; 291.934)=4.148$; $p=0.016$), indicando que foram os participantes com ensino básico que apresentaram valores mais elevados nas emoções negativas ($M=2.19$), que se traduz em

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

menores níveis de autoconceito sexual e os participantes com mestrado ou doutoramento, os que apresentaram menores valores nesta dimensão ($M=1.52$) (ver tabela 26). No que concerne à dimensão controlo futuro verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(3.604; 156.759)=6.013$; $p=0.003$), indicando-nos que foram os participantes com mestrado ou doutoramento que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.60$) e os participantes com ensino básico, aqueles que apresentaram menores valores ($M=3.07$). No que toca à dimensão motivação sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(14.439; 276.348)=13.663$; $p\leq 0.001$), indicando-nos que foram os indivíduos com mestrado ou doutoramento que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.53$) e os indivíduos com ensino básico, aqueles que apresentaram menores valores ($M=3.05$). Relativamente à dimensão vigilância sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(5.664; 391.764)=3.781$; $p=0.023$), apontando que foram os licenciados que apresentaram valores mais elevados nesta dimensão ($M=2.57$), e os participantes com ensino básico, os que apresentaram menores valores ($M=1.99$), o que significa que são os participantes com licenciatura que mencionaram estar mais vigilantes quanto à sua vida sexual. No que concerne ao autoconceito sexual total não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(0.776; 94.503)=2.147$; $p=0.118$), sendo que foram os participantes com mestrado ou doutoramento que apresentaram valores mais elevados no autoconceito sexual total ($M=2.87$) e os participantes com ensino secundário, os que apresentaram menores valores de autoconceito sexual ($M=2.76$).

Tabela 30:

Resultados para as diferenças entre o nível de escolaridade e a dimensão autoconceito sexual (n=534).

	Nível de escolaridade	Média	N	%	F	p-valor
Locus de Controlo Emocional	Ensino Básico	3.24	61	11.4	2.809	0.061
	Ensino Secundário	3.44	156	29.2		
	Licenciatura	3.59	223	41.8		
	Mestrado ou Doutoramento	3.70	94	17.6		
Emoções Negativas	Ensino Básico	2.19	61	11.4	4.148	0.016*
	Ensino Secundário	1.76	156	29.2		
	Licenciatura	1.67	223	41.8		
	Mestrado ou Doutoramento	1.52	94	17.6		

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Controlo	Ensino Básico	3.07	61	11.4	6.013	0.003*
	Futuro	Ensino Secundário	3.37	156		
Motivação Sexual	Licenciatura	3.49	223	41.8	13.663	0.000
	Mestrado ou Doutoramento	3.60	94	17.6		
	Ensino Básico	3.05	61	11.4		
	Ensino Secundário	3.10	156	29.2		
	Licenciatura	3.26	223	41.8		
	Mestrado ou Doutoramento	3.53	94	17.6		
Vigilância Sexual	Ensino Básico	2.57	61	11.4	3.781	0.023*
	Ensino Secundário	2.14	156	29.2		
	Licenciatura	1.99	223	41.8		
	Mestrado ou Doutoramento	2.03	94	17.6		
Autoconceito Sexual	Ensino Básico	2.79	61	11.4	2.147	0.118
	Ensino Secundário	2.76	156	29.2		
	Licenciatura	2.83	223	41.8		
	Mestrado ou Doutoramento	2.87	94	17.6		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito sexual e Estado Civil

No que respeita à comparação de médias para o estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para o IMC ($F(1488.22; 24404.07)=11.14$; $p=0.000$), indicando-nos que foram os casados que obtiveram valores mais elevados de IMC ($M=27.92$), seguindo-se os participantes que se encontravam a viver em união de facto ($M=25.72$), posteriormente os divorciados ($M=25.59$), e por fim os solteiros ($M=23.99$). Relativamente à dimensão diferença de silhuetas, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas ($F(23.673; 981.64)=4.26$; $p=0.005$), indicando que foram os participantes casados que referiram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada ($M=1.50$), e os participantes solteiros, os que referiram uma menor diferença entre as silhuetas reais e as desejadas ($M=1.00$) (ver tabela 27). No que concerne à dimensão intensidade da preocupação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

($F(2.498; 529.82)=0.833$; $p=0.476$), indicando-nos no entanto que foram os divorciados que obtiveram menores valores de preocupação ($M=4.36$) e os casados aqueles que apresentaram maior intensidade de preocupação ($M=3.97$). No que toca à dimensão impacto nas relações sexuais, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3.67; 271.77)=1.535$; $p=0.191$), indicando-nos, que foram os participantes que viviam em união de facto que obtiveram menores valores na intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais ($M=3.82$) e os solteiros e os casados, aqueles que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais ($M=3.53$).

Tabela 31:

Resultados para as diferenças entre estado civil e a dimensão imagem corporal (n=534).

	Estado civil	Média	N	%	F	p-valor
IMC	Solteiro	23.99	347	65.2	11.144	0.000**
	Casado	27.92	131	24.6		
	Divorciado	25.59	14	2.6		
	União de facto	25.72	40	7.6		
Diferença de silhuetas	Solteiro	1.00	349	65.4	4.260	0.005*
	Casado	1.50	131	24.5		
	Divorciado	1.07	14	2.6		
	União de facto	1.15	40	7.5		
Intensidade da preocupação	Solteiro	4.07	349	65.4	0.833	0.476
	Casado	3.97	131	24.5		
	Divorciado	4.36	14	2.6		
	União de facto	4.13	40	7.5		
Impacto nas relações	Solteiro	3.53	318	69.3	1.390	0.245
	Casado	3.52	97	21.1		
	Divorciado	3.82	11	2.4		
	União de facto	3.56	33	7.2		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

No que respeita à comparação de médias para o estado civil, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão locus de controlo emocional ($F(0.766; 366.413)=0.369$; $p=0.775$), indicando-nos contudo, que foram os solteiros que apresentaram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.55$) e os casados e os divorciados, os que apresentaram valores mais baixos de autoconceito sexual ($M=3.46$). Relativamente à dimensão emoções negativas também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3.778; 294.962)=2.263$; $p=0.080$), indicando, no entanto, que foram os participantes divorciados que apresentaram valores mais elevados nas emoções negativas ($M=2.17$), que se traduz em menores níveis de autoconceito sexual e os participantes em união de facto, os que apresentaram menores valores nesta dimensão ($M=1.58$) (ver tabela 28). No que concerne à dimensão controlo futuro verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(2.649; 166.483)=2.811$; $p=0.039$), indicando-nos que foram os divorciados que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.49$) e os participantes casados, aqueles que apresentaram menores valores ($M=3.31$). No que toca à dimensão motivação sexual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(2.774; 295.473)=1.659$; $p=0.175$), indicando-nos, no entanto, que foram os divorciados que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.51$) e os solteiros aqueles que apresentaram menores valores ($M=3.19$). Relativamente à dimensão vigilância sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(10.660; 394.804)=4.770$; $p=0.003$), apontando que foram os divorciados que apresentaram valores mais elevados nesta dimensão ($M=2.47$), e os participantes que viviam em união de facto os que apresentaram menores valores ($M=1.85$), o que significa que foram os participantes divorciados que referiram estar mais vigilantes quanto à sua vida sexual. No que concerne ao autoconceito sexual total não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(1.298; 99.507)=2.307$; $p=0.076$), sendo que foram os participantes divorciados que apresentaram valores mais elevados no autoconceito sexual total ($M=3.02$) e os participantes que vivem em união de facto os que apresentaram menores valores de autoconceito sexual ($M=2.73$)

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Tabela 32:

Resultados para as diferenças entre estado civil e a dimensão autoconceito sexual (n=534).

	Estado Civil	Média	N	%	F	p-valor
Locus de Controlo Emocional	Solteiro	3.55	349	65.4	0.369	0.775
	Casado	3.46	131	24.5		
	Divorciado	3.46	14	2.6		
	União de facto	3.54	40	7.5		
Emoções Negativas	Solteiro	1.71	349	65.4	2.263	0.080
	Casado	1.76	131	24.5		
	Divorciado	2.17	14	2.6		
	União de facto	1.58	40	7.5		
Controlo Futuro	Solteiro	3.47	349	65.4	2.811	0.039*
	Casado	3.31	131	24.5		
	Divorciado	3.49	14	2.6		
	União de facto	3.36	40	7.5		
Motivação Sexual	Solteiro	3.19	349	65.4	1.659	0.175
	Casado	3.31	131	24.5		
	Divorciado	3.51	14	2.6		
	União de facto	3.31	40	7.5		
Vigilância Sexual	Solteiro	2.19	349	65.4	4.770	0.003*
	Casado	1.94	131	24.5		
	Divorciado	2.47	14	2.6		
	União de facto	1.85	40	7.5		
Autoconceito Sexual Total	Solteiro	2.82	349	65.4	2.305	0.076
	Casado	2.76	131	24.5		
	Divorciado	3.02	14	2.6		
	União de facto	2.73	40	7.5		

*p≤0.05; **p≤0.001

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Relacionamento Íntimo

Da comparação das médias, observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(530)=1.249$; $p=0.212$) entre a dimensão IMC e a variável relação íntima, indicando que foram os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima, aqueles que apresentaram um IMC mais elevado ($M=25.35$), quando comparados com os que não estavam envolvidos numa relação íntima ($M=24.51$). No que diz respeito à diferença de silhuetas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=0.695$; $p=0.487$), observando-se que foram os participantes que mantinham uma relação íntima que referiram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada ($M=1.17$) quando comparados com os que não mantinham uma relação íntima ($M=1.08$), o que indica que foram os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima que apresentavam uma maior perceção de insatisfação com a imagem corporal. No que se refere à variável intensidade da preocupação com as próprias características, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=2.01$; $p=0.040$), indicando que foram os participantes que mantinham uma relação íntima/amorosa que apresentavam maior preocupação com as próprias características (numa relação íntima - $M=4.11$; não relação íntima - $M=3.91$). No que concerne à variável intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(459) = 4.583$; $p=0.000$), indicando que foram os participantes que não estavam no momento envolvidos numa relação íntima que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais ($M=3.28$), quando comparado com os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima ($M=3.66$) (ver tabela 33).

Tabela 33:

Resultados para as diferenças entre ter ou não uma relação íntima e a dimensão imagem corporal (n=534).

	Relação Íntima	Média	N	%	T-test	p-valor
IMC	Sim	25.24	392	73.7	1.249	0.212
	Não	24.51	140	26.3		
Diferença de Silhuetas	Sim	1.17	394	73.8	0.695	0.487
	Não	1.08	140	26.2		
Intensidade da preocupação	Sim	4.11	394	73.8	2.061	0.040*
	Não	3.91	140	26.2		
Impacto nas relações	Sim	1.28	330	71.9	4.853	0.000**
	Não	1.59	129	28.1		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Da análise da comparação das médias, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões do autoconceito sexual, com exceção do autoconceito sexual total ($p < 0.005$). Para a dimensão locus de controlo emocional verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=6.755$; $p \leq 0.001$) indicando-nos que foram os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima, aqueles que apresentavam valores mais elevados de autoconceito sexual nesta dimensão ($M=3.67$), quando comparados com os que não estavam envolvidos numa relação íntima ($M=3.13$). No que diz respeito à dimensão emoções negativas também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=5.333$; $p \leq 0.001$), que nos indicam, que foram os participantes que mantinham uma relação íntima que exibiam valores mais elevados nesta dimensão ($M=1.63$) quando comparados com os que não mantinham uma relação íntima ($M=2.00$), o que indica que foram os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima que apresentaram menores níveis de autoconceito sexual nesta dimensão. No que se refere à dimensão controlo futuro, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=2.3391$; $p=0.020$), indicando que foram os participantes que mantinham uma relação íntima/amorosa que apresentaram valores mais elevados (numa relação íntima - $M=3.46$; não relação íntima - $M=3.33$). No que concerne à dimensão motivação sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532) = 4.963$; $p \leq 0.001$), indicando que foram os participantes que estavam no momento envolvidos numa relação íntima que apresentaram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.33$), quando comparados com os participantes que não estavam envolvidos numa relação íntima ($M=2.97$). Relativamente à dimensão vigilância sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=-2.775$; $p=0.006$), sendo que foram os participantes que não estavam envolvidos numa relação íntima que apresentaram valores mais elevados ($M=2.28$), quando comparados com os participantes que não se encontravam numa relação íntima ($M=2.05$). No que toca à dimensão autoconceito sexual total não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(532)=1.858$; $p=0.064$), indicando-nos todavia que foram os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima que apresentaram valores mais elevados de autoconceito ($M=2.82$), quando comparados com os participantes que não estavam no momento numa relação íntima ($M=2.75$) (ver tabela 34).

Tabela 34:

Resultados para as diferenças entre ter ou não uma relação íntima e a dimensão autoconceito sexual (n=534).

	Relação Íntima	Média	N	%	T-test	p-valor
Locus de Controlo Emocional	Sim	3.67	394	73.8	6.755	0.000**
	Não	3.13	140	26.2		
Emoções Negativas	Sim	1.63	394	73.8	-5.333	0.000**
	Não	2.00	140	26.2		
Controlo Futuro	Sim	3.46	394	73.8	2.339	0.020*
	Não	3.33	140	26.2		
Motivação Sexual	Sim	3.33	394	73.8	4.963	0.000**
	Não	2.97	140	26.2		
Vigilância Sexual	Sim	2.05	394	73.8	-2.775	0.006*
	Não	2.28	140	26.2		
Autoconceito Sexual Total	Sim	2.82	394	73.8	1.858	0.064
	Não	2.75	140	26.2		

*p≤0.05; **p≤0.001

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Categorias de IMC

Da comparação de médias para a diferença de silhuetas entre as categorias de IMC, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(422.84; 581.74)=76.611; p=0.000$), indicando-nos que foram os participantes mórbidos que apresentaram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada ($M=3.15$), e os participantes com peso normal os que apresentaram menor diferença de silhuetas ($M=0.65$), o que significa que foram os participantes de IMC normal que apresentaram maior satisfação com a imagem corporal. Relativamente à dimensão intensidade da preocupação verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(115.72; 416.59)=29.279; p= 0.000$), indicando-nos no entanto que foram os participantes mórbidos que obtiveram valores mais elevados de preocupação ($M=2.68$) e os participantes de IMC abaixo do peso, aqueles que apresentaram menor intensidade de preocupação ($M=4.52$). No que toca à dimensão impacto nas relações sexuais, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(19.49; 255.96)=6.897; p= 0.000$), indicando-nos, que foram os participantes de IMC normal e IMC abaixo do peso que apresentaram menores valores na intensidade do impacto das características

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

personais nas relações sexuais ($M=3.65$) e os mórbidos, aqueles que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais ($M=2.92$) (ver tabela 35).

Tabela 35:

Resultados para as diferenças entre as categorias de IMC e a dimensão imagem corporal (n=534).

	IMC	Média	N	%	F	p-valor
Diferença de Silhuetas	Abaixo do peso	-0.52	29	5.4	76.611	0.000**
	Normal	0.65	307	57.5		
	Acima do peso	1.74	120	22.5		
	Obesidade I	2.38	24	4.5		
	Obesidade II	2.62	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	3.15	40	7.5		
Intensidade da preocupação	Abaixo do peso	4.52	29	5.4	29.279	0.000**
	Normal	4.27	307	57.5		
	Acima do peso	4.06	120	22.5		
	Obesidade I	3.71	24	4.5		
	Obesidade II	2.92	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	2.68	40	7.5		
Impacto nas relações	Abaixo do peso	3.65	26	5.4	6.897	0.000**
	Normal	3.65	260	57.5		
	Acima do peso	3.59	101	22.5		
	Obesidade I	3.38	21	4.5		
	Obesidade II	3.33	12	2.4		
	Obesidade Mórbida	2.92	39	7.5		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

No que respeita à comparação de médias para as categorias do IMC, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão locus de controlo emocional ($F(6.11; 360.55)=1.785$; $p=0.114$), contudo verificou-se que foram os participantes de IMC normal que obtiveram valores mais elevados de autoconceito sexual (locus de controlo emocional) ($M=3.59$) e os participantes mórbidos, os que obtiveram menores valores de autoconceito sexual ($M=3.191$). Relativamente à dimensão emoções negativas verificaram-se diferenças estatisticamente

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

significativas ($F(21.79; 276.91)=8.294; p=0.000$), indicando-nos que foram os participantes mórbidos que apresentaram maiores valores nas emoções negativas ($M=2.17$), que se traduz em menores níveis de autoconceito sexual e os participantes de IMC abaixo do peso, aqueles que apresentaram menores valores nesta dimensão ($M=1.56$) (ver tabela 32). No que concerne à dimensão controlo futuro também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(5.91; 163.22)=3.817; p=0.002$), indicando-nos que foram os participantes de IMC obesidade tipo I que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=3.569$) e os mórbidos que apresentaram valores mais baixos ($M=3.10$). No que toca à dimensão motivação sexual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(2.24; 296.00)=0.799; p=0.551$), indicando-nos todavia, que foram os participantes de IMC de obesidade tipo I que obtiveram valores mais elevados nesta dimensão ($M=2.47$) e os participantes mórbidos aqueles que apresentaram menores valores ($M=3.06$). Relativamente à dimensão vigilância sexual verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(22.69; 381.54)=6.268; p=0.000$), apontando que foram os participantes de IMC abaixo do peso que apresentaram menores níveis de autoconceito sexual nesta dimensão ($M=1.81$), e os participantes mórbidos os que apresentaram níveis de autoconceito sexual mais elevados ($M=2.75$). No que concerne ao autoconceito sexual total não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(0.867; 99.84)=0.915; p=0.471$), sendo que foram os participantes de IMC de obesidade tipo II que apresentaram níveis mais elevados no autoconceito sexual total ($M=2.92$) e os participantes de IMC abaixo do peso os que apresentaram menores níveis de autoconceito sexual ($M=2.70$).

