

CAPÍTULO 1 – IMAGEM DO CORPO

1.1. O Corpo e as suas representações

Desde o início do século 20, o corpo é descrito como “*A melhor fotografia da alma humana*” (Wittgenstein, 1974, p. 178, cit. por Barron & Bradford, 2007).

“*Somos um corpo e possuímos um corpo e também vemos e somos vistos: o nosso corpo é a plataforma através da qual nos vemos o mundo e também um objecto no mundo que é visto pelos outros*” (Featherstone, 2006, p.233).

É importante salientar brevemente, o corpo, a Imagem do corpo e um pouco da sua história a nível social ao longo dos tempos. Myers e Copplestone (1985, cit. por Grogan, 2007), notaram que os escultores na antiga Grécia, tentavam representar a anatomia humana de forma realista, e surgiu assim o nu masculino. Os homens eram representados nus, enquanto que as mulheres eram representadas vestidas com capas ou roupa interior. O corpo masculino era então adorado e considerado mais atraente que o corpo feminino. A idealização do corpo masculino continuou com o império romano (Grogan, 2007) e também na arte renascentista.

O corpo masculino continuou a dominar a arte até meio de 1800, quando, artistas tais como Courbet, trocaram então o foco erótico do corpo masculino para o corpo feminino (Grogan, 2007).

No entanto, a investigação em imagem do corpo só surgiu muito mais tarde tendo início com os neurologistas, (e em destaque Henry Head), que estudavam as distorções nas percepções do corpo de indivíduos com lesões cerebrais (Cash & Pruzinsky, 1990; Weiss, 1999). Dentro dos problemas da organização da percepção corporal existia o “membro fantasma”, sujeitos sem problemas mentais que lidavam com um membro amputado ou perdido como se ainda o possuíssem e dessa forma mantinha uma imagem do seu corpo que perdurava mesmo quando deixava de ser realista (Fisher, 1972, cit. por Cunha, 2008).

No entanto a questão permanece: o que é o corpo para o ser humano? Alguns autores tentam encontrar definições. Deste modo, abordaremos sucintamente múltiplos olhares das representações do corpo presentes na literatura.

Para Amim, Furtado e Profice (2003, cit. por Cardoso, Costa, Menezes, Magalhães, & Pires 2005) o corpo não é mais que uma presença, uma realidade no contacto com o

mundo físico que possui uma concretização física, ocupa um lugar no espaço, atravessando diferenças culturais, comportamentais e históricas.

Segundo Tonial (2001, cit. por Cardoso et al, 2005), o corpo é uma categoria responsável pelo acesso ao mundo, onde está presente o aspecto existencial, o modo de ser e de se manifestar no mundo, ligado ao ser humano enquanto consciente do seu corpo. Para nos remetermos aos conhecimentos sobre a imagem corporal também é necessário percorrer de forma sinuosa e complexa as conexões entre as múltiplas dimensões segmentadas na concepção da identidade do corpo e do seu progressivo desenvolvimento, movido pelas sensações. (Masset & Safons, 2008).

Já para Pederiva (2005), o corpo é o lugar de inscrição de cada cultura nos quais os códigos, práticas, instrumentos, repressões e liberdades são materializados, concentrados e expostos sendo que este possui regras e costumes criados pela ordem social, e deste modo o corpo é submetido a códigos e normas.

Ménard (2000, cit. por Cardoso et al, 2005) afirma que o corpo é um objecto do discurso e um pretexto para a linguagem. A corporalidade é um processo de encontros, enfatiza as interações contínuas com outros corpos (Weiss, 1999).

Pode-se considerar o corpo como um instrumento de formação e de modificação do mundo, devido à possibilidade do homem antecipar acções através da intencionalidade do acto, expressões dos seus desejos, anseios e essencialmente, as suas necessidades. (Cardoso et al, 2005).

O corpo engloba aparência física, tamanho e forma. Segundo Hutchinson (1985, cit. por Choi, Leshner & Choi, 2008), a imagem é formada por feedback positivo ou negativo dado pelas pessoas as quais a sua opinião é importante para nós. A imagem do corpo pode ter impacto na forma como o indivíduo percepção o seu corpo, atitudes e sentimentos do seu corpo e comportamentos que afectam o seu corpo (Strickland, 2004).

A noção de corpo compreende uma dinâmica postural, posicional e espacial, que põe cada indivíduo em contacto com o mundo exterior (Pederiva, 2005). Um dos problemas na estruturação do ser humano é o caminho que o indivíduo segue para o desenvolvimento da sua imagem e conhecimento do próprio corpo. (Sobreira, 2008).

Os indivíduos valorizam certas partes do corpo por várias razões: elas são uma fonte de auto estima ou senso de competência; ajudam ao ajustamento no ambiente; desenvolvem auto conceito e estabilidade da imagem do corpo; permitem ao indivíduo continuar o funcionamento social, sexual e vocacional (Lipowski, 1975 cit. por Breakey,

1997). É também importante ter em conta os aspectos cinestésicos, viscerais e sensações motoras, bem como a estimulação somático-sensorial para o desenvolvimento do corpo e da sua Imagem (Howard, 1998).

A consciência de si baseada no reconhecimento da própria imagem, abrangendo os aspectos fisiológicos, sociais e afectivos, é o caminho para a transformação do corpo-objecto em um corpo-sujeito no contexto de uma vida social significativa. (Russo, 2005).

Milheiro (1999, p.135 cit. por Vicente, 2005) afirma que “criamos de forma progressiva uma imagem do corpo, uma representação mental do corpo que instalamos dentro de nós, a qual desempenha um papel preponderante em múltiplas situações (...), essa construção sustenta um alicerce fundamental da estrutura básica, física e mental de cada personalidade”.

Segundo o autor Shontz, é essencial ter em conta a o corpo e as suas experiências na construção da Imagem do Corpo pois para entendermos como uma condição física, tal como a amputação, que afecta a Imagem do Corpo de um indivíduo, os níveis e funções da experiencia do corpo tem que ser consideradas.

Shontz (1975 cit. por Breakey, 1997) diz-nos que a experiencia do corpo ocorre a quatro níveis: Esquema corporal, self corporal, fantasia do corpo e representação do corpo.

Resumidamente estes quatros níveis caracterizam-se por:

- Nível 1: Esquema corporal: Este é o nível mais básico da experiencia corporal e refere-se a percepção do corpo como um objecto no espaço. A amputação parece interferir com a percepção a este nível. Resumindo, este nível actua como registo sensorial e integra a informação.

- Nível 2: Self corporal. Este nível está relacionado com a função do corpo como fonte de necessidades e impulsos, o qual serve como estímulo para o self e como instrumento de acção.

- Nível 3: Fantasia do corpo. Este nível é uma fonte de informação da experiencia do corpo. Refere-se ao corpo como um instrumento expressivo e como estímulo para os outros.

- Nível 4: Representação do corpo. Utilizando sinais e símbolos, as pessoas aprendem a expandir a sua compreensão e começam a expressar a sua experiencia do corpo, resumindo, está relacionada com a experiencia do corpo como um mundo privado.

Sete funções normais de experiências do corpo são descritas pelo mesmo autor:

1. Actuando como registo sensorial, o corpo percebe sensações recebidas, interpreta e integra a informação, e guarda a informação para retenção.

2. Em resposta ao estímulo, o corpo pode responder como um instrumento para acção. Esta acção pode ser tão simples como um reflexo primitivo ou complicada como o acto de se desviar de um embate.

3. O ser humano possui uma fonte de energias (impulsos) adequada para assistência á sobrevivência. Necessidades adicionais são geradas pela aprendizagem. Essas forças do corpo são geralmente automáticas, tais como fome ou sede, enquanto que as “*drives*” (forças, impulsos) sociais são aprendidas.

4. Como estímulo ao *self*, o corpo serve como referência para a identidade.

5. Porque o Self do corpo é muito influenciado pelos valores sociais, age como estímulo para outros. Como resultado, a resposta dos outros pode resultar em um indivíduo começar a avaliar-se a ele mesmo nos mesmos termos. A aparência social é um estímulo social definitivo.

6. O corpo oferece um mundo privado para o self pessoal existir. Protegido pelos limites físicos de cada um, um lugar de expressão privada único e sólido.

7. Além de ser uma “concha” protectora, o corpo é um veículo ou instrumento expressivo para a expressão individual. Inúmeras e elaboradas expressões são encontradas diariamente na linguagem corporal observada na interacção entre indivíduos.

Shontz (1975, cit. Por Cash & Pruzinsky, 1990) sublinhou que os níveis e funções da experiencia do corpo são integradas, como um sistema estrutural. A experiência corporal e a personalidade operam em unísono. Se o corpo é perturbado, a personalidade ou self, é afectada de alguma forma e vice-versa. A maior parte das funções do corpo são tomadas como garantidas, mas quando são perturbadas por doença ou incapacidade, a sua importância torna-se mais evidente para o indivíduo. Para o autor, a Imagem do Corpo pode ser modificada tanto por alterações a nível da estrutura do corpo bem como pela aprendizagem e que as emoções possuem um papel fulcral na sua construção.

António Damásio (1996, cit. Por Turtelli, Tavares & Duarte, 2002), explica a formação de imagens como algo vivencial, estas são criadas e recriadas a cada momento

de acordo com a singularidade do sujeito e o seu contexto específico. São construções momentâneas que fazemos a partir da activação sincrónica de diversos padrões de disparo neural, ligados tanto à percepção, quanto à memória e ao raciocínio. Sobreira (2008) vai afirmar que criamos a nossa identidade através de uma imagem, que é na verdade uma construção cognitiva construída durante a nossa existência e individualidade.

1.2. IMAGEM DO CORPO VS ESQUEMA CORPORAL

• Esquema Corporal

Olivier (1995, cit. Por Barros, 2005) afirma que a imagem do corpo se constrói sobre o esquema corporal.

Surge então na sequência do conceito de Imagem corporal, o conceito “Esquema Corporal” utilizado por Henry Head (cit. Por Masset & Safons, 2008) para designar a organização neurológica na qual o esquema corporal seria um modelo postural padrão que cada pessoa construiria de si mesma e que serviria de referência para que ela pudesse contrapor a esse modelo suas diferentes posturas e movimentos. A construção do esquema corporal seria uma necessidade básica para todas as pessoas, para se moverem e localizarem de forma adequada no espaço sendo que uma alteração postural poderia provocar mudança no esquema (Turtelli, Tavares & Duarte, 2002; Barros, 2005).

Le Boulch (1986 cit. Por Mello & Romero, 2003), diz-nos que a construção mental de uma criança se realiza gradualmente, de acordo com o uso que ela faz do próprio corpo e que o conhecimento deste deve ser compreendido não somente como algo biológico e orgânico; que possibilita a visão, a audição, o movimento, mas também, lugar que expressa emoções e estados superiores.

Torna-se necessário o reconhecimento do desempenho psicomotor, porque possibilita termos consciência sobre nós mesmos e sobre a relação do corpo com o meio ambiente, além dos sentimentos subjectivos do sujeito acerca do próprio corpo (Mello & Romero, 2003).

O esquema corporal corresponde à totalização e à unificação constante das sensibilidades orgânicas e, particularmente, das impressões posturais. (Freitas, 2008).

Para Ajuriaguerra (1974, cit. Por Freitas, 2008) a noção de esquema corporal é considerada como uma noção de âmbito fisiológico, que pode ser entendida como a imagem mental do corpo registada a nível cerebral, em função da integração das percepções.

Já segundo os autores Haggard & Wolpert (2005), o Esquema Corporal é pois, uma representação das posições das partes do corpo no espaço, a qual é actualizada durante o movimento do corpo e é utilizada para organização espacial da acção. Resumindo, Esquema Corporal é uma representação central das propriedades espaciais.

• Imagem do corpo

Segundo o autor Schilder (1968) vai definir Imagem do Corpo como a forma como vemos o nosso corpo, que abrange elementos conscientes e inconscientes e dimensões perceptivas, cognitivas, emocionais e interactivas. A imagem do corpo é pois, a representação mental do próprio corpo, o modo como ele é percebido pelo indivíduo. Compreende não só o que é percebido pelos sentidos, mas também as ideias e sentimentos referentes ao próprio corpo (Cash & Pruzinsky, 1990), em grande parte inconscientes (Schilder, 1999, cit. por Campagna & Souza, 2006) e associações, memórias, experiências, intenções, aspirações e tendências (Tavares 2003 cit por Giordani, 2006). De acordo com Faria (2005, cit. por Amaral, Andrade, Oliveira, Madeira & Ferreira, 2007), a imagem do corpo apresenta definição semelhante ao auto conceito, que representa a percepção que o indivíduo tem de si próprio e, em termos espaciais, as atitudes, os sentimentos e o autoconhecimento acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social. Pode-se considerar que a imagem corporal é uma dimensão do auto conceito, podendo ser influenciada por factores fisiológicos, sociológicos, emocionais e libidinais (Schilder, 1994, cit. por Amaral et. al, 2007). Segundo os autores Rudd & Lennon (2000) a imagem do corpo é também a imagem mental que possuímos do nosso corpo. O componente perceptual refere-se a como nós vemos o nosso tamanho, forma, peso, características, movimento e desempenho, já o componente atitudinal refere-se a como nós nos sentimos acerca destes atributos e como os nossos sentimentos dirigem os nossos comportamentos.

A imagem do corpo é uma percepção formada das experiências que temos com os pais, modelos e pares, que nos dão uma ideia de como é amar e valorizar um corpo (Strickland, 2004). Boscaini, (1989, cit. por Santos, 2007) diz-nos que “o corpo é apenas uma estrutura neuromotora e neuropsicológica que favorece no sujeito a tomada de consciência do próprio corpo nas suas componentes singulares e como unidade (...)”. Existe uma estreita relação entre o lado perceptivo da vida psíquica e as actividades motoras. (Pederiva, 2005).

Como resultado da imagem do corpo ser baseada em sentimentos, o nosso comportamento é directamente governado pelas nossas percepções, sentimentos e crenças e é o resultado das nossas decisões. (Strickland, 2004).

Vários factores podem influenciar o processo de formação da Imagem Corporal, dentre eles o sexo, a idade, os meios de comunicação, além da relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes inseridos em uma cultura (Coelho & Fagundes, 2007).

Segundo Palhinhas (2000, cit. por Ramos e Patrão, 2005), a imagem corporal inclui também a integridade corporal, ou seja, a percepção do corpo como intacto, completo e funcionando inteiramente.

Para Cash & Pruzinsky (1990) a Imagem do corpo é entendida como “atitudes próprias multidimensionais em direcção o corpo de alguém, particularmente focando-se na aparência”. Esta desenvolve-se em ambientes sociais pois os sujeitos aprendem a ver o seu corpo da forma como os que estão á sua volta o vêem (Bruch, 1997; Pipher, 1995, cit. por Gvion, 2008).

A imagem do corpo reflecte a história de vida, o percurso de um corpo, é uma vivência humana, individual e dinâmica (Tavares, 2003, cit. por Fernandes, 2007).

Cash & Brown (cit. por Freedman, 1990) sugerem que a imagem corporal é uma idealização multidimensional definida pelas percepções e atitudes (afectivas, cognitivas e comportamentais) que um indivíduo tem em relação ao seu corpo.

Segundo Thompson (1996 cit. por Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004), o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

- Perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso;
- Subjectivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada;

- Comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à imagem do corpo.

Para as teorias perceptivas (Heinberg, 1996), factores associados a déficits corticais, falhas adaptativas ou perceptivas encontram-se subjacentes às distorções no grau de precisão com que o tamanho do corpo é percebido, isto é, à crença de que o tamanho do próprio corpo é maior do que seu tamanho real.

Slade (cit. por Saur & Pasian, 2008) propôs dois componentes principais, inter-relacionados, como partes da aquisição da imagem corporal: um perceptivo, relacionado ao grau de precisão com que o tamanho do corpo é percebido, e um afectivo ou subjectivo, relacionado ao nível de satisfação corporal ou rejeição ao tamanho do corpo em geral.

Cash e Pruzinsky (1990) organizaram algumas asseverações tentando abranger o conceito de imagem corporal:

1. Imagem corporal refere-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências. Ela é uma experiência subjectiva.

2. Imagens corporais são multifacetadas. Suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões.

3. As experiências da imagem corporal são permeadas por sentimentos sobre nós mesmos. O modo como percebemos e vivenciamos nossos corpos relata como percebemos a nós mesmos.

4. Imagens corporais são determinadas socialmente. Essas influências sociais prolongam-se por toda a vida.

5. Imagens corporais não são fixas ou estáticas. Aspectos de nossa experiência corporal são constantemente modificados.

6. As imagens corporais influenciam o processamento de informações, sugestionando-nos a ver o que esperamos ver. A maneira como sentimos e pensamos o nosso corpo influencia o modo como percebemos o mundo.

7. As imagens corporais influenciam o comportamento, particularmente as relações interpessoais.

Schilder (1950, cit. por Breakey, 1997) sublinha que o desenvolvimento da imagem do corpo é influenciado por diversos factores:

- Sensações tácteis e ópticas
- Experiências emocionais e sua influência no valor que o próprio possui da imagem do corpo multifacetada.
- Experiências sociais, com interacção entre as impressões que os outros possuem de nós e as nossas reacções às mesmas.
- As nossas atitudes e valores que colocamos no nosso corpo derivados das comparações com os outros, da nossa introspecção e experiências passadas negativas e positivas.

1.3. Construção da Imagem do corpo

A Imagem do corpo é fundamental para o ser humano e está relacionada ao imprint psicológico de individualidade e inclusão no grupo social. O corpo e a corporalidade estão ligados á psicologia humana pela dua interface com a organização da personalidade (Bartoszeck, Machado & Gainotti, 2008). A construção da identidade corporal é sempre um processo em estruturação. As primeiras experiências infantis são fundamentais no desenvolvimento da imagem corporal (Tavares, 2003, cit. por Fernandes, 2007).

O desenvolvimento da imagem do corpo abrange uma série de fases que envolvem funções físicas do cérebro (congénitas, neurológicas) e funções emocionais\psicológicas (comportamentos aprendidos) durante os primeiros três anos de vida (Breseman, 2004).

Para o autor existiriam quatro factores a nível psicobiológico (que se referiam ao desenvolvimento da imagem do corpo nos primeiros três anos de vida e concernem ao funcionamento motor e ao funcionamento do cérebro da criança), e outros quatro factores a nível de desenvolvimento comportamental (que concernem às interacções da criança com a sua imagem e interacções com os outros). Esta pesquisa foi fulcral para a compreensão da possibilidade do desenvolvimento da imagem do corpo muito antes de a criança atingir a puberdade e porque considera as ocorrências psicobiológicas e comportamentais (Breseman, 2004).

Bartoszeck, Machado & Gainotti (2008) citam que “*Para Lacan (1949/1998), no inicio da vida a criança experiencia no seu corpo como uma entidade disrupta e apenas com as experiências e com trocas com o mundo, a criança irá experienciar a unificação*”.

O reconhecimento da sua imagem irá promover o sentimento de unificação. (Bartoszeck, Machado & Gainotti, 2008). A consciência das experiências de sensações do

corpo provem não só do mundo exterior mas também do inconsciente. Hägglund & Piha (1980), sugerem que os processos psíquicos provêm de eventos biológicos, e que as zonas erógenas possuem o seu próprio espaço interno que está integrado no *Self* do corpo e na Imagem do Corpo á medida que a criança cresce.

Na adolescência devido às transformações sexuais e morfológicas, o corpo vai mudar na sua dimensão, peso, força muscular, agilidade de movimento bem como nas características e funções sexuais, o que vai causar instabilidade e dessa forma existe a necessidade de reorganizar a Imagem do Corpo (Bartoszeck, Machado & Gainotti, 2008).

Jones (1992) conceptualizou a Imagem do corpo interna como uma função de conhecimento da anatomia interna e do funcionamento fisiológico das partes do corpo (Jones *et al.*,1992 cit por Bartoszeck, Machado & Gainotti, 2008) frisando que a cultura pode influenciar as concepções e representações simbólicas da Imagem do corpo interna (Bartoszeck, Machado & Gainotti, 2008).

1.3.1. Abordagem Psicodinâmica

Para Freud (1989, cit. por Santos, 2007) as relações entre o corpo e as representações mentais são a base de um sentimento do Eu. Freud diz-nos que o ego não surge apenas como uma simples representação do próprio corpo. Assim, segundo o autor, para além da representação do próprio corpo, o ego também resulta de uma imagem do corpo dos outros (Cunha, 2008).

Segundo M. Campos (2006), a imagem do corpo passa a ser usada como objecto de troca e o corpo é manipulado com o intuito de garantir a satisfação narcísica de sustentar o interesse do outro. Desse modo a unidade psicossomática pode ser abalada e a imagem do corpo desviante passa a ditar os caminhos que levarão à destruição total ou parcial das funções auto-reguladoras do esquema corporal. Cunha (2008) diz-nos que a imagem corporal é a projecção de uma representação inconsciente.

Neste contexto psicodinâmico e desenvolvimental a imagem do corpo vai ser definida por Krueger (1980) como “*a representação mental do Eu Corporal*” e vai ser caracterizada num processo com três etapas: Experiência precoce do corpo, Conhecimento precoce da imagem do corpo através da integração de experiências internas e externas, e, Definição e coesão do Eu Corporal como fundação do Auto-conhecimento (Santos, 2007).

Anzieu (cit. por M. Campos, 2006) entende que o *Eu* é explicitamente designado como envelope psíquico que desempenha um papel activo de colocar em contato o psiquismo com o mundo exterior e de recolher e transmitir informação.

A pele tem um importante papel na constituição da Imagem do Corpo, pois as sensações tácteis são responsáveis pela percepção da existência de um espaço interno separado do externo, o que no processo de desenvolvimento primitivo leva a percepção da individualidade. (M. Campos, 2006).

Schilder (1980, cit. por Freitas, 2008) refere que a imagem do corpo se estrutura e reestrutura continuamente através da inter-relação das três esferas do comportamento humano: a esfera fisiológica, a esfera libidinal e a esfera sociológica.

Golse & Desjardins, (2005, p. 18. cit. por Zornig, 2008) afirmam que “O bebé precisa experimentar e sentir profundamente que a linguagem do outro o toca e o afecta, e que esta é afectada e tocada, por sua vez, pelas primeiras emissões vocais dele” realçando que o diálogo entre a mãe e o bebé é muito importante na construção da Imagem do

corpo (Wallon,1973, cit. por Freitas, 2008). Lebovici (1989, cit. por Zornig, 2008), ao ressaltar que o objecto é investido antes de ser percebido, indica que o psiquismo se constitui antes da percepção de um *Eu* auto-reflexivo e através de sensações e inscrições corporais e relacionais.

Lacan mostra o lugar do corpo com relação ao psiquismo, demonstrando a antecipação das funções psicológicas em relação às biológicas como fonte de integração da unidade corporal (Cukiert & Prizskulnik, 2002). O corpo torna-se um instrumento de poder de significação de valor inestimável na relação com os outros e com o próprio, muitas vezes no domínio da insatisfação ou até da negação do próprio corpo. No enquadramento fenomenológico da problemática do corpo (Merleau-Ponty, 1999, cit. por Cordeiro, 2006) é atribuído ao corpo um poder de significação enorme, ocupando um espaço próprio, provido de teor sexual e com linguagem própria. O corpo para Lacan (cit. por Cukiert & Prizskulnik, 2002) é o corpo marcado pelo significante e habitado pela libido, corpo erógeno e singular. A imagem do corpo se representa nas experiências emocionais inter-humanas, vivenciadas através das sensações erógenas. A imagem do corpo é, a cada momento, memória inconsciente das relações vivenciadas e, ao mesmo tempo, ela é simultaneamente narcísica e inter-relacional. (Sczufca, 1998). Para que o ego se constitua numa imagem tanto corporal como psíquica, é necessário um investimento libidinal na criança vindo dos pais. Nesta relação dual imaginária, o desejo da criança, tal como o seu corpo, não são vividos como seus mas projectados na imagem do outro. (Sczufca, 1998). A imagem corporal tem um papel fundamental na constituição do sujeito, já que é a imagem especular que possibilita à criança estabelecer a relação de seu corpo e de seu eu com a realidade que a cerca. (Cukiert & Prizskulnik, 2002). Como paradigma do Imaginário, o estágio do espelho se refere à forma como a imagem do corpo próprio, a partir do outro, tem um papel fundamental na formação do eu e na imagem assumida pelo sujeito. (Cukiert & Prizskulnik, 2002). Entretanto, o que há de mais essencial na assunção da imagem do corpo no espelho, é que a criança obtém nesse momento a autentificação e o reconhecimento dessa imagem como a de um sujeito (Cukiert & Prizskulnik, 2002).

Segundo Lacan (cit. por Sczufca, 1998), o estágio do espelho, assinala o momento fundamental da constituição do primeiro esboço de ego. A criança, a partir de seis meses de idade, percebe na imagem do semelhante ou na sua própria imagem no espelho

(Sczufca, 1998). O estágio do espelho organiza o conceito freudiano de “eu-imagem”, objecto de investimento narcísico. (Myssior, 2007).

Mais do que conotar um fenómeno que representa o desenvolvimento da criança, ilustra o carácter de conflito da relação dual. O que a criança aprende nessa cativação pela sua própria imagem é, a distância que há nas suas tensões internas, aquelas mesmas que são evocadas nessa relação, a identificação com esta imagem. (Sczufca, 1998). Ao procurar a si mesma só encontra a imagem do outro, já que a criança percebe seu corpo na imagem do outro. Esta identificação produz uma tensão. Há uma necessidade de destruir esse outro para que o eu possa tomar o seu lugar como diferenciado também. (Sczufca, 1998).

Lacan chama de gozo o sofrimento que é tomado como satisfação para o sujeito. (Myssior, 2007). Assim, no interior do campo psicanalítico delimitado por Lacan, o corpo pode ser estudado por meio de três pontos de vista complementares: do ponto de vista do Imaginário, o corpo como imagem, do ponto de vista do Simbólico, o corpo marcado pelo significante, e do ponto de vista do Real, o corpo como sinónimo de gozo. (Cukiert & Prizkulnik, 2002).

Ao falarmos de corpo, temos de mencionar a psicossomática associada. Winnicott, que chama de “soma” o corpo vivo, diz que o corpo do bebé vai sendo personalizado à medida que vai sendo elaborado imaginariamente pela psique. Para ele, todas as funções corpóreas, motoras, sensoriais e pulsionais são unidas à construção do eu. (Myssior, 2007).

Françoise Dolto (1977) sublinha que a imagem inconsciente do corpo e sua constituição precoce estabelecem um conceito relevante na clínica das afecções psicossomáticas.

Winnicott (1987, cit. por Myssior, 2007) assinala o carácter paradoxal que o transtorno psicossomático estabelece: é na doença psíquica transformada em somática que se pode construir a articulação psique-corpo.

A imagem corporal transforma as relações externas com o mundo e é transformada por elas (Barros, 2005). A auto-imagem, que se constrói a partir de determinadas características libidinais, é alvo das padronizações de corpo difundidas na actualidade. A construção da imagem corporal se torna de grande relevância quando percebemos a influência da maturação sexual nesse processo, já que só quando a sexualidade se

desenvolve é que percebemos o outro e somos apreciados de forma total (Silva, 2004, cit. por Amaral et al, 2007).

Ainda segundo Esper & Neder (2004), constituímos um universo corporal que abarca o corpo erógeno e pulsional e à medida que a humanidade vai avançando na construção do conhecimento, entende-se uma mudança na relação dos indivíduos com o seu corpo, e na transformação deste, através da interacção histórica e dialéctica que se vai processando. Para os autores Pierre Marty & Joyce Mac Dougall (cit. por Esper & Neder, 2004), o corpo adquire o excesso da sobrecarga psíquica que não foi possível de ser simbolizado, produzindo somatizações. O sentido da estética, busca a sedução e a criação do desejo (Esper & Neder, 2004).

Os indivíduos em alguns momentos experienciam, na primeira fase, uma acção compartilhada em que ser corpo é vivenciar um corpo disperso (Freire, 2002, cit. por Sobreira, 2008); fase em que pessoas jovens e saudáveis, tais como por exemplo, os estudantes, vivenciam o corpo externo (aparência) e interno (consciência corporal) como uma unidade (Bekker et al., 2002, cit. por Sobreira, 2008). Já numa segunda fase, o indivíduo consegue aprender através do espelho pois a vivência unitária e subjectiva do Corpo Próprio é agora realizada pela imagem de si mesma. Desse modo a vivência interna e externa do corpo se completam, surgindo o Eu. O corpo vivencia um Corpo Pessoal. (Sobreira, 2008).

Para Dolto (2002), o corpo afasta-se da realidade orgânica e da sua espécie – esquema corporal- para ser construído como espaço de síntese erógena pela troca com o outro como imagem inconsciente do corpo, sendo que a imagem do corpo se constitui como algo relacional, no qual inclui o erotismo. Assim a imagem do corpo é sempre dinâmica, movida pelos encontros. O corpo é sensível e a sensorialidade é a porta para a constituição do corpo erógeno, o que conduz ao processo simbólico (M. Campos, 2006).

Costa (cit. por M. Campos, 2006) se refere à percepção imaginária do corpo como um “envelope fechado” como origem da autopercepção do eu na formação narcísica, afirmando que a identidade do Ego é modelada pela imagem corporal que atende à demanda do outro que atribui ao sujeito uma completude física, emocional e moral proporcional à sua fantasia de perfeição e exige em troca a submissão a este ideal. A imagem do corpo é dinâmica sem representação própria e constituída por três modalidades complementares: a imagem de base, a funcional e a erógena. Esta move-se em direcção ao objecto (Dolto, 2002).

Psique e somático interagem para compreender e, posteriormente, agir no mundo. Dessa forma, a construção do processo perceptivo e cognitivo do sujeito vai estar directamente ligada à corporalidade proporcionando o estabelecer de relações objectais (Ferreira, 2008). As representações que o indivíduo vai criar são parte de um processo perceptivo através do corpo (Ferreira, 2008).

Existe assim um psiquismo que se constrói a partir do corpo e das relações inaugurais mãe/bebé (Zornig, 2008).

A realidade corporal da criança tem a sua estruturação psíquica em relação aos corpos dos pais e depende da existência original das pulsões destrutivas. (Ferreira, 2008). A criança representa no seu corpo a experiência de uma relação significativa com a mãe através de junções corporais que lhe permitem acesso a uma vivência sensorial e emocional reasseguradora (Zornig, 2008). Para Freud, as pulsões são uma força que é imposta ao psiquismo em função da necessidade de homeostase do corpo com o meio, sendo que as exigências pulsionais construídas pelo aparelho psíquico, são a sobrevivência do organismo biológico (Castilho, 2009).

1.3.2. Abordagem Social

As pessoas aprendem a avaliar o seu corpo através da interacção com o ambiente, assim sua auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira (Becker, 1999, cit. por Russo, 2005), no entanto somos pressionados em numerosas circunstâncias a concretizar, no nosso corpo, o corpo ideal da nossa cultura (Tavares, 2003, cit. por Russo, 2005).

A formação de uma identidade corporal nasce da intercomunicação e das trocas sociais entre os indivíduos. O corpo não é apenas um instrumento de construção e de acção, mas sim, o meio concreto de comunicação social (Freitas, 2008). O Eu é uma estrutura social que se desenvolve inteiramente através da comunicação (Joseph, 2000, cit. por Giordani, 2006).

A imagem remete ao sentido das imagens corporais que circulam na comunidade e se constroem a partir de diversos relacionamentos que ali se estabelecem (Barros, 2005).

O papel do corpo em muitas perspectivas de desenvolvimento (piagetiana ou psicanalíticas) foi enfatizado no contexto das interacções pessoais-sociais como um processo central na mudança ontogénica (Lerner & Jovanovic, 1990).

Koff, Rierdan, & Stubbs (1990 cit. por Chase, 2001) descobriram que o auto conceito feminino está correlacionado com as suas percepções de atractividade. O conceito de “contextualismo desenvolvimental” (Lerner & Kauffman, 1985 cit. por Chase, 2001) diz-nos que “o corpo promove feedback distinto á pessoa através da socialização” (Cash & Pruzinsky, 1990 cit. por Chase, 2001). Segundo esta teoria, aquilo que o indivíduo pensa e sente acerca do seu corpo, influencia as suas características psicológicas e relações (Chase, 2001).

Na perspectiva do contextualismo desenvolvimental, a chave da individualidade da pessoa é o corpo pois este evoca reacções diferentes dos outros e, também, promove feedbacks distintos a cada um dos outros (Harris, 1995).

Deste modo, a imagem do corpo é influenciada pela dinâmica social dos outros face a si mesmo e ao desenvolvimento cognitivo e emocional (na perspectiva piagetiana) envolvendo o seu próprio corpo (Chase, 2001; Pausé, 2007) ou seja a relação entre indivíduos e os seus ambientes é recíproca e dialéctica, e desse modo os indivíduos (e as suas características físicas, psicológicas e comportamentais) influenciam e mudam os seus ambientes e ao mesmo tempo são influenciadas e modificadas por esses ambientes (Pausé, 2007). Esta perspectiva sugere que os indivíduos são produtores do seu próprio desenvolvimento (Lerner & Busch-Rossnagel, 1981 cit. por Pausé, 2007).

Lerner & Jovanovic (1990), descrevem assim a imagem do corpo, como um constructo dinâmico que deriva não só do contexto das relações pessoais-sociais e do desenvolvimento cognitivo e emocional da pessoa, mas que igualmente contribui para ambos os processos. É assim um produto de interacções sociais e de desenvolvimentos psicológicos, mas também um produtor de interacções e desenvolvimentos.

Csordas (1994, cit. por P. Ferreira, 2003), revela que é possível identificar três grandes linhas de pesquisa sobre o corpo na Antropologia: (1) a do corpo analítico, que considera o corpo a partir da socialização de suas diferentes partes (os sentidos, as acções, os órgãos, os processos fisiológicos e os produtos do corpo); (2) a do corpo tópico, que busca pesquisar o corpo em relação a processos específicos de socialização (como a política, a saúde, o trauma, a religião, o género, o self, a emoção, a tecnologia etc.); e (3) a do corpo múltiplo, que propõe a existência de diferentes corpos para diferentes dimensões da socialização. O surgimento da imagem corporal na forma de esquema corporal inconsciente representaria, a tentativa de descobrir, partindo do nível

objectivo do corpo biológico, uma espécie de princípio integrador da actividade e da propriocepção (Ferreira, 2003).

O desejo de expandir a imagem corporal, transformar suas qualidades, incorporar objectos ou conectá-la com outras imagens corporais é tão necessário ao seu pleno desenvolvimento quanto o desejo complementar de limitá-la, preservar suas qualidades, afastá-la dos objectos ou diferenciá-la das outras imagens corporais (Ferreira, 2003).

A imagem corporal dá-se no espaço da Matriz de Identidade, que por sua vez é uma construção simbólica de uma série de circunstâncias fisiológicas, psicológicas e sociais que estão presentes no momento em que o ser humano vem ao mundo assim como em cada nova situação da vida das pessoas. Nela está inserida a herança cultural de cada novo papel social que a pessoa passa a desempenhar em sua existência. (Sobreira, 2008).

Os autores Sigall & Pabst (2005) dizem-nos que a identidade de género e educação podem ser considerados factores fulcrais para a imagem do corpo, distúrbios alimentares, baixa auto estima, depressão e que a identidade de género das raparigas é afectada pela construção e desconstrução de mensagens e adopção de comportamentos compatíveis com o seu ambiente social.

Em qualquer grupo existirá sempre uma imagem social do corpo que é, um símbolo que provoca sentimentos de identificação ou rejeição dos sujeitos em relação a determinadas imagens (Russo, 2005). Segundo Tiggemann & Lynch (2001, cit. por Sobreira, 2008), na sociedade contemporânea o foco maior da imagem do corpo é sobre a forma e o peso do corpo, imagem que se estrutura no contexto da experiência existencial e individual do ser humano. Se a imagem dominante sociocultural valorizada for de uma pessoa magra, emagrecer será o ideal de todos. (Russo, 2005).

Uma das bases das nossas percepções de normas sociais e valores culturais é o que vemos na Média (Comunicação social). Desde cedo, as pessoas são ensinadas a associar o magro com aspectos positivos e o gordo com aspectos negativos como muitos estudos provaram (Crandall, 1994 cit. por Montano, 2008). Em geral, elevado índice de massa corporal é associado com maior insatisfação com a Imagem do corpo (Hudson, 2008).

Na construção de uma auto-imagem do corpo, onde o objecto em foco é o próprio sujeito, poder-se-ia até dizer que outras imagens próximas e significativas são usadas. (Giordani, 2006). A consciência social e aprendizagem são adquiridas através da

modelagem dos comportamentos de outros, particularmente dos pares e família (Bandura, 1997 cit. por Sigall & Pabst, 2005).

Criticas da aparência proveniente dos pares, gera uma experiência directa e potente com avaliação negativa do corpo de um indivíduo por outro e contribui para a internalização reflectindo as características importantes da aparência na cultura entre os pares (Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004). Raparigas adolescentes sentem-se insatisfeitas quando expostas a imagens de modelos magros (Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004; Sparhawk, 2003). Embora seja raros os estudos com rapazes e a influência da média, sabe-se que existe relação entre internalização dos ideais de aparência demonstrada na Média com a insatisfação com o corpo entre rapazes do ensino primário e ciclo (Cusumano & Thompson, 2000; Smolak, Levine, & Thompson, 2001 cit. por Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004).

As mulheres tendem a ser mais afectadas pelas pressões sociais. Os rapazes apresentam uma melhor aceitação (Graham et al., 2000, cit. por Branco, Hilário & Cintra, 2006).

A identidade da mulher surge associada à exposição dos seus atributos (Craik, 1994 cit. por Cunha, 2008). O corpo feminino, vestido ou não, aparece envolto em impulsos sensuais e eróticos e assim o corpo é objectivado, através de um culto que se alastrou a toda a população (Cunha, 2008).

Mello & Romero (2003), sugerem também, que a repressão, desigualdades e discriminações que a mulher sofreu ao longo da história podem ter contribuído para que as mulheres internalizem uma visão negativa sobre o seu corpo.

Marcum (2010) refere através do seu estudo, que a comunicação que tem lugar entre as mulheres e aqueles que são parte do seu mundo social são fontes que as mesmas utilizam na construção da Imagem do Corpo. As mensagens que as mulheres recebem actuam aos níveis micro e macro social e são também cíclicas, complexas e cumulativas. Dessa forma as mulheres estão diariamente a receber mensagens sobre o seu corpo.

Jodelet (1984, cit. por Goetz, Camargo, Bertoldo, & Justo, 2008) enfatiza a importância do estudo do corpo a partir da perspectiva das representações sociais, pois estas assumem um papel importante na elaboração de maneiras colectivas de ver e viver o corpo, difundindo modelos de pensamento e de comportamento a ele relacionados e afirma que a imagem externa do corpo aparece como um mediador do lugar social onde o

indivíduo está inserido. Além disso, a autora descreve o corpo também como mediador do conhecimento de si e do outro, que se estabelece a partir das relações com o outro (Goetz et al, 2008).

Já a teoria da comparação social de Festinger (1954 cit. por Fernandes, 2007) afirma que:

- a) Os indivíduos avaliam suas opiniões e habilidades;
- b) Os indivíduos fazem comparações sociais, ou seja, comparam suas opiniões e habilidades com as de outros;
- c) Sempre que possível, comparações sociais são feitas com outros parecidos. As consequências afectivas do processo comparativo são influenciadas pela direcção das comparações (para mais ou para menos) e por características do alvo (se é universal ou particular).

Fredrickson e Roberts (cit. por Cicco, Santos, Silva, Laham, Junior & Lucia, 2006) desenvolveram a chamada "teoria da auto-objectificação" para explicar os processos envolvidos nas respostas emocionais e comportamentais das mulheres na busca por atingir os ideais culturais de beleza. A teoria sustenta que, nas sociedades ocidentais, o corpo feminino é socialmente construído como um objecto a ser olhado e avaliado. Uma das consequências de ser mulher numa cultura que objectifica eroticamente o corpo feminino é que as mulheres gradualmente começam a olhar-se a si mesmas como objectos a serem avaliados, num processo definido como "auto-objectificação" que se caracteriza por uma habitual e constante vigilância do exterior do corpo, com consequências emocionais negativas, o que geralmente conduz a estados de ansiedade relativa à aparência física. (Cicco et al, 2006; Oliver & Lalik, 2003; Strickland, 2004).

Stormer and Thompson (1996 cit. por Chase, 2001) contribuíram para este campo de estudo ao identificarem precursores que levam a altos níveis deste problema. Quatro factores foram testados como possíveis precursores: estatuto maturacional, comentários verbais negativos, comparação social e comportamental e internalização de pressões sociais. Os resultados do seu estudo indicaram que a comparação social e a internalização de factores sociais eram predictores significativos de insatisfação com a imagem do corpo. Também Kozar & Damhost (2009) encontraram resultados semelhantes.

As mulheres são afectadas pelo aquilo que a sociedade identifica como "mulher ideal" e desse modo (1) as mulheres desejam ser mais magras; (2) as mulheres

insatisfeitas com o seu corpo tem mais baixa auto estima; (3) o exercício físico aumenta a imagem do corpo e auto estima; e (4) mulheres que são fisicamente activas estão mais conscientes da aparência do seu corpo (Strickland, 2004).

Segundo a teoria sociocultural a insatisfação com a aparência física deriva para as mulheres deriva de:

- a) O ideal de um corpo magro valorizado nas sociedades ocidentais;
- b) A tendência da mulher em adoptar o corpo como objecto e não como um instrumento produtor;
- c) O conceito de que a pessoa que é magra é boa e que pessoas fisicamente atraentes (magras) recebem mais recompensas e, concomitantemente, custos são associados a não ser atraente (gordo).

Para os homens, os autores Morrison, Kalin e Morrison (2004 cit. por Fernandes, 2007) propuseram que:

- a) A Média (Comunicação Social) difunde como ideal um corpo masculino musculoso;
- b) A divulgação desse ideal também incentiva os homens a adoptarem o corpo mais como objecto.
- c) Homens que se desviam deste ideal por serem muito magros ou muito gordos experimentam avaliação da imagem corporal negativa e/ou investem de forma agressiva na auto-imagem.

Acredita-se que se comparar a alguém melhor diminui o bem-estar na dimensão de interesse, enquanto que ao comparar-se a alguém pior aumenta o bem-estar subjectivo (Wheeler; Miyake, 1992, cit. por Fernandes, 2007) e é de notar que a insatisfação com o corpo tem vindo a crescer na população masculina (Grogan & Richards, 2002).

Para McNamara (2002 cit. por Saikali et al, 2004), crenças culturais determinam normas sociais na relação com o corpo humano. Práticas de embelezamento, manipulação e mutilação, tornam-se comuns em todas as sociedades e possuem uma importante função social. Elas comunicam a informação sobre a posição social do indivíduo e, muitas vezes, demonstram um sinal de mudança no seu status social. De acordo com Adams (1977 cit. por Saikali et al, 2004), percebe-se que o mundo social, claramente, discrimina os indivíduos que não são atraentes. Pessoas julgadas pelos padrões vigentes como atraentes parecem receber mais suporte e encorajamento no desenvolvimento de repertórios cognitivos socialmente seguros e competentes, assim,

indivíduos tidos como não atraentes, estão mais sujeitos a encontrar ambientes sociais que variam do não-responsivo ao rejeitante e que desencorajam o desenvolvimento de habilidades sociais e de um autoconceito favorável.

Actualmente, os valores de maior importância são a atractividade e a magreza (Souza-Kaneshima, França, Kneube & Kaneshima, 2006), modelos culturalmente exigidos para a aparência física, no entanto podem actuar de forma negativa na construção da imagem corporal, afectando a auto-estima ou a consciência que se tem do próprio corpo (Sousa et al., 2003 cit. por Souza-Kaneshima et al, 2006).

Vários estudos demonstraram que as mulheres de todas as idades experienciam a internalização do “ideal magro” ao verem televisão, lerem revistas e outras formas de média (Morry and Staska, 2001; Hargreaves & Tiggemann, 2003; Hofschire & Greenberg, 2002; Stice, Spangler & Agras, 2001 cit. por Liechty, 2004).