Tabela 36:

Resultados para as diferenças entre as categorias de IMC e o autoconceito sexual (n=534).

	IMC	Média	N	%	F	p-valor
Locus de Controlo Emocional	Abaixo do peso	3.57	29	5.4	1.785	0.114
	Normal	3.59	307	57.5		
	Acima do peso	3.47	120	22.5		
	Obesidade I	3.51	24	4.5		
	Obesidade II	3.58	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	3.19	40	7.5		
Emoções Negativas	Abaixo do peso	1.52	29	5.4	8.294	0.000**
	Normal	1.63	307	57.5		
	Acima do peso	1.76	120	22.5		
	Obesidade I	1.73	24	4.5		
	Obesidade II	1.96	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	2.38	40	7.5		

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

	Abaixo do peso	3.46	29	5.4		
	Normal	3.47	307	57.5		
Controlo Futuro	Acima do peso	3.39	120	22.5	3.817	0.002*
	Obesidade I	3.57	24	4.5		
	Obesidade II	3.29	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	3.10	40	7.5		
	Abaixo do peso	3.14	29	5.4		
	Normal	3.23	307	57.5		
Motivação Sexual	Acima do peso	3.29	120	22.5	0.799	0.551
	Obesidade I	3.35	24	4.5		
	Obesidade II	3.31	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	3.06	40	7.5		
	Abaixo do peso	1.81	29	5.4		
	Normal	2.09	307	57.5		
	Acima do peso	2.02	120	22.5		
Vigilância Sexual	Obesidade I	1.93	24	4.5	6.268	0.000**
	Obesidade II	2.48	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	2.75	40	7.5		
	Abaixo do peso	2.70	29	5.4		
	Normal	2.80	307	57.5		
	Acima do peso	2.78	120	22.5	0.915	0.471
Autoconceito sexual total	Obesidade I	2.82	24	4.5		
	Obesidade II	2.92	13	2.4		
	Obesidade Mórbida	2.90	40	7.5		

*p≤0.05; **p≤0.001

Satisfação com a imagem corporal e Locus de controlo emocional

Para o objetivo número 3 foram realizadas correlações entre a satisfação com a imagem corporal e as dimensões do autoconceito sexual, de modo que serão apresentados os resultados em seguida.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Do estabelecimento da correlação entre o IMC e o locus de controlo emocional, verificou-se que existe uma correlação negativa fraca, mas estatisticamente significativa ($r=-0.124$; $p=0.004$), ou seja, quanto mais elevado o IMC menor o locus de controlo emocional. Relativamente à correlação entre a diferença de silhuetas e o locus de controlo emocional verificou-se que existe uma correlação negativa fraca, estatisticamente significativa ($r=-0.146$; $p=0.001$), apontando que quanto maior a diferença de silhuetas menor o locus de controlo emocional. Da correlação entre a intensidade da preocupação e o locus de controlo emocional verificou-se que existe uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0.264$; $p\leq 0.001$) o que significa que quanto maior os níveis de intensidade de preocupação, maior o autocontrolo emocional. No que concerne à correlação entre o impacto das características pessoais nas relações sexuais e o locus de controlo emocional observou-se que existe uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa ($r=-0.262$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto maior o impacto das características nas relações sexuais, menor o locus de controlo emocional (ver tabela 33).

Tabela 37: Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 1).

<i>Dimensões</i>	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>p-valor</i>
IMC x Locus de controlo Emocional	-0.123	0.004*
Diferença de Silhueta x Locus de controlo Emocional	-0.146	0.001*
Intensidade da preocupação x Locus de controlo Emocional	0.264	0.000**
Impacto nas relações x Locus de controlo emocional	0.234	0.000**

* $p\leq 0.05$; ** $p\leq 0.001$

Satisfação com a imagem corporal e Emoções negativas

Da correlação entre o IMC e as emoções negativas, verificou-se que existe uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0.257$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto mais elevado o IMC mais as emoções negativas. Relativamente à correlação entre a diferença de silhuetas e as emoções negativas verificou-se que existe uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0.261$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto maior a diferença de silhuetas maior as emoções negativas. Quanto à correlação entre a intensidade da preocupação e as emoções negativas, verificou-se que existe uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=-0.403$; $p\leq 0.001$) o que significa que quanto maior os níveis de intensidade de preocupação, menor as emoções negativas. No que concerne à correlação entre o impacto das características pessoais nas relações sexuais e as emoções negativas, observou-se que existe uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0.276$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto maior o impacto das características nas relações sexuais, maior as emoções negativas (ver tabela 37).

Tabela 38:

Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 2).

<i>Dimensões</i>	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>p-valor</i>
IMC x Emoções Negativas	0.267	0.000**
Diferença de Silhueta x Emoções Negativas	0.261	0.000**
Intensidade da preocupação x Emoções Negativas	-0.403	0.000**
Impacto nas relações x Emoções Negativas	-0.343	0.000**

* $p \leq 0.005$ ** $p \leq 0.001$

Satisfação com a imagem corporal e Motivação sexual

Da correlação entre o IMC e a motivação sexual, verificou-se que existe uma correlação negativa quase nula e estatisticamente não significativa ($r = -0.038$; $p = 0.388$), que se traduz na inexistência de relações entre as variáveis. Relativamente à correlação entre a diferença de silhuetas e a motivação sexual, verificou-se que existe uma correlação negativa quase nula e estatisticamente não significativa ($r = -0.014$; $p = 0.741$), o que significa que não existem relações entre as variáveis. Quanto à correlação entre a intensidade da preocupação e a motivação sexual, verificou-se que existe uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ($r = 0.125$; $p = 0.004$) o que significa que quanto maior os níveis de intensidade de preocupação, maior a motivação sexual. No que concerne à correlação entre o impacto das características pessoais nas relações sexuais e a motivação sexual, observou-se que existe uma correlação positiva quase nula e estatisticamente não significativa ($r = 0.055$; $p = 0.326$), o que significa que não existe relação entre as variáveis (ver tabela 38).

Tabela 39:

Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 3).

<i>Dimensões</i>	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>p-valor</i>
IMC x Motivação Sexual	-0.038	0.388
Diferença de Silhueta x Motivação Sexual	-0.014	0.741
Intensidade da preocupação x Motivação Sexual	0.125	0.004*
Impacto nas relações x Motivação Sexual	0.055	0.236

* $p \leq 0.05$

Satisfação com a imagem corporal e Controlo Futuro

Do estabelecimento da correlação entre o IMC e a dimensão controlo futuro, verificou-se que existe uma correlação negativa fraca e estatisticamente significativa ($r=-0.170$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto mais elevado o IMC menor o controlo futuro. Relativamente à correlação entre a diferença de silhuetas e a dimensão controlo futuro, verificou-se que existe uma correlação negativa quase nula e estatisticamente significativa ($r=-0.093$; $p=0.031$), apontando que quanto maior a diferença de silhuetas menor o controlo futuro. Quanto à correlação entre a intensidade da preocupação e a dimensão controlo futuro, verificou-se que existe uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0.204$; $p\leq 0.001$) o que significa que quanto maior os níveis de intensidade de preocupação, maior o controlo futuro. No que concerne à correlação entre o impacto das características pessoais nas relações sexuais e o controlo futuro, observou-se que existe uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ($r=0.167$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto maior o impacto das características nas relações sexuais, maior o controlo futuro (ver tabela 39).

Tabela 40:

Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 4).

<i>Dimensões</i>	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>p-valor</i>
IMC x Controlo Futuro	-0.170	0.000**
Diferença de Silhueta x Controlo Futuro	-0.093	0.031*
Intensidade da preocupação x Controlo Futuro	0.204	0.000**
Impacto nas relações x Controlo Futuro	0.167	0.000**

* $p\leq 0.005$ ** $p\leq 0.001$

Satisfação com a imagem corporal e Vigilância sexual

Da correlação entre o IMC e a vigilância sexual, verificou-se que existe uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ($r=0.189$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto mais elevado o IMC maior a vigilância sexual. Relativamente à correlação entre a diferença de silhuetas e a vigilância sexual verificou-se que existe uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ($r=0.109$; $p=0.11$), apontando que quanto maior a diferença de silhuetas maior a vigilância sexual. Quanto à correlação entre a intensidade da preocupação e a vigilância sexual, verificou-se que existe uma correlação negativa fraca e estatisticamente significativa ($r=-0.165$; $p\leq 0.001$) o que significa que quanto maior os níveis de intensidade de preocupação, menor a vigilância sexual. No que concerne à correlação entre o impacto das características pessoais nas relações sexuais e a vigilância sexual, observou-se que existe uma correlação negativa fraca e

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

estatisticamente significativa ($r=-0.182$; $p\leq 0.001$), apontando que quanto maior o impacto das características nas relações sexuais, maior a vigilância sexual (ver tabela 40).

Tabela 41:

Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual (Dimensão 5)

<i>Dimensões</i>	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>p-valor</i>
IMC x Vigilância Sexual	0.189	0.000**
Diferença de Silhueta x Vigilância Sexual	0.109	0.11
Intensidade da preocupação x Vigilância Sexual	-0.165	0.000**
Impacto nas relações x Vigilância Sexual	-0.182	0.000**

* $p\leq 0.05$; ** $p\leq 0.001$

Satisfação com a imagem corporal e Autoconceito sexual total

Do estabelecimento da correlação entre o IMC e o autoconceito sexual total, verificou-se que existe uma correlação positiva quase nula e estatisticamente não significativa ($r=0.063$; $p=0.144$), que se traduz na inexistência de relações entre as variáveis. Relativamente à correlação entre a diferença de silhuetas e o autoconceito sexual total, verificou-se que existe uma correlação positiva quase nula e estatisticamente não significativa ($r=0.049$; $p=0.256$), o que significa que não existem relações entre as variáveis. Quanto à correlação entre a intensidade da preocupação e o autoconceito sexual total verificou-se que existe uma correlação negativa nula e estatisticamente não significativa ($r=0.008$; $p=0.854$) o que se traduz na inexistência de relações entre as variáveis intensidade da preocupação e autoconceito sexual total. No que concerne à correlação entre o impacto das características pessoais nas relações sexuais e o autoconceito sexual total, observou-se que existe uma correlação negativa quase nula e estatisticamente não significativa ($r=-0.038$; $p=0.415$), apontando que não existe qualquer relação entre as variáveis enunciadas (ver tabela 41).

Tabela 42:

Resultados para a Correlação de Pearson entre as dimensões da imagem corporal e o autoconceito sexual total

<i>Dimensões</i>	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>P-valor</i>
IMC x Autoconceito Sexual total	0.063	0.144
Diferença de Silhueta x Autoconceito Sexual total	0.049	0.256
Intensidade da preocupação x Autoconceito Sexual total	-0.008	0.854
Impacto nas relações x Autoconceito Sexual total	-0.038	0.415

Discussão dos resultados

Satisfação com a Imagem Corporal e o Autoconceito Sexual

Na amostra recolhida nesta investigação, observou-se que a maioria dos participantes revelou valores relativamente baixos de IMC, ou seja um nível de IMC ligeiramente acima do IMC normal, e valores relativamente elevados na satisfação com a imagem corporal. Dentro da dimensão imagem corporal, esta amostra apresentou valores para a diferença de silhuetas entre a imagem real e a imagem desejada relativamente baixos, quando comparados com a mediana teórica, assim como para os níveis de preocupação com as características pessoais e para os níveis do impacto das características pessoais nas relações sexuais, o que significa que esta amostra percebe uma satisfação com a imagem corporal.

Relativamente aos valores do autoconceito sexual (ACS), verificou-se que esta amostra apresentou valores superiores aos esperados para as dimensões locus de controlo emocional, controlo futuro e motivação sexual. As dimensões emoções negativas e vigilância sexual apresentaram valores inferiores aos esperados, o que são indicadores de bom autoconceito sexual, uma vez que para estas dimensões valores mais baixos são indicadores de melhor autoconceito sexual. Relativamente à dimensão autoconceito sexual total, esta amostra apresentou valores ligeiramente abaixo dos esperados. Para se explicar este resultado é importante ter em conta que o autoconceito sexual está associado às dimensões da imagem corporal, no entanto, tal não é o caso para a medida global de ACS, ou seja, não podemos dizer que o ACS total esteja efetivamente ligado à satisfação com a imagem corporal, no seu todo. Assim, verificou-se que são as desvantagens da sumarização dos dados à amostra total, que dilui a variabilidade individual ou de grupos específicos.

Em relação aos valores do ACS é também importante não esquecer que este faz parte do modo como as pessoas se veem a si mesmas, portanto é crucial introduzir aspetos culturais, sociais, e o conservadorismo social, que moldam diferenciadamente as pessoas (mulheres e homens) de forma a formatá-los de acordo com expectativas e normativas que interferem na expressão sexual (Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005; Damasceno *et al*, 2005; Saavedra, Magalhães, Soares, Ferreira & Leitão, 2007). Ao mesmo tempo, a sociedade tem oferecido mais veículos de informação acerca dos temas da sexualidade, o que pode ter contribuído para aos valores relativamente elevados de autoconceito sexual demonstrados pela amostra da presente investigação. Existem também outras características sociodemográficas (como o facto de estarem num relacionamento, o nível de escolaridade e a idade) que podem ter influenciado estes resultados. Concomitantemente estes resultados podem dever-se ao facto de ser uma amostra relativamente jovem e saudável, aspeto associado também ao efeito do voluntário, pois só participou no estudo quem tinha interesse na temática.

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Género

Na presente investigação observou-se que foram as mulheres que pontuaram valores mais baixos de IMC (IMC normal), no entanto, foram estas que apresentaram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada, o que significa que foram as mulheres que perceberam uma maior insatisfação com a imagem corporal, sendo que, também foram estas, que apresentaram maior preocupação com as próprias características (físicas). Alguns estudos (Cash & Brown, 1989; Cash & Prusinsky, 1990; Saur & Pasian, 2008) corroboram estes resultados, afirmando que é o sexo feminino que tende a apresentar uma imagem corporal mais distorcida e negativa quando comparado com o género masculino, parecendo ficar-se a dever ao facto da sociedade exercer uma grande pressão sobre o sexo feminino no que respeita a padrões de atração, em todas as faixas etárias (Damasceno, *et al*, 2005). Segundo Quadros e colaboradores (2010) os homens estão mais insatisfeitos com um corpo magro (falta de massa muscular) enquanto as mulheres se encontram incomodadas pelo excesso de peso. Alguns autores afirmam que os homens tendem a subestimar seu tamanho corporal, independente do seu valor de IMC (Kakeshita e Almeida, 2006; Souza, Santos, Lima, Vasconcelos & Melo, 2013). Conforme apontam alguns autores existe uma forte tendência cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação social, encontrando-se fortes correlações entre a pressão social de ser magro e a insatisfação corporal, principalmente entre as mulheres (Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005; Damasceno *et al*, 2005).

No que concerne à variável intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais, observou-se que foram os homens que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais.

Relativamente às dimensões do autoconceito Sexual, verificou-se que foram as mulheres que apresentaram mais locus de controlo, assim como perceberam ter mais controlo futuro. No que toca à dimensão emoções negativas foram os participantes do género masculino que referiram mais emoções negativas e perceberam maior vigilância por parte dos outros, no entanto, foram também estes que apresentaram maior motivação sexual. Para o autoconceito sexual total, verificou-se que foram os homens que apresentaram valores ligeiramente mais elevados.

A literatura existente sugere que os homens, mais do que as mulheres, para além de pensarem mais nos aspetos sexuais, desejam mais frequência e variedade de atividades sexuais do que as mulheres (DeLamater, 1991; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009), o que contribui para explicar o facto de se apresentarem como mais vigilantes e com maior motivação sexual. No entanto segundo Little & Byers (2000), os homens avaliam as suas cognições sexuais como sendo emocionalmente mais positivas, o que não vai de encontro à investigação levada a cabo.

Por outro lado, um estudo levado a cabo por Rostosky, Dekhtyar, Cupp & Anderman (2008), revelou que adolescentes do sexo masculino relataram níveis mais baixos de autoconceito sexual do que os adolescentes do sexo feminino. Especificamente nesse estudo, adolescentes do sexo masculino relataram menor autoestima sexual e os níveis mais elevados de ansiedade sexual. Além disso, os homens nesse estudo relataram menor autoeficácia sexual. De acordo com outros achados

(Mitchell *et al*, 2005; Rosenthal *et al*, 1991), adolescentes do sexo masculino relataram menor recusa ao sexo ou eficácia resistiva do que o sexo feminino.

Apesar desta diversidade, os homens universitários parecem mais preocupados do que as mulheres em impressionar os seus pares e as mulheres mais interessadas em agradar a um parceiro ou em promover a intimidade de uma relação. Estas diferenças parecem contudo diminuir nas relações em que existe um compromisso (Impett & Peplau, 2003). Em resumo, a literatura enfatiza que a maior parte das jovens procuram o amor, a intimidade e o compromisso enquanto os rapazes valorizam o prazer físico e o poder sexual.

Um estudo finlandês demonstrou que a satisfação sexual aumentou grandemente nos últimos vinte anos, principalmente entre as mulheres, apesar destas ainda revelarem maior insatisfação sexual que os homens, argumentando os autores que tal se deve ao começo tardio da vida sexual, a atitudes sexuais conservadoras, à atribuição de menor importância à esfera sexual e à falta de assertividade sexual, aspetos que no seu conjunto as tornam mais inibidas sexualmente que os homens (Haavio-Manilla e Kontula, 1997). Assim, verifica-se que os resultados dos diversos estudos efetuados variam dependendo da amostra estudada, do tipo de designo estudo, e da definição operacional de satisfação utilizada (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Hayes & Dennerstein, 2005).