Segundo Stice (2002 cit. por Saikali et al, 2004), sociólogos têm proposto dois processos que promovem atitudes e comportamentos: reforço social e a modelagem.

O reforço social refere-se ao processo por meio do qual pessoas internalizam atitudes e comportam-se mediante aprovação dos outros.

A modelagem refere-se ao processo em que o indivíduo observa comportamentos de outros e os imita. A sociedade pode ser um modelo de preocupações com as medidas corporais, dietas excessivas, comportamentos não-saudáveis de controlo de peso e, em última análise, compulsões alimentares. (Saikali et al, 2004).

Sabe-se que, segundo Alferes (2003 cit. por Cardoso et al, 2005), o corpo é algo de mais privado que possuímos, mas é, simultaneamente, social e público, pois através dele nos damos, de imediato, na interacção social, no sentido em que as representações que dele temos são socialmente construídas e partilhadas.

Segundo Tonial (2001 cit. por Cardoso et al, 2005), esse padrão corporal vinculado à estética, maciçamente difundido, é tido como importante tanto para facilitar a conquista dos parceiros como para conseguir os padrões de moda e vestuário.

Segundo Córdas (2002 cit. por Cardoso et al, 2005), há uma discriminação social que recai sobre a incapacidade individual de controlar seus corpos disformes. A estética e a beleza corporal associam-se ao mesmo tempo, com a manutenção do corpo ágil e saudável. Ainda existe a culpa pelo corpo feio, preguiçoso ou não adequado ao mercado de trabalho e às tarefas mais prestigiadas socialmente.

O indivíduo modela seu corpo no diálogo com a sociedade. (Ferreira, 2008). As convenções sociais revelam a relação do indivíduo com o seu meio social por meio de: ritos, etiquetas, características gestuais, formas de percepção, de expressão de sentimentos, distinção de classe, códigos culturais e sociais, jogos de aparência, jogos de sedução, erotização, adornos, moda, técnicas corporais, marcas de distinção (como tatuagens e piercings), entretenimento físico, lazer, prazer, sexo, relação com o sofrimento, com a dor (Ferreira, 2008).

O corpo é socialmente construído e nele se materializa a relação sujeito x sociedade. A cultura não é apenas um agrupamento de complexos padrões concretos de comportamentos (costumes, tradições, usos, hábitos), mas um conjunto de mecanismos de controlo que o homem necessita (Ferreira, 2008). O corpo é a arena onde acontecem discursos e conflitos simbólicos, políticos, culturais, étnicos, históricos, religiosos e económicos, reflectindo as questões do nosso tempo, e uma sociedade marcada pela valorização do individualismo, narcisismo, hedonismo e consumo. A construção da identidade está intrinsecamente ligada ao corpo. O corpo é socialmente construído (Le Breton, 1992 cit. por Ferreira, 2008).

Os códigos de conduta, padrões de comportamento valorizados socialmente influenciam o comportamento dos sujeitos com relação aos seus corpos e é através da Imagem do corpo que se produzem novos códigos e se reproduzem antigos códigos de valorização e estatuto (Ferreira, 2008).

As possibilidades estéticas que existem vão permitir atravessar diferentes posições na hierarquia social, alterando e definindo trajectórias afectivas, pessoais, profissionais ou sociais, bem como, criando novos espaços na ordem social e novas formas de distinção social (Ferreira, 2008).

Para Almeida et al (2005 cit. por Coelho & Fagundes, 2007), no decorrer da história, as culturas tendem a estigmatizar traços ou comportamentos que sejam considerados negativos ou desviantes. A percepção do tamanho corporal, sob este ponto de vista, vem sendo associada a fortes valores culturais.

A sociedade pressiona as pessoas em numerosas circunstâncias a concretizar, em seu corpo, o corpo ideal da actual cultura (Tavares, 2003 cit. por Coelho & Fagundes, 2007). Desejos são criados e imagens reforçadas através dos meios de comunicação que padronizam corpos.

De uma forma geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto-imagem, todos eles sendo fortemente influenciados por factores sócio-culturais (Cash, 1993; Demarest & Langer, 1996; Gittelsohn & cols., 1996 cit. por Almeida, Loureiro & Santos, 2002). Alguns autores, entre eles Foster, Wadden e Vogt (1997 cit. por Almeida, Loureiro & Santos, 2002), Leonhard e Barry (1998 cit. por Almeida, Loureiro & Santos, 2002) e Ogden e Evans (1996 cit. por Almeida, Loureiro & Santos, 2002) 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.

1.3.3. Abordagem Cognitivo-comportamental

Dado que a perspectiva sociocultural não explica: (a) o porquê algumas pessoas são mais susceptíveis às mensagens da mídia (comunicação social) num dado contexto sociocultural do que outras. (e.g., Mori & Morey, 1991; Peterson, 1987 cit. por Jung, Lennon & Rudd, 2001), (b) porquê algumas pessoas parecem estar felizes com a sua aparência mesmo quando esta se desvia do ideal cultural (Rosen, 1996 cit. por Jung, Lennon & Rudd, 2001), ou (c) porquê algumas estão insatisfeitas com os seus corpos mesmo quando se aproximam do ideal cultural (Hesse-Biber, 1996). Estes temas podem ser direccionados utilizando uma abordagem cognitiva da psicologia; tal como por exemplo, a teoria dos esquemas (schema) (Markus, Hamill, & Sentis, 1987 cit. por Jung, Lennon & Rudd, 2001) e a teoria da self-discrepancy (Strauman & Glenberg, 1994; Strauman, Vookles, Berenstein, Chaiken, & Higgins, 1991 cit. por Jung, Lennon & Rudd, 2001).

As teorias cognitivas postulam que as pessoas categorizam as coisas de acordo com a similaridade e estereotipam nas categorias de forma a otimizar o processo de formação de impressões, e assim desenvolvendo compreensão (Barsalou, 1992 cit. por Kwon & Rudd, 2007). Devido ao seu carácter único, as pistas visuais tais como características físicas muitas vezes servem como critério através do qual a categorização de outras pessoas é realizada (Cash, 1990 cit. por Kwon & Rudd, 2007).

O modelo cognitivo-comportamental para a compreensão da imagem do corpo inclui as componentes perceptiva e afectiva assim como a atitude face a cada uma delas, na medida em que, nesta perspectiva, tudo o que é sentido é também pensado. Assim a

dimensão perceptiva da imagem do corpo diz respeito à interpretação cognitiva das sensações externas ou internas. A dimensão afectiva da imagem do corpo inclui as respostas emocionais caracterizadas pelos pensamentos conscientes sobre o corpo. A dimensão da atitude face à imagem do corpo diz respeito às ideias e normas que organizam a nossa própria visão do Eu físico, sendo que os comportamentos e cognições afectam a Imagem do corpo e podem levar a crenças irracionais (Freedman, 1990). Lindeman e Stark destacam o que Vyse (1997, cit. por Cicco et al, 2006) concluiu que nas ideologias tal como o pensamento mágico, as crenças tendem a diminuir a ansiedade que é característica de um mundo onde os eventos são largamente imprevisíveis, assumindo a função de controlo. Aarnio e Lindeman (2004, cit. por Cicco et al, 2006) esclarecem que as crenças e rituais provêm um senso de controlo e reduzem a ansiedade criada por condições de risco e incerteza, transformando-as em controláveis e compreensíveis. Além disso, crenças mágicas não se originam somente de erros cognitivos, mas derivam também de processos afectivos e dos julgamentos subsequentes. Segundo Nowak e Büttner (2003, cit. por Cicco et al, 2006), os indivíduos sentem uma necessidade de concordância entre suas crenças e acções e podem mudar uma das partes se não for condizente com a outra.

Engel (cit. por Cicco et al, 2006) organiza crença como " (...) *algo que representa, subjectivamente, qualquer coisa como verdadeira: um estado mental que dá o seu consentimento a uma certa representação, ou que conduz a juízos cuja verdade objectiva não é garantida e que não é acompanhada de um sentimento de certeza.*" (p. 21).

Crenças podem assim, ser definidas como hábitos de acção, são pensamentos que sustentam outras suposições a respeito da identidade e do mundo (Cooper et al., 1997 cit. por Cicco et al, 2006). Crenças definidas como mágicas seguem uma das duas leis do pensamento mágico, que são as de contágio e similaridade (Aarnio & Lindeman, 2004 cit. por Cicco et al, 2006). Segundo a lei mágica do contágio (que pode ser positivo ou negativo), coisas ou substâncias que estiveram em contacto continuam a actuar umas sobre as outras, à distância, após o contacto físico ter sido suspenso. Ostovich e Rozin explicam que crenças mágicas têm funções psicológicas específicas, semelhantes às das ideologias, estes autores (2004, cit. por Cicco et al, 2006) concluíram que as gerações mais novas provavelmente desenvolveram ideais de corpo cada vez mais magros e fazem uso de estratégias para atingir esse ideal, em resposta às normas difundidas pela cultura. Lindeman e Stark destacam o que Vyse (1997 cit. por Cicco et al, 2006) concluiu sobre

ideologias: similarmente ao pensamento mágico, elas provêm o mundo de sentido, ordem e justiça, e assim tendem a diminuir a ansiedade característica de um mundo onde os eventos são largamente imprevisíveis, assumindo a função de controlo.

No âmbito da teoria cognitivo-social os comportamentos são determinados por factores ambientais e pessoais. No âmbito pessoal entram os mecanismos de auto-regulação e dentre eles têm um papel fundamental os mecanismos auto-avaliativos (provindos da cultura) que permitem ao indivíduo orientar-se quanto às acções futuras e têm um peso considerável sobre elas.

Inicialmente a teoria de Festinger da Dissonância cognitiva, afirmava que se uma pessoa tem duas cognições que são psicologicamente inconsistentes, essa pessoa ficaria motivada para tentar reduzir a dissonância (Aronson, 1992 cit. por Valutis et al, 2008). Aronson mais tarde propôs uma elaboração que dizia “A dissonância é maior e mais clara quando envolve não só duas cognições, mas antes, uma cognição acerca do self e uma parte do nosso comportamento que viola esse auto conceito” (Aronson, 1992, p. 305, cit. por Valutis et al, 2008). No estudo de Valutis et al, (2008) os participantes seleccionaram um tamanho do corpo que acreditavam possuir, outro que era ideal e outro que eles acreditavam ser realista para eles manterem ao longo de um extenso período de tempo. Baseados na informação, parecia sugerir que quando alguém sente que o seu tamanho do corpo não é aquilo que poderia ser na realidade, vai sofrer dissonância cognitiva.

Quando alguém está longe daquilo que acredita ser um tamanho ideal do seu corpo, não experimenta dissonância cognitiva porque a sua crença não envolve a violação do seu auto conceito (Aronson, 1992 cit. por Valutis et al, 2008), no entanto existe uma tendência para os indivíduos evitarem informação se esta for motivo de dissonância (Case, Andrews, Johnson, & Allard, 2005). A partir da perspectiva da teoria da dissonância, os clínicos precisam redireccionar o foco para a prevenção e intervenção para a redução da dissonância cognitiva como alvo antes do que as formas de coping (Valutis et al, 2008). Elkin & Leippe (1986 cit. Por Valutis et al, 2008), afirmaram que as pessoas podem lidar com o conflito interior da dissonância evitando pensar acerca desta. Dado que essa dissonância pode atingir níveis de desconforto que são insuportáveis, é importante reconhecer que quanto mais distancia há entre o tamanho do corpo real e o tamanho do corpo que alguém acredita ter, maior será a dissonância cognitiva dos indivíduos (Valutis et al, 2008).

1.4. Insatisfação com o corpo, Grupos de Desenvolvimento e Etnia

A análise de questionários de Imagem do corpo (de 1972 até 1985) revelou que a imagem corporal dos homens e mulheres se foram tornando gradualmente mais negativas (Cash & Henry, 1995 cit. por Strickland, 2004). Os ideais do corpo para homens e mulheres gravitam á volta daqueles que são mais difíceis de obter e manter: magreza, musculatura (Gordon 2000; Morgan 2000, cit. por Rahkonen, 2004). A discrepância entre os ideais e a realidade resulta em preocupação com a forma do corpo e com o peso, evidentes na infância (Sands et al. 1997; Schur et al. 2000 cit. por Rahkonen, 2004) e difundidos entre adolescentes e jovens adultos (Moore 1988; Heatherton et al. 1997; Jaeger et al. 2002 cit. por Rahkonen, 2004), e conseqüentemente expressar insatisfação com o corpo tem vindo a tornar-se algo comum (Frost, 2005).

Vários autores consideram, que alguns factores contribuem para a ocorrência de problemas de imagem corporal na infância (Damasceno, Vianna, Vianna, Lacio, Lima & Novaes, 2006). Esses factores são: o índice de massa corporal (IMC); a personalidade; influências socioculturais; os pais; o grupo de relacionamento pessoal; os meios de comunicação e os brinquedos.

Smolak explica que as diferenças entre rapazes e raparigas são decorrentes dos estágios de crescimento e desenvolvimento (Damasceno et al, 2006).

Crianças a partir dos 3 anos de idade demonstram preconceitos contra pessoas com excesso de peso (Cramer & Steinwert, 1998 cit. por Koch, Ludvigsson & Sepa, 2008) e crianças com 8 anos de idade tem internalizadas a preferência sociocultural pela magreza (Shapiro et al. 1997 cit. Por Koch, Ludvigsson & Sepa, 2008). Rapazes e raparigas exibem insatisfação com o corpo (Kostanski et al. 2004 cit. Por Koch, Ludvigsson & Sepa, 2008), mas pensa-se que as diferenças de género emergem a partir dos 8 anos (Gardner et al. 1997; Thelen et al. 1992 cit. Por Koch, Ludvigsson & Sepa, 2008).

Desde que deixa de ser um bebé o corpo do ser humano até a adolescência mantém uma identidade; essa identidade sofre uma desorganização com a emergência dos caracteres sexuais secundários. As mudanças que ocorrem nesse período levam a

uma perda da antiga imagem corporal e da identidade infantis, o que implica na busca de uma nova identidade. (Aberastury, 1990, cit. por Campagna & Souza, 2006).

Deste modo, o adolescente precisa elaborar o luto pelo corpo infantil que já não possui mais. A angústia e os estados de despersonalização que, muitas vezes, acompanham esses momentos, devem-se, à angústia de perceber que é o próprio corpo que produz essas mudanças. (Aberastury, 1990, cit. por Campagna & Souza, 2006). As pressões para se ter um corpo ideal são mais sentidas pelos adolescentes e por jovens adultos, por esse ser o tempo do desenvolvimento da identidade de gênero e de exploração do papel sexual (Johnson; Sclundt, 1985 cit. por Fernandes, 2007).

É na adolescência que as preocupações com o corpo se intensificam e, as experiências ajudam a moldar a imagem corporal e respectiva satisfação (Santos & Vasconcelos, cit. por Roma, Lebre & Vasconcelos 2003). Assim, há uma certa tendência, da parte de adolescentes e jovens adultos, para desenvolverem sentimentos de inferioridade e desajuste relativamente ao seu corpo (Vasconcelos, 1995 cit. por Roma, Lebre & Vasconcelos 2003) pois Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hillier e Petrovich (1991 cit. por Carvalho, Cataneo, Galindo, & Malfará, 2005) encontraram, entre adolescentes australianos, especialmente os do sexo feminino, preocupação com o controle de peso e tendência a atribuir à magreza características como felicidade e inteligência.

A insatisfação com a Imagem do corpo entre adolescentes e adultos, parece ser predominante nas mulheres (Valutis, Goreczny, Wister, Newton, Popp, & Vavrek, 2008; Cunha, 2008). Esta insatisfação pode advir dos pais, escolas, pares, comunicação social (Sira, 2003).

A adolescência é um período de vida marcado por mudanças, tanto a nível físico como psicológico, emocional e mudanças a nível social (Mostert, 1995 cit. por Villiers, 2006) bem como também é identificado como o período mais crítico da construção da identidade (Nolan, 2010). É por isso, a altura identificada como mais vulnerável para o desenvolvimento de problemáticas relacionadas á Imagem do corpo (Smolak, Levine, & Striegel-Moore, 1996), pois é nesta altura que o auto conceito compreende atributos tais como as competências motoras e a aparência física, e desse modo as diferenças individuais na dimensão somática, forma e composição corporal podem ser fundamentais na forma como estes vão interpretar o seu estatuto social (Coelho e Silva & Jerónimo, 2002). A questão da Imagem do Corpo entre pré-adolescentes parece estar a aumentar,

pois cada vez mais estes são pressionados pela comunicação social, pela sociedade e cultura, pares e família. Estes podem exibir insatisfação com a imagem do corpo porque não conseguem exprimir os seus sentimentos acerca das mudanças que ocorrem na pré-adolescência (Akos & Levitt, 2002).

Estratégias preventivas na área da Imagem do corpo, se direccionadas a pré adolescentes, (os quais possuem crenças e atitudes menos consolidadas) apresentam possibilidades de sucesso (Tiggemann, 2006). A prevenção parece assim a melhor opção para os pré-adolescentes antes do surgimento das consequências associadas à Insatisfação com a Imagem do corpo (Skemp-Arlt et al, 2006). Desta forma, promover uma Imagem do corpo saudável, de forma individual, em grupo e a nível sistémico pode constituir-se como um factor protector para lidar com problemas associados com a adolescência (Akos & Levitt, 2002) e torná-los menos centrados com o corpo, promovendo dessa forma maior actividade a nível físico e social (Heath, Pratt, Warren, & Kann, 1994; O__Dea, 2003; Piran, 2001, cit. por O`Dea, 2004). Foi demonstrado que existe uma importância crescente na construção de um corpo masculino musculoso na cultura ocidental (Frederick, Buchanan, Sadeghi-Azar, Peplau, Haselton, Berezovskaya & Lipinski, 2007) e que o desejo de obter um físico mais musculoso nos rapazes está relacionado a Depressão (McCreary & Sasse, 2000; Peterson, 2007) e que os indivíduos obesos exibem altos níveis de sintomas depressivos e preocupação com a Imagem do corpo (Abdel-Fattah, Asal, Hifnawy, & Makhlof, 2008). No estudo de Ilaria (2006), a insatisfação com o corpo, restrição alimentar e sintomas bulímicos revelaram-se preditores de Depressão major em adolescentes.

Por outras palavras, altos níveis de insatisfação com a imagem do corpo parecem estar relacionadas a uma diminuição geral da saúde psicológica (Bergeron, 2007), sendo que vários estudos confirmaram a existência de relação entre insatisfação global com o corpo e Depressão entre pré adolescentes, e adolescentes, em especial nas raparigas (Allgood-Merton, Lewinsohn, & Hops, 1990; Alsaker, 1992; Faust, 1987; Hops, Lewinsohn, Andrews & Roberts, 1990; Richards, Casper, & Larson, 1990; Rierdan, Koff, & Stubbs, 1987 cit. por Rierdan & Koff, 1997; Pahlavanzadeh, Habibpour, Ghasavi, & Maghsoudi, 2004; Puskar, Bernardo, Fertaman, Ren & Stark, 2008; Felton, 2007) e os resultados do estudo de Sirucek & Rasticová (2009) sugerem que a idade entre 13 e 15 anos é crucial no desenvolvimento de insatisfação com a Imagem do corpo e depressão nas raparigas e que a depressão tende a aumentar entre os 15 e os 18 anos, (Hankin, Abramson, Moffitt,

Silva & McGee, 1998; Rohde, Beevers, Stice & O'Neil, 2009) constituindo-se a adolescência como um período de alto risco para o desenvolvimento de depressão principalmente para o sexo feminino (Rohde et al, 2009).

O estudo de Fombonne, Wostear, Harrington, & Rutter (2001) fornece vasto suporte empírico na continuidade da depressão na adolescência até à adultez, no seu estudo *follow up* em que acompanhou 149 indivíduos durante 20 anos, foram encontradas evidências de que a depressão na adolescência tem tendência a prolongar-se até à vida adulta.

É no final da adolescência e entrada para a universidade que a independência é ganha e decisões acerca do corpo são feitas tais como: o que comer, quando comer, fazer exercício ou não e como medir aquilo que é saudável (Strickland, 2004).

É no final da adolescência e entrada para a universidade que a independência é ganha e decisões acerca do corpo são feitas tais como: o que comer, quando comer, fazer exercício ou não e como medir aquilo que é saudável (Strickland, 2004).

Os estudantes do primeiro ano de Universidade enfrentam stress e mudança, bem como possíveis mudanças na Imagem do Corpo e no peso corporal devido à mudança de hábitos (Skinner, 2008). A insatisfação com o corpo e interpretação incorrecta do índice de massa corporal são cada vez mais prevalentes particularmente nas estudantes universitárias (Swierkosz, 2010).

Dessa forma, estudos tem vindo a ser realizados com jovens universitários, sendo que existem estudos que suportam a existência de relação entre depressão e insatisfação com o corpo em jovens universitários do sexo masculino e sexo feminino (Olivardia, Pope, Borowiecki III & Cohane, 2004; Iqbal, Shahnawaz & Alam, 2006). O estudo de Forrest & Stuhldreher (2007) mostrou que a insatisfação com a Imagem do Corpo e a distorção desta continuam a afirmar-se como um problema entre os estudantes universitários, e que deverá ser dado ênfase na adopção de hábitos saudáveis acerca das dietas e exercício físico no ambiente universitário.

Os Estudantes Universitários estão diagnosticados com Depressão em níveis ligeiramente acima da população em geral (The National Center on Addiction and Substance Abuse [CASA] at Columbia University, 2003).

Na transição para a Universidade, o estudante pode encontrar novas fontes de Stress, sendo que alguns conseguem lidar com esse stress, mas outros possuem dificuldades de adaptação e procuram meios artificiais e prejudiciais de forma a lidar com

os seus sentimentos e pensamentos (CASA, 2003). Várias formas de lidar com a Depressão foram descritas pelos universitários no estudo de Aselton (2010), tais como exercício físico, uso de substâncias, ler e escrever, ouvir música e conversar com amigos. O suicídio é a segunda causa de morte entre estudantes universitários (CASA, 2003; Anderson & Smith, 2005) e no estudo de Arria, O'Grady, Caldeira, Vincent, Wilcox & Wish (2009), cerca de 6% dos estudantes do primeiro ano de licenciatura apresentaram ideação suicida. No estudo de Daood (2009), o nível de envolvimento nas actividades académicas contribui para a frequência da ideação suicida e tentativas de suicídio. A Depressão interfere consideravelmente nos estudos dos adolescentes e dos universitários, diminuindo a concentração, produtividade e muitas vezes provocando a ausência dos alunos nas aulas (Yousefi, Mansor, Juhari, Redzuan & Talib, 2010; Jones, 2008; DeRoma, Leach & Leverett, 2009). Estudantes universitários deprimidos muitas vezes experienciam problemas de sintomas de ansiedade, Perturbações alimentares e abuso de substâncias e as estudantes universitárias são as que apresentam maior risco (Nolen-Hoeksema, 2001). Deste modo a Universidade pode constituir-se como um tempo crucial para o diagnóstico, prevenção e tratamento para a Depressão (CASA, 2003).

Nezlek (1999 cit. por Liechty, 2004) descobriu que para as estudantes universitárias, a imagem corporal negativa afecta negativamente o dia-a-dia a interacção social. Para as estas, as percepções de atractividade social estão positivamente relacionadas com a sua confiança na interacção social e na sua percepção de influência na interacção (Liechty, 2004). Num estudo de Olivardia et al (2004) estudantes universitários do género masculino apresentaram níveis substanciais de insatisfação com o corpo, sendo que julgavam possuir um maior peso do que realmente possuíam.

Cheng (2006) identificou no seu estudo alguns factores protectores e potenciais riscos para a Imagem do corpo em jovens universitárias. Os resultados demonstraram que a percepção do cuidado maternal apresentou efeitos protectores através da moderação das relações entre factores de risco (ex: Pressão da comunicação social e sua internalização dos ideais) e insatisfação com a Imagem do corpo, diminuindo a sua associação, do mesmo modo que a ansiedade relacionada ao afecto romântico aumentou a percepção da pressão para internalizar as mensagens da comunicação social acerca dos ideais de aparência o que provocou o aumento da vulnerabilidade dos indivíduos á insatisfação com a Imagem do Corpo.

Valores negativos são frequentemente atribuídos aos corpos que transgridem a aparência imposta pelas medidas dos critérios corporais atraentes e tornam-se fonte de preconceito e de rejeição (Masset & Safons, 2008) e mesmo que um indivíduo possua uma boa aparência, isso não implica que o mesmo também possua uma Imagem do corpo positiva. (Fernandes, 2007).

Quando a percepção do nosso corpo se adequa aos padrões sociais, elevada auto estima, atitudes e sentimentos positivos geralmente são a consequência (Rudd & Lennon, 1994). Quando tal não acontece, as consequências de uma Imagem do corpo negativa podem levar a comportamentos negativos (Strickland, 2004), Depressão e ansiedade (Cash & Szymanski, 1995) tristeza e agitação (Szymanski & Cash, 1995). Em diversos estudos, (Heinberg &Thompson, 1995; Stice and Shaw, 1994) pessoas que foram sujeitas a exposição de imagens de pessoas atraentes e magras (que reflectiam os ideais culturais) após essa exposição, apresentaram estados afectivos negativos tais como depressão, raiva e insatisfação com a aparência bem como perturbações alimentares, baixa auto estima (Cooley & Toray, 2001; Stephens, Schumaker & Sibiya, 1999; Tiggemann & Lynch, 2001 cit. por Liechty, 2004; Fabian & Thompson, 1989; Felton, 2007; Kostanski and Gullone,1998; Hamilton, 2008; Holsen, Kraft & Roysamb, 2001; Helm, 2009; Koch, Ludvigsson & Sepa, 2008; Stice Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000; Felton, 2007) e que embora existam muitas outras pressões, é de realçar que a pressão da comunicação social é das formas mais fortes e persuasivas de difusão dos ideais socioculturais (Heinberg, 1996; Stice & Shaw, 1994; Thompson & Heinberg, 1999).

No entanto, alguns estudos recentes sugerem que os efeitos das imagens do corpo ideais inculcadas nas mulheres não são directos mas mediados pelas suas crenças acerca das expectativas dos homens sobre magreza feminina (Thomsen, 2002, cit. por Choi, Leshner & Choi, 2008) e que indivíduos que foram criticados acerca da sua aparência pelos pares na sua infância, estão também mais aptos a desenvolver uma avaliação negativa sobre a sua aparência (Cash, Winstead & Janda, 1986, cit. por Pelican, Heede, Holmes, Melcher, Wardlaw, Raidl, Wheeler & Moore, 2005).

Quanto á Etnia, existem estudos que confirmam que as mulheres negras possuem maior satisfação com o corpo, e maior auto estima quando comparadas ás mulheres de etnia branca, bem como homens negros apresentam o mesmo resultado em relação a homens de etnia branca (Cash & Pruzinsky, 2004; DeBraganza & Hausenblas, 2010).

No entanto pré-adolescentes afro-americanas tendem a ficar angustiadas quando aumentam de peso, e este pode constituir-se um factor de risco para depressão neste grupo etário e é de notar que o efeito da depressão produz aumento do apetite em algumas pessoas e decréscimo do apetite em outras pessoas (McCabe & Vincent, 2003; Wertheim et al., 1992, cit. por Granberg, Simons, Gibbons & Nieuwsma, 2007) e que entre Afro-americanos, a perda de apetite parece ser a resposta mais comum (Ayalon & Young, 2003 cit. por Granberg et al, 2007).

De realçar que a aculturação parece exercer alguma influência nas etnias. No estudo de Schippers (2009) em estudantes universitários homens, os Afro-americanos demonstraram tendência em escolher mulheres menos magras que os Caucasianos, no entanto quando a variável aculturação foi introduzida essa tendência desapareceu.

Também se efectuaram estudos de comparação entre raparigas chinesas aos dados normativos ocidentais e descobriu-se que as adolescentes raparigas chinesas também apresentam níveis elevados de insatisfação com o corpo (Leung, Wang & Tang, 2004, cit. por Marsh, Hau, Sung & Yu, 2007; Chen, Fox & Haase, 2008; Luo, Parish & Laumann, 2005), no entanto, as asiáticas possuem melhor Imagem do corpo que as mulheres de raça hispânica e branca (Cachelin, Rebeck, Chung, & Pelayo, 2002) e as mulheres de raça negra parecem possuir melhor Imagem do corpo que as asiáticas, hispânicas e brancas (Cash & Pruzinsky, 2004). Lee & Lee (2000, cit. por Marsh et al, 2007), no entanto, as raparigas provindas de meios urbanos exibem maior desejo de emagrecer do que as raparigas provindas de meios rurais. Embora as raparigas urbanas tenham sido educadas a interiorizar a magreza como desejável, no contexto rural ser magro pode ser sinónimo de fraqueza, enquanto que possuir um corpo cheio pode simbolizar saúde (Lee & Lee, 2000, cit. por Marsh et al, 2007).

1.5. Tratamento

Patologias da imagem do corpo podem ser manifestas através de várias formas, incluindo, cognitivas, afectivas, comportamentais e perceptuais (Thompson et al. 1999 cit. por Jung, Lennon & Rudd, 2001). O seu tratamento tem de incluir o desenvolvimento de uma imagem do corpo saudável, o que pode envolver a mudança do constructo de imagem corporal do indivíduo (e.g., Bruch, 1973; Wimberley, Hagerman, Reed, & Graves, 1995 cit. por Jung, Lennon & Rudd, 2001).

Existem várias abordagens diferentes para o tratamento da Imagem do corpo, no entanto existem duas que são mais utilizadas: metodologias Cognitivo-comportamentais e terapias alternativas (Thompson et al., 1999, cit. por Riva, Bachetta, Baruffi, Cirillo & Molinari, 2000).

Cash e Rosen lideram o desenvolvimento das estratégias cognitivo-comportamentais para o tratamento de imagem do corpo, baseando-se na avaliação, educação, exposição e modificação da imagem corporal (Riva et al, 2000).

A terapia funciona através da identificação e enfrentar crenças da aparência, modificando comportamentos auto derrotistas da imagem do corpo e ao mesmo tempo incrementar actividades que desenvolvam a imagem do corpo (Riva et al, 2000).

Dentro das terapias alternativas vários métodos são utilizados tais como por exemplo: exercícios de movimento, terapia pela arte, terapia pela dança (Wooley, 1995; Wooley & Wooley, 1985), escrita livre, psicodrama (Kearney-Cooke & Striegel-Moore, 1994; Wooley, 1995 cit. por Riva et al, 2000).

A autora Hanley (2004) afirma que terapias do movimento e movimento em geral possuem o potencial de desenvolver a consciência da plasticidade da imagem do corpo e do espaço do corpo bem como a experiencia psicológica, bem como pode ser benéfica para indivíduos com perturbações alimentares (Rumney, 2009). No entanto há que ter em conta que alguns indivíduos com Perturbações alimentares são também Dançarinas (em especial praticantes de Ballet), no entanto tais como os outros indivíduos que sofrem de Perturbações Alimentares, que podem mover o seu corpo durante o exercício mas não estão ligados aos sentimentos do seu corpo e possuem uma imagem distorcida deste, o mesmo acontece na Dança: dançar não confere automaticamente uma ligação mental com a emocionalidade interna ou com uma imagem do corpo realista. A terapia da Dança é diferente da Dança, tal como a terapia do movimento é diferente de exercícios rígidos e repetitivos. Estas terapias ajudam o indivíduo a focar-se nas suas sensações internas emocionais ligadas ao movimento em vez de se focar na precisão externa deste (Rumney, 2009) e desta forma cultivar uma consciência do *self*, contruir confiança bem como induzir sensações de prazer no corpo e utilizar o mesmo como forma de expressão não verbal.

Browers (1990, cit. por Moldenhauer, Callicutt & Leddick, 2004) diz-nos que antes de trabalhar a imagem do corpo directamente, outras temáticas tem de ser trabalhadas. Sentimentos acerca da imagem do corpo têm de ser identificadas e discutidos,

trabalhando a mudança positiva. O mesmo autor, sugeriu uma abordagem multifásica para o tratamento da insatisfação com a imagem do corpo, incluindo componentes educacionais, socioculturais, cognitivos, emocionais, comportamentais e familiares.

Brouwers, diz-nos que falar ao paciente acerca das mensagens socioculturais que este recebe é o primeiro passo para ajuda-lo a compreender que essas mensagens não devem ser aceites incondicionalmente.

Uma boa forma de iniciar, seria falar de exemplos históricos e padrões de outras culturas (Moldenhauer, Callicutt & Leddick, 2004).

Existem dois objectivos no trabalho cognitivo sendo que o primeiro é ajudar o paciente a aceitar o seu corpo e o segundo é acentuar a função do corpo mais do que a sua aparência. Componentes emocionais e comportamentais são essenciais para a mudança. Porque a insatisfação com a imagem do corpo é repleta de emoções, tais como medo, ansiedade e depressão, o paciente tem de ser acompanhado no coping com essas emoções (Moldenhauer, Callicutt & Leddick 2004). O objectivo é ajudar o paciente a identificar as suas emoções e modelar a expressão dos seus sentimentos. O componente comportamental luta para ajudar na expressão de atitudes positivas sobre o corpo. Encorajar os pacientes a mudar alguns dos seus comportamentos auto derrotistas irá ajuda-los a tornar-se menos críticos com o seu corpo (Moldenhauer, Callicutt & Leddick 2004).

CAPÍTULO 2 – DEPRESSÃO

2.1. Breve perspectiva histórica

Em termos históricos o conceito de Depressão teve inúmeras definições. A primeira, melancolia, de Hipócrates remonta ao século IV a.C., na Grécia antiga, e afirmava-se como “uma perturbação psíquica resultante de um desequilíbrio entre os quatro humores fundamentais: sangue, linfa, bílis amarela e bílis negra” (Moniz, 2007).

Já na Idade Média, a depressão foi exprimida como um castigo de Deus pela consciência de pecado (Firmino et al., 1990, cit. por Moniz, 2007).

Nos finais do século XVII e início do XVIII, tiveram início os estudos das perturbações mentais pela antiga medicina. Já no final do século XVIII, a melancolia é considerada uma patologia delirante. Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), cunhou na França o termo lipomania ou mono-mania triste (*lypémanie e mono-manie*), para definir a melancolia: tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhados por delírio numa ideia fixa. Na Alemanha, Emil Kraepelin (1856-1926) integrou a melancolia à psicose maníaco-depressiva. Kraepelin continuou a usar o termo melancolia e seus subtipos, utilizando o termo depressão para descrever afectos. (Farinha, 2005)

Com o desenvolvimento científico, no século XIX, começou-se uma preferência pelo termo depressão em detrimento do termo melancolia. O termo depressão começou por ser utilizado na psiquiatria europeia por volta do séc. XVIII, provindo do francês derivado do latim, *depromere*, que significa pressionar para baixo. No início, o seu uso foi introduzido em associação ao termo melancolia (Delouya, 2001). Segundo Moreira (2002), a substituição do termo melancolia pelo termo depressão, deveu-se a uma tendência na psiquiatria no final do século XIX e durante a sua consolidação no século XX.

Moreira (2002) revela que os desenvolvimentos psiquiátricos e seus movimentos de substituição do termo, levaram á invisibilidade da melancolia. Foi Adolf Meyer (1866-1950) que apoiou a substituição do termo melancolia por depressão, já que o primeiro fazia apelo a um estado do romantismo na literatura e era inadequado á ciência. (Delouya, 2001).

Mais recentemente surgiram outras designações das classificações internacionais tais como distúrbios afectivos (American Psychiatric Association, 1986 cit. por Moniz,

2007), ou perturbações do humor que detém variadas formas de depressão (Moniz, 2007).

2.1.1. Caracterização clínica

A depressão é uma experiência humana que possui várias formas, nas qual a sua forma mais subtil, se apresenta como um sentimento momentâneo de tristeza ou desespero, na maior parte das vezes relacionada com um evento concreto. Experiências moderadamente intensas de depressões envolvem elementos biológicos, psicossociais e sociais (Dobson & Dozois, 2008).

A Depressão é um paradigma da psicopatologia (R. Campos, 2007), é uma doença psíquica e que afecta o funcionamento psíquico. A sua compreensão serve para outras formas de patologia pois consiste num modelo universal da perda e sofrimento afectivo (R. Campos, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão ocupa o segundo lugar das doenças mentais mais prevalentes na clínica médica mundial, estimando-se que 121 milhões de pessoas possam sofrer de depressão num dado momento (Moniz, 2007).

A Depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica, e leva à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia. Esta pode ter a duração de alguns meses a alguns anos. Todavia, em cerca de 20% dos casos torna-se uma doença crónica sem remissão, essencialmente, devido à falta de tratamento adequado (Goldman, Nielsen & Champion, 1999).

A Depressão major é uma doença crónica, recorrente e potencialmente um risco para a vida que afecta mais de 20% da população mundial (Gillespie, Whitfield, Williams, Heath & Martin, 2005). É também uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade no mundo segundo a Organização Mundial de Saúde (Lin, 2007).

Em Portugal, calcula-se que, por ano, mais de 100 mil pessoas possam padecer desta doença (valores relativos apenas à Depressão Major). Diversos estudos apontam para uma prevalência média deste quadro clínico, na população em geral, na ordem dos 5%, com uma distribuição por sexos de 3% nos homens e de 6% nas mulheres (Paykel, 1991 cit. por Moniz, 2007).

Elevada ansiedade e exposição a eventos de vida negativos levam ao desenvolvimento de depressão (Sandi & Richter- Levin, 2009).

Em relação às características nucleares da depressão, existe unanimidade na maioria dos autores em considerar a tristeza como o seu sintoma mais comum (Montgomery, 1995 cit. por Moniz, 2007). Os sintomas da Depressão estão dentro de três

grandes categorias primárias: Mudanças de humor, distúrbios de sono e apetite, e perturbações cognitivas (Lin, 2007).

A Depressão (denominada oficialmente Depressão Major) é diagnosticada segundo os critérios do DSM-IV.

Critérios DSM-IV para Diagnóstico de Depressão Major (APA, 2002):

- Humor deprimido na maior parte do dia
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as actividades
- Perda ou ganho significativo de peso.
- Insónia ou hipersónia
- Agitação ou lentificação psicomotora.
- Fadiga ou perda de energia.
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada.
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se
- Pensamentos recorrentes sobre morte e suicídio.

Cada um dos sintomas tem de ser evidente diariamente ou quase todos os dias pelo menos durante duas semanas. A severidade é baseada no funcionamento social e ocupacional. Sintomas de ansiedade são encontrados muitas vezes em pacientes com depressão. Indivíduos nos quais os sintomas perduram durante dois anos são considerados indivíduos com Distímia (Lin, 2007).

Quanto aos aspectos sociais alterados no doente deprimido, identifica-se essencialmente dificuldade em estabelecer e manter um relacionamento interpessoal adequado (Vaz-Serra, 2003 cit. por Moniz, 2007); isolamento social, mudança radical na qualidade das relações e absentismo escolar ou profissional.

Os deprimidos podem ainda experienciar baixa auto estima, mudança no controlo do humor, mudança na capacidade de experienciar e antecipar prazer, mudança na capacidade de tolerar a dor, mudança no apetite sexual, memória e concentração fracas, perda de motivação, mudança no movimento e estruturas psicóticas (Parker, 2002).

O julgamento das emoções tem um papel crucial na depressão (Hale, 1998 cit. por Vanhatalo, 2009). Existem evidências que pacientes com depressão podem enviesar o processamento de informação e funções cognitivas (Bouhuys, Geerts, Mersch, & Jenner,

1996; Deldin et al., 2000; Astikainen, 2008 cit. por Vanhatalo, 2009). Em especial estímulos emocionais são julgados de forma diferente por deprimidos e não deprimidos (Vanhatalo, 2009).

A comorbilidade de depressão com outras perturbações psiquiátricas ou neurológicas ou médicas está presente num número muito significativo de doentes (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Almeida, 2004).

A relação entre depressão e doença é um facto bem fundamentado, sendo que a primeira surge muitas vezes como uma resposta face às dificuldades de ajustamento à segunda (Woods, 1999a cit. por Gonçalves, 2006). Fernandez-Ballasteros, Izal, Montorio, González e Diaz (1992 cit. por Gonçalves, 2006) referem que a sintomatologia depressiva pode provir da patologia fisiológica como reacção ao estado de doença (Jarvik & Perl, 1981 cit. por Gonçalves, 2006); consequência directa da doença ou da medicação; e seguimento da vulnerabilidade do sujeito, a nível do sistema imunológico (Vaillant, 1979 cit. por Gonçalves, 2006).

2.2. Teorias da Depressão

2.2.1. Modelos médicos

□ - Abordagem Biológica e Neuroquímica

Os modelos biológicos foram pois os pioneiros na explicação da depressão e os que encontram mais defensores na comunidade científica, nacional e internacional Estes assentam na objectividade e testabilidade (Moniz, 2007).

Por exemplo, a perda de peso, a diminuição da libido, a dismenorreia e as perturbações do sono seriam o reflexo de uma perturbação primária das funções bioquímicas e neurofisiológicas (Syvälahti, 1994 cit. por Moniz, 2007).

Quanto aos modelos neuroquímicos existe a teoria de que a depressão apresenta uma relação com as alterações do metabolismo da serotonina, da noradrenalina e da dopamina (Moniz, 2007).

Considerando a parte neuroanatômica supõe-se que o desequilíbrio no sistema límbico seja responsável pelas alterações nas emoções em que a disfunção hipotalâmica se constitui a causa das alterações de sono, apetite, comportamento sexual,

endocrinológicas, imunológicas e cronobiológicas na depressão (Kaplan, Sadock e Grebb, 1994 cit. por Bahls, 1999).

□ - **Abordagem Endócrina**

Stressores diferentes activam respostas selectivas de stress no corpo, mas a mais activada e mais estudada destes sistemas é o eixo HPA, Hipotalamica-pituitaria-adrenal. A actividade aumentada (hiperactividade) deste sistema é associada com o estado depressivo (Gold et al, 1988, cit. por O'Keane, 2000). Existe um consenso em que a perturbação de depressão major e em particular o subtipo melancólico, esta associado com a libertação da hormona corticotrofina, hipersecreção e subsequente hiperactividade da HPA. Estados Hipercortisolémicos produzem muitos dos sintomas e comportamentos associados com depressão (Dorn et al, 1995, cit. por O'Keane, 2000). A sintomatologia depressiva inclui, ela própria, alterações sugestivas de uma perturbação hipofisária, designadamente, diminuição da libido, insónia e perda de apetite (Amaral,1997 cit por Moniz, 2007). No entanto, Moniz (2007) diz-nos que estes dados carecem de investigação mais aprofundada pois não são suficientes para demonstrar a etiologia endócrina da patologia.

□ - **Abordagem Genética**

Neuroticismo é uma das variáveis negativas da personalidade (Oliveira, 2002)

Caracterizado por disforia, ansiedade, tensão e reactividade (McCrae & Costa 1985; DeNeve & Cooper 1998 cit. por Levinson, 2005). O neuroticismo, mais do que um estado emotivo passageiro, é um traço ou tendência estável da personalidade (Oliveira, 2002). O neuroticismo apresenta-se correlacionado com o pessimismo e a depressão (Maltby, Lewis & Hill, 1998 cit. por Oliveira, 2002). A hereditariedade é de 40% a 50% (Floderus-Myrhed et al 1980; Jang et al 1996 cit. por Levinson, 2005) é razoavelmente estável durante a vida adulta (Viken et al 1994 cit por Levinson, 2005). Kendler et al (1993b cit. por Levinson, 2005) estimaram que 55% do risco genético de MDD é partilhado com neuroticismo e que neuroticismo alto pré-morbido assume-se como preditor de futura MDD. No entanto não existem evidências concretas que sustentem esta hipótese (Levinson, 2005).

2.2.2. Modelos Psicossociais

□ Abordagem Psicanalítica

Freud introduz ainda o conceito de perda de objecto e Mélanie Klein introduziu a definição de posição depressiva (Moniz, 2007).