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Idade

No que respeita à comparação de médias para a faixa etária, foram os participantes mais velhos que apresentaram valores mais elevados de IMC, observando-se que foram também estes, que referiram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada, o que se traduz numa maior perceção de insatisfação com a imagem corporal nos participantes mais velhos. Já os participantes mais novos foram os que apresentaram valores mais elevados de preocupação e valores mais baixos na intensidade do impacto das próprias características nas relações sexuais. De um modo geral, verificou-se que foram os participantes mais novos que apresentaram uma maior perceção de satisfação com a imagem corporal, este resultado pode dever-se ao facto da publicidade ser essencialmente direcionada para a população mais jovem e deste modo exercer mais influência e pressão sobre a mesma no que concerne aos padrões de magreza e beleza (Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005; Damasceno *et al*, 2005). Por sua vez, em adultos à medida que a idade aumenta, evidencia-se uma menor insatisfação com a imagem corporal, isto deve-se em função das pessoas mais velhas sofrerem menos influências, ou talvez por fatores biológicos, tenham menos desejo de ter um “corpo sagrado”, apresentando menor insatisfação corporal quando comparadas com pessoas mais jovens (Braggion, Matsudo, Matsudo, Andrade, & Araújo, 2000).

Em termos gerais, verificou-se que foram os participantes da faixa etária intermédia que obtiveram valores mais elevados de autoconceito sexual, especialmente no locus de controlo emocional, na motivação sexual, no controlo futuro e no autoconceito sexual. Já os participantes mais velhos foram os que apresentaram menos locus de controlo emocional e mais emoções

negativas, o que significa que foram os participantes mais velhos, de um modo geral, que apresentaram valores de autoconceito sexual mais baixos.

Haavio-Manilla e Kontula (1997) procuraram preditores da satisfação sexual numa amostra de 1718 mulheres e homens finlandeses dos 18 aos 74 anos. Os resultados demonstraram que nas mulheres a satisfação sexual se correlacionava diretamente com a idade jovem e com o início precoce da vida sexual. Os autores provaram ainda que a satisfação sexual global estava relacionada, em níveis idênticos, quer com a satisfação sexual física quer com a emocional.

A literatura científica sugere haver uma diminuição da frequência das atividades sexuais com o avançar da idade, a qual afeta também o interesse sexual, sendo este mais contundente nas mulheres. De qualquer modo, o mais importante é o facto da generalidade dos autores admitir a existência de diferenças individuais significativas, quanto às vivências e práticas sexuais com o avançar da idade (Valente, 2008).

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Escolaridade

Relativamente ao nível de escolaridade, verificou-se que foram os participantes com o ensino básico que obtiveram valores mais elevados de IMC, seguindo-se os participantes com o ensino secundário, posteriormente os licenciados, e por fim os participantes com mestrado ou doutoramento, o mesmo se verificou para a dimensão diferença de silhuetas, intensidade de preocupação e impacto nas relações.

Estes resultados são corroborados por um estudo de Monteiro, Conde e Popkin (2001) que refere que a maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional, sendo que esta associação pode ser explicada pela maior palatabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, como açúcar e gorduras. Já Alves-Pacheco (2008) salienta que existe uma maior necessidade das mulheres com um nível de escolaridade mais baixo estarem de acordo com os padrões de beleza magra vigentes, no sentido de agradar ao sexo oposto e de estarem ao nível dos padrões socialmente aceites. Este resultado é consubstanciado com os resultados obtidos na escala de autoconceito sexual, que indiciam valores mais elevados à medida que o grau de instrução aumenta.

Segundo Kakeshita & Almeida (2006) são os universitários que são classificados como eutróficos (IMC normal), no entanto foi observada uma grande insatisfação com a imagem corporal, corroborando com outros estudos apresentados pela literatura (Bosi *et al*, 2006; Alvarenga *et al*, 2010; Mikolajczyk *et al*, 2010; Quadros *et al*, 2010). Conforme destacam Pereira *et al* (2009) e Quadros *et al* (2010) essas divergências, entre o IMC e a insatisfação com a imagem corporal, possivelmente, estão relacionadas a uma preocupação exagerada com a estética corporal culturalmente imposta, fazendo com que o padrão de beleza idealizado não corresponda aos padrões considerados adequados para a saúde, o que poderia ser trabalho por meio de medidas de educação em saúde.

Relativamente às dimensões do autoconceito sexual, de um modo geral, obtiveram-se os mesmos resultados, sendo que foram os participantes com mestrado ou doutoramento os que apresentaram valores mais elevados de autoconceito sexual e os participantes de ensino básico os que apresentaram valores mais baixos, o que significa que quanto maior o grau de escolaridade maior a satisfação com a imagem corporal e maiores níveis de autoconceito sexual.

Estes resultados são corroborados pelo estudo de Alves-Pacheco (2008) que afirma que não foram identificadas divergências substanciais entre os diferentes graus de literacia nas dimensões do autoconceito sexual, no entanto, a média da Motivação sexual parecia ser crescente com o nível de instrução e, inversamente, a Ansiedade e o Medo sexuais tendiam a decrescer à medida que aumentava o grau de literacia.

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Estado civil

No que concerne ao estado civil, verificou-se que foram os casados que obtiveram valores mais elevados de IMC, seguindo-se os participantes que se encontravam a viver em união de facto, posteriormente os divorciados, e por fim os solteiros, o mesmo se verificou com a dimensão diferença de silhuetas, o que significa que foram os casados que percecionaram uma maior insatisfação com a imagem corporal e os participantes solteiros que percecionaram uma maior satisfação com a imagem corporal. Também no estudo de Marques, Ferrarin, Amer & Slongo (2013) estes verificaram que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi 31% maior nos casados do que nos solteiros, o que evidencia que o fator estado civil também tem influência na construção da autoimagem. Este estudo vem assim corroborar os resultados ao nível do estado civil da presente investigação.

No que concerne à intensidade de preocupação com as características físicas e o impacto das mesmas nas relações sexuais, verificou-se que foram os casados aqueles que apresentaram valores mais elevados nestas dimensões.

Relativamente ao autoconceito sexual verificou-se, que no geral, foram os participantes divorciados que apresentaram valores mais elevados de autoconceito sexual, nomeadamente na motivação sexual, no controlo futuro e no autoconceito sexual total, no entanto também foram estes que obtiveram valores mais elevados nas emoções negativas e na vigilância sexual, que se traduzem num baixo autoconceito sexual. Estes resultados podem ser consequência de uma amostra relativamente pequena de divorciados. Já no estudo de Alves-Pacheco (2008) foram as inquiridas casadas ou que viviam em união de facto que registaram médias ligeiramente superiores para a Satisfação sexual e a Motivação sexual, o que não corrobora os resultados da presente investigação.

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Relacionamento Íntimo

Relativamente ao facto de estarem ou não num relacionamento íntimo, os participantes que estavam envolvidos numa relação íntima, foram aqueles que apresentaram um IMC mais elevado, quando comparados com os que não estavam envolvidos numa relação íntima, sendo que foram estes que referiram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada, o que indica que foram estes participantes, que apresentaram uma maior perceção de insatisfação com a imagem corporal. Estes resultados podem dever-se ao facto de os participantes que estão numa relação íntima não se preocuparem tanto com a pressão social da atratividade e a necessidade de procurar alguém para se envolver afetivamente. Contudo não foram encontrados na literatura estudos que corroborem estes resultados.

Foram também os participantes que se encontravam numa relação íntima que apresentaram maior preocupação com as próprias características, no entanto, os participantes que não estavam no momento envolvidos numa relação íntima foram os que referiram que as características pessoais tinham um maior impacto nas relações sexuais. Estes resultados podem dever-se ao facto de os participantes que estavam numa relação íntima preocuparem-se com as suas características pessoais, essencialmente físicas, contudo não perceberem que estas tinham impacto nas relações sexuais.

De um modo geral, na presente investigação, foram os participantes que estavam no momento numa relação íntima, os que apresentaram valores mais elevados de autoconceito sexual. Estes resultados vão de encontro aos resultados esperados, sendo que de acordo com Alves-Pacheco (2008) foram também os participantes que mantinham uma relação amorosa/íntima e uma relação sexual com alguém, que registaram valores médios superiores nas subescalas satisfação sexual, motivação sexual e estima sexual.

Satisfação com a Imagem Corporal, Autoconceito Sexual e Categorias de IMC

Quanto às categorias de IMC, foram os participantes mórbidos que apresentaram uma maior diferença entre a silhueta real e a silhueta desejada, e os participantes com IMC normal os que apresentaram menor diferença de silhuetas, o que significa que foram os participantes de IMC normal que apresentaram maior satisfação com a imagem corporal. Relativamente aos níveis de preocupação com as próprias características e ao impacto das próprias características nas relações sexuais, foram os participantes mórbidos que obtiveram valores mais elevados e os participantes de IMC abaixo do peso e IMC normal, aqueles que apresentaram menores valores.

Relativamente ao autoconceito sexual, de um modo geral, foram os participantes de IMC normal que tiveram valores mais elevados de autoconceito sexual e os participantes mórbidos, os que tiveram menores valores de autoconceito.

No estudo de Alves-Pacheco as inquiridas com um IMC normal respondem com maior frequência que as restantes (sobretudo que as inquiridas com IMC elevado) que mantêm uma

relação afetiva íntima. Cerca de 82% das inquiridas com IMC normal responde dessa forma, contra 79% das com IMC baixo e 75% das com IMC elevado. Relativamente à manutenção de uma relação sexual, cerca de 71% das inquiridas com IMC normal declara manter uma relação sexual, contra uma percentagem idêntica junto das inquiridas com IMC elevado e 79% das inquiridas com IMC baixo.

Segundo Woertman & Van den Brink (2012) a imagem corporal e a sexualidade encontram-se intimamente ligadas, não havendo dúvida que a aparência física é um componente bastante importante nas experiências sexuais.

Ribeiro (2008) refere também a existência de fatores que faz com que os sujeitos obesos se sintam sexualmente indesejáveis, aumentando assim o afastamento de relações de proximidade e intimidade com outros sujeitos, tais como a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima, histórias de abusos sexuais. Os resultados do presente estudo suportam a ideia que são os participantes com um IMC mais elevado (mórbido) que apresentaram uma maior insatisfação com a imagem corporal, assim como níveis de autoconceito mais baixos.

Também os resultados gerais de estudos recentes feitos com pessoas obesas mostraram que indivíduos obesos relatam maior incidência de dificuldades sexuais devido ao seu peso (falta de prazer sexual, falta de desejo sexual, dificuldade com o desempenho sexual, e evitar encontros sexuais), assim um IMC elevado estava associado a um maior comprometimento da qualidade de vida sexual, e que a qualidade de vida sexual era mais prejudicada em mulheres obesas do que em homens obesos, o que se poderia dever ao facto de as mulheres darem maior importância à imagem corporal, do que os homens (Araújo, Brito, Ferreira, Petribu, & Mariano, 2009; Kolotkin, et al, 2006). Por outro lado eram os homens que estavam mais propensos a ter problemas com o desempenho sexual (Regan, 1996; Bess, 1997; Jagstaidt, Golay e Pasini, 1997). De facto, a obesidade compromete a sexualidade não apenas pelas dificuldades físicas, devido ao acúmulo de gordura e comorbidades associadas que afetam a função sexual, mas também porque o obeso possui a sexualidade fortemente reprimida devido à insatisfação e distorção com a sua imagem corporal (Gonçalves e Moraes, 2004; Mariano e Paula, sd).

Satisfação com a Imagem Corporal e Autoconceito Sexual

Relativamente às correlações entre a imagem corporal e o autoconceito sexual verificaram-se essencialmente correlações fracas e moderadas entre ambas as dimensões. É importante ter em atenção que quanto maior o IMC, maior a diferença de silhuetas, maior a intensidade de preocupação, maior o impacto das características nas relações sexuais e maior é insatisfação com a imagem corporal.

Assim, de um modo geral, para a dimensão locus de controlo emocional e para as variáveis da satisfação com a imagem corporal verificaram-se correlações fracas, negativas e estatisticamente significativas, apontando que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal menor o locus de controlo emocional.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Verificaram-se também correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas entre algumas variáveis da satisfação com a imagem corporal (IMC, diferença de silhuetas e impacto das características nas relações sexuais) e as emoções negativas, pelo que quanto mais insatisfação com a imagem corporal mais emoções negativas. Relativamente à intensidade da preocupação com as características verificou-se uma correlação moderada negativa o que significa que quanto mais elevado o nível de preocupação menor as emoções negativas.

Apesar de fracas, verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com a imagem corporal e o controlo futuro. Assim verificaram-se correlações positivas entre o IMC e a intensidade de preocupação e a dimensão controlo futuro, o que significa que quanto maior o IMC e a intensidade de preocupação, ou seja quanto maior a insatisfação com a imagem corporal, maior o controlo futuro. Já entre a diferença de silhuetas e o impacto das características nas relações sexuais e o controlo futuro verificaram-se correlações negativas o que significa que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal menor o controlo futuro.

Verificaram-se também, no geral, correlações fracas, negativas e não estatisticamente significativas entre as variáveis da satisfação com a imagem corporal e a motivação sexual, o que se traduz na inexistência de relações entre as variáveis.

De um modo geral, para as variáveis da satisfação com a imagem corporal e a vigilância sexual verificaram-se correlações positivas, fracas e estatisticamente significativas o que significa que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal maior a vigilância sexual.

Para o autoconceito sexual total, verificou-se que uma correlação fraca e não significativa para o IMC, o que se traduz na inexistência de relações entre as variáveis. O mesmo ocorreu para as dimensões satisfação com a imagem corporal, intensidade de preocupação com as características físicas e impacto das características pessoais nas relações sexuais. Estes resultados permitem referir que não existe uma relação entre as diferentes dimensões.

Em traços gerais, verificou-se que apesar de fracas ou moderadas as correlações obtidas foram significativas para as dimensões do ACS o que nos convida a refletir acerca do modo como, efetivamente, o ACS está associado às dimensões da imagem corporal. No entanto, tal não é o caso para a medida global de ACS e para a motivação sexual, ou seja, não se pode dizer que o ACS total e a motivação sexual estejam efetivamente ligados à satisfação com a imagem corporal, no seu todo, porque realmente a amostra global é normativa, com peso normal e com boa satisfação com a imagem corporal. Contudo são as desvantagens da sumarização dos dados à amostra total, que dilui a variabilidade individual ou de grupos específicos.

Segundo Woertman & Van den Brink (2012) a imagem corporal e a sexualidade encontram-se intimamente ligadas, não havendo dúvida que a aparência física é um componente bastante importante nas experiências sexuais.

Ribeiro (2008) refere também a existência de fatores que faz com que os sujeitos obesos se sintam sexualmente indesejáveis, aumentando assim o afastamento de relações de proximidade e intimidade com outros sujeitos, tais como a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima e histórias de abusos sexuais.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

De um modo geral, com base nos resultados obtidos verifica-se que na amostra da presente investigação está patente uma relação entre a satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual, sendo que tanto existe uma relação positiva como negativa, ou seja tanto se verifica que valores elevados em algumas variáveis da imagem corporal levam a valores elevados no autoconceito sexual, como valores elevados na imagem corporal levam a valores menores no autoconceito sexual.

Conclusão

Da investigação realizada foram retiradas algumas conclusões que se consideram relevantes para a compreensão das variáveis associadas à imagem corporal, ao IMC e ao autoconceito sexual. Tendo em conta os objetivos desta investigação, considera-se importante sublinhar que esta amostra apresentou valores favoráveis de satisfação com a imagem corporal e de autoconceito sexual.

Nesta amostra foram os participantes com um IMC mais elevado que percecionaram uma maior insatisfação com a imagem corporal e que apresentaram menores valores de autoconceito sexual. Foi também o género feminino que apresentou uma maior perceção de insatisfação com a imagem corporal, contudo apresentou valores elevados de locus de controlo emocional e de controlo futuro na dimensão do autoconceito sexual. Este último resultado parece dever-se ao facto da sociedade exercer uma grande pressão sobre o sexo feminino no que respeita a padrões de atração, assim como padrões de magreza e beleza.

Relativamente à idade verificou-se que foram os mais novos que obtiveram valores mais elevados de satisfação com a imagem corporal e de autoconceito sexual, o que também se relaciona com os valores da nossa cultura e sociedade. No que concerne ao nível de escolaridade também se verificou que foram os participantes com um nível e instrução mais elevado que apresentaram resultados mais favoráveis tanto na satisfação com a imagem corporal como no autoconceito sexual. No que toca ao estado civil, foi onde se observaram valores mais diversificados e menos esperados relativamente ao autoconceito sexual, uma vez que, no geral, foram os divorciados, os participantes que obtiveram valores mais elevados. Este resultado pode ser consequência de uma amostra relativamente pequena de divorciados.

Quanto às correlações entre a satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual, no geral, obtiveram-se correlações estatisticamente significativas, sendo que algumas eram positivas e outras negativas, com a exceção da dimensão motivação sexual e autoconceito sexual total, em que não se verificaram relações entre estas variáveis e as variáveis da imagem corporal. Contudo são as desvantagens da sumarização dos dados à amostra total, que dilui a variabilidade individual ou de grupos específicos.

Em suma, pode-se dizer, que na globalidade, trata-se de uma amostra normativa, com peso normal e com boa satisfação com a imagem corporal, no entanto torna-se saliente a importância do peso corporal na compreensão das variáveis já enunciadas. É também importante salientar que teve-se em consideração a preservação das questões éticas, no que diz respeito à confidencialidade e anonimato.