René Spitz recorreu também ao conceito de perda objectal, referindo-se ao abandono ou rejeição que os bebés de 6 a 8 meses sentem, quando eram separados da mãe (Moniz, 2007). Aos que não suportavam essa separação abrupta sofriam de depressão anaclítica (Accoce, 1984 cit. por Moniz, 2007). Esta caracteriza-se por uma fase inicial de agitação, exigência e choro que iria originar progressiva indiferença pelo ambiente, apatia, e lentificação psicomotora, recusa de contacto, insónia, perda de peso e atraso no desenvolvimento podendo também existir a ocorrência de regressão nas aquisições motoras ou cognitivas e aumento da vulnerabilidade às infecções (Moniz, 2007).

Segundo esta abordagem, a melancolia corresponde, do ponto de vista tópico, a uma falha do Ego e a uma falha do Ideal do Ego. Do ponto de vista económico, ela implica uma regressão, como consequência da activação da falha narcísica, aos estados pré-genitais oral e anal. E o tipo de angústia que a caracteriza é a angústia de fragmentação, mas esta ainda preserva elementos da sua evolução anterior como a ansiedade anaclítica e fóbica. Neste sentido, o sentimento de que o objecto está perdido constitui agora uma ameaça imediata de fragmentação, enquanto que na fase posterior (não psicótica) a angústia se refere ao risco de perda de objecto que caracteriza a depressão (Braconnier & Marcelli, 2000).

Coimbra de Matos (2001), diz-nos que a depressão, do ponto de vista dinâmico, deve ser ponderada como uma depressão reactiva, a depressão normal, ou o fenómeno de luto, que se representa pela reacção de uma personalidade de estrutura genital ou pós-edipiana à perda de um objecto privilegiado. Esta está associada à depressibilidade do sujeito e é sinal de saúde mental.

A depressibilidade é um conceito definido pelo autor e representa a qualidade do sujeito de se poder deprimir, de ser depressível, isto é, de ser capaz de fazer o trabalho de luto.

□ **Abordagem Comportamental**

As abordagens comportamentais da depressão têm origem na teoria da aprendizagem, segundo o modelo do condicionamento operante de Skinner que defende que um comportamento é adquirido, mantido ou eliminado, em função das consequências (reforços ou punições) que se lhe seguem (Moniz, 2007).

Bandura (1969 cit. por Bahls, 1999) destaca que pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho demasiado elevadas, o que as leva a experimentar pouco sucesso e muitos fracassos, induzindo-as a prestar atenção selectiva aos eventos negativos, tendendo à auto-avaliação negativa.

Bandura (1977 cit. por Bahls, 1999), diz-nos que existe um ciclo vicioso nos deprimidos, que influencia e é influenciado, uma vez que as pessoas depressivas, estando pessimistas, intensificam a sua auto-desaprovação, tornando-se mais negativas e assim perpetuando o ciclo vicioso. Esse comportamento específico depressivo evoca respostas específicas no ambiente, os quais por sua vez, reforçam o comportamento depressivo (Geertz, 1997).

Dentro ainda desta abordagem inclui-se a teoria do desespero aprendido de Seligman, em que situações incontroláveis, tais como acontecimentos desagradáveis e stressantes, vão conduzir ao desespero, desistência e desmotivação e conseqüentemente á depressão, e na mesma linha segue a teoria da desesperança, que nos diz que a desesperança produz depressão e a desesperança por sua vez é produzida pelo impacto do stress num estilo cognitivo negativo (Wagner et al, 1998 cit. por Pettit & Joiner, 2006).

□ **Abordagem Cognitiva**

A teoria cognitiva postula que todos os afectos são secundários à cognição, sendo que a cognição é a forma como vivenciamos e interpretamos os acontecimentos (Bahls, 1999).

Vários investigadores tentaram integrar vários modelos para uma melhor compreensão da depressão. Por exemplo, Safran & Segal (1990, cit. por Cankaya, 2002) propuseram um modelo integrativo cognitivo interpessoal no qual as relações

interpessoais e cognições, conceptualizadas por esquemas interpessoais, foram relacionados ao desenvolvimento da depressão.

No modelo de Safran & Segal, as cognições são o mecanismo que explica os efeitos das relações interpessoais na sintomatologia depressiva.

Também Hammen (1992 cit por Cankaya, 2002) apresentou um modelo transaccional de depressão onde os estressores de vida, factores cognitivos e interpessoais foram analisados em termos de efeitos aditivos e interactivos no curso da depressão com o foco centrado á volta do padrão desenvolvimental do indivíduo desde a infância até á adultez.

Gotlib (1992 cit por Cankaya, 2002) sugeriu que os efeitos dos factores interpessoais no curso da depressão são dependentes nas percepções do indivíduo acerca destes, o que pode conduzir a visões negativas ou positivas do Self em relação aos outros. Desse modo, o autor propôs que os esquemas cognitivos interpessoais, deveriam ser enfatizados na investigação em direcções interpessoais da depressão. Seguindo a linha destes modelos interpessoais integrativos de depressão, Schmidt, Schmidt, & Young (1999 cit por Cankaya, 2002) notaram que as formulações baseadas em esquemas, de relações interpessoais podem ser úteis na compreensão do papel dos factores interpessoais no curso da depressão. Duas linhas de teoria informam como os esquemas cognitivos e relações interpessoais interagem para produzir depressão. De acordo com Beck (1972, cit. por Cankaya, 2002) e a sua teoria de depressão, estilos cognitivos disfuncionais tais como Magnificação e Hipergeneralização, e a tríade cognitiva, são componentes fulcrais da sintomatologia depressiva.

Beck teorizou que os estilos parentais precoces e as experiências negativas precoces podem resultar no desenvolvimento de esquemas e crenças maladaptativos e negativos acerca de nós mesmos e de como o mundo funciona. Young (1994 cit. por Cankaya, 2002) seguindo a teoria de Beck, focou-se nas patologias da personalidade e propôs um modelo hierárquico de esquemas maladaptativos precoces (EMSs), onde 16 esquemas cognitivos foram descritos utilizando 6 domínios de funcionamento interpessoal. Segundo o autor, os EMSs são o resultado de experiências precoces negativas com os cuidadores, o que forma a base para como as crianças percebem e compreendem o ambiente.

Esquemas cognitivos maladaptativos são marcadores de vulnerabilidade para a depressão (Halvorsen, 2009). Beck (1979) distingue as distorções ou erros cognitivos

mais frequentes: Inferência arbitrária, Abstracção selectiva, Hipergeneralização, Magnificação / minimização, Personalização, Pensamento absolutista e dicotómico.

2.3. Teoria dos Traços Depressivos

Hirschfeld (Kasper, Boer & Sitsen, 2003) teoriza que as perturbações podem anteceder o desenvolvimento da depressão, a depressão pode anteceder a perturbação de personalidade, ou pode existir uma interface entre ambos. A presença de uma perturbação de personalidade não afecta o nível de resposta a farmacoterapia para depressão crónica. Estudos suportam a hipótese que um tratamento bem sucedido da depressão esta associado com melhoria na perturbação de personalidade.

Os resultados de O'Leary et al. (cit. por Kasper, Boer & Sitsen, 2003) apoiam a teoria de que a presença de uma perturbação de personalidade e neuroticismo alto modifica o curso a curto termo do inicio da remissão na depressão: mais tempo no inicio da remissão é associado com um nível de alto neuroticismo. Existe a hipótese de que os traços de personalidade podem ter um papel nos estilos depressivos. (Geerts, 1997). O perfeccionismo surge como traço de personalidade muitas vezes lado a lado com o neuroticismo (Fry & Debats, 2010) e surge predominantemente associado a Depressão (Vohs et al, 2001).

Indivíduos com elevados níveis de neurocitismo experienciam eventos de vida interpessoais mais negativos (Ormel et al., 1989 cit. por Geerts, 1997) e exibem mais sintomas de depressão (Yang, Chiu, Soong & Chen, 2008; Jylhä, 2008; Hutchinson & Williams, 2007). Elevados níveis de neurocitismo estão relacionados com interpretações negativas de estímulos sociais e emocionais (Martin, 1985; Teasdale & Dent, 1987 cit. por Geerts, 1997) sintomas depressivos (Yang et al, 2008; Quilty, Sellbom, Tackett & Bagby, 2009; Neiss, Stevenson, Legrand, Iacono & Sedikides, 2009), bem como baixa extroversão, psicocitismo e eventos de vida negativos estão associados a episódios de depressão recorrentes (Yang et al, 2008). As cognições negativas podem mediar a relação entre neurocitismo e risco de depressão e essas cognições negativas podem explicar a relação entre altos níveis de neurocitismo e eventos interpessoais negativos (Geerts, 1997).

Blatt et al (1990, 2004; Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt & Zuroff, 1992 cit por R. Campos, 2007) diz-nos que existe uma vulnerabilidade dos estilos dependente e também auto-crítico da personalidade á depressão.

Existem três grandes tipos de relação entre personalidade e depressão ou entre personalidade e psicopatologia: patoplásticas, etiológicas e de espectro (R. Campos,

2007). Os modelos patoplásticos assumem que personalidade e depressão são etiologicamente diferentes, mas que se verificam interações entre as suas características (R. Campos, 2007). Na visão etiológica, existem algumas características da personalidade que fazem com que o indivíduo possua a propensão a deprimir-se. Determinadas personalidades podem gerar conflitos interpessoais e acontecimentos de vida negativos, o que poderá favorecer o desenvolvimento de episódios depressivos, ou tornar o sujeito mais vulnerável a determinados factores psicossociais (Millon, 1996 cit. por R. Campos, 2007).

A depressão pode ser conceptualizada não apenas como sintomas que ocorrem em conjuntos mais ou menos heterogéneos, que levam a quadros clínicos, mas também como uma dimensão da personalidade normal composta por diversos traços, características estáveis. A dimensão depressiva da personalidade normal segundo R. Campos (2006) é composta por traços ou características que o sujeito exhibe em grande número de situações, fazendo parte do seu funcionamento típico.

As medidas de traços depressivos são mais sensíveis às diferenças individuais (Bailey & Hurd, 2005). Limas & Simões (1995, cit. por R. Campos, 2006) afirmam que os traços são constructos indispensáveis no estudo da personalidade e diferenças individuais. Os traços constituem-se como *“tendências que permitem explicar as diferenças interindividuais ao longo de um contínuo”*.

São disposições gerais que podem exprimir-se em comportamentos diferentes e são relativamente consistentes ao longo do tempo e ao longo das situações. Os traços medidos através de inventários tendem a apresentar distribuições próximas da curva normal (R. Campos, 2006).

Estado não é o mesmo que sintoma, pois o último pode ser crónico e assim constituir-se num traço, fazendo com que a distinção entre estado e traço seja mais temporal do que qualitativa (R. Campos, 2006).

Coimbra de Matos (2001) descreve a personalidade depressiva manifestando traços de baixa auto-estima; culpabilidade; super-Eu severo; vulnerabilidade à perda; tendência à adinamia; idealização do passado, a economia é depressiva para a criança e através da identificação imago-imagética, induz a culpa atribuída pelo objecto.

Independentemente de a Personalidade Depressiva ser abordada na categoria de distúrbio de personalidade, ou como dimensão dentro de um padrão de Traços, existe

uma grande necessidade de mais pesquisa para assegurar que estes Traços são abordados com competência (Ryder, Bagby, Marshall & Costa Jr, 2005).

2.4. Epidemiologia

2.4.1. Metodologia dos Estudos Epidemiológicos

Nestes estudos, diferentes tipos de níveis de prevalência e todos possuem vantagens e desvantagens (Kasper, Boer & Sitser, 2003). A prevalência durante a vida é a proporção da amostra daqueles que experienciaram uma perturbação na sua vida. Os níveis de prevalência durante a vida de perturbações com nível de mortalidade alta podem ser subestimados. Perturbações de longa duração tendem a ser representadas em números excessivos na prevalência anual, comparados com os de curta duração (Kasper, Boer & Sitser, 2003). Quanto mais crónica é a patologia, maior será a similaridade entre os níveis de prevalência durante a vida e os níveis de 12 meses. Quanto ao diagnóstico e entrevistas técnicas, de modo a obter diagnósticos fidedignos, as entrevistas são geralmente, baseadas em padrões de diagnóstico tais como o Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) ou International Classification of Diseases (ICD-10). Para a obtenção da estrutura do processo de diagnóstico e resultados objectivos, manuais foram desenvolvidos tais como: The Structured Interview for DSM (SCID); The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), The Diagnostic Interview Schedule (DIS); The Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

2.4.2. Prevalência, decurso e Incidência

A depressão é considerada actualmente como a mais comum das perturbações psiquiátricas. A cada ano, 100 milhões de pessoas no mundo desenvolvem depressão clinicamente reconhecida. (Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000).

Entre 4% a 10% da população experiencia Depressão Major ou Distímia. Em relação á prevalência da depressão, há que ter em conta que o fenómeno possa estar relacionado com a idade (Seligman, 1998 cit. por Pettit & Joiner, 2006) sendo que os níveis de depressão apresentam-se mais elevados na meia-idade (Kasper, Boer & Sitser, 2003).

No final dos anos 90, cerca de 2% da população com cerca de 70 anos de idade e aproximadamente 5% com cerca de 50 anos idade apresentou depressão e indivíduos de 30 anos de idade apresentaram aproximadamente 8% de risco de depressão recorrente durante o curso de vida. Adolescentes apresentaram um risco seis vezes mais elevado de depressão recorrente que os indivíduos de 70 anos (Pettit & Joiner, 2006).

A resposta ao aumento da prevalência da depressão pode estar relacionada com varias explicações, incluindo, entre outras coisas, mudanças nas toxinas ambientais, aumento do consumo de drogas, aumento do nível de divórcios, mudanças nas práticas parentais e mudanças nos métodos de comunicação, mas nenhuma destas explicações dispõe de rigor científico (Pettit & Joiner, 2006). A depressão raramente se constitui como um evento que ocorreu apenas uma única vez durante a vida do indivíduo. Alguém que tem historial de depressão está mais vulnerável a experienciar depressão recorrente (Pettit & Joiner, 2006).

A depressão pode ocorrer em conjunto com outras condições, tais como, perturbação de abuso de substancias e patologias de personalidade e a ocorrência de depressão e ansiedade é bastante comum, sendo que cerca de 50% de pessoas que sofrem de depressão major, também possuem uma perturbação da ansiedade (Regier, Rae, Narrow, Kaelber & Schatzberg, 1998, cit. por Pettit & Joiner, 2006).

Num estudo efectuado de resultados médicos, comparando com a depressão, apenas a doença cardíaca foi associada com mais dias de cama, sintomas físicos e défice a nível social. A depressão foi associada com doenças tais como doença crónica de pulmões, diabetes, artrite, problemas gastrointestinais, problemas na coluna, hipertensão (Stewart et al., 1989; Wells, 1991 cit. por Pettit & Joiner, 2006). Inúmeros estudos apoiam a associação entre depressão e aumento cedio de níveis de mortalidade (Cuijpers & Smit, 2002 cit. por Pettit & Joiner, 2006).

Durante o percurso de vida, é estimado que entre 8% e 20% da população experiência pelo menos uma vez um episódio signficante de depressão (Kessler et al., 1994 cit. por Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000), e que para um numero signficante de indivíduos resultará em morte por suicídio (Hirschfeld & Goodwin, 1988 cit. por Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000) ou outras causas (cf. Murphy, Monson, Olivier, Sobol, & Leighton, 1987 cit. por Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000). A depressão é também uma perturbação recorrente (Belsher & Costello, 1988; Keller, 1985 cit. por Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000). Mais de 50% de pacientes deprimidos sofrem uma recaída dentro de

dois anos de recuperação (Keller & Shapiro, 1981; Kovacs et al., 1981 cit. por Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000), sendo que os episódios depressivos são autos limitativos (Coryell & Winokur, 1992, cit. por Gotlib, Gilboa & Sommerfeld, 2000).

2.4.3. Género, Idade, Etnia e Depressão

Estudos epidemiológicos realizados em países industrializados, demonstraram elevados níveis de depressão nas mulheres (Weissman et al., 1993 cit. por Pettit & Joiner, 2006), no entanto o efeito é resiliente: parece demonstrar uma tendência em persistir quando variáveis demográficas tais como raça, educação e ocupação são controlados (McGrath, Keita, Strickland, & Russo, 1990; Radloff, 1977 cit. por Pettit & Joiner, 2006) e que a diferença entre géneros emerge na adolescência, pois as crianças não apresentam diferenças no nível de depressão (Hankin et al., 1998 cit. por Pettit & Joiner, 2006).

Isto sugere-nos que as diferenças obtidas da depressão no género resultam do facto de as mulheres apresentarem maior evidência de stress e sintomas (Weissman & Klerman, 1977 cit. por Pettit & Joiner, 2006), bem como possuírem um maior nível de stressores, maior vulnerabilidade e uma hiper reactividade ao stress (Nolen-Hoeksema, 2001) e também o facto de segundo esta hipótese, a depressão não é facilmente detectada nos homens podendo manter-se oculta pelos seus altos níveis de álcool e consumo de substâncias (Egeland & Hostetter, 1983 cit. por Pettit & Joiner, 2006).

Em relação á depressão na terceira e quarta idade existem diversos estudos relacionados com os factores de risco para a depressão geriátrica, sendo os mais investigados a existência de doenças crónicas, luto, solidão, género, dificuldades económicas e, numa escala inferior, idade (Bowling & Farquhar, 1996 cit. por Gonçalves, 2006).

No que concerne a Etnia, Indivíduos de raça negra possuem mais sintomas depressivos que os indivíduos de raça branca (Green, 2008; Miller & Taylor, 2011) bem como Americanos-Asiáticos também apresentam maior sintomatologia depressiva do que Americanos de raça branca (Okazaki, 1997).

2.2.4. Consequências, Custos e Tratamento

Os custos da depressão acarretam custos sociais e individuais. De notar que, “quando são devidamente tratadas, 70% das depressões resolvem-se completamente, 20% mantêm-se residuais e apenas 10% se tornam crônicas” (Silva, 1993 cit. por Moniz, 2007). Simon, Ormel, VonKorff, e Barlow (1995 cit. por Pettit & Joiner, 2006) descobriram que entre os pacientes de cuidados primários, aqueles com depressão clínica eram duas vezes mais caros de tratar do que os outros pacientes. Esta descoberta não se deveu ao aumento dos problemas médicos entre os deprimidos, embora parece ser verdadeiro que a depressão pode exacerbar alguns sintomas físicos e a prevalência da depressão é extremamente alta na maior parte das amostras médicas gerais. (Wells, Rogers, Burnam, & Greenfield, 1991 cit. por Pettit & Joiner, 2006).

O custo elevado da depressão deriva da utilização elevada dos serviços de saúde. A depressão pode ser fatal. De todas as pessoas que cometem suicídio, a maioria experienciou alguma forma de depressão capazes de ser diagnosticadas por altura da sua morte (Hawton, 1992 cit. por Pettit & Joiner, 2006). Num Estudo de Rudd et al (1996, cit. por Pettit & Joiner, 2006), aproximadamente 70% de jovens adultos que haviam recentemente feito uma tentativa de suicídio, tinham uma perturbação de humor diagnosticável. Comparando com a população geral, as pessoas deprimidas possuem um risco de morte por suicídio mais alto cerca de 30 vezes (Hawton, 1992 cit. por Pettit & Joiner, 2006).

Das várias abordagens teóricas psicoterapêuticas existentes que trabalham com depressão, as mais citadas são a cognitiva, interpessoal, psicanalítica e a comportamental (Baptista, Berberian, Ruéda & Mattos, 2007). Todas parecem ser eficazes tanto para redução, remissão e prevenção dos sintomas depressivos, quanto para aderência de outras terapêuticas (Segal, et al, 2002 cit. por Baptista et al, 2007).

Segundo os autores Segal, Vicent & Levitt (2002, cit. por Baptista et al, 2007) é frequente a reincidência dos sintomas depressivos após o tratamento bem sucedido da depressão maior. Deste modo, os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura para verificar se a psicoterapia e a farmacologia produzem resultados para minimizar esse efeito. Três intervenções foram revisadas, tratamentos concorrentes, sequenciais e cruzamento de psicoterapia e farmacologia. De acordo com os autores, a combinação de ambas as formas de tratamento é superior a qualquer outra intervenção sozinha. As

intervenções psicoterapêuticas mostraram-se superiores para prevenir reincidências ou seja, para o tratamento da depressão é essencial o trabalho psicoterapêutico e o medicamentoso. De acordo com Abreu (2003 cit. por Vieira, 2008), em conjunto, serão mais eficazes, pois só a psicoterapia pode não ser satisfatório, por haver um desequilíbrio no funcionamento do corpo. Da mesma forma que, apenas os medicamentos também não se constituem como a solução mais adequada.

CAPÍTULO 3- METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

3.1.Problema e questões de investigação

Os estudos que já foram realizados tentam reforçar que existe uma necessidade de compreensão da variabilidade na qualidade da adaptação dos estudantes universitários aos desafios e exigências que lhes são expostos, de forma a podermos actuar e apostar na prevenção e intervenção nesta população, isto é, alertar para a necessidade de intervir junto dos estudantes do ensino superior a fim de prevenir as consequências negativas da depressão e melhorar o bem-estar destes, promovendo recursos individuais e sociais. Neste sentido, coloca-se a questão: qual a relação entre imagem corporal e traços depressivos?

Não se pretende atingir com o presente estudo, qualquer tipo de generalização ao universo do qual será retirada a amostra, mas sim aprofundar o mais possível, reflectir sobre este, e que se possam abrir portas para que a população seja alvo de estudos futuros e se necessário, intervenções, que possam prevenir o desenvolvimento de patologia ou risco para a saúde.

Desta grande questão decorrem as seguintes hipóteses de investigação:

- Existem diferenças entre géneros na imagem do corpo e depressão
- Existem diferenças entre cursos na imagem do corpo e depressão
- Existem diferenças entre os anos da licenciatura na imagem do corpo e depressão
- Existe correlação entre imagem do corpo e depressão.

Estas hipóteses fundamentam-se na revisão da literatura que revela que os homens e as mulheres que têm atitudes negativas acerca do seu corpo estão vulneráveis a problemas de saúde e problemas psicológicos (Sondhaus, Kurtz, & Strube, 2001, cit por Frederick, Peplau & Lever, 2006). Os autores Patton, Coffey, Posterino, Carlin, and Wolfe (2000 cit. por Granberg et al, 2007) investigaram a relação entre depressão e mudança de peso e encontraram que o aumento nos níveis de depressão era preditor de perda de peso entre adolescentes.

A relação entre imagem corporal e humor deprimido parece existir em rapazes e raparigas (Lewinsohn, Roberts, Seeley, Rohole, Gotlieb, & Hops, 1994, cit. por Holsen, Kraft & Roysamb, 2001), mas as raparigas tendem a apresentar índices mais elevados de

sintomas depressivos que os rapazes bem como mais insatisfação com o corpo (Allgood-Merten et al., 1990; Andrews et al., 1993; Mori & Morey, 1991, cit. por Holsen, Kraft & Roysamb, 2001; Damasceno et al, 2006). Alguns estudos apontam (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008) para a existência de algumas queixas depressivas no início da vida universitária, o que coincide com o final da adolescência, início da vida adulta e resolução de determinadas tarefas desenvolvimentais (Gonçalves & Cruz, 1988; Rebelo & Alarcão, 2003, cit. por Loureiro, 2006). A literatura também nos diz que existem diferenças em certos cursos, a nível de imagem do corpo e depressão (Rezende, Abrão, Coelho & Passos, 2008; Oliveira, Bosi, Vigário & Vieira 2003; Cavestro & Rocha, 2006).

3.2- Objectivos do Estudo

A Imagem do corpo possui diversas definições com interpretações e significados ilimitados, que se inserem em muitas orientações teóricas tais como fenomenologia, neurologia, psicologia experiencial, psicoanálise, filosofia feminista entre outras (Skinner, 2008). Deste modo, abordámos no nosso estudo diversas definições encontradas ao longo da literatura, no entanto considerámos para o nosso estudo a Imagem do corpo como um constructo multidimensional, tal como a autora Bruchon-Sweitzer (1987) que considera que a Imagem do corpo pode ser agregada em duas categorias: uma abordagem neurológica, psiquiátrica ou genética; a segunda, uma abordagem inserida nas teorias clínica, psicossociológica, psicanalítica e psicogenética. Para a autora, a Imagem do corpo refere-se às atitudes, sentimentos e experiências sobre o próprio corpo que o indivíduo vai integrar numa percepção global. Esta perspectiva é reforçada também por Cash, que também aborda a Imagem do Corpo como um constructo multidimensional, mas que abrange também elementos perceptivos e subjectivos da imagem do Corpo, considerando os sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados com as características físicas e funcionais do corpo (Cash, 2002). Deste modo, o nosso estudo considera o constructo de Imagem do Corpo de acordo com estes dois autores.

O nosso principal objectivo foi, portanto, averiguar se as nossas hipóteses propostas estariam correctas e ao mesmo tempo tentamos alcançar uma melhor compreensão da Imagem do Corpo, Traços Depressivos, e as variações de ambos os constructos na nossa população específica.

3.3. Método

3.3.1. Participantes

O estudo foi realizado em 255 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, ($M = 21$; $DP = 4,39$) pertencentes à universidade de Évora. Estes participantes pertenciam aos cursos de Enfermagem 102 (40%), Psicologia, 52 (20,4%) Reabilitação Psicomotora 35 (13,7%), Desporto 40 (15,7%) e Teatro 26 (10,2%).

Esta foi uma amostra de conveniência não probabilística. As turmas foram seleccionadas tendo em consideração a disponibilidade dos docentes. Verificou-se uma

discrepância entre os participantes do sexo feminino (N=76 %) e masculino (N=24%) na amostra total. Não foi possível ter em cada curso um número idêntico de participantes, pois tal não correspondia à realidade estudada (Tabela1).

Tabela 1. Distribuição da amostra por Género e Curso (N=255)

Curso	Género				Amostra Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
Teatro	17	9	9	15	26	10,2
Desporto	7	4	33	53	40	15,7
Enfermagem	87	45	15	24	102	40,0
Psicologia	51	26	1	2	52	20,4
Reabilitação Psicomotora	31	16	4	6	35	13,7
Total	193	100.0	62	100.0	255	100.0

3.3.2. Procedimentos

Este estudo teve início no ano de 2008, no contexto de ensino superior da Universidade de Évora.

Para o cumprimento deste estudo foram iniciadas as diligências necessárias à concretização do mesmo endereçando uma carta, aos departamentos dos cursos seleccionados para estudo, para o qual desse modo, obtivemos autorização.

A recolha de dados foi organizada da seguinte forma:

Contactámos pessoalmente alguns professores que leccionariam nesses cursos, pedindo autorização para aplicação de questionários. Após confirmar a autorização, foram aplicados os questionários a uma amostra de 255 alunos de licenciatura pertencentes à Universidade de Évora, dos cursos de Reabilitação psicomotora, Enfermagem, Psicologia, Teatro e Desporto, cursos os quais foram seleccionados devido ao fácil acesso a estes participantes (amostra de conveniência).

Foi assegurada a confidencialidade dos participantes, sendo que lhes foi explicado que deveriam apenas colocar o nome se assim o desejassem, e que todos os seus dados seriam apenas e exclusivamente para utilização deste estudo. Foi requerida autorização (telefónica) ao Departamento de cada curso e ao professor regente da aula em que foram aplicados os questionários.

A metodologia de investigação poder-se-á dividir em dois importantes aspectos. Um respeitante aos momentos preparativos da própria investigação, cuidados metodológicos que devem ser tidos em consideração, desde a fase da definição do problema a investigar e a definição de um modelo de relações entre as variáveis a testar. O outro refere-se às questões do plano da investigação. É importante não descorar o sentido da necessária continuidade de decisões e de passos na investigação científica (Almeida & Freire, 2003)

Tendo em consideração as perguntas de partida do presente estudo, ou seja, o problema de investigação, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, no qual foram utilizados dois questionários, o BIQ e o ITD. A análise de dados foi realizada segundo os procedimentos mais adequados com recurso ao programa informático —S.P.S.S. – Statistical Package for Social SciencesII versão 17.0, no qual se procedeu a:

- Estatística descritiva das variáveis em estudo;

- Cálculo do índice de consistência interna - Alpha de Cronbach das escalas de ambos os instrumentos.

- Aplicação da análise univariada (ANOVA One-way) como método para estudo das diferenças entre médias de resultados seguida do teste *Post Hoc* de múltiplas comparações de Scheffe, sempre que o número de grupos a comparar era superior a dois para testar as diferenças entre pares de grupos.

3.3.3. Instrumentos

Para realizar a investigação e atingir os objectivos a que nos propusemos foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, Body Image Questionnaire (BIQ) de Bruchon - Schweitzer (1987) para avaliação da imagem corporal e o segundo, o Inventário de Traços Depressivos (R. Campos, 2006), para avaliação da presença de traços depressivos nos participantes.

Questionário sobre a Imagem do Corpo (BIQ) - é um instrumento que mede a satisfação percebida do próprio corpo ou seja, a percepção da imagem do corpo. Foi validado num estudo efectuado em 1200 adultos franceses (Koleck, Bruchon-Schweitzer, Gélie-Cousson, Gilliard, & Quintard, 2001, cit. por Boujou, 2007).

Segundo a sua autora, a imagem corporal diz respeito às percepções e representações que usamos para falar sobre os nossos corpos. Considera a imagem do corpo como o conjunto de sentimentos, atitudes, memórias e experiências que uma pessoa tenha acumulado sobre o seu próprio corpo e que são mais ou menos integrados numa percepção global.

Foi inicialmente constituído por 21 pares de antónimos aos quais os indivíduos respondem utilizando um formato de escala de likert (5 pontos), mas mais tarde dois itens viriam a ser retirados. Bruchon-Schweitzer (1987) realizou 137 entrevistas para análise de conteúdo temático e desse modo o questionário final acabou por ser constituído por 19 itens bipolares.

A cotação da satisfação com o corpo é obtida ao adicionar os scores do sujeito dos 19 itens bipolares (Boujou, 2007).

Os itens 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 e 18 são cotados de 1 à 5.

Os itens 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 e 19 são cotados de 5 à 1.

O item 4 é cotado de 1 à 5 para homens e de 5 a 1 para mulheres.

A pontuação final varia de 19 (mínimo) a 95 (máximo).

O questionário está organizado em uma escala de Likert variando de 1 a 5 pontos, em que se atribui o 1 ao elemento negativo do par (exemplo: item 1 “tem pouca saúde”) quando a escolha era *Muitas vezes* e o 5 ao elemento positivo do par (“tem muita saúde”) quando a escolha era *Muitas vezes*.

Este questionário foi organizado pela autora em 4 factores homogéneos. Para a cotação alguns itens são sujeitos à inversão. Os factores são:

- Factor I: Fechamento/Acessibilidade – diz respeito à receptividade às experiências corporais de ordem sensorial, estética, sensual, e estando muito próximo do conceito *envelope corporal* de Anzieu. É constituído por seis itens (2, 8, 11,12,15,18)

- Factor II: Insatisfação/Satisfação – na insatisfação incidem percepções do corpo de tom desagradáveis, e na satisfação incidem percepções de tonalidade agradáveis. É constituído por cinco itens (3,5,9,14,17)

- Factor III: Passividade/Actividade – no terceiro factor opõem-se as propriedades energéticas do corpo (resistência, energia, eficiência física, audácia...) aos traços opostos (fragilidade, fraqueza, saúde precária...). É constituído por cinco itens (1,4,6,16,19)

- Factor IV: Tenso/Sereno– Opõem-se a calma/serenidade à cólera, nervosismo e inquietude, ou seja, da serenidade à tensão corporal. É constituído por três itens (7, 10, 13)

Este questionário foi aferido e validado para a população francesa na faixa etária dos 10 aos 40 anos (Bruchon-Schweitzer, 1987).

Neste estudo foi utilizada a versão de 19 itens da autora (Bruchon-Schweitzer, 1987). Utilizaram-se também os itens que a autora refere, em cada um dos quatro factores.

Os coeficientes de precisão alfa de Cronbach variam entre ,51 e ,79. Os valores acima de .70 são considerados o mínimo aceitável para a precisão de uma escala (Maroco, 2003). A escala de Fechamento/Acessibilidade e Insatisfação/Satisfação são as únicas que se situam nesse limite, podendo o seu resultado traduzir a heterogeneidade de conteúdo da escala. As restantes duas escalas, Passividade/Actividade e tenso/Sereno, apresentam valores acima de .50, sendo ainda aceitáveis. Para os 19 itens do questionário, obtivemos um alfa de Cronbach de 0,85.

Inventário de Traços Depressivos (ITD) - é uma escala de avaliação de traços depressivos estáveis da personalidade (R. Campos, 2006) que foi construído a fim de se poder operacionalizar e estudar o constructo de personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade. Este instrumento foi aplicado em uma amostra de estudantes universitários, para estudar a dimensão depressiva da personalidade e a sua relação com a depressão sintomática. Foi realizado também um estudo preliminar do instrumento em 319 estudantes universitários, onde 214 (67,1%) eram do sexo feminino e

105 (32,9%) eram do sexo masculino. As idades dos sujeitos variaram entre 18 e 28 anos (M=20,97; DP=2,12). Foi avaliada a consistência interna da escala total. O instrumento inicial possuía 96 itens e um alfa de Cronbach de 0.957, o que demonstrou uma elevada consistência interna. Optou-se por eliminar alguns itens e a versão definitiva ficou com 80 itens, sendo o alfa de Cronbach 0.960. Ao realizar-se a análise de componentes principais aos itens, revelou-se a existência de seis factores, no entanto, no presente estudo optamos por utilizar a escala total do instrumento.

O ITD é assim, um inventário constituído por 80 itens, em que cada item pode ser classificado em 5 categorias (Discordo fortemente; Discordo; Neutro\indeciso; Concordo; Concordo fortemente) numa escala tipo Likert. Quanto á cotação, o resultado final obtêm-se somando o valor (de 1 a 5) nos 80 itens. O ITD comporta 32 características depressivas consideradas relevantes. As 32 características são:

- 1- Humor depressivo
- 2- Pessimismo
- 3- Sentimentos de Insucesso
- 4- Anedonia
- 5- Culpabilidade
- 6- Masoquismo
- 7- Auto-crítica
- 8- Falta de sentido e insatisfação com a vida
- 9- Dificuldade em tomar decisões
- 10- Sentimentos de falta de valor próprio
- 11- Falta de energia
- 12- Irritabilidade
- 13- Retirada social\ introversão
- 14- Ser ruminativo\ dado a preocupações
- 15- Ser crítico e com tendência a julgar os outros
- 16- Sentimentos de desânimo
- 17- Tendência a sentir remorsos
- 18- Sentimentos \ crenças de inadequação
- 19- Sentimento de dor e sofrimento
- 20- Desamparo
- 21- Medo de não ser amado

- 22- Vulnerabilidade á perda
- 23- Sentimentos e dificuldades em lidar com a solidão
- 24- Dependência
- 25- Sentimento de não ser amado
- 26- Funcionamento relacional em economia depressígena
- 27- Submissão\ hiper-adaptação ao outro\ conformismo
- 28- Dificuldade em lidar\ expressar a agressividade
- 29- Perfeccionismo
- 30- Sentimento de vazio
- 31- Saudoso do passado
- 32- Perturbações dos ritmos

Na presente investigação o índice de precisão alpha de Cronbach para a escala total foi de .97., apontando para uma boa consistência interna do inventário, pois como refere Nunnaly (1978), os valores acima de .90 podem-se considerar bons coeficientes de precisão, enquanto que o valor de .70 é considerado o mínimo aceitável para a precisão de uma escala.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Estudo da relação entre as variáveis consideradas

Para responder às questões de investigação, o primeiro passo consistiu em analisar as relações entre as variáveis consideradas neste estudo. Fez a partir da realização das intercorrelações considerando as variáveis demográficas (género, idade e ano de licenciatura) e as escalas das medidas.

Tabela 2. Matriz de intercorrelações das variáveis demográficas e das escalas do BIQ e ITD

	Ace	Sat	Activ	Ser	ITD	BIQ T
Idade	-0.10	0,077	0,040	0,153 ⁺	-0,128 ⁺	0,075
Ano	-0,14 ⁺	-0,119	0,062	0,062	-0,143 ⁺	-0,056
Género	0,212 ^{**}	-0,086	-0,634 ^{**}	-0,266 ^{**}	0,153 ⁺	-0,375 ^{**}
Ace	1	0,417 ^{**}	0,006	-0,414 ^{**}	0,430 ^{**}	0,459 ^{**}
Sat		1	0,276 ^{**}	-0,159 ⁺	0,224 ^{**}	0,695 ^{**}
Activ			1	0,248 ^{**}	-0,098	0,734 ^{**}
Ser				1	-0,450 ^{**}	0,288 ^{**}
ITD					1	0,053
BIQ T						1
M	2,83	2,47	2,88	3,58	2,58	2,78
DP	0,46	0,37	0,52	0,71	0,59	0,27

A análise da tabela 2 permite verificar que à medida que a idade aumenta também a serenidade aumenta ($r=15$) enquanto que os traços depressivos são menos intensos ($r=-13$). Ou seja, à medida que vão ficando mais velhos, os sujeitos tendem a ficar mais serenos e a exibir menos depressão. Relativamente ao ano de escolaridade, à medida que este aumenta, desce a acessibilidade ($r=-14$) e descem os traços depressivos (-14), apontando que os alunos dos últimos anos da licenciatura são menos acessíveis e menos deprimidos. Quanto ao género, revela uma correlação significativa com a acessibilidade ($r=21$) e também com a Actividade ($r=-63$), a Serenidade ($r=-26$) e com o ITD ($r=15$), o

que significa que as mulheres tendem a ser mais acessíveis que os homens e também menos activas e serenas, mais depressivas.

A acessibilidade possui uma correlação significativa com a satisfação ($r=42$), sendo que a medida que a primeira aumenta, a segunda também aumenta. Isto diz-nos que um individuo mais acessível, esta também mais satisfeito. Já a Acessibilidade com Serenidade, possui uma correlação negativa ($r=-41$) pois á medida que a primeira aumenta, desce a Serenidade, por outras palavras, quanto mais acessível, menos sereno é o indivíduo. A acessibilidade aumenta e aumentam também os traços depressivos ($r=43$), ou seja, quanto mais acessível é o individuo mais deprimido está.

A satisfação aumenta á medida que a actividade aumenta ($r=28$), assim como também os traços depressivos ($r=22$), mas a medida que a satisfação aumenta desce a serenidade ($r=-16$). Na actividade verifica-se que a medida que esta aumenta, sobe a serenidade ($r=25$). Na serenidade verificou-se que a medida que esta aumenta descem os traços depressivos ($r=-45$). Quanto aos restantes resultados, dizem-nos que quanto maior é actividade, maior a satisfação, bem como, os indivíduos mais serenos apresentam menos traços depressivos.

Realizamos também a análise segundo a Escala Total do BIQ, que vai de encontro á literatura, e que esperávamos como resultado: As mulheres possuem pior imagem do corpo do que os homens ($r=-375^{**}$).

4.2. Estudo das diferenças entre grupos

4.2.1. Diferenças de género

Para analisar as diferenças de género na média de resultados realizaram-se análises univariadas (ANOVA One-way). Os resultados evidenciaram médias de resultados significativamente mais elevadas nas mulheres na escala de Acessibilidade da BIQ e na escala total do ITD, $F(1, 253) = 11,91, p < .001$ e $F(1, 253) = 6,03, p < .05$, respectivamente. Os resultados revelaram médias de resultados significativamente mais favoráveis aos homens nas escalas Actividade, Serenidade e Total da BIQ, $F(1, 253) = 170,3, p < .001$ e $F(1, 253) = 19,28, p < .001$ e $F(1, 253) = 41,52, p < .001$.

Em síntese, as mulheres revelaram mais acessibilidade e mais traços depressivos do que os homens. Por sua vez, estes revelaram que são mais activos e mais serenos do que as mulheres e possuem melhor imagem corporal global.

4.2.2. Diferenças entre cursos

Os resultados evidenciaram médias de resultados significativamente mais elevadas nas escalas Actividade, BIQ Total e ITD Total, $F(4, 250) = 9,96, p < .001$; $F(4, 250) = 4,11, p < .01$ e $F(4, 250) = 3,30, p < .05$ respectivamente.

Para as escalas Actividade, BIQ Total, as comparações múltiplas à posteriori (Scheffe) obtiveram-se médias de resultados significativamente mais elevadas entre os estudantes de Desporto em relação aos estudantes dos cursos de Enfermagem e Reabilitação psicomotora.

Relativamente ao resultado total do Inventário de Traços Depressivos, a média dos resultados dos alunos do curso de Teatro foi significativamente mais elevada do que a média dos outros cursos. Os estudantes de enfermagem também revelaram médias de resultados significativamente mais elevadas que os restantes participantes do que os restantes cursos. Os alunos de Desporto apresentaram médias de resultados significativamente mais baixas que os cursos Enfermagem e Teatro.

4.2.3. Diferenças entre anos de escolaridade

Os resultados evidenciaram que só na escala total ITD se verificaram médias de resultados significativamente diferentes, neste caso favoráveis ao alunos do primeiro ano relativamente aos do segundo ano, $F(2, 252) = 3,70, p < .05.$;

4.3. Discussão dos resultados

O objectivo deste estudo foi estudar as diferenças entre género, curso e ano de escolaridade relativamente á Imagem do Corpo e Depressão. Optámos por não estudar as diferenças quanto á Idade pois não possuíamos participantes suficientes para formar diversos grupos etários. Os resultados deste estudo permitiram verificar diferenças na percepção da Imagem do Corpo e Traços Depressivos nos sub-grupos de sujeitos quanto ao género, curso e ano de escolaridade. Tendo em conta a variável género verificaram-se diferenças significativas entre rapazes e raparigas.

4.3.1. Género

Segundo os nossos resultados, concluímos que em relação ao género, os homens apresentaram-se como mais Activos e Serenos, e as mulheres mais Acessíveis, deprimidas e com pior Imagem do corpo do que os homens. Embora ambos os sexos não tenham apresentado diferenças significativas quanto ao Factor Satisfação, este é apenas parte da Imagem corporal global, sendo que na escala total BIQ ou seja na Imagem do corpo global, que são as mulheres que possuem pior IC, como já foi constatado na maior parte dos estudos realizados (Nurmela, 2006).

4.3.2. Acessibilidade/Fechamento

Para o Factor Acessibilidade, em que as raparigas obtiveram um resultado mais elevado, é possível que isso se deva ao facto de que os homens e as mulheres são criados para se expressarem de formas diferentes nos seus sentimentos (Pelham, Kooleb, Hardinc, Hetttsd, Seaha, & DeHarte, 2005), sendo que as mulheres são encorajadas a serem mais acessíveis, menos “fechadas” que os homens (Leary, 1996 cit. por Newton, Boblin, Brown & Ciliska 2006), e mais cooperantes e interdependentes, o que poderá contribuir para uma maior exposição dos seus sentimentos, enquanto que os homens são encorajados a serem mais competitivos e independentes (Pelham et al, 2005), e que a literatura nos dizas mulheres apresentam-se como mais abertas às experiências do que os homens (Costa, Terracciano & McCrae, 2001). Sabe-se que

indivíduos mais acessíveis tendem a ser sensíveis á estética e sentimentos (Terracciano, 2003).