Limitações e Pesquisas futuras

Nesta investigação estão também patentes algumas limitações, nomeadamente a escolha da temática, visto que a sexualidade ainda é percecionada, por algumas pessoas, como um tabu, do qual as mesmas podem sentir embaraço por partilharem aspetos acerca da sua sexualidade ou mesmo a ausência dela. Outra limitação também percecionada refere-se à heterogeneidade da amostra, essencialmente no que concerne ao nível de escolaridade, ao estado civil, ao género, à idade e também ao IMC, comprometendo assim a representatividade de alguns grupos. O facto da recolha da amostra ter sido realizada online também se pode apresentar como uma limitação, uma vez que se restringiu a uma população com acesso à internet e capaz de trabalhar com tecnologia informática. Contudo para tentar minimizar esta limitação foram impressos alguns instrumentos, nomeadamente os que foram administrados nas consultas externas de obesidade. A amostra da presente investigação pode também ter sido condicionada pela extensão dos instrumentos utilizados, uma vez que estes foram organizados no âmbito de vários trabalhos simultâneos, no qual este se encontrava inserido. Por última, mas não menos importante encontrou-se como limitação a impossibilidade de encontrar literatura que abrangesse o estudo da obesidade e da satisfação com a imagem corporal relacionada com o autoconceito sexual, facto este que dificultou o processo de discussão dos resultados obtidos.

Além das limitações, esta investigação tem também potencialidades, entre elas, o facto de esta investigação contribuir para o avanço do campo de investigação, uma vez que é constituída por temáticas ainda pouco trabalhadas, essencialmente a relação existente entre as variáveis analisadas (autoconceito sexual e imagem corporal, autoconceito sexual e peso corporal) e pela validação de um questionário para a população portuguesa.

Contudo, permanece a pertinência de se elaborarem novos estudos sobre a temática da obesidade e a sua relação com a sexualidade, de forma a serem mais aprofundadas algumas variáveis para uma melhor compreensão de determinados aspetos, como as principais implicações da obesidade na sexualidade, o impacto do autoconceito sexual na satisfação sexual e a percepção de satisfação com a imagem corporal e a satisfação sexual.

Referências Bibliográficas

- Adami, F., Frainer, D. E. S., Santos, J. S., Fernandes, T. C. & De-Oliveira, F. R. (2008). Insatisfação corporal e atividade física em adolescentes da região continental de Florianópolis. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 24(2), 143-9.
- Almeida, N. A. G., Santos, E. J., Pasian, R. S., & Loureiro, R. S. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R. & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.
- Alvarenga, M. S., Philippi, S., Lourenço, T., Sato, P. M. & Scagliusi, B. F. (2010). Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (1), 44-51.
- Alves, M. G. C. (2005). A biologia do prazer, do afeto e do desejo. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa, série III* 10(1), 39-47.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A. & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20.
- Andersen, I., Heitmann, B. L. & Wagner, G. (2008). Obesity and sexual dysfunction in younger Danish men. *Journal of Sex Med.*, 5(9), 2053-2060
- Bess, B. E. (1997). Human Sexuality and obesity. *Internacional Journal of Mental Health*, 26(1), 61-67.
- Byers, E. S. & Weaver, A. D. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J. & Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003- 2005. *Obesity Reviews* 9, 11-19.
- Cash, T.F., & Brown, T.A. (1989). Gender and body images: Stereotypes and realities. *Sex Roles*, 21, 361-373

- Cash, T.F., Pruzinsky T. (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford.
- Castro, I. R. R., Levy, R. B., Cardoso, L. O., Passos, M. D., Sardinha, L. M. V., Tavares, L. F. & Martins, A. (2010). Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 3099-3108.
- Conti, M. A., Frutuoso, M. F. P., Gambardella, A. M. D. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, 18 (4), 491-497.
- Coqueiro, R. S., Petroski, E. L., Pelegrini, A. & Barbosa, A. R. (2008). Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, 30(1), 31-38.
- Damasceno, O. V., Lima, P. R. J., Vianna, M. J., Vianna, A. R. V., & Novaes. S. J. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira Médica Esporte*, 11(3), 181-186.
- Davis, J., & Petretic-Jackson, P. (2000). The impact of childhood sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 291-328.
- Dobrow, I.J., Kamenetz, C. & Devlin, M.J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (3), 63- 71.
- Drudi, V. M. (2002). Corpo e imagem corporal. A imagem corporal da mulher obesa: O estudo comparativo entre as imagens corporais de mulheres obesas que possuem relacionamento amoroso e das que não o possuem. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Ferreira, M. C, & Leite, N. G. M. (2002). Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação Psicológica*, 2, 141-149.
- Fitzgibbon, M. L., Blackman, L. R. & Avellone, M. E. (2000). The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obesity Research*, 8(8), 582-589.
- Gardner, R. M. & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: a review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 107-111.
- Gittelsohn, J., Harris, S. B., Thorne-Lyman, A. L., Hanley, A. J. G., Barnie, A. & Zinman, B. (1996). Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada. *Journal of Nutrition*, 126, 2990-3000.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Gonçalves, A. F. & Moraes, D. E. B. (2004). Obesidade e sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 15(1), 103-112.
- Graup, S., Pereira, E. F., Lopes, A. S., Araújo, V. C., Legnani, R. F. & Borgatto, A. F. (2008). Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos em escolares. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 22(2), 128-138.
- Grejanin, D. K. M., Pezzo, H. T., Nastri, V., Sanches, P. P. V., Nascimento, G. D. D., & Quevedo, P. M. (2007). As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(3), 37-47.
- Guimarães, G. (2007). Obesidade e fatores emocionais. In C. I. Fernandes. Obesidade: e suas múltiplas consequências (pp. 133-137). Goiânia: UCG.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.
- Hayes, R. & Dennerstein, L. (2005). The Impact of Aging on Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review of Population-Based Studies. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 317-330.
- Impett, E. A & Peplau, L. A. (2003). Sexual compliance: Gender, motivational, and relationship perspectives. *The Journal of Sex Research*, 40 (1), 87-100.
- Jagstaidt, V., Golay, A. & Pasini, W. (1997). Relationships between sexuality and obesity in male patients. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 13(2), 105-110.
- Kakeshita, I. S. & Almeida, S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40 (3), 497-504.
- Kolotkin, R. L., Brinks, M., Crosby, R. D., Ostbye, T., Gress, R. E. & Adams, T. D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)*, 14(3), 472-9.
- Larsen, S.H., Wagner, G. & Heitmann, B.L. (2007). Sexual function and obesity. *International Journal Obesity*, 31(8), 1189-98.
- Little, C. A. & Byers, E. S. (2000). Differences between positive and negative sexual cognitions. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 9, 167-179
- Mariano, M. L., Paula, M. A. (s.d). Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade do obeso mórbido. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Mariath, A. B., Grillo, L. P., Silva, R. O., Schmitz, P., Campos, J. C., Medina, J. R. P. & Kruger, R. M. (2007). Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Caderno Saúde Pública*, 23(4), 897-905.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ªed). Lisboa: ReportNumber.
- Marques, J., Ferrarin, M., Amer, S. A. K. & Slongo A. (2013). Nível de satisfação com a imagem corporal entre acadêmicos de um curso de fisioterapia da cidade de caçador. *RIES, Caçador*, 2(2), 154-161.
- Martins, D.F., Nunes, M.F.O. & Noronha, A.P.P. (2008). Satisfação com imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2),94 105.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Ansari, W. E., Stock, C., Petkeviciene, J., Guillen-Grima, F. (2010). Relationship between perceived body weight and body mass index based on self-reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health*, 10 (40).
- Monteiro, C. A., Conde, W. L. & Popkin, B. M. (2001). Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *Journal Nutrition*, 131 (6).
- Mueller, W. H., Joos, S. K. & Schull, W. J. (1985). Alternative measurements of obesity: accuracy of body silhouettes and reported weights and heights in a Mexican American sample. *International Journal of Obesity*, 9(3), 193-200.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1), 99-108.
- Pereira, H., Leal, I. & Marôco, J. (2009). *Psicologia da identidade sexual*. Covilhã: Universidade da Beira interior.
- Pereira, E. F., Graup, S., Lopes, A. S., Borgatto, A. F. & Daronco, L. S. E. (2009). Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 9(3),253-262.
- Quadros, T. M. B., Gordia, A. P., Martins, C. R., Silva, D. A. S., Ferrari, E. P. & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em universitários: associação com estado nutricional e sexo. *Motriz*, 16(1), 78-85.
- Regan, P. C. (1996). Sexual outcasts: The perceived impact of body weight and gender on sexuality. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(20), 1803-1815.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Ribeiro, V., L. P. (2008). Obesidade e função sexual. Acedido em www.psicologia.com.pt.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. & Banfield, S. (2000). Sociocultural influences on body image and body changes methods. *Journal Adolescence Health*, 26(1), 3-4.
- Santos, M. A., Peres, R. S., & Benez, M. S. L. (2002). Contribuições do desenho da figura humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos. *Revista de Psicologia*, 3 (2), 20-29.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S. & Leitão, F. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portuguesas e portugueses: um programa de educação sexual. Espanha: IV Congresso Astur-Galaico de Sociologia.
- Saur, A. M., Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7 (2), 199-209.
- Silva, G. A., Lange, E. S. (2010). Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumentativa Curitiba*, 28 (60), 43-54.
- Silva, T. R., Saenger, G., Pereira, E. F. (2011). Fatores associados à imagem corporal em estudantes de Educação Física. Motriz, *Revista de Educação Física*, 17(4) 630-639.
- Sim-Sim, M. & Lima, M. L. P. (2004). O autoconceito sexual. *Psychologica*, 35, 211-232.
- Snell, W. E. (1997). *Measuring multiple aspects of the sexual self concept: The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ)*. Paper presented at the annual meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago, IL.
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26, 256-263.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters A. S. (1993). The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.
- Souza L. R., Santos, C. A. V., Lima, S. F., Vasconcelos, A. C. & Melo, G. F. (2013). O corpo na perspectiva masculina: a satisfação com a Imagem Corporal e sua relação com discrepância na percepção, IMC, escolaridade e idade. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 21(2), 49-56.
- Tehard, B., Van Liere, M. J., Com Nogue, C. & Clavel- Chapelon, F. (2002). Anthropometric measurements and body silhouette of women: validity and perception. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(12), 1779-84.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Thompson, J. K. & Altabe, M. N. (1991). Psychometric qualities of the Figure rating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 615-619.
- Valente, R. (2008). Estudo Sociológico sobre Sexualidade na Terceira Idade. Lisboa: VI Congresso Português de Sociologia.
- Quadros, T. M., Gordia A. P., Martins C. R., Silva, D. A., Ferrari E. P., & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em universitários: Associação com estado nutricional e sexo. *Motriz*, 16 (1), 78-85.
- Wiedermann, M. (2002). Body image and sexual functioning. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 287-294). New York: The Guilford Press.
- Woertman, L. & Van Den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *Journal of Sex Research*, 49 (2-3), 184-211.
- World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation. Acedido em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
- World Health Organization (2013). Obesity and overweight. Acedido em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- World Health Organization (s.d.). Obesity: situation and trends. Acedido em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/.

Anexo Teórico

Sexualidade

A sexualidade, tal como muitos outros aspetos da experiência humana é uma realidade complexa e repleta de diversidade (Pereira, Leal & Marôco, 2009) que reflete o património biológico, as experiências de desenvolvimento sexual, as características da personalidade, bem como a análise que cada sujeito faz de si mesmo enquanto ser humano e enquanto homem ou mulher (Cordeiro, 2003). Assim, a sexualidade é afetada pelas relações interpessoais que cada indivíduo estabelece, pela cultura do sujeito, pelas circunstâncias de vida de cada pessoa (Cordeiro, 2003), pela atração mútua, pelo contacto psicofísico e não exclusivamente genital, pela consciência de sexo, que abarca o próprio sexo e o oposto, pela apetência sexual e pelo comportamento sexual (Scharfetter, 2002).

Katchadourian (1979) sugere que quando se fala de sexualidade e dos seus significados, deve-se ter em conta duas categorias principais, por um lado a que divide organicamente os homens e as mulheres bem como as qualidades que os distingue, e por outro o comportamento erótico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a sexualidade como uma energia que nos motiva para procurar o amor, o contacto, a ternura e a intimidade, que integra o modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados. Faz referência ao que é ser-se sensual e, ao mesmo tempo, ser-se sexual, sendo que influencia os pensamentos, os sentimentos, as ações e as interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental (OMS, cit in Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001).

Assim, a sexualidade é vista enquanto energia sempre presente na vida do indivíduo, uma forma de expressão dos afetos, de conhecimento e descobrimento de si e dos outros. Faz naturalmente parte do ser humano desde que nasce e ao longo da sua vida. Esta perspetiva de entender a sexualidade, com a qual nos identificamos, tem na base o modelo de Desenvolvimento Pessoal dos anos 80 e assenta numa perspetiva construtivista da pessoa, uma vez que a sexualidade é tida como uma construção pessoal (López & Fuertes, 1989).

De acordo com Martínez & Sánchez (1997) existem três ideias básicas que devem regular a compreensão da sexualidade humana: (1) a sexualidade é algo inerente ao ser humano; (2) os aspetos sexuais encontram-se mútua e continuamente inter-relacionados com os aspetos não sexuais; e (3) a sexualidade está intimamente relacionada com as características da personalidade dos sujeitos influenciando o seu modo de agir e pensar.

Shively e Dececco (*cit in* Pereira, Leal & Marôco, 2009) apresentaram um dos modelos de Identidade Sexual mais completo, propondo que o constructo deve compreender quatro componentes distintas: (1) o sexo biológico (tal como é geneticamente determinado); (2) a

identidade do género (a convicção de cada indivíduo como sendo homem ou mulher); (3) os papéis sexuais-sociais (definidos pelo conjunto de características socialmente associadas ao feminino e ao masculino); e (4) a orientação sexual (inclinação afetivo-sexual que um sujeito exerce face a outro de sexo oposto ou do mesmo sexo, tendo em consideração dimensões tão importantes, mas distintas como a fantasia, o desejo e o comportamento).

É importante não esquecer que há uma série de processos internos individuais que têm muita importância no modo como os indivíduos vivem e se comportam sexualmente, uma vez que a sexualidade, tal como qualquer outro comportamento humano é entendido integrando as vertentes biológica, psicológica e social. A sexualidade é assim um processo contínuo de desenvolvimento que inclui a comunicação, o afeto, a descoberta e o prazer, ou seja, aspetos que nos remetem às várias dimensões, nomeadamente, a biológica (assenta no conhecimento de como é constituído o nosso corpo, as diferenças físicas, as mudanças desde o nascimento até à idade adulta), a psicológica (tem por base a compreensão das emoções, a capacidade de expressão dos sentimentos, emoções e sensações) e a sociológica (engloba o desenvolvimento e relacionamento interpessoal e a relação escola-comunidade-família) (López & Fuertes, 1989).

Deste modo, verifica-se que não é possível ao homem, ser, existir ou comportar-se, sem as dimensões enunciadas (Fonseca, Soares & Vaz, 2003; Alves, 2005). Quanto ao substrato biológico, evidencia-se que os fatores biológicos envolvidos no desejo e resposta sexual são fundamentais na experiência sexual humana, sendo estes de grande utilidade para a compreensão e explicação dos problemas e aspetos positivos da condição sexual humana (Bancroft, *cit in* Alves, 2005). Quanto à fase de excitação, esta é desencadeada por estímulos psicológicos (fantasias ou a presença do objeto desejado) e por estímulos fisiológicos (toque, beijo ou ambos), se a estimulação física ou mental continuar, o indivíduo passará para a fase seguinte da resposta sexual (Alves, 2005).

Como já foi referido a sexualidade é uma parte importante da vida de um indivíduo, e segundo Seymour (1998), o corpo é central para a sexualidade, sendo esta uma grande preocupação nas nossas vidas, uma vez que é necessário um corpo para se ser sexual e haver intimidade. Para se estabelecer uma nova relação, é necessária atratividade e, daí, a importância da aparência.

A sexualidade envolve incerteza, dúvida e vulnerabilidade sobre o corpo e o seu desempenho, sendo um processo complexo de pensamentos, sentimentos e comportamentos (Wiedermann, 2002). A exposição íntima do corpo causa algum desconforto e insegurança sobretudo pelo medo de ser avaliado negativamente pelo parceiro. Desta forma, a atratividade e o conforto com o seu próprio corpo podem influenciar a experiência sexual (Wiedermann, 2002).

Em Portugal, alguns estudos com adolescentes constataram que os jovens iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual (68,2% contra 52,1% de raparigas), têm e esperam vir a ter mais parceiras sexuais do que as jovens e que, por contraponto, a taxa de virgindade é mais acentuada nestas últimas (Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998). Uma investigação mais recente vai no mesmo sentido apontando o facto de os jovens do sexo masculino iniciarem, em média, a sua vida sexual mais cedo e possuírem maior número de parceiros/as sexuais do que as jovens do sexo feminino. De entre os que já iniciaram a atividade sexual, verifica-se que para a maioria dos rapazes este início ocorreu antes dos 16 anos (33.6%), enquanto para o sexo feminino este ocorreu já depois dos 16

anos (11.4%). Portugal é o país onde a diferença entre os sexos, quanto ao início da atividade sexual, é mais acentuada (Monteiro & Raposo, 2005). Para justificar este acontecimento podem estar por detrás influências sociais e culturais como são o caso da própria sociedade esperar que o rapaz inicie a sua vida sexual mais cedo que a rapariga, e que o mesmo possa ter mais relacionamentos amorosos do que a rapariga. Podem também estar presentes influências mais pessoais como o peso e atratividade, ou mesmo a autoestima.