Relativamente ao Factor Acessibilidade, sabemos que esta delimita as fronteiras do corpo. Um espaço íntimo e singular, a procura do contacto corporal com outro ou o seu evitamento, o conforto ou vulnerabilidade do espaço intercorporal, todos estes são ingredientes da Acessibilidade corporal e estão associados ao equilíbrio afectivo-cognitivo do indivíduo e á sua capacidade de estabelecer relações íntimas (Bordeleau, 2001). Isto aponta que a Imagem do corpo está muito relacionada com a experiencia de relações afectivas e pode afectar a qualidade e quantidade de experiências íntimas e sexuais (Wiederman, 2002; Yamamiya, 2003, Cash et al., 2004, cit. por Sklar, 2008), sendo que não podemos deixar de sublinhar que as mulheres tendem a ficar excessivamente conscientes com a sua Imagem do corpo durante as experiências íntimas e que isso pode interferir nas suas experiências de sexualidade (Wiederman, 2000). Podemos frisar que a Acessibilidade é integrante da imagem do corpo e está relacionada com o equilíbrio cognitivo- afectivo do indivíduo, sendo que se tivermos em conta este resultado com os outros resultados, que nos dizem que as mulheres são menos serenas, mais deprimidas e com pior IC, sabemos que indivíduos que se sentem inseguros em relações interpessoais caracterizados por ansiedade que se manifesta em comportamento de evitamento podem também demonstrar insegurança acerca do valor da sua aparência (Strauss & Wise, 1978 cit. por Sklar, 2008).

Neste conceito, sabemos que (segundo a perspectiva de Anzieu, em que se baseia a nossa escala Acessibilidade), o corpo delimita os limites entre o interior e o exterior, emergindo como uma barreira protectora que protege do exterior e que é também um meio de comunicação, deste modo, neste estudo embora as mulheres se tenham apresentado como mais acessíveis, sabemos também que possuem menor resistência psicológica á intrusão do corpo do que os homens (Tiemersma, 1989) e que a violação do espaço pessoal que envolve o corpo leva a ansiedade (Allekian, 1973) e por isso frisamos assim que embora mais acessíveis, também apresentam mais probabilidades de apresentar ansiedade do que os homens.

Isto pode levar-nos a consequências tais como comportamento de evitamento que é, um componente comportamental externo da imagem do corpo para homens e mulheres (Nezlek, 1999 cit. por Sklar, 2008). Podemos deduzir que os nossos resultados estão de

acordo com a literatura, as mulheres continuam a demonstrar maior Acessibilidade do que os homens enquanto que os homens se apresentam mais fechados.

4.3.3. Satisfação/Insatisfação

Um aspecto relevante destes resultados prende-se com o facto de rapazes e raparigas não revelarem diferenças significativas quanto à percepção de Satisfação pois para o factor Satisfação (e o seu oposto insatisfação), o facto de que os rapazes não diferiram das raparigas, é possível que isso se deva ao facto de que ambos se percepcionem como satisfeitos com o seu corpo, mas estejam a focar-se em diferentes partes ou atributos do corpo, e desse modo apresentarem-se ambos satisfeitos com alguns atributos do seu corpo e não na globalidade do mesmo. Outros autores obtiveram resultados semelhantes neste factor (Davis & Katzman, 1997).

Embora a maior parte dos estudos ressalte que as mulheres estão mais insatisfeitas com o corpo é de realçar, que estamos a analisar a percepção da Satisfação, mas não a percepção global da Imagem do corpo, pois na percepção global as mulheres diferem significativamente dos homens, pois apresentam pior imagem do corpo o que vai em conformidade com a maior parte dos estudos realizados nesta área. No entanto também existem alguns estudos em que também não se verificaram diferenças significativas entre géneros na Satisfação, tais como no estudo de Benuto, Haboush & Jones-Forrester (2007), ou no estudo de Kakeshita & Almeida (2006) em estudantes universitários, em que ambos, (mulheres e homens) apresentavam-se insatisfeitos com a sua imagem corporal, entre outros estudos realizados (Damasceno et al, 2005; Shepeliak, 2006; Saur & Pasion, 2008). Mulheres que têm como aspecto central da auto-estima a satisfação com o corpo, é mais provável se preocuparem com o peso e estão mais susceptíveis a atitudes negativas (Furnham, 2002 cit. por Strickland, 2004). A insatisfação com o corpo também esta presente em homens. Estudos revelam que os homens podem estar insatisfeitos tal como as mulheres, como o tamanho e forma do seu corpo (Yager, 2008; Markey & Markey, 2005).

4.3.4. Actividade/ Passividade

Quanto ao Factor Actividade, os resultados eram esperados já que são os homens que se confirmaram como mais activos (e também o curso de Desporto, que é maioritariamente constituído por homens) sendo que, os rapazes costumam envolver-se em actividades mais vigorosas que as raparigas, e temos que ter em conta também que fisicamente o género masculino possui mais resistência física que o género feminino.

4.3.5. Serenidade/Tensão

No último factor do BIQ, Serenidade, devemos antes de mais, frisar que interpretamos o seu factor oposto (Tensão) como resultante ou sinónimo de stress (ou origem do mesmo). Para isso baseamo-nos na literatura existente. A análise etimológica do conceito de Stress surge do verbo latino “*stringo, stringere, strinxi*” que significa apertar, comprimir, restringir. No século XVI, é-lhe adicionado o significado de “*pressão de natureza física (...) e sobre a mente humana*” (Loureiro, 2006). O termo também foi introduzido na engenharia no século XVIII, por Hooke, o qual nos disse que o stress resulta em tensão (“*strain*”); (Loureiro, 2006).

Vaz-Serra (2002 cit. por Alves & Oliveira, 2008) utiliza o termo *stress* como sendo uma resposta não específica do organismo a qualquer alteração do seu equilíbrio. Podemos então basear-nos no pressuposto de que o stress é tensão, e o seu oposto, serenidade. Desse modo, este último factor vem também confirmar a literatura existente, sendo que as mulheres exibem níveis mais altos de stress do que os homens, como foi sugerido em vários estudos (Jones & Bright 2001; Lipp, Arantes, Buriti & Witzig, 2002; Loureiro, 2006; Chandler, 2006).

4.3.6. IC Total

Na escala Total BIQ como já foi referido anteriormente, as mulheres possuem pior imagem do corpo do que os homens. Este resultado é crucial pois vai de encontro ao que era esperado e possui vasto suporte empírico (Ruutel, 2004; Iqbal, Shahnawaz & Alam, 2006; Lokken, Ferraro, Kirchner, & Bowling 2003; Feingold & Mazzella, 1998; Prevos, 2005; Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004; Cash & Pruzinsky, 1990; Frederick, Peplau & Lever, 2006; Lokken et al, 2003). Os autores Markey & Markey (2005) sugerem que os homens que estão insatisfeitos com o corpo, possuem menor probabilidade de experienciar sofrimento psicológico do que as mulheres que estão insatisfeitas com o corpo.

4.3.7. Traços Depressivos

Quanto ao ultimo factor, ITD, os homens são significativamente menos depressivos que as mulheres. Estes resultados vão de encontro á literatura que nos diz que a incidência de depressão clínica e sintomas depressivos é duas a três vezes mais elevada entre mulheres do que homens. As mulheres exibem maiores níveis de depressão que os homens em todos os países (Kasper, Boer & Sitser, 2003). Isto pode dever-se a vários factores já mencionados na revisão de literatura.

4.3.8. Ano de Licenciatura

A nossa hipótese de que existe diferenças na IC e Traços depressivos entre os Anos de licenciatura foi parcialmente confirmada, porque não se constataram diferenças significativas na IC, apenas nos Traços depressivos. O presente estudo diz-nos que os alunos do 1º ano de licenciatura apresentaram um maior nível de traços depressivos que os restantes anos. Isto poderá dever-se ao facto de, segundo a literatura nos diz, a transição para o Ensino superior é uma fase de mudança e adaptação onde se é confrontado com obstáculos e onde se verifica uma incidência de dificuldades de adaptação, e é um processo complexo e dinâmico, envolvendo “*uma multiplicidade de factores tanto de natureza pessoal como contextual*” (Soares & Almeida, 2002, cit. por Loureiro, 2006). Os novos e complexos desafios impulsionam o estudante a “*um questionamento pessoal a nível dos diferentes domínios da sua existência, fomentando o estabelecimento de novos padrões de funcionamento*” (Loureiro, 2006). A literatura sublinha que é durante o primeiro ano que tendem a assinalar-se as quebras maiores das expectativas formadas acerca da Universidade (Almeida *et al.*, 2003 cit. por Fernandes, Maia, Meireles, Rios, Silva, & Feixas, 2005), bem como também as maiores dificuldades de adaptação e quebras no rendimento académico (Almeida *et al.*, 2003; Astin, 1993 cit. por Fernandes *et al.*, 2005) e depressão e ansiedade (Furegato, Silva, Campos & Cassiano, 2006).

4.3.9. Curso

Finalmente os resultados segundo o curso dizem-nos que Desporto e Teatro são os cursos mais Activos, e como era de esperado, Desporto é o que possui mais Actividade em relação a todos os outros cursos. O mesmo curso também apresenta melhor Imagem corporal e menos traços depressivos que os restantes cursos.

Não podemos deixar de frisar que realizar uma actividade não é o mesmo que praticar desporto (exercício físico). São conceitos diferentes em que a primeira é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “*execução de uma tarefa ou acção pelo um indivíduo*” (Verbunt, Huijnen, & Koke 2009) e que podem ser tarefas da vida diária, enquanto que exercício físico é definido como um tipo específico de actividade

física que é planeada e estruturada e possui um objectivo específico e mais relacionado com o corpo e aparência (Verbunt, Huijnen, & Koke 2009).

A nossa escala Actividade, engloba pois, propriedades que tanto a realização de uma actividade como o exercício físico possuem (resistência, energia, eficiência física), sendo que a escala oposta é a Passividade que comporta elementos tais como fragilidade, fraqueza, saúde precária entre outros. Não podemos pois confundir a nossa escala Actividade com o conceito de actividade e voltamos a frisar que exercício físico é uma forma de actividade física.

No que concerne á Imagem do corpo, existe alguma literatura que também nos diz que existe insatisfação do corpo e patologias alimentares em indivíduos com carreiras relacionadas com alimentação, exercício físico, saúde e fitness e professores de educação física (Yager, 2007), mas refere-se essencialmente a mulheres (Oliveira, Bosi, Vigário & Vieira, 2003). Os nossos resultados suportam a maior parte da literatura que defende que indivíduos que praticam desporto possuem melhor Imagem do Corpo e menos Depressão do que indivíduos que não praticam desporto (Hausenblas & Downs, 2001; Peterson, 2003; Costarelli & Stamou, 2009) bem como maior percepção da Imagem do corpo (Blum, Johnson & Rodgers, 2010) e que os homens atletas continuam a possuir melhor imagem do corpo do que as atletas mulheres (Griffin & Kirby, 2007), não apoiando a teoria que defende que os atletas tendem a desenvolver insatisfação com o corpo, no entanto, há que ter em conta que esses dados referem-se maioritariamente á população feminina em desportos tipicamente “femininos” (Ravaldi, Vannacci, Bolognesia, Mancinia, Faravellia, Valdo & Ricca 2006; Johnson, Crosby, Engel, Mitchell, Powers, Wittrock, & Wonderlich, 2004; Zabinski, Calfas, Gehrman, Wilfley & Sallis, 2001), sendo que a nossa amostra do curso de Desporto foi essencialmente constituída por homens e é de notar que no curso de Desporto não são realizados exercícios associados ao género feminino (como por exemplo o ballet) pois sabemos que a sociedade classifica diferentes actividades como masculinas ou femininas baseando-se nas expectativas de estereótipos de género e de diferenças de género percebidas, e que o desporto em geral é classificado como algo masculino, no entanto alguns desportos são considerados femininos (Koivula, 2001), mas no entanto dentro do contexto escolar e educativo a educação física é construída á volta de desportos predominantemente masculinos (Wright, 1997).

Também achamos importante sublinhar que por vezes existem diferenças na motivação da actividade física na idade e género e que motivação intrínseca e extrínseca interfere nos níveis de participação e satisfação da mesma (Frederick & Ryan, 1993) bem como as características individuais também possuem um papel na adopção, motivação e manutenção do exercício físico (Brian, Mangan, Nilsson, Marcus, Tompkins & Hutchison, 2011).

É de frisar que a prática de exercício físico e desporto é uma temática de extrema importância devido á crescente evidência para os seus potenciais efeitos e benefícios nos estados de humor, estados afectivos, bem-estar psicológico dos estudantes (Cruz, Gomes, Roriz, Parente, Amorim, Dias & Paiva, 2008) e que é essencial ter em conta os benefícios físicos, emocionais e sociais da practica desportiva também para as mulheres bem como termos em conta que nem toda a prática de exercício físico irá promover a construção de uma imagem do corpo positiva pelo que a melhor opção para as mulheres são desportos que não se foquem na aparência física (Kitchen, 2006). Hamer, Stamatakis & Steptoe (2008) reforçam que a participação no desporto está mais associada com uma saúde mental mais forte do que outros tipos de actividades físicas.

A literatura que apoia que a actividade física pode contribuir para efeitos positivos na saúde, por exemplo sobre a hipertensão arterial, o peso e a composição corporal, na saúde mental, entre outros sendo que esta tem sido associada a benefícios psicológicos nos jovens dentro do qual se afirma que os jovens fisicamente activos mais facilmente adoptam outros comportamentos saudáveis (OMS, 2008 cit. por T. Oliveira, 2008).

O curso de Desporto foi também aquele que apresentou menos traços depressivos. De acordo com os resultados do estudo de Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano & Martins (2009), a depressão e o exercício físico são duas variáveis que apresentam uma relação inversa. Quando uma das variáveis aumenta, a outra tende a diminuir significativamente e vários autores salientam o mesmo resultado (Teychenne et al, 2008; Brown et al, 2005; Lai et al, 2006; Fukukawa et al, 2004; Harris et al, 2006; Hales et al, 2006; Babyak et al, 1999, cit. por Vasconcelos-Raposo et al, 2009), que constataram que a prática de exercício físico contribui para a redução da sintomatologia depressiva. Diversos estudos têm sugerido e evidenciado a contribuição do exercício físico para a alteração positiva dos estados de humor. (Cruz et al, 2008).

Estados de humor mais negativos estão significativamente associados a atitudes mais negativas face ao exercício e a uma menor frequência ou tendência para assumir

comportamentos preparatórios e realização de actos instrumentais auto-regulados de prática de exercício e actividade física (Cruz et al, 2008). Desta forma esta parece ser uma explicação plausível para os nossos resultados.

No entanto não deixamos de ressaltar que diversos estudos foram realizados em estudantes de Desporto e que a grande maioria apresentou resultados semelhantes quanto ao género: as mulheres apresentaram-se significativamente mais deprimidas que os homens (Appaneal, Levine, Perna & Roh, 2009; Yang, Peek-Asa, Corlette, Cheng, Foster & Albright, 2007). Achamos essencial também referir que no estudo de Yang *et al* (2007) os estudantes do 1º ano deste curso também se distinguiram por se apresentarem significativamente mais deprimidos do que os alunos dos restantes anos de licenciatura.

Quanto aos alunos de Teatro e Enfermagem, estes apresentam-se como os grupos mais depressivos. Existe pouca investigação com estudantes de Teatro e a Depressão pelo que seria relevante que esta população fosse alvo de futuros estudos relativos a esta temática, no entanto em relação á Imagem do corpo este curso não apresentou diferenças estatisticamente significativas. Contudo a literatura reforça que existem certos cursos/profissões em que se verifica uma maior pressão para a manutenção de uma figura esbelta e que exigem exibição pública do corpo, como é o caso de Teatro e Dança (Neto, Gauer & Furtado, 2003). Sabemos pois que o curso de Teatro muitas vezes incorpora aspectos de Dança e Canto. Podemos pois referir o nosso caso concreto em que o presente curso dispõe de uma disciplina “Corpo e Movimento Cénico” que se fundamenta no corpo e movimento e que ao contrário do que era esperado não apresentou diferenças significativas a nível da Imagem do Corpo, o que não reforça o estudo de Withers-Hansen (2008), onde os estudantes deste curso e do curso de Psicologia apresentaram altos níveis de insatisfação com a Imagem do Corpo. No entanto no nosso estudo, o curso de Teatro apresentou-se como o curso com mais Traços Depressivos.

Quanto aos alunos de Enfermagem, existe vasto suporte empírico para os nossos resultados que salienta o facto que os estudantes das áreas da saúde, particularmente Medicina (Loureiro, 2006) e Enfermagem (Johansson, 1991; Claudino & Cordeiro, 2006; Furegato, et al, 2006) manifestam elevados índices de depressão, ou até mesmo, maior susceptibilidade a esta do que outros cursos.

Frisando ainda as diferenças obtidas entre cursos, o curso de Psicologia não apresentou diferenças significativas quer a nível de Imagem do Corpo ou Traços

depressivos em relação aos outros cursos estudados. No entanto embora este curso não tenha sido estudado na literatura em conjunto com os cursos deste estudo, o mesmo foi estudado por Leahy (2009), juntamente com os cursos de Direito, Medicina e Engenharia Mecânica, e apresentou-se como o curso menos deprimido. Ainda dentro do curso de Psicologia, sublinhamos o estudo de Vieira & Coutinho (2008), em que os estudantes de Psicologia apresentaram uma imagem do corpo positiva, contrastando, porém, com um elevado índice de depressão e ideação suicida porém como já foi mencionado, no nosso estudo este curso não apresentou diferenças significativas a nível de Imagem do Corpo ou Depressão.

Desta forma a nossa hipótese de que existem diferenças entre cursos na IC e Traços Depressivos, foi confirmada. Desse modo, uma hipótese explicativa destes resultados pode dever-se ao facto de os estudantes de Desporto serem maioritariamente do género masculino, e de serem praticantes de actividade física regular.

4.4. Imagem do Corpo e Traços Depressivos

Três das escalas BIQ possuem relação com o ITD. Estes resultados respondem parcialmente á nossa ultima hipótese, sendo que a IC está parcialmente correlacionada com Traços depressivos, mas não totalmente.

Existem alguns estudos em que se verificou tanto para as raparigas como para os rapazes, que o índice de massa corporal falhou na predição de sintomas depressivos (Salem, 2004). Num estudo de Pasquale (2007) verificou-se que o género é significativamente um preditor maior de depressão, mais do que a imagem do corpo. Os nossos resultados quanto ao último factor, ITD, apresentam-nos as mulheres como o grupo que manifestou mais Traços Depressivos, o que confirma a nossa primeira hipótese, pois existe diferença entre géneros e confirma-se que os homens são menos depressivos que as mulheres tal como em outros inúmeros estudos (Nolen-Hoeksema, 2001; Kelly, Kelly, Brown & Kelly, 1999; Lopes, Matos, Leite, Martins, Martins, Silva, Robinson, Port, James & Lopes, 2010; Murakumi, 2002; Milani, Parrott, Turner & Fox, 2004; Yousefi, Mansor, Juhari, Redzuan & Talib, 2010) sugerindo que a nível biológico, ambiental e psicológico da mulher parecem ter um papel no aumento da probabilidade de esta desenvolver depressão (Murakumi, 2002) e que em relação aos homens deprimidos é -lhes atribuído o estigma associado a doença mental e emoção “feminina” (Real, 1997,

cit. por Murakumi, 2002). Os homens são incutidos que não é aceitável exprimirem os seus sentimentos de depressão aos outros, e dessa forma procuram conforto de outras formas (Murakumi, 2002) tais como aumentarem a sua actividade física e consumo de álcool (Angst, Gamma, Gastpar, Lepine, Mendlewicz & Tylee, 2002). Desta forma isto poderia explicar o facto de as mulheres se apresentarem mais deprimidas e parece estar de acordo com os nossos resultados, pois os homens apresentaram-se significativamente mais activos que as mulheres.

Outro dos nossos resultados, demonstrou que os indivíduos mais satisfeitos com o corpo se apresentaram mais deprimidos, o que neste caso sugere que a depressão pode ser constituída por traços estáveis da personalidade dos indivíduos e desse modo manifestar-se quer o indivíduo se mostre satisfeito ou insatisfeito, pois existe uma dimensão depressiva na sua personalidade, o que pressupõe que o indivíduo possui uma vulnerabilidade á depressão, e que, neste caso, seria de interesse futuro estudar o estilo de personalidade dos indivíduos, para identificação dos estilos predominantes nesta população e se diferem dos dois estilos identificados por Blatt (1990, cit. por R. Campos, 2000), que aponta que os indivíduos com estilos de personalidade dependente ou estilo auto-crítico estão mais predispostos a vivenciar estados depressivos perante acontecimentos de vida stressantes.

Cloninger et al (1994 cit. por Halvorsen, 2009) sugerem que as interacções entre temperamento e traços de personalidade influenciam a forma como os indivíduos se adaptam às experiências de vida e constituem uma susceptibilidade individual á depressão.

È de ressaltar também, que foi recentemente encontrada uma evidência biológica de conexão entre Stress, Ansiedade e Depressão, sendo que a Depressão ocorre frequentemente em conjunto com as Perturbações de Ansiedade e as causas para ambas estão fortemente ligadas a experiências stressantes, as quais por sua vez podem agravar os sintomas de Ansiedade e Depressão, ou seja Stress e Ansiedade são factores de risco chave para a Depressão e existe suporte biológico para essa conexão (Magalhães, Holmes, Bale, Comps-Agrar, Lee, Yadav, Drysdale, Poulter, Roth, Pin, Anisman & Ferguson, 2010).

Embora mais satisfeito com a sua Imagem do corpo, pode existir a possibilidade que o individuo se apresente também ansioso ou stressado e por conseguinte mais deprimido, podendo a explicação passar pelo facto de haver outras variáveis envolvidas no processo,

como por exemplo, Perturbações alimentares ou Stress Académico. Devemos frisar a existência de diversas possibilidades, mas no entanto optamos por estas, por nos parecerem mais adequadas devido á sua forte correlação com a nossa temática.

Sabemos que factores no ambiente universitário, bem como a transição para a universidade podem ser geradores de stress e parecem contribuir para o desenvolvimento de Perturbações alimentares, os estudantes podem assim adoptar práticas alimentares não saudáveis de forma a lidar com a pressão ou como resposta a questões relacionadas com a Imagem do Corpo (Gochmour, 2006). Sabe-se que elevados níveis de Stress estão associados as patologias alimentares (Martz, Handley & Eisler, 1995), bem como a Depressão (Wiederman & Pryor, 2000). Seguindo esta lógica, poder-se-ia hipotetizar que um indivíduo com uma perturbação alimentar apresenta níveis mais elevados de stress que por sua vez irão potenciar o aumento da Depressão, no entanto, adopta comportamentos alimentares que aumentam a satisfação com a sua Imagem do Corpo.