Existe uma grande relação entre a magreza, a atratividade e o apelo sexual na nossa cultura, pelo que é crucial a pesquisa do impacto da obesidade na autoestima sexual e nos sentimentos de adequação em contextos interpessoais. Muitas pessoas são avessas a imaginar a intimidade em indivíduos obesos, este é um bom exemplo da maneira como as percepções sociais podem influenciar os sentimentos de atração sexual e talvez, até mesmo, a capacidade de resposta sexual.

Regan (1996) estudou esta temática (a sexualidade em indivíduos obesos e em indivíduos com peso normal) em 96 estudantes universitários (48 mulheres e 48 homens) com idades entre 17 e 23. Os entrevistados relataram estar de acordo com a ideia de que as experiências sexuais do homem obeso seriam semelhantes às de um homem com peso normal. Pelo contrário, mencionaram que as mulheres obesas eram sexualmente menos atraentes e menos ágeis e tinham menos experiência sexual e domínio nas relações sexuais, quando comparadas com mulheres com peso normal. Além disso, referiram que as mulheres obesas tinham menos desejo sexual e um repertório sexual mais limitado do que as mulheres com peso normal ou homens obesos.

Bess (1997) sugeriu que como as pessoas obesas são muitas vezes percebidas como pouco atraentes de acordo com as convenções sociais de beleza, pelo que as mesmas podem ser consideradas “sexualmente desajustadas”. Este autor enfatizou que quaisquer problemas sexuais nos indivíduos obesos podem ter mais facilmente uma causa no ambiente social hostil do que mesmo em problemas anatómicos, fisiológicos, endócrinos ou específicos associados com o excesso de peso.

Jagstaidt, Golay e Pasini (1997) estudaram o comportamento sexual e as disfunções sexuais num grupo de 30 indivíduos obesos masculinos e comparou-os com 30 indivíduos com peso normal. Estes investigadores descobriram diferenças significativas entre o grupo de indivíduos obesos e o grupo de controlo, sendo que o grupo de obesos demonstrava menor desejo sexual, menos fantasias sexuais, e menos inclinação para e experiências sexuais. Outras investigações têm relatado que a perda de peso pode levar a um aumento do interesse e atividade sexual. Werlinger et al (1997) estudaram o comportamento sexual numa amostra de 32 mulheres de meia-idade que perderam quantidades significativas de peso num programa de supervisão médica e encontraram melhorias notáveis na imagem corporal, bem como no aumento do comportamento sexual.

Os resultados gerais de estudos recentes feitos com pessoas obesas mostram que indivíduos obesos relatam uma maior incidência de dificuldades sexuais devido ao seu peso (falta de prazer sexual, falta de desejo sexual, dificuldade com o desempenho sexual, e evitamento de encontros sexuais), um IMC elevado está associado a um maior comprometimento da qualidade de vida sexual, e que a qualidade de vida sexual é mais prejudicada em mulheres obesas do que em homens obesos, o que se pode dever ao facto de as mulheres darem maior importância à imagem corporal, do que

os homens. Por outro lado os homens são mais propensos a ter problemas com o desempenho sexual (Araújo, Brito, Ferreira, Petribu, & Mariano, 2009; Kolotkin, et al, 2006).

A literatura existente sugere que os homens, mais do que as mulheres, para além de pensarem mais nos aspetos sexuais, desejam mais frequência e variedade de atividades sexuais do que as mulheres (DeLamater, 1991; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). No entanto segundo Little & Byers (2000), os homens avaliam as suas cognições sexuais como sendo emocionalmente mais positivas.

Apesar desta diversidade, os homens universitários parecem mais preocupados do que as mulheres em impressionar os seus pares e as mulheres mais interessadas em agradar a um parceiro ou em promover a intimidade de uma relação. Estas diferenças parecem contudo diminuir nas relações em que existe um compromisso (Impett & Peplau, 2003). Em resumo, a literatura enfatiza que a maior parte das jovens procuram o amor, a intimidade e o compromisso enquanto os rapazes valorizam o prazer físico e o poder sexual.

Um estudo finlandês demonstrou que a satisfação sexual aumentou grandemente nos últimos vinte anos, principalmente entre as mulheres, apesar destas ainda revelarem maior insatisfação sexual que os homens, argumentando os autores que tal se deve ao começo tardio da vida sexual, a atitudes sexuais conservadoras, à atribuição de menor importância à esfera sexual e à falta de assertividade sexual, aspetos que no seu conjunto as tornam mais inibidas sexualmente que os homens (Haavio-Manilla e Kontula, 1997). Assim, verifica-se que os resultados dos diversos estudos efetuados variam dependendo da amostra estudada, do tipo de design do estudo e da definição operacional de satisfação utilizada (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Hayes & Dennerstein, 2005).

Índice de Massa Corporal (IMC) e Peso Corporal

IMC

Tabela: Classificação da Obesidade de acordo com a OMS (Carmo, 2008)

IMC	Classificação
Abaixo de 18,5	Peso abaixo do normal
Entre 18,5 e 24,9	Peso ideal
Entre 25,0 e 29,9	Levemente acima do peso / Sobrepeso
Entre 30,0 e 34,9	Primeiro grau de obesidade
Entre 35,0 e 39,9	Segundo grau de obesidade
Acima de 40	Obesidade mórbida

O Índice de Massa Corporal (IMC), também conhecido por Índice de Quételet, é um índice comumente utilizado em ambos os sexos para calcular a relação entre peso e altura de adultos, permitindo classificar o seu peso como baixo, normal ou elevado. Determina-se dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2), esta fórmula apresenta uma correlação entre o IMC e a massa gorda com coeficientes de 0,955 para as mulheres e 0,943 para os homens (WHO, 2000; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Esteves, 2011). Apesar de não caracterizar a composição corporal em termos da percentagem de tecido gordo ou magro, o IMC é uma ferramenta de grande utilidade devido à simplicidade de obtenção de dados para o seu cálculo e a facilidade com que se determina, permitindo ter uma noção aproximada do estado nutricional do indivíduo.

A OMS definiu intervalos de IMC demarcados por valores limiar como valores indicativos para classificar o peso, sendo os principais intervalos: valores menores que 18,5 (peso abaixo do normal); entre 18,5 e 24,9 (peso normal); entre 25,0 e 29,9 (sobrepeso) e acima de 30,0 (obesidade, obesidade tipo I, obesidade tipo II e obesidade mórbida), como se pode observar na tabela anterior (Carmo, 2008).

Estes valores não são no entanto absolutamente consensuais quando aplicados a populações com características particulares. Sendo o IMC considerado um fator preditor de risco para a saúde associado ao peso (baixo ou alto), tem sido discutida a pertinência dos valores limiar para diferentes populações e etnias. Vários especialistas têm sublinhado a necessidade de estabelecer novos valores limiar melhor adaptados a populações específicas, nomeadamente às populações asiáticas, que tradicionalmente possuem pequena estatura, onde um valor limiar de IMC 25 (limite entre peso normal e excesso peso) já implica fatores de risco de doenças cardiovasculares. De igual forma, nas sociedades ocidentais, caracterizadas pela abundância de alimentos, um IMC de 18,5 poderá corresponder a um peso considerado baixo. Lemieux, Paquette e Mongeau (2005), refletindo sobre a adequação dos valores limiar propostos pela OMS à população canadiana, questionaram a utilização do valor limiar de IMC 18,5 em detrimento do valor 19,9, considerando precisamente o

contexto sociocultural atual, onde a magreza é muito valorizada, temendo que, em particular nas mulheres, se intensifique a excessiva preocupação com o peso, o que poderá levar a tentativas de perda de peso bruscas, insalubres e perigosas.

Peso corporal (Obesidade)

Quando se fala em peso corporal, nesta investigação, deve-se ter em especial atenção o conceito de obesidade.

A pré-obesidade e a obesidade são situações de peso corporal excessivo, relativamente à estatura, mais especificamente ao excesso de tecido adiposo. Numerosas definições aparecem na literatura, baseadas em parâmetros como a medida das pregas cutâneas, peso-idade, peso-estatura e Índice de Massa Corporal-sexo e idade (Katzmarzyk et al, 2008).

A obesidade é um distúrbio da composição corporal definido pelo excesso absoluto ou relativo de gordura corporal, resultante de um estado de desequilíbrio entre as calorias ingeridas e as calorias gastas, que pode ter um efeito adverso sobre a saúde e levar a expectativa de vida reduzida e aumento dos problemas de saúde (Nammi, Koka, Chinnala & Boini, 2004; Frota, 2007; WHO, 2013).

A literatura cirúrgica geralmente usa uma classificação diferente para reconhecer a obesidade particularmente grave (Uwaifo, 2011). Neste cenário, um IMC maior que 40 kg/m² é descrito como obesidade severa, sendo o IMC de 40-50 kg/m² chamado de obesidade mórbida, e o IMC maior que 50 kg/m² chamado de super obeso (Uwaifo, 2011).

A OMS define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (Maffeis, 2000; WHO, 2000).

Estima-se que mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 se não forem adotadas medidas noutro sentido. A obesidade é, por isso, justamente, considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia global do século XXI (Plataforma contra a Obesidade, 2008). Na União Europeia, incluindo Portugal, a incidência e a prevalência, quer da pré-obesidade quer da obesidade, têm vindo a aumentar, constituindo um grande problema de saúde pública. A essência desta situação está, seguramente, relacionada com padrões de comportamento alimentar caracterizados por elevado consumo de calorias (açúcares e gorduras) e, paralelamente, por dietas cada vez menos ricas em cereais completos, hortaliças e frutos, para além de reduzidos níveis de atividade física (WHO, 2000).

Em relação aos adolescentes europeus, com dados de IMC recolhidos a nível nacional, a maior prevalência de pré-obesidade em raparigas foi observada na Irlanda (27,3%, 9-12 anos) (O'Neill et al, 2007) e nos rapazes espanhóis (31,7%, 10-17 anos) (Aranceta-Bartrina et al, 2005). A menor prevalência de adolescentes com pré-obesidade foi verificada na República Checa (9,0%,

ambos os sexos 14-17 anos) (Lobstein & Frelut, 2003). Os dados disponíveis para a população adulta portuguesa apontam para valores de prevalência de pré-obesidade de 39,4% e obesidade de 14,2%. Deu-se um aumento da prevalência de pré-obesidade/obesidade, de um valor de 49,6% (em 1995-1998) para 53,6% (em 2003-2005) (Carmo, 2008). Quando se olha para as diferenças de género, verifica-se que os valores de pré-obesidade são maiores para homens (45,2%) do que para mulheres (34,4%), o mesmo sucedendo no caso dos valores de prevalência de obesidade, homens (15,0%) e mulheres (13,4%) (Carmo et al, 2008b).

Segundo Monteiro, Conde e Popkin (2001) a maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional, sendo que esta associação pode ser explicada pela maior palatabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, como açúcar e gorduras.

A obesidade é assim considerada pela Organização Mundial de Saúde um problema de saúde pública que tende a aumentar nos países industrializados, sendo que a obesidade mórbida é uma versão patológica desta. Classifica-se por um Índice de Massa Corporal igual ou superior a 40 Kg/m² (IMC=peso/altura² ≥ 40 Kg/m²) e é considerada uma doença crónica multifatorial com consequências nefastas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. De um modo geral, o obeso mórbido tem um longo historial de tentativas de redução de peso, algumas das quais sob a orientação de técnicos de saúde, consistindo na sua maior parte numa dieta e/ou no uso de fármacos (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

Apesar destes regimes terapêuticos proporcionarem uma redução de peso numa fase inicial, estes não são habitualmente satisfatórios, pois que, após a sua finalização a grande maioria dos pacientes obesos recupera em pouco tempo o peso perdido (Franques, 2003), chegando a níveis ainda mais altos que os anteriores (Garner & Wooley, 1991). A dificuldade em manter o peso perdido a longo prazo e a frustração face a estes regimes de tratamento são partilhados por quase todos os obesos que deste modo continuam a ganhar peso.

Etiologia da obesidade

A obesidade resulta da combinação de inúmeros fatores, podendo estes, ser de índole intrínseca ou extrínseca. Nos fatores intrínsecos que contribuem para o desenvolvimento da obesidade, incluem-se os fatores genéticos e as doenças metabólicas. Atualmente é também atribuído um papel importante à hereditariedade no estudo da obesidade, uma vez que há evidências que sugerem que o gene FTO (fat mass and obesity associated) é o primeiro locus inequivocamente associado com a adiposidade, e que as associações com o IMC são realmente mediadas através do FTO. Os dados apresentados nesta revisão indicam que a deficiência no FTO protege contra a obesidade (Fawcett & Barroso, 2010).

Ainda incluídas nos fatores intrínsecos, encontram-se doenças metabólicas (hipotireoidismo e Síndrome de Cushing), como causas de obesidade secundária, uma vez que esta surge como um

sintoma das patologias e não como uma entidade singular e isolada (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

No grupo dos fatores extrínsecos inserem-se a ingestão calórica excessiva, a atividade física diminuída e os fatores psicossociais. Neste sentido, o exercício físico reduzido também conduzirá ao desenvolvimento da obesidade, na medida em que diminui o consumo energético do organismo, aumentando assim a deposição de gorduras no tecido adiposo (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Costa, Bandeira, Trentini, Brilmann, Friedman & Nunes, 2009).

Também são frequentemente associadas à obesidade, patologias do foro psicológico, como a depressão, apesar desta não implicar o desenvolvimento da obesidade em cerca de metade dos obesos que apresentam ingestão compulsiva periódica, ou seja episódios de hiperfagia descontrolada (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005).

Apesar de existirem fatores individuais que potenciam o desenvolvimento de excesso de peso, no caso particular das crianças, o papel da família e do ambiente contribui igualmente para o desenvolvimento de comportamentos associados ao ganho de peso, especificamente a nutrição e a prática de exercício físico (Odoms-Young et al, 2009). Por outro lado, o grau de instrução dos pais, as atividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência influenciam, também, a prevalência da obesidade (DGS, 2005).

Imagem corporal

É crucial antes de se falar em imagem corporal abordar a palavra autoconceito, uma vez que o conceito imagem corporal está subjacente ao mesmo. Para Vaz Serra (1988), o autoconceito pode ser definido de uma forma simples, como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si, sendo que a autoestima e a imagem corporal são duas facetas do autoconceito. Segundo o autor já referenciado, pode-se falar de autoconceito emocional, social e autoconceito físico, sendo este último alusivo à aparência e aptidões físicas. Carvalho, Soares e Guedes (2000) afirmam que o autoconceito humano engloba atitudes relacionadas consigo próprio, a percepção das capacidades pessoais, a imagem física e a identidade e também um sentido geral do seu valor.

Aceita-se assim, que há quatro tipos de influências que ajudam a construir o autoconceito, uma delas, é o modo como as outras pessoas observam um indivíduo, neste aspeto admite-se que o ser humano é levado a desenvolver uma espécie de fenómeno de espelho, em que tende a observar-se da maneira como os outros o consideram (Shrauger e Shoeneman, *cit in* Vaz Serra, 1988). Apurou-se também que quando o feedback sobre dado indivíduo é controlado de forma experimental, ocorrem mudanças nas autodescrições das pessoas. Nos estudos revistos por este autor verifica-se que as mudanças são influenciadas pela favorabilidade do feedback, pela discrepância entre o feedback e as autodescrições, pelo consenso dos outros no que respeita ao feedback recebido e ainda pelas características da pessoa que emite o feedback. Outra variável, para além da mencionada, diz respeito à noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas, pelo que pode julgar que se sai bem ou mal ou que é competente ou incompetente. Uma terceira influência corresponde ao confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais com quem se encontra identificada. Finalmente, uma outra variável deriva da avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados por grupos normativos. Nestes dois últimos casos o indivíduo pode considerar que está próximo ou afastado deles, que procede bem ou mal e, devido a isso, sentir-se satisfeito ou insatisfeito, todos estes fatores ajudam a constituir o autoconceito, que pode adquirir características positivas ou negativas.

Há várias facetas que estruturam o autoconceito, uma delas, as autoimagens são consideradas o produto das observações em que o indivíduo se constitui o objeto da própria percepção. Assim, uma pessoa, a seu respeito, não tem uma mas sim várias autoimagens, entre elas como progenitor ou como filho, como profissional, como praticante de dada modalidade desportiva, como cônjuge ou como especialista em determinada atividade. As autoimagens podem ser em número variado, sendo que o mais importante é a sua organização hierárquica e o valor atribuído pelo próprio ao que representam. Um dado indivíduo pode, por exemplo, dar apreço à sua autoimagem como profissional, que coloca acima de todas as outras, já uma mulher pode valorizar particularmente a sua autoimagem como mãe e situar as restantes em posições subalternas. Mas, para além das autoimagens, é também importante ter em conta outros aspetos, nomeadamente a

autoestima, esta pode ser definida como a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral, assim, há pessoas com autoestima alta e, outras, com autoestima baixa, dependendo do modo como tendem a julgar-se. Pode-se sintetizar que a autoestima é o produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau, feitas a aspetos considerados relevantes da sua identidade. Devido às características assinaladas, a autoestima encontra-se intimamente associada aos fenómenos de compensação ou de descompensação emocional do indivíduo. Tendo em conta estas características, se se pedir a um indivíduo que se descreva, numa escala de autoconceito, tal como habitualmente se considera, está-se a solicitar-lhe que dê uma ideia do seu autoconceito real, todavia, em vez de se lhe fazer este pedido, pode-se dizer-lhe que refira antes, em cada atributo, como desejaria ser, neste caso menciona o seu autoconceito ideal. O autoconceito real e o autoconceito ideal podem estar próximos ou afastados entre si, assim como a imagem corporal real e desejada. Admite-se que a diferença entre os dois é um indicador de autoaceitação, deste modo, quanto menor for a diferença, mais este facto sugere que o indivíduo se aceita a si próprio tal e qual é.

O autoconceito é assim considerado um constructo abrangente, uma vez que é a organização das qualidades que o indivíduo atribui a si próprio, pode-se assim aceitar que a imagem corporal faz parte do autoconceito de um indivíduo (Brundage e Broadwell, 1995).

Apesar de existirem várias definições de imagem corporal, considera-se, de uma forma geral, que a imagem corporal é o retrato mental que o indivíduo tem do seu corpo. Bernstein (*cit in Oliveira, 2004*) afirma que a imagem corporal é um fenómeno biopsicossocial que engloba a visão de nós próprios, não só fisicamente, mas também fisiologicamente, sociologicamente e psicologicamente. Também segundo Tavian (2002), a imagem corporal é a representação mental ou cognitiva que o indivíduo tem do seu corpo, englobando a sua aparência exterior, órgãos internos e processos fisiológicos. Norris (*cit in Menezes, 2008*) defende que a imagem corporal é o conjunto de percepções, informações e sensações conscientes inconscientes, em constante mudança sobre o nosso próprio corpo. Complementando esta ideia, também Schilder (1999) refere que estas sensações podem advir dos músculos e invólucros, da sua enervação e das vísceras, sendo uma imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Para este autor, a imagem corporal é a representação do corpo na mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para cada um.

De acordo Pruzinsky e Cash (2002), a imagem corporal é um conceito de maior complexidade, pois pode ser referente a percepções, pensamentos e sentimentos acerca do corpo e da experiência corporal. Consolidando esta ideia, Vaz Serra (1988) defende que um indivíduo não tem a seu respeito uma, mas sim várias autoimagens, sendo que estas contribuem para a construção do autoconceito. Norris (*cit in Menezes, 2008*) afirma que a imagem corporal fornece uma base à identidade e, desta forma, quase todas as mudanças na sua estrutura corporal são sentidas como uma ameaça.

É também importante referir a existência de reações fisiológicas que ocorrem no nosso corpo, no entanto, quando essas reações orgânicas estão prejudicadas, podem afetar a imagem que uma pessoa tem de si mesma (Schilder, 1999). Shontz (1990) afirma que a organização da imagem corporal não é puramente neurológica nem mental, pois acredita-se também que as emoções

tenham um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal. Na verdade, há uma interação entre os lados fisiológico, neural e emocional, além do fator social, sendo que um desses processos analisados separadamente tornariam a análise com lacunas e incompleta. Mudanças num deles podem ocasionar consequências na experiência do corpo, sendo que um caso típico é o que chamamos de 'membro fantasma'. Schilder afirma ainda que possuímos a capacidade de mudar a nossa imagem continuamente, e que essa multiplicidade de imagens só pode ser conseguida pelas forças emocionais. É por meio delas que entendemos a variedade de fantasmas que uma pessoa é capaz de criar no seu próprio corpo. Unindo os aspectos fisiológicos com as forças emocionais, a imagem vai condensando a vivência que o homem tem de si mesmo e do mundo. Assim sendo, as imagens corporais ligam-se por meio de uma proximidade espacial que favorece o contato entre os corpos e as suas experiências, o que torna a sua construção mais fácil e rica e as trocas de vivências entre duas ou mais pessoas são maiores. Isto deve-se à incorporação de diversas partes das imagens corporais dos outros e à doação das nossas próprias imagens aos outros. Aliado a isso, o fator emocional aparece como peça-chave neste processo, pois podemos estabelecer uma relação íntima com determinada pessoa. Como refere Schilder (1999), primeiro, temos uma impressão sensorial do corpo do outro, e posteriormente esta impressão adquire o seu significado real através do nosso interesse emocional pelas diversas partes do corpo. Logo, "a imagem é um fenómeno social, pois há um intercâmbio contínuo entre a nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros" (Schilder, 1999).

A imagem corporal é entendida como um constructo multidimensional que descreve de maneira ampla as representações internas da estrutura corporal e da aparência física do indivíduo em relação a si próprio e aos outros. Para Cash e Prusinsky (2002), a imagem corporal é formada por quatro dimensões: (1) cognitiva (pensamentos sobre o corpo e satisfação para como o corpo), (2) afetiva (reflete a ansiedade e outros sentimentos ligados à apresentação pública do corpo), (3) comportamental (comportamentos associados à imagem corporal, tais como, o exercício ou a forma como nos alimentamos) e (4) perceptiva (precisão das percepções relativas ao tamanho do corpo). A dimensão perceptiva tem sido frequentemente utilizada, na área da saúde, na tentativa de avaliar como o indivíduo percebe a forma e/ou tamanho do seu corpo (Bane & McAuley, 1998).

Como a imagem corporal se refere à imagem mental que temos sobre a nossa aparência, esta encontra-se geralmente associada à forma como o peso se encontra distribuído sobre o nosso corpo, aos valores que temos da nossa aparência física, ao próprio conceito que temos de aparência física, a fatores étnicos e culturais, e ao que ouvimos dos outros.

A imagem corporal tem um papel importantíssimo no desenvolvimento e manutenção do self (Davis, 1997). Para as mulheres, especialmente, uma imagem corporal negativa, é identificada como a componente central de problemas relacionados com a saúde, tais como, perturbações alimentares (Levine & Piran, 2004), obesidade (Schwartz & Brownell, 2004), e depressão (Cash & Pruzinsky, 2002).

Diversos são os métodos que avaliam a dimensão perceptiva da imagem corporal. Os mais simples utilizam conjuntos de silhuetas, que consistem numa série de figuras ou desenhos de corpos, representando vários tamanhos corporais e, geralmente, contém de 7 a 9 imagens, com

sequências de silhuetas que vão das mais magras até as mais obesas. Damasceno et al (2005), no estudo que procurava identificar o tipo físico ideal de indivíduos ativos, utilizaram o conjunto de silhuetas de Stunkard et al e chegaram à conclusão que os homens querem ter um corpo mais forte e volumoso e com baixo percentual de gordura, com valores de 9,8 G% e 23,1 kg/m² de IMC, que correspondia à silhueta 4. Já para as mulheres, o tipo físico ideal é um corpo mais magro e menos volumoso, com valores de 20,5 G% e 20,0 kg/m² de IMC, correspondente à silhueta 3. O conjunto de silhuetas proposto por Stunkard et al é constituído por 9 silhuetas que vão da figura mais magra até a mais gorda.

Cash (1993) afirma que a imagem corporal se refere à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do seu corpo. Segundo o autor, o descontentamento relacionado com o peso, que muitas vezes leva a uma imagem corporal negativa, advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. De uma forma geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a autoimagem, todos eles sendo fortemente influenciados por fatores sócio-culturais (Cash, 1993; Demarest & Langer, 1996; Gittelsohn & cols., 1996). Alguns autores, entre eles Foster, Wadden e Vogt (1997), Leonhard e Barry (1998) e Ogden e Evans (1996) fazem menção à Teoria do Descontentamento Normativo, que sustenta a ideia de que a insatisfação com o próprio corpo parece estar relacionada às exigências sociais e culturais de aparência e magreza. Com base na revisão da literatura, Friedman e Brownell (1995) destacaram dois aspetos relacionados com a imagem corporal, a insatisfação e a distorção da imagem corporal. Quanto à insatisfação, os autores verificaram que ela parece estar associada à obesidade, e a distorção, embora associada à obesidade, os dados não se têm mostrado consistentes. De acordo com os referidos autores, os aspetos físicos da obesidade têm sido documentados com detalhes, contudo os correlatos psicológicos do excesso de peso carecem ainda de mais estudos. Nesse contexto, entre as variáveis psicossociais que carecem de estudos, coloca-se a imagem corporal, bem como sua associação à obesidade.

Autoconceito Sexual

Definição

Tradicionalmente, a noção de autoconceito foi definida como a apreciação cognitiva que cada um faz sobre as suas próprias expectativas, descrições e planos. Segundo Combs (1962) o autoconceito é “aquilo que cada indivíduo acredita que é”, já Coopersmith e Feldman, em 1974 descreveram autoconceito como as “crenças, hipóteses e pressupostos que o indivíduo tem sobre si mesmo”, ou seja, a opinião que cada pessoa tem de si mesma, a sua noção sobre a pessoa que é e as suas características (*cit in* Alves-Pacheco, 2008). Assim sendo, o autoconceito providencia estrutura e coerência sobre a existência de cada indivíduo, reflete as percepções individuais sobre as percepções que os outros têm da sua própria pessoa.

O conceito de si como ser sexual tem vindo a ser trabalhado ao longo do tempo por vários teóricos. A teoria psicanalítica desenvolvida por Freud evidenciou a importância desde o nascimento, das componentes sexuais no desenvolvimento psicossocial do indivíduo e revelou ligações entre a sexualidade e a identidade (Menezes, 1990). A identificação dos tipos de orientação sexual (heterossexual e homossexual) reportam-se ao direcionamento do desejo sexual humano e negam a prescrição social tradicionalmente pré-determinada, permitindo a autodefinição sexual (Lopez & Fuertes, 1999). Uma outra categorização de orientação sexual foi desenhada por Klein onde se pode encontrar a reflexividade inerente à autodefinição sexual (Menezes, 1990).

Para Winter (1988) o autoconceito sexual consiste na avaliação que o indivíduo realiza sobre os seus próprios sentimentos ou ações sexuais. Outras definições de autoconceito sexual são conotadas como autoesquema sexual, dizendo respeito a estruturas cognitivas relacionadas com aspetos sexuais do self que derivam de experiências anteriores, mostram a natureza das experiências correntes da pessoa, guiam-na no exercício da sua sexualidade e possuem um papel importante no processamento de informação sexualizada (Snell, 2001). Snell (2001) identifica aspetos do autoconceito sexual associados à sexualidade, nomeadamente a consciência sexual, a assertividade sexual e o controlo sexual, verificando-se que estão positivamente associados com a extensão e a variedade das histórias pessoais de experiências sexuais. O autoconceito sexual descreve assim, o que cada um de nós pensa sobre o sexo e como nós nos sentimos em relação a atos sexuais, ou seja é a avaliação que cada um faz acerca dos próprios sentimentos e ações sobre a sua sexualidade.

Para Snell (2001), a adaptação e a satisfação sexual são características do bem-estar pessoal nas relações íntimas, considerando para tal diversos aspetos definidores de um conjunto de dimensões relacionadas com a globalidade do termo autoconceito sexual. São eles (1) Ansiedade Sexual, definida como a tendência para sentir tensão, desconforto e ansiedade sobre os aspetos da sua vida sexual; (2) Autoeficácia sexual, definida como a confiança na capacidade de lidar efetivamente com os aspetos da sua vida sexual; (3) Otimismo sexual, definido como a expectativa

futura de que os aspetos sexuais da sua vida serão positivos e compensadores; (4) Autovigilância sexual, definido como a tendência para se sentir vigilante em relação à impressão da sua sexualidade sobre os outros; (5) Motivação sexual, definida como a motivação e desejo para se envolver num relacionamento sexual; (6) Estima sexual, definida como a tendência generalizada para avaliar positivamente a própria capacidade de se envolver em comportamentos sexuais saudáveis e experimentar a sua sexualidade de forma satisfatória e aprazível; (7) Satisfação sexual, definida como a tendência para se sentir plenamente satisfeito com os aspetos sexuais da sua vida; (8) Medo do sexo, definido pelo medo de manter relações sexuais com outro indivíduo; (9) Depressão sexual, definido pela experiência de sentimentos de tristeza, infelicidade e depressão em relação à sua vida sexual; e (10) Controlo interno da sexualidade, definido como a convicção de que os aspetos da sua vida sexual são determinados pelo seu controlo pessoal.

Fontes de construção do autoconceito sexual

Também no autoconceito sexual é importante referir conceitos como autoperceção sexual, avaliação sexual refletida, comparação sexual social, comparação sexual temporal e referencial de pertença sexual a grupos em contexto cultura, uma vez que são considerados como fontes do autoconceito sexual (Sim-Sim & Lima, 2004).

A autoperceção sexual refere-se à informação que o indivíduo colhe sobre si, e que exige a atribuição de significados sexuais, uma vez que o comportamento só é sexual se assim for entendido pela pessoa (Menezes, 1990). A autoperceção refere-se às atribuições que as pessoas fazem quanto às suas atitudes, emoções e outros, a partir das inferências relativas ao seu agir sexual. A autoperceção sexual permite o reconhecimento do sexo, da identidade sexual, da orientação sexual, entre outros (López e Fuertes, 1999). Por exemplo o facto de a pessoa possuir inconsistência na sua autoperceção sexual, leva à não previsão antecipada de encontros sexuais, e à não utilização ou utilização incorreta dos métodos contraceptivos (Winter, 1988, Menezes, 1990, Zapián, *cit in* Sim-Sim & Lima, 2004). Um estudo de Garcia (1999) mostra que a autoperceção sexual é diferente de acordo com o género, nesta pesquisa os homens autodefinem-se como mais experientes, mais reativos e mais dissidentes que as mulheres, enquanto que estas se definem como mais sexualmente atrativas e românticas. A autoperceção sexual é um fator importante do autoconceito, pois através do processo introspetivo, surge a motivação para a interpretação do próprio como ser sexual, influenciando pensamentos, atitudes e comportamentos sexuais (Sim-Sim & Lima, 2004).

Na avaliação sexual refletiva, salienta-se a perceção que a pessoa tem relativamente à forma sexualizada como é vista pelos outros, uma vez que é importante para a definição do seu autoconceito sexual. A recetividade da informação colhida sobre si depende da credibilidade que o indivíduo confere ao avaliador (Shrauger & Schoeneman, *cit in* Sim-Sim & Lima, 2004). Assim o avaliador deve possuir determinadas características para que a avaliação sexual refletida tenha validade para a pessoa em questão, apesar de os pares serem em termos gerais os mais representativos na aquisição de informação sobre a sexualidade, a imagem de ser sexualmente ativo

pode ser mais gratificadamente reconhecida pelos pais do que pelos amigos. Alguns autores afirmam que as pessoas modificam mais as suas autopercepções quando a informação que colhem sobre si é negativa do que quando é positiva, e quando eles sentem que são postos à prova nesse atributo (Shrauger & Schoeneman, *cit in* Sim-Sim & Lima, 2004).

No que concerne à comparação sexual social verifica-se que a consequência da comparação sexual social é o desenvolvimento de identidades e avaliações realizadas pelo próprio no âmbito das interações recíprocas e íntimas (Longmore, 1998). A opção por riscos sexuais pode relacionar-se com a construção do autoconceito sexual na medida em que os autoesquemas mais centrais das pessoas determinam os comportamentos mencionados. Por exemplo, uma mulher que se veja a si mesma como aventureira ou sexualmente audaciosa e valorize esta forma de estar, entra mais facilmente em comportamentos sexuais de risco, como ter múltiplos parceiros, do que uma outra que se veja a si mesma como cautelosa e conservadora. Se o autoconceito sexual resulta do produto entre a experiência individual e as inferências retiradas da comparação sexual é um fator motivacional importante que pode levar com intenções de suplantar os outros, a comportamentos críticos (Briakwell & Millward, 1997). Na comparação sexual, o efeito de falso consenso reportado ao autoconceito sexual pode trazer problemas, nomeadamente aos adolescentes sexualmente ativos. Pesquisas realizadas por Grosse & Miller e por Suls, Wan & Sanders (*cit in* Sim-Sim & Lima, 2004) mostraram que o falso consenso é mais alto para os comportamentos considerados maus, como o não uso de preservativo do que para os comportamentos considerados bons, como o uso destes métodos (Whitley, 1998). Por outro Marcks & Miller afirmam que as pessoas com baixa autoestima exibem a necessidade de um elevado falso consenso (Whitley, 1998).

Relativamente à comparação sexual temporal verifica-se que a idade é um aspeto importante a ter em conta no estudo do autoconceito sexual, assim, Winter (1988) verificou no seu estudo que os sujeitos mais velhos possuíam um autoconceito sexual mais elevado que os mais novos, na medida em que as pessoas com o evoluir da idade seguem caminhos diferentes, têm uma maior opção de escolhas sexuais e diversificam as suas experiências, os adultos diferenciam-se sexualmente muito mais entre si do que as crianças. Com o avançar da idade as pessoas confortam-se com a perda da imagem juvenil e atrativa com relações rotineiras, como medos de incapacidade de resposta sexual fisiológica, com convenções sociais proibitivas para os mais idosos (López e Fuertes, 1999), factos estes, que levam as pessoas a remunerarem experiências pesadas e a fazerem comparações consigo mesmas. O autoconceito sexual centra-se em aspetos que são diferentemente valorizados ao longo da vida, podendo a pessoa recontar a sua história sublinhando por exemplo a intimidade sexual, a capacidade de partilhar com o parceiro e desvalorizando o físico, ou seja os autoesquemas sexuais tornam-se mais diversificados. Para os mais idosos a comparação temporal pode trazer o sublinhar de perdas de capacidades sexuais que se prendem com o estado de saúde geral e levar a baixa autoestima sexual (Baron & Garciano, *cit in* Sim-Sim & Lima, 2004).

Quanto ao referencial de pertença sexual a grupos em contexto cultural, verifica-se que a pertença a grupos influencia o autoconceito sexual na medida em que os padrões sociais são orientadores da sexualidade (Sim-Sim & Lima, 2004). No entanto existe alguma incongruência quanto à aprovação dos comportamentos sexuais, facto que pode ser conflituoso para o

desenvolvimento do autoconceito sexual especialmente em adolescentes. Por um lado existe grande pressão no grupo de pares para que se tornem sexualmente ativos, por outro lado a pressão para adiar o primeiro encontro sexual por parte das figuras parentais é geralmente a regra. A questão é que, quer os pares, quer os pais, são significativos e a aceitação e aprovação de ambas as figuras são fundamentais (Menezes, 1990), fornecendo elementos para a construção do autoconceito sexual em contexto sexualizado. O ambiente em que se constrói o autoconceito sexual parece ser determinante, especialmente se há controlo social apertado. É importante considerar o género quando se estuda o autoconceito sexual, como sublinha a pesquisa de Breakwell e Millward (1997). Neste estudo observou-se que a maneira como o autoconceito sexual está estruturado e a forma como se relaciona com os comportamentos de risco é diferente entre homens e mulheres. Nos rapazes as dimensões socioemocionais são distinguidas dos aspetos relacionais, enquanto nas raparigas são facetas integradas do seu autoconceito sexual. Por outro lado, a sociedade transmite e reforça o duplo padrão sexual, atribuindo expectativas diferentes, de acordo com papéis sexuais, características psicológicas e comportamentais, que se definem adequadas ao sexo do indivíduo (Vaz, 1996), facto que fomenta o autoconceito sexual nos rapazes, negativizando-o nas raparigas. Não é de estranhar que por isso que existam fatores que levem a que na maior parte das pesquisas o autoconceito sexual dos rapazes seja mais elevado do que nas raparigas (Sim-Sim & Lima, 2004).

Funções do autoconceito sexual

As funções do autoconceito sexual são a função de consciência sexual reflexiva, a função relacional sexual e a função sexual executiva.

A função de consciência sexual reflexiva consiste na atribuição a si mesmo de determinadas características sexuais, implicando um intercâmbio entre a aprendizagem dos factos sexualizados e a informação oferecida pelos outros, permitindo à pessoa auto classificar-se sexualmente. Através do autoconhecimento sexual a pessoa motiva-se para diagnosticar os seus traços sexuais, procura consistência das suas opiniões, assim como procura informações sexuais favoráveis sobre si. O desenvolvimento psicosssexual oferece-lhe uma fonte de informação sobre a identidade de género, os papéis sexuais, a preferência do objeto sexual, a disposição para agir e os valores em contextos sexuais, entre outros (Menezes, 1990), informação essa que é trabalhada pela pessoa reconhecendo-a como válida para si mesmo ou recusando-a. Colocam-se alguns problemas, nomeadamente, quando há incapacidade de aceitar a sexualidade como parte integrante da autoimagem, uma vez que é negado ao próprio o reconhecimento desta dimensão humana, ou se é aceite, tem conotação negativa. A autoconsciência sexual como estado fomentador de introspeção entre o que a pessoa é e o que deseja ser em termos sexuais, é problematizada, de acordo com o género, pela imagem colhida na envolvente. Segundo alguns autores, ser do sexo feminino e ao mesmo tempo sexual é uma contradição em muitas culturas (Breakwell & Millard, 1997), verificando-se que a imagem do género masculino é exatamente o inverso (Menezes, 1990). Desta forma a função de consciência sexual reflexiva do autoconceito sexual parece ter um caminho mais facilitado para os homens do

que para as mulheres. Em suma, pode-se afirmar que a função reflexiva do autoconceito sexual influencia as formas como as pessoas se veem, a consciência que possuem de si, e o nível de autoestima com que vivem a sua própria sexualidade (Sim-Sim & Lima, 2004).

A função relacional sexual tem em conta que o relacionamento sexual entre as pessoas não se reporta apenas ao ato de coito propriamente dito. Através da autoapresentação em contexto sexualizado, a pessoa tem oportunidade de criar redes com a envolvente e controlar os aspetos sexuais que deseja percebidos e avaliados pelos outros, no âmbito da sua própria sexualidade. Por exemplo, os motivos estratégicos e os motivos expressivos de autoapresentação sexual podem condicionar a seleção dos diferentes tipos de contraceptivos a adquirir, uma vez existe alguma dificuldade em adquirir métodos contraceptivos no contexto envolvente, essencialmente em meios pequenos e em que todos se conhecem (Sim-Sim & Lima, 2004).

A função sexual executiva tem como constituintes realizar escolhas, tomar decisões e responsabilidades, iniciar e inibir comportamentos, traçar planos de ação e levá-los a cabo. A autorregulação sexual é assim uma função importante intra e interpessoal que influencia a avaliação e valorização do próprio campo da sexualidade. Neste contexto, o estudo de Breakwell e Millward (1997) examina a relação entre o autoconceito sexual e a atividade sexual em adolescentes, argumentando que o autoconceito é um fator que influencia quer a importância de ver-se como sexualmente atrativo, quer a exibição de riscos sexuais, existindo diferenças de acordo com o género. Um outro estudo que remete para a função executiva do autoconceito sexual tem em conta a decisão de ter relacionamentos sexuais que comporta determinados custos e benefícios percebidos, tendo Small, Silverberg e Kerns (*cit in* Sim-Sim & Lima, 2004) estudado esta problemática em adolescentes e verificado que existem diferenças relevantes quanto ao género.

Modelos de autoconceito sexual

Modelo Unitário de autoconceito sexual

O modelo unitário de autoconceito sexual que vai ser exposto em seguida foi desenvolvido por Winter (1988). Esta autora partiu da ideia de que todas as pessoas possuem autoconceito sexual, uma vez que todas vivenciam a sexualidade, diferenciando os indivíduos entre si, na medida em que a avaliação que fazem tende a ser mais ou menos positiva ou negativa. Assim, esta autora considera que um dos fatores influenciadores do uso de contraceção é a avaliação da sexualidade pelo próprio, sobrepondo-se aos sentimentos sobre a sexualidade em termos gerais. Nesta perspetiva o autoconceito sexual possui quatro características (1) está correlacionado com as medidas das práticas contraceptivas, (2) desenvolve-se e o seu desenvolvimento acompanha a utilização de contraceção, (3) dado que as práticas contraceptivas variam dentro e entre os grupos etários, o autoconceito sexual também varia nestes grupos, e (4) está correlacionado com medidas como a culpa sexual e a erotofobia. Levando à prática este modelo unitário, a autora, construiu uma escala que reflete quatro áreas de autoconceito sexual, sendo elas (1) sentimentos relativamente a

relações sexuais, (2) sentimentos sobre a obtenção e uso de contraceção, (3) discussões relacionadas com sexo e contraceção e (4) autoavaliação sobre o desenvolvimento sexual do próprio. O modelo de Winter partiu de uma conceção total da pessoa como ser sexualizado, pelo que se aplica a pessoas sexualmente ativas, e sublinha a congruência entre a avaliação do próprio sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações sexuais e as práticas contracetivas.

Modelo Multidimensional do autoconceito sexual

No sentido de facilitar os estudos dos múltiplos aspetos e componentes do autoconceito sexual, um modelo multidimensional foi desenvolvido por Snell (2001). O modelo parte de pesquisas anteriores sobre a sexualidade humana e reflete 20 componentes do autoconceito sexual. Pressupõe Snell que o autoconceito sexual possui características de índole cognitiva (exemplo: autoesquema sexual), aspetos afetivos (exemplo: depressão sexual) e componentes motivacionais (exemplo: motivação sexual). Através deste modelo, obtém-se a perspetiva das pessoas quanto ao seu autoconceito sexual em dimensões que correspondem a 20 subescalas de autoapreciação. Nestas subescalas são apreciados aspetos da sexualidade humana como por exemplo a autoconsciência sexual, a autoestima sexual, o autoesquema sexual, entre outras, que vão ao encontro da literatura que aborda as fontes e funções do autoconceito sexual (Snell, 2001). O autor, definindo cada um dos 20 aspetos do autoconceito sexual, constrói 5 afirmações para cada um destes aspetos, por exemplo ao explorar a dimensão “ansiedade sexual”, que define como a tendência para sentir tensão, desconforto e ansiedade sobre os aspetos sexuais da vida da pessoa, faz-lhe corresponder os itens 1, 21, 41, 61 e 81, constituindo assim a primeira das 20 subescalas. Ao aplicar este modelo em população universitária o autor encontrou relações entre as subescalas e os comportamentos contracetivos. Uma outra particularidade revelada na população estudada foi a maior ou menor valorização de alguns aspetos de acordo com o sexo. Por exemplo, os indivíduos do sexo masculino reconheciam-se com níveis mais elevados no controlo sexual por sorte, preocupação sexual e motivação sexual, enquanto que as raparigas se autodefiniam em níveis mais elevados de motivação para evitar riscos sexuais e medo sexual. Abordando várias facetas da autodefinição da pessoa como ser sexual, o modelo multidimensional revela-se dinâmico, não hermético (uma vez que as várias dimensões ao mesmo tempo que permitem justaposições, também permitem a verificação de clivagens no autoconceito sexual) orientando-se para a sexualidade nos vários contextos da vivência da pessoa.

Relativamente a pesquisas encontradas em que tivessem medido o autoconceito sexual, foram encontradas poucas pesquisas. Por um lado, um estudo levado a cabo por Rostosky, Dekhtyar, Cupp & Anderman (2008), em que revelou que adolescentes do sexo masculino relataram níveis mais baixos de autoconceito sexual do que os adolescentes do sexo feminino. Especificamente nesse estudo, adolescentes do sexo masculino relataram menor autoestima sexual e os níveis mais elevados de ansiedade sexual. Além disso, os homens nesse estudo relataram menor autoeficácia sexual. De acordo com outros achados (Mitchell *et al*, cit in Sim-Sim & Lima, 2004; Rosenthal *et al*,

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

cit in Sim-Sim & Lima, 2004), adolescentes do sexo masculino relataram menor recusa sexo ou eficácia resistiva do que as fêmeas. Por outro lado, Alves-Pacheco (2008) ao comparar as médias das subescalas do MSSCQ, de acordo com as três classes de Índice de Massa Corporal (IMC), não detetou diferenças relevantes entre as médias. Este resultado foi confirmado pelo cálculo de coeficientes de correlação de Spearman entre as subescalas e o valor contínuo de IMC, não se identificando qualquer correlação estatisticamente significativa. Relativamente ao nível de escolaridade também não foram identificadas divergências substanciais entre diferentes graus de literacia. No entanto, a média da Motivação sexual parecia ser crescente com o nível de instrução e, inversamente, a Ansiedade e o Medo sexuais tendiam a decrescer à medida que aumenta o grau de literacia.

Relação entre peso corporal, satisfação com a imagem corporal e autoconceito sexual

Na sociedade atual, as pessoas obesas são consideradas como pouco atrativas fisicamente, assim a estigmatização da obesidade despoleta, conseqüentemente, a formação de uma imagem corporal negativa nos sujeitos com obesidade (Rosen, cit in Thompson, 1997). No que concerne à imagem corporal, Cash (1993) afirma que este conceito se refere à experiência psicológica de um sujeito sobre a aparência e funcionamento do seu corpo. O mesmo autor menciona ainda que o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa pode estar relacionado com o peso corporal, devido à ênfase cultural que se atribui à magreza e estigma social da obesidade (Almeida et al, 2002). De facto, na sociedade ocidental ser magra significa ter competência, sucesso e ser atraente sexualmente (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2005). Adicionalmente, Almeida, Loureiro e Santos (2002) afirmaram que, de uma forma geral, os estudos sobre imagem corporal aludem para prejuízos relacionados com a insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a autoimagem, todos eles sendo fortemente influenciados por fatores sócio-culturais (Cash, 1993; Demarest & Langer, 1996; Gittelsohn et al, cit. in Almeida, et al., 2002). Numa investigação desenvolvida dentro da temática da imagem e peso corporal, Saur e Pasian (2008) verificaram que a satisfação com a imagem corporal não se mostrou associada ao sexo e à idade, apesar de ter sido influenciada pelo tamanho corporal real, neste sentido, constataram que os indivíduos de peso normal e baixo peso apresentaram níveis de satisfação corporal superiores aos grupos de sobrepeso e acima do peso (Saur & Pasian, 2008). Neste âmbito, Kakeshita & Almeida (2006) analisaram as relações entre o IMC e a autopercepção da imagem corporal, sendo que os principais resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao género, bem como a insatisfação geral com a imagem corporal percebida, evidenciado pelo desejo por apresentarem menores valores de IMC. Além disso, verificaram que as mulheres com sobrepeso apresentaram maior preocupação e desconforto com o corpo. Por conseguinte, tanto homens como mulheres manifestaram distorção na autopercepção da imagem corporal, subestimando ou superestimando-a. Os resultados sugerem insatisfação com a imagem corporal, na medida em que desejavam ter os seus corpos mais magros (Kakeshita & Almeida, 2006). Damasceno, Lima, Vianna, Vianna e Novaes (2005), encontraram diferenças quanto à insatisfação com a imagem corporal entre os sexos, enquanto as mulheres apresentaram o desejo de reduzir a silhueta corporal os homens demonstraram querer aumentar. Quadros et al (2010), observaram uma alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal nos universitários estudados e a mesma se mostrou associada ao sexo e ao estado nutricional, sendo que os homens apresentaram maior insatisfação por magreza, enquanto que as mulheres relataram maior insatisfação por excesso de peso. Desta forma, verifica-se a forte influência da cultura social vigente para com homens e mulheres os quais buscam um padrão corporal magro e hipertrofiado como sinónimo de beleza. A literatura nacional e

internacional tem apresentado prevalências de insatisfação com a imagem corporal, superior a 50% em estudantes universitários (Coqueiro et al, 2008; Grossbard, Lee, Neighbors & Larimer, 2008; Rech et al, 2010; Quadros, et al, 2010). Esta alta prevalência pode ser explicada em virtude da supervalorização da aparência nos dias atuais, o que desencadeia uma busca pela beleza ditada pela sociedade. Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) relatam que a preocupação com o corpo é a principal responsável pelos transtornos alimentares, como anorexia e bulimia sendo, muitas vezes, desencadeada por uma insatisfação com o peso e a forma física.

A insatisfação com a imagem corporal pode estar associada a algumas variáveis sociodemográficas, dentre elas o sexo, cuja relação já está bem fundamentada na literatura. Aponta-se que as mulheres são mais pressionadas culturalmente a possuírem uma beleza imposta pela *media*, e desta forma, buscam diminuir a silhueta mesmo quando já se encontram com o peso dentro dos padrões considerados normais para a saúde. Em geral, os homens estão mais satisfeitos com o corpo e percebem-no com menos distorção (Melin & Araújo, 2002), sendo que a maioria considera o corpo mais musculoso como representação da imagem corporal masculina ideal. Ao contrário das mulheres, que estão mais preocupadas com o peso, os homens relatam aumento da massa muscular (Melin & Araújo, 2002).

Em relação ao nível socioeconômico, Ogden e Thomas (1999) e Wardle & Griffith (2001) ao investigarem a associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o nível socioeconômico, identificaram que as mulheres economicamente mais favorecidas são mais insatisfeitas que as menos favorecidas, entre os homens não foi observado associação. Rech et al (2010) ao analisar a autopercepção de estudantes do curso de Educação Física, não verificou associação do estudo e ocupação profissional e nível socioeconômico, com a insatisfação com a imagem corporal. Costa e Vasconcelos (2010), não encontraram associação entre o nível socioeconômico e a imagem corporal em universitários brasileiros.

No que concerne à influência da variável idade na satisfação com a imagem corporal, Zimmermann, Scott e Heinrichs (2010), destacaram que as mulheres mais velhas podem desenvolver uma maior insatisfação com o seu corpo devido às alterações morfológicas que o avançar da idade acarreta. Existem várias partes corporais que podem ser afetadas negativamente devido à incidência de adiposidade associada ao excesso de peso, tais como o abdômen, quadris e coxas, verificando-se que estas geram maior insatisfação entre os sujeitos do gênero feminino (Sarwer, Thompson & Cash, 2005).

Em contraposição, outros autores, referem que à medida que a idade aumenta, evidencia-se uma menor insatisfação com a imagem corporal, o que se deve ao facto das pessoas mais velhas sofrerem menos influências, ou talvez por fatores biológicos, tenham menos desejo de ter um “corpo perfeito”, apresentando menor insatisfação corporal quando comparadas com pessoas mais jovens (Braggion, Matsudo, Matsudo, Andrade, & Araújo, 2000). Loland (1998) investigou noruegueses de ambos os sexos e dividiu-os em três grupos de acordo com o nível de atividade (baixo, médio e alto nível de atividade física) e por faixa etária. Verificou que os homens são significativamente mais satisfeitos do que as mulheres, independente da faixa etária, e que os

indivíduos mais velhos, para ambos os sexos, são menos insatisfeitos com a imagem corporal, quando comparados com os mais novos.

Rech et al (2010) identificaram que 78,7% dos universitários com excesso de peso desejam ter uma silhueta menor do que a atual. Bosi, Uchimura e Luiz (2008), também encontraram associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o IMC ao avaliarem universitárias do curso de Nutrição, observaram que 82,9% das insatisfeitas eram eutróficas e 11,4% estavam acima do peso (sobrepeso/obesidade). Branco, Hilário e Cintra (2006), observaram que a insatisfação com a imagem corporal foi encontrada também em estudantes eutróficos, mas especialmente naqueles com sobrepeso e obesidade. Além disso, os autores correlacionaram a autopercepção corporal com o estado nutricional e detetaram a superestimacão feminina. Aproximadamente 39% das raparigas eutróficas consideravam-se com sobrepeso e 47% das eutróficas consideravam-se obesas. Entre os rapazes, também houve uma distorção da realidade, porém, inversamente, 26% daqueles com sobrepeso achavam-se eutróficos e 46% dos obesos achavam-se somente com sobrepeso ou eutrofia. Ao correlacionar a insatisfação com a imagem corporal em universitárias de todas as regiões do Brasil, Alvarenga, et al, (2010) identificaram que estudantes consideradas com baixo peso escolheram silhuetas maiores como sendo saudável e ideal, enquanto aquelas com excesso de peso escolheram silhuetas menores, o que seria “adequado” e “esperado” para esses grupos. Já a correlação entre os dois scores mostra que, embora o número médio escolhido para ideal seja um pouco menor do que o saudável, as escolhas tendem a ser muito similares para esses parâmetros, o que culmina na nomeação de saudável aquilo que escolhe como ideal e vice-versa.

Também os resultados gerais de estudos recentes feitos com pessoas obesas mostraram que indivíduos obesos relatam maior incidência de dificuldades sexuais devido ao seu peso (falta de prazer sexual, falta de desejo sexual, dificuldade com o desempenho sexual, e evitar encontros sexuais), assim um IMC elevado estava associado a um maior comprometimento da qualidade de vida sexual, e que a qualidade de vida sexual era mais prejudicada em mulheres obesas do que em homens obesos, o que se poderia dever ao facto de as mulheres darem maior importância à imagem corporal, do que os homens (Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005; Damasceno *et al*, 2005). Por outro lado eram os homens que estavam mais propensos a ter problemas com o desempenho sexual (Regan, 1996; Bess, 1997; Jagstaidt, Golay e Pasini, 1997). De facto a obesidade compromete a sexualidade não apenas pelas dificuldades físicas, devido ao acúmulo de gordura e comorbilidades associadas que afetam a função sexual, mas também porque o obeso possui a sexualidade fortemente reprimida devido à insatisfação e distorção com a sua imagem corporal (Gonçalves e Moraes; 2004; Mariano e Paula, sd).

De facto a obesidade compromete a sexualidade não apenas pelas dificuldades físicas, devido ao acúmulo de gordura e comorbilidades associadas que afetam a função sexual, mas também porque o obeso possui a sexualidade fortemente reprimida devido à insatisfação e distorção em relação à sua imagem corporal (Gonçalves & Moraes, 2004).

A obesidade mórbida por sua vez caracteriza-se por uma condição extrema na qual vai além dos problemas de ordem física e biológica resultantes desta condição. As alterações da autoimagem e autoestima ocorrem com frequência interferindo na qualidade de vida, inclusive na sexual,

podendo comprometer a ereção, a ejaculação, o orgasmo, o desejo sexual, além das limitações de mobilidade impostas pela massa corporal e a estigmatização social (Araújo et al, 2009).

Segundo Woertman & Van den Brink (2012) a imagem corporal e a sexualidade encontram-se intimamente ligadas, não havendo dúvida que a aparência física é um componente bastante importante nas experiências sexuais.

Ribeiro (2008) refere também a existência de fatores que faz com que os sujeitos obesos se sintam sexualmente indesejáveis, aumentando assim o afastamento de relações de proximidade e intimidade com outros sujeitos, tais como a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima, e histórias de abusos sexuais.

Baixos níveis de alteração da Imagem Corporal e menor insatisfação com a mesma foram também associados a um melhor funcionamento sexual, a uma maior assertividade sexual, maior autoestima sexual e menos problemas sexuais, logo, a permanente insatisfação com o tamanho do próprio corpo terá os efeitos contrários (Weaver & Byers, 2006).

Em suma, e tendo em conta que se trata de uma amostra normativa, observou-se que os resultados mais evidentes, foram aqueles que já eram esperados, nomeadamente as associações existentes entre a percepção de insatisfação com a imagem corporal e o peso corporal. Nesta investigação observou-se também, que as mulheres têm uma maior tendência a perceberem uma insatisfação com a imagem corporal, mesmo quando possuem um IMC normal, o que poderá advir dos valores e padrões de beleza impostos pela própria sociedade, como refere a literatura existente.

Tendo em consideração a escassez de literatura existente acerca do autoconceito sexual, é mais difícil analisar as relações existentes entre este e as variáveis imagem corporal e peso corporal.

Referências Bibliográficas (Anexo Teórico)

- Adami, F., Frainer, D. E. S., Santos, J. S., Fernandes, T. C. & De-Oliveira, F. R. (2008). Insatisfação corporal e atividade física em adolescentes da região continental de Florianópolis. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 24(2), 143-9.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Afrontamento.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R. & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.
- Almeida, N. A. G., Santos, E. J., Pasian, R. S., & Loureiro, R. S. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35.
- Alvarenga, M. S., Philippi, S., Lourenço, T., Sato, P. M. & Scagliusi, B. F. (2010). Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (1), 44-51.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A. & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20.
- Alves, M. G. C. (2005). A biologia do prazer, do afeto e do desejo. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa, série III* 10(1), 39-47.
- Andersen, B. L. & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079-1100.
- Andersen, I., Heitmann, B. L. & Wagner, G. (2008). Obesity and sexual dysfunction in younger Danish men. *Journal of Sex Med.*, 5(9), 2053-2060
- Andrade, A., Bosi, M. L. M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 1(16).
- Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem Ll, Foz-Sala M, *et al.* (2005). Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*, 125, 460-466.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Araújo, A. A., Brito, A. M., Ferreira, M. N., Petribu, K. & Mariano, M. H. A. (2009). Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Rev. Col. Bras. Cir*, 36 (1), 042-048.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, 340, 1-9.
- Bane, S., & McAuley, E. (1998). Body image and exercise. In J.L. Duda (Ed.) *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 311-324). Morgantown, WV: FitnessInformation Technology.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12 (2), 547-554.
- Bess, B. E. (1997). *Human Sexuality and obesity*. *Internacional Journal of Mental Health*, 26 (1), 61-67.
- Blyth, D. A., Simmons, R. G., Zakin, D. F. (1985). Satisfaction with Body Image for Early Adolescent Females: The Impact of Pubertal Timing Within Different School Environments. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(3).
- Bôas, M. S., Ferreira, V. A., Souza, C., Coelho, R. W. (2010). Nível de satisfação com a imagem corporal e a aparência muscular de praticantes de musculação. *Maringá*, 21(3), 493-502.
- Bosi, M. L. M., Uchimura, K. Y., & Luiz, R. R. (2008). Eating behavior and body image among psychology students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 150-155
- Braggion, G. F., Matsudo, S. M. M, Matsudo, V.K, Andrade, E.L. & Araújo, T. L. (2000). Comparação das variáveis antropométricas de acordo com o grau de satisfação com a aparência corporal em senhoras ativas acima de 50 anos. *Anais do XXIII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*.
- Branco, L. M., Hilário, M. O. E. & Cintra, I. P. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 292-296.
- Breakwell, G. M. & Millward, L. J. (1997). Sexual self-concept and sexual risk-taking. *Journal Adolescence*, 20(1), 29-41.
- Brundage, D. & Broadwell, D. (1995). Alteração da imagem corporal. In W. Phipps, B. Long, N. Woods e V. Cassmeyer (Eds.). *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (pp. 224- 227). Lisboa: Lusodidacta.

- Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucura* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J. & Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Carmo I. (2008a). Obesidade, a “epidemia global”; Definição, avaliação e classificação. In: I. Carmo, O. Santos, J. Camolas, J. Vieira. (2008) *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvão- Teles A. (2008b). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003- 2005. *Obesity Reviews* 9, 11-19.
- Carvalho, A. M. P., Cataneo, C., Galindo, E. M. C., & Malfará, C. T. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia: Caderno de Psicologia Educacional*, 15(30), 131-139.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Labarge A. (1996). Development of the appearance schemas inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.
- Cash, T.F. (1993). Body images attitudes among obese enrollees in a commercial weight loss program. *Percep Mot Skills*, 77 (3), 1099-103
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical, practice. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 509-516). New York: Guilford Press.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M., Galindo, E. M. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 39-46.
- Cocctrone, R., Couto, P. G., De-Oliveira, F. (2011). Nível de satisfação da imagem corporal, indicadores de obesidade e atividade física em uma vila de pescadores do Ceará. *Revista Acta Brasileira do Movimento Humano*, 1(1), 55-60.
- Coqueiro, R. S., Petroski, E. L., Pelegrini, A. & Barbosa, A. R. (2008). Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 30.
- Cordeiro, M. (2003). Sexualidade. Algumas questões. In: Eduardo Sá (Coord.). *Quero-te! Psicologia da sexualidade*. Lisboa: Quarteto Editora.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Costa, F. S., Bandeira, D. R., Trentini, C., Brilmann, M., Friedman, R. & Nunes, M. A. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo*, 14(2).
- Costa, L. C. F. & Vasconcelos, F. A. G. (2010) Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. *Revista Brasileira Epidemiológica*, 13(4).
- Costa, R. F., Machado, S. C. & Cordás, T. A. (2009). Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 27-31.
- Davis, J., & Petretic-Jackson, P. (2000). The impact of childhood sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 291-328.
- DGS, (2005). Programa Nacional de Combate à obesidade. Ministério da Saúde.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C. & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 63-67.
- Esteves, P. F. (2011). Obesidade: Revisão Bibliográfica. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Faculdade de Medicina, UBI.
- Fawcett, K. A. & Barroso, I. (2010). The genetics of obesity: *FTO* leads the way. *Trends Genetic*, 26(6), 266-274.
- Ferreira, M. C. & Leite, N. G. M. (2002). Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação Psicológica*, 2, 141-149.
- Fitzgibbon, M. L., Blackman, L. R. & Avellone, M. E. (2000). The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obesity Research*, 8(8), 582-589.
- Fontes, M. (2006). Uma leitura do culto contemporâneo ao corpo. *Contemporânea*, 4(1), 117-36.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A. (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychology*, 16 (3), 226-229.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2001). *Educação sexual na escola - Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto editora.
- Franques, A. R. M. (2003). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: Participação do psicólogo. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Friedman M. A., Brownell K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychology Bull*, 117(1), 3-20.
- Frota, A. C. (2007). Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida. *Direcção Geral da Saúde*, Acedido em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDAQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fobesidade-uma-doenca-cronica-ainda-desconhecida-pdf.aspx&ei=BdWhU_qfKsnG0QWd54HwBg&usq=AFQjCNFrHO1n9pIMluY2ojDbT6T1B_deYw.
- Garcia, L. T. (1999). The certainty of sexual self concept. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8, 263 - 270.
- Garner, D. M. & Wooley, S. (1991) Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev*, 11, 729-780.
- Gittelson, J., Harris, S. B., Thorne-Lyman, A. L., Hanley, A. J. G., Barnie, A. & Zinman, B. (1996). Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada. *Journal of Nutrition*, 126, 2990-3000.
- Gonçalves, A. F., Moraes, D. E. B. (2004). Obesidade e sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 15(1), 103-112.
- Grejanin, D. K. M., Pezzo, H. T., Nastri, V., Sanches, P. P. V., Nascimento, G. D. D., & Quevedo, P. M. (2007). As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(3), 37-47.
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C. & Larimer, M. E. (2008). Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex Roles*, 60, 198-207.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.
- Hayes, R. & Dennerstein, L. (2005). The Impact of Aging on Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review of Population-Based Studies. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 317-330.
- Impett, E. A. & Peplau, L. A. (2003). Sexual compliance: gender, motivational, and relationship perspectives, *Journal of Sex Research*, 40(1), 87-100.
- Jagstaidt, V., Golay, A., Pasini, W. (1997). Relationships between sexuality and obesity in male patients. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 13(2), 105-110.
- Katchadourian, H. (1979). *La sexualidad humana*. Fondo de Cultura Económica: México.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Katzmarzyk, P. T., Baur, L. A., Blair, S. N., Lambert, E. V., Oppert, J. M., & Riddoch, C. (2008). International conference on physical activity and obesity in children: Summary statement and recommendations. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 33(2), 371-388.
- Kolotkin, R. L., Binks, M., Crosby, R. D., Østbye, T., Gress, R. E. & Adams, T. D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14 (3), 472-479.
- Lemieux, S., Paquette, M. C. & Mongeau, L. (2005). Body weight classification. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 12-75.p
- Leonhard, M. L., Barry, N. J. (1998). Body image and obesity: effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addict Behaviour* 23(1), 31-4.
- Levine, M. P. & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Journal Body Image*, 1(1), 57-70.
- Lobstein T, Frelut ML. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev.* 4, 195-200.
- Loland N.W. (1998). Body image and physical activity: a survey among Norwegian men and women. *International Journal Sport Psychological*, 29, 339-65.
- Longmore, M. (1998). Symbolic interactionism and the study of sexuality. *The Journal of Sex Research*, 35(1), 44-77.
- López, F. (2009). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F., & Fuertes, A. (1989). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Marcuzzo, M., Pich, S., Dittrich, M. G. (2012). A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 943-954.
- Mellin, P. & Araújo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: Um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 73-76.
- Menezes, I. (1990). O desenvolvimento Psicosssexual. In B. Campos, (org.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (vol.2, pp.139-185). Lisboa: Universidade Aberta.
- Menezes, M. M.. (2008). Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados. Dissertação de mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Monteiro, C. A., Conde, W. L. & Popkin, B. M. (2001). Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *The Journal of Nutrition*, 131(3), 881-886.
- Monteiro, M. J. & Raposo, J. V. (2005). Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir. *HIV-AIDS Virtual congresso*.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 18-23.
- Mueller, W. H., Joos, S. K. & Schull, W. J. (1985). Alternative measurements of obesity: accuracy of body silhouettes and reported weights and heights in a Mexican American sample. *International Journal of Obesity*, 9 (3), 193-200.
- Nammi, S., Koka, S., Chinnala, K. M. & Boini, K. M. (2004). Obesity: an overview on its current perspectives and treatment options. *Nutr Journal*, 14.
- Odoms-Young, A. M., Zenk, S. & Mason, M. (2009). Measuring food availability and access in African-American communities: implications for intervention and policy. *American Journal Preventive Medicine*, 36 (4), 145-50.
- Ogden, J. & Evans, C. (1996). The problem with weighing: Effects on mood, self-esteem and body image. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 20 (3), 272-277
- Ogden, J. & Thomas, D. (1999). The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 273-279.
- Oliveira, F. P., Bosi, M. L. M., Vigário, P. S. & Vieira, R.S. (2003). Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev Bras. Med. Esporte*, 9(6), 348-356.
- Oliveira, M.K. (2004). Ciclos de vida: Algumas questões sobre a psicologia do adulto. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 211-229.
- Pereira, H., Leal, I. & Maroco, J.P. (2009). *Psicologia da Identidade Sexual*. Covilhã: Universidade da Beira Interior
- Rech, C. R., Araújo, E. D. S. & Vanat, J. R. (2010). Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. *Rev Bras Educ Fis Esporte*, 24, 285-92.
- Regan, P. C. (1996). Sexual outcasts: The perceived impact of body weight and gender on sexuality. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(20), 1803-1815.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Rostosky, S. S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K. & Anderman, E. M. (2008) Sexual Self-Concept and Sexual Self-Efficacy in Adolescents: A Possible Clue to Promoting Sexual Health?, *The Journal of Sex Research*, 45 (3), 277-286.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira S. & Leitão, F. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portuguesas e portugueses: um programa de educação sexual. *IV Congresso Astur-Galaico de Sociologia*.
- Sampaio, D. A. (2010). Imagem corporal e excesso de peso em adolescentes. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa (Biologia humana e ambiente).
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K. & Cash, T.F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin North Am*, 28(1), 69-87.
- Saur, A. M., Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7 (2), 199-209.
- Scharfetter, C. (2002). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi Editores
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. (3. Ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Schwartz, M.B. & Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Journal Body Image*, 1 (1), 43-56.
- Shontz, F. C. (1990) Body image and Physical disability. In: T. Cash e T. Pruzinsky (eds.) *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press, p. 149-68
- Sim-Sim, M., Lima, M. L. P. (2004). O auto-conceito sexual. *Psychologica*, 35, 211-232.
- Sisto, F. F., Martineli, S. C. (2004). Estudo preliminar para a construção da escala de auto-conceito infanto-juvenil (EAC-IJ). *Interação em Psicologia*, 8 (2).
- Snell, W. E., Fisher, T. D., Walters, A. S. (1995). The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.
- Tehard, B., Van Liere, M. J., Com Nougue, C. & Clavel-Chapelon, F. (2002). Anthropometric measurements and body silhouette of women: validity and perception. *Journal of the American Dietetic Association*, 102 (12), 1779-84.
- Thompson, J. K. & Altabe, M. N. (1997). Psychometric qualities of the Figure rating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 615-619.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

- Tovian, S. (2002). Body image and urological disorders. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (361-369). New York: The Guilford Press.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 22(3), 533-550.
- Uwaifo, G. I. (2011). Obesity. E-Medicine. Acedido em: <http://emedicine.medscape.com/article/123702-overview>.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e sexualidades dos jovens portugueses. In: Cabral, M.; Pais, J. (Ed.). *Jovens portuguesas de hoje*. Oeiras: Celta, 215-305.
- Wardle, J. & Griffith, J. (2001). Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *J Epidemiol Community Health*, 55(3), 185-190.
- Weaver, A. D. & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30 (4).
- Werlinger, K., King, T. K., Clark, M. M., Pera, V. & Wincze, J. P. (1997). Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in an obese female population: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(1), 74-78.
- Whitley, B. E. (1998). False consensos on sexual behavior among college women: comparison of four theoretical explanations, *The Journal of Sex Research*, 35(2), 206-214.
- Winter L. (1988). The role of sexual self-concept in the use of contraceptives. *Family Planning Perspectives*, 20(3), 123-127.
- Woertman, L. & Van Den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *Journal of Sex Research*, 49 (2-3), 184-211.
- World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation. Acedido em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
- World Health Organization (2013). Obesity and overweight. Acedido em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- World Health Organization (s.d). Obesity: situation and trends. Acedido em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/.

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

Zimmermann, T., Scott, J. L. & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psychooncology*, 19

ANEXOS

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

ANEXO A

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

ANEXO B

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

ANEXO C

A importância do peso corporal na satisfação com a imagem corporal e o autoconceito sexual. Validação do questionário de autoconceito sexual.

ANEXO D