Outra explicação passa por uma perspectiva psicossociológica: poderá considerar-se a hipótese de que ao aumentar a satisfação com o seu corpo, aumenta também a depressão pois o mesmo indivíduo internalizou o padrão vigente societal da Imagem do Corpo e pode estar a agir contra os seus sentimentos e crenças pessoais a favor das pressões sociais e dessa forma a gerar um conflito interno, em que se encontra satisfeito com a sua Imagem do Corpo por “cumprir” os ideais da sua cultura, mas no entanto mais deprimido por se submeter a pressões externas.

4. 5. Conclusões

4.5.1. Limitações

A produção do conhecimento científico coloca algumas exigências ao investigador. Entre elas podemos mencionar a curiosidade, a paciência, a objectividade e a mudança (Christensen, 1985, pp. 20-1 cit. por Almeida & Freire, 2003).

Embora o presente estudo contribua para a literatura como uma investigação de relações entre Imagem do Corpo e Depressão, temos que ter em conta que todos os estudos possuem limitações. No nosso caso uma delas prendeu-se ao facto de não podermos constituir sub grupos de idades para podermos estudar as diferenças entre sub grupos etários. Outra limitação está relacionada com um dos instrumentos de avaliação utilizados, o Body Image Questionnaire (BIQ) de Bruchon-Schweitzer, que se encontra no

limite aceitável de fiabilidade, sendo que seria de alguma relevância no futuro aprofundar o estudo deste instrumento, pois pode ainda não estar totalmente consolidado. No entanto a maior parte dos nossos resultados observados neste instrumento vão de encontro ao esperado na literatura. Porém, sublinhamos a excelente fiabilidade apresentada pelo nosso segundo instrumento utilizado e o ao optarmos pelo Inventário de Traços Depressivos para avaliação da Depressão, permitiu-nos conceptualizar a Depressão, como sintomatologia e como dimensão da personalidade, o que se constitui uma mais-valia. Consideramos ainda que outra limitação deste estudo se prende com o tempo de aplicação dos instrumentos na nossa amostra. Foi necessário um extenso período de tempo de aplicação, pelo qual os participantes podem ter eventualmente sofrido de cansaço e conseqüente falta de motivação ou concentração para responder aos questionários. No entanto temos que referir que considerámos as normas éticas e desse modo foi respeitada a liberdade do indivíduo em recusar a sua participação em qualquer uma das fases da sua prossecução.

4.5.2. Estudos Futuros

No presente estudo tentou-se apresentar as várias perspectivas existentes sobre o tema, e a sua replicação seria importante no futuro para estudo mais aprofundado das diferenças e correlações encontradas.

Voltamos a frisar a importância do período da adolescência na questão da Imagem do Corpo e de Depressão, e o facto de que é a entrada na Universidade que geralmente marca a transição do adolescente para adulto, e essa transição para os universitários está potencialmente relacionada com Auto-estima, Stress e Depressão (Dixon & Kurpius, 2008), parece-nos por isso essencial identificar indivíduos em risco, nomeadamente o estudo da população universitária, e em indivíduos de vários cursos, para que se possam reflectir os potenciais efeitos nefastos, bem como alcançar uma compreensão mais aprofundada sob o tema.

Sugerimos também, para estudo futuro, o estudo dos efeitos da auto estima e auto conceito na população adolescente e na população universitária, que geralmente se encontram ligadas á imagem do corpo e depressão (Davis & Katzman, 1997; Shepeliak, 2006; Manos, Sebastián, Bueno, Mateos & Torre, 2005; Murray, Byrne & Rieger, 2010), bem como o estudo da relação entre Imagem do Corpo, Depressão e Stress mais aprofundado, pois estudos sugerem que estas variáveis estão relacionadas em estudantes universitários (Rios, 2006) e que o Stress tem um impacto crucial na vivência académica, verificando-se padrões distintos em função do curso e género (L. Santos, 2000), bem como o Stress nos adolescentes se encontra correlacionado com a Imagem do corpo disfuncional (Murray, Byrne & Rieger, 2010).

Não descartando outras perspectivas, também nos parece pertinente aprofundar se realmente existe uma vulnerabilidade no género feminino, quer a nível de traços de personalidade, ou a nível biológico, pois maior nível de masculinidade para os rapazes está associado com menor nível de depressão e maior auto-estima (Hyatt, 1980) sendo que foi constatado que a diferença na depressão nos homens possui indícios de estar relacionada com as hormonas sexuais (Bailey & Hurd, 2005), em especial com o nível de testosterona (Wang, Alexander, Berman, Salehian, Davidson, McDonald, Steiner, Hull, Callegari & Swerdloff, 1996) e que em geral homens que apresentam traços mais “femininos” apresentam mais depressão (Bailey & Hurd, 2005).

Aproveitamos para salientar também que homens heterossexuais possuem maior satisfação com o corpo e menos depressão que os homens homossexuais (MacArdle & Hill, 2007; Sandfort, de Graaf, Bijl, & Schnabel, 2001; McLaren, Jude & McLachlan, 2007) e que mulheres homossexuais apresentam menor satisfação com o corpo que os homens homossexuais (Brand, Rothblum & Solomon, 1992), o que pode reforçar essa perspectiva.

Sublinhamos por fim ainda em relação a uma possível vulnerabilidade no género feminino, Lyons, Carlson, Thurm, Grant & Gipson (2006) dizem-nos que a Imagem do Corpo está associada ao papel de género, pois aqueles que possuem mais traços masculinos possuem também uma imagem do corpo mais positiva, o mesmo para o género feminino pois mulheres que praticam desporto auto-percepcionam-se como mais masculinas em relação as mulheres não atletas, e conseqüentemente também possuem maior Auto estima e melhor Imagem do Corpo (Novick, 1998). Isto sugere que os traços e comportamentos masculinos podem ser factores protectores contra a Imagem do Corpo negativa e Depressão.

É de realçar que um dos cursos escolhidos para a amostra deste estudo, Reabilitação Psicomotora, é um elemento inovador, pois os estudos nesta temática com este curso são inexistentes. Da mesma forma que seria interessante podermos ter acesso a mais estudos realizados também com o curso de Teatro, pois este afirmou-se como o curso com maior índice de traços depressivos, o que se constituiu como uma nova descoberta dentro da temática estudada. Propomos também que este estudo fosse alargado a estudantes de outras universidades do País para estudo dos dados obtidos, e que pudéssemos incluir outros dados demográficos relevantes tais como Etnia, Grupos de Idades, bem como diferenças entre meio urbano e rural.

4.5.3. Considerações Finais

Resumindo, focando os principais resultados, no nosso estudo pudemos verificar que existem diferenças significativas entre cursos, género, e ano de escolaridade, sendo que as mulheres possuem pior Imagem do Corpo, apresentam mais Traços depressivos, são menos serenas e activas e mais acessíveis, o que sublinha a maior parte dos estudos efectuados nesta temática. Encontramos também que os estudantes que possuem mais Traços Depressivos são também os que apresentam maior Satisfação com o corpo, no entanto na Imagem Do Corpo global, os resultados demonstraram que as mulheres apresentaram pior Imagem do Corpo, pelo que relembramos que a componente Satisfação é apenas uma das quatro dimensões apresentadas da Imagem do Corpo Global. No entanto achamos que seria pertinente de futuro aprofundar o estudo deste resultado referente a esta dimensão, para melhor compreensão da mesma.

Do mesmo modo, o nosso estudo encontrou que os Estudantes das Licenciaturas de Teatro e Enfermagem apresentam mais Traços Depressivos que os restantes cursos, e que o curso de Desporto foi o que apresentou Imagem do corpo mais positiva e também menos Traços Depressivos.

O nosso estudo encontrou ainda, que os alunos do primeiro ano, possuem mais traços depressivos que os alunos dos restantes anos de licenciatura.

Finalizando, achamos que o nosso estudo é relevante para a compreensão dos processos subjacentes á Imagem do Corpo e Traços Depressivos, bem como também para salientar a importância ao nível do desenvolvimento no delineamento de planos de intervenção específicos, para que desse modo possamos visar a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos estudantes do ensino superior.

REFERÊNCIAS

Abdel-Fattah, M.M, Asal, A.R.A., Hifnawy, T., & Makhlof, M. M.(2008). Depression and body image disturbance among females seeking treatment for obesity in Saudi Arabia. *Europe's Journal of Psychology* 4 (3).

Akos, P., & Levitt, D. H. (2002). Promoting healthy body image in middle school. *Professional School Counseling Journal*, 6 (2), 138-144.

Allekian, C.I. (1973). Intrusions of territory and personal space: an anxietyinducing factor for hospitalized persons. An exploratory study. *The Nursing Research journal*, 22(3), 236-41.

Almeida, G., Loureiro, S., Santos, J. (2002). A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 283-292.

Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Alves, M.N., Oliveira, E.A.M. (2008). O efeito do desemprego no Stress e no Coping dos professores de 2º ciclo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (2), 335-347.

Amaral, A., Andrade, M., Oliveira, T., Madeira, R., Ferreira, M. (2007). A cultura do corpo ideal: nível de satisfação corporal entre escolares de diferentes faixas etárias - estudo comparativo. *HU revista*, 33(2), 41-45.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores. Lisboa.

Anderson R.N & Smith B.L.(2005). Deaths: Leading causes for 2002. National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention. *National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*. 53 (17), 1–89.

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J.P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002) Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (5), 201-209.

Appaneal, R.N., Levine, B.R., Perna, F.M., & Roh, J.L. (2009). Measuring Postinjury Depression Among Male and Female Competitive Athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 31 (1), 60-76.

Arria A.M, O'Grady K.E, Caldeira K.M, Vincent K.B, Wilcox H.C & Wish E.D (2009). Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13 (3), 230-46.

Aselton, P. J. (2010). The Lived Experience of College Students Who have Been Medicated with Antidepressants. (Doctoral Dissertation). Retrieved from *Open Access Dissertations*. Paper 235. (UMI No. 3409533).

Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.

Bailey, A.A., & Hurd, P.L. (2005). Depression in men is associated with more feminine finger length ratios. *Personality and Individual Differences* 39, 829–836.

Baptista, M.N., Berberian, A.A., Ruéda, F., & Matos, R.M.C.B. (2007). Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 8 (1), 77-88

Barron M., & Bradford, S. (2007). Corporeal Controls: Violence, Bodies, and Young Gay Men's Identities. *Youth & Society*, 39 (2), 232-261.

Barros, D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12 (2), 547-54.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G., (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Benuto, L., Haboush, A., & Jones-Forrester, S. (2007). Compensatory Efforts for Body Dissatisfaction: Some Gender and Ethnic Differences. *The New School Psychology Bulletin*, 5 (2), 19-25.

Bergeron, D.P. (2007). The relationship between Body Image dissatisfaction and psychological health: An exploration of Body Image in young adult men. Tese de Doutorado apresentada á The Ohio State University, Ohio.

Blum, M., Johnson, B., & Rodgers, E. (2010). Body Image Perception in Athletes versus NonAthletes (PED 461- Health and Human Performance Senior Seminar). University of Wisconsin: UWRF Health and Human Performance Senior Seminar Research Projects.

Bordeleau, L.P. (2001). Quel corps pour la sagesse? In G. Csepregi (ed.), *Sagesse du Corps* (pp.134-163). Aylmer, Québec, Canada: Éditions du Scribe.

Boujut, E. (2007). Facteurs prédisant le développement de symptômes somatiques, de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de

première année: Une étude prospective en Psychologie de la santé. Tese de Doutorado apresentada á Université Victor Segalen Bordeaux 2. Bordeaux.

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência: Confrontações*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

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

Brand, P.A. Rothblum, E.D. & Solomon, L.J. (1992). A comparison of lesbians, gay men, and heterosexuals on weight and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (3), 253–259.

Breakey, J. W. (1997). Body Image: The Inner Mirror. *Journal of Prosthetics & Orthotics*, 9 (3), 107-112.

Breseman, B., (2004). Weight-Related teasing: relationship to body image, self esteem, and relative body size of adult females. Tese de Doutorado apresentada à Ohio State University.

Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'Image du corps de 10 à 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C. *Bulletin de Psychologie*, Tome XL, nº 382.

Bryan, A.D., Magnan, R.E., Nilsson, R., Marcus, B.H., Tompkins, S.A., & Hutchison, K.E. (2011). The big picture of individual differences in physical activity behavior change: A transdisciplinary approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 12 (1), 20-26.

Burger, I. (2007). The primary school girl's perception of body image and the influence thereof on her sense-of-self. (Tese de Mestrado não publicada) University of Pretoria, South Africa.

Cachelin, F.M., Rebeck, R. M., Chung, G. H. & Pelayo, E. (2002). Does Ethnicity Influence Body-Size Preference? A Comparison of Body Image and Body Size. *Obesity Research*, 10 (3), 158 – 166.

Campagna, V., Souza, A. (2006) Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, 56 (124), 09-35.

Campos, M. (2006). Distúrbios da Imagem do corpo na Contemporaneidade. Recuperado em 1 de Maio, 2011, em:

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/2.4.1.htm>

Campos, R. C. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 18 (3), 285-309.

Campos, R. C. (2006). "Depressivos somos nós": Um estudo de conceptualização e avaliação da personalidade depressiva e da depressão. Tese de Doutoramento apresentada á Universidade de Évora, Évora.

Campos, R.C. (2007). Depressão, personalidade e dimensionalidade do fenómeno depressivo. Comunicação apresentada no *II Fórum Internacional de Psicologia Clínica, Psicologia Clínica e Psicoterapias dinâmicas: Desafios actuais*, Lisboa, Fevereiro, 9 a 10.

Campos, R.C. & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquilibrios Edições.

Cankaya, B. (2002). Psychosocial Factors, Maladaptive Cognitive Schemas, and Depression in Young Adults: An Integration. (Tese de Mestrado não publicada). Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia.

Cardoso, L., Costa, M., Menezes, L., Magalhães, C., & Pires, A. (2005). Obesidade e Cirurgia bariátrica: significados para o ex-obeso. Recuperado em 12 de Dezembro, 2008, em: <http://200.222.60.171/PDF/obesidade%20e%20cirurgia%20bariatrica.pdf>

Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Auto conceito e Imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15 (30), 131-139.

Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D., & Allard, S.L. (2005). Avoiding versus seeking: The relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*, 93 (3), 353-362.

Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York: The Guilford Press.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body Images – Development, Deviance, and Change*. New York: The Guilford Press.

Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.

Cash, T.F., & Szymanski, M.L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64 (3), 466-477.

Castilho, P.T. (2009). O pecado do pai: Da Crença á Heresia. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Cavestro J.M, Rocha F.L. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 264-67.

Cicco, M., Santos, N., Silva, M., Laham, C., Junior, A., & Lucia, M. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia Hospitalar*, 4 (1), 1-27.

Chandler, L. (2006). *Gender Difference and Test Anxiety*. Disponível em ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. AAT 1434478).

Chase, M. (2001). Identity development and body image dissatisfaction in college females. (Tese de Mestrado). Recuperada de UW-Stout (WI 54751).

Chen, L.J, Fox, K.R, Haase, A.M. (2008). Body shape dissatisfaction and obesity among Taiwanese adolescents. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 17 (3), 457-460.

Cheng, H. (2006). Body image dissatisfaction of college women: potential risk and protective factors. Dissertação de Doutorado apresentada á University of Missouri. Columbia.

Choi, Y., Leshner, G., Choi, J. (2008). Third-Person Effects of Idealized Body Image in Magazine Advertisements. *American Behavioral Scientist*, 52 (2), 147-164.

Claudino, J. & Cordeiro, R. (2006). Níveis de Ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Recuperado a 11 de Fevereiro, 2011, em*

<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/15.pdf>

Coelho, E., Fagundes, T. (2007). Imagem corporal de mulheres de diferentes classes económicas. *Motriz, Rio Claro*, 13 (2), 37-43.

Coelho e Silva, M. J., Jerónimo, J. (2002). Somatotipologia e imagem corporal em bailarinas. *Antropologia Portuguesa* 18, 55-70.

Cole, D. A., Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Paul, G. (2006). Stress exposure and stress generation in child and adolescent depression: A latent trait-state-error approach to longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 40 – 51.

Cordeiro, R. (2006). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica* 4 (24), 509-517.

Costa, P. T., Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (2), 322-331.

Costarelli, V., & Stamou, D. (2009). Emotional Intelligence, Body Image and Disordered Eating in Combat sport athletes. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 7(2), 104-111.

Cruz, J.F., Gomes, A.R., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). Avaliação das dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício, desporto e actividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas das atitudes face ao exercício físico e dos estados de humor e afectivos associados à sua prática. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Cukiert, M., Prizkulnik, L. (2002). Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. *Estudos de Psicologia*. 7(1), 143-149.

Cunha, M. (2008). Media e Imagem Corporal: Representações e impactos da publicidade da imprensa feminina na Imagem Corporal das adolescentes. Tese de Doutoramento apresentada á Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa.

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

Daood, C. (2009). Effects of Individual Secularity, Institutional Secularity and Campus Activity Involvement on College Student Suicidal Ideation and Attempts. Retrieved from e-Publications@Marquette. Paper15.

Davis, C. & Katzman, M. (1997). Charting new territory: Body esteem, weight satisfaction, depression, and self-esteem among Chinese males and females in Hong Kong. *Sex Roles*, 36 (7/8), 449-459.

DeBraganza, N., Hausenblas, H. (2010). Media Exposure of the Ideal Physique on Women's Body Dissatisfaction and Mood The Moderating Effects of Ethnicity. *Journal of Black Studies March*, 40 (4), 700-716.

Delouya, D. (2001) *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DeRoma, V.M., Leach, J.B. & Leverett, P.J. (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal*, 43 (2), 325-334.

Dixon, S.K., Kurpius, S.E.R. (2008). Depression and College Stress Among University Undergraduates: Do Mattering and Self-Esteem Make a Difference? *Journal of College Student Development*, 49 (5), 412-424.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2008). Introduction: Assessing risk and resilience factors in models of depression. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 1-16). Oxford, England: Elsevier/Academic Press.

Dolto, F. (2002). *A Imagem Inconsciente do Corpo*. Editora Perspectiva. São Paulo.

Esper, E. M. B., & Neder, M. (2004). O corpo contemporâneo. Comunicação apresentada na *Convenção Brasil- Latinoamérica*, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, Foz do Iguaçu.

Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body Image and Eating Disturbance in Young Females. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 63-74.

Farinha, S. A. (2005). Depressão na actualidade – um estudo psicanalítico. Dissertação de Mestrado apresentada á Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Featherstone, M. (2006). Body Image/Body without Image. *Body, Theory, Culture & Society*, 23 (2/3), 233-236.

Feingold, A., & Mazzella, R. (1998) Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9 (3), 190-195.

Felton, J.W. (2007). Examination of weight change as a symptom of depression in children and adolescents. Tese de Mestrado apresentada á Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.

Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., & Feixas, G. (2005). Dilemas implicativos e Ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados á Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 285-304.

Fernandes, A.E.R. (2007). Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas publicas e particulares de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado apresentada á Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Ferreira, F. (2008). A produção de sentidos sobre a Imagem do Corpo. *Comunicação Saúde e Educação*, 12 (26), 471-83.

Ferreira, P.P. (2003). Sociologia da Imagem Corporal. Recuperado a 20 de Junho, 2011, em: <https://portalsaudebrasil.com/artigospsb/psico001.pdf>

Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. Psychiatric outcomes in adulthood . *British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217.

Forrest, K. Y. Z. & Stuhldreher, W.L. (2007). Patterns and correlates of body image dissatisfaction and distortion among college students. *American Journal of Health Studies*, 22(1), 18-25.

Frederick, D.A., Peplau, L.A. & Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image: An International Journal of Research*, 3(4), 413-419.

Frederick, D.A., Buchanan, G. M., Sadeghi-Azar, L., Peplau, L. A., Haselton, M. G., Berezovskaya, A., & Lipinski, R. E. (2007). Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103-117.

Freedman, Rita (1990). *Bodylove: Learning to Like Our Looks--and Ourselves*. New York: Harper & Row.

Frederick, C. M. & Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 124-146.

Freitas, N. (2008). Esquema corporal, imagem visual e representação do próprio corpo: questões teórico-conceituais. *Ciências & Cognição*, 13(3), 318-324.

Frost, L. (2005). Theorizing the Young Woman in the Body. *Body Society*, 11(1), 63-85.

Fry, P.S. & Debats, D. L. (2009). Perfectionism and the Five-factor Personality Traits as Predictors of Mortality in Older Adults. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 513-524.

Furegato, A. R. F., Silva, E. C., Campos, M. C. & Cassiano, R. P. T. (2006). Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(5), 239-244.

Galvão, A., Pederiva, P. (2005). A construção e vivência do corpo na performance musical. *Performance Online*, 1(1), 1-18.

Geerts, E. (1997). An Ethological approach of interpersonal theories of depression. Tese de Mestrado apresentada á Universidade de Groningen.

Gillespie, N., Whitfield, J., Williams, B., Heath, A., & Martin, N. (2005). The Relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychological Medicine*, 35(1), 101-111.

Giordani, R. (2006). A Auto imagem corporal na anorexia nervosa: Uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, 18 (2), 81-88.

Gleeson, K., Frith, H. (2006). (De)constructing body image. *Journal of Health Psychology*. 11(1), 79-90.

Goetz, E. R., Camargo, B. V., Bertoldo, R. B., Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Revista Psicologia e Sociedade*, 20 (2), 226-236.

Goldman, L. S., Nielsen, N. H., & Champion, H. C. (1999). Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *Journal of General Internal Medicine*, 14(9), 569-580.

Gonçalves, D. (2006). Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas. Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Minho. Minho.

Gochmour, K. (2006). Eating Disorder Risk in subgroups of College Freshman Woman. Tese de Mestrado apresentada à Brigham Young University. USA.

Gotlib, I.H, Gilboa, E., & Sommerfeld, B.K. (2000). Cognitive functioning in depression: Nature and origins. In: Davidson RJ, (Ed). *Anxiety, depression, and emotion* (pp. 133-163). New York, NY: Oxford University Press.

Granberg, E., Simons, R., Gibbons, F., & Nieuwsma, J., (2007). The Relationship Between Body Size and Depressed Mood: Findings From a Sample of African American Middle School Girls. *Youth & Society*, 39, 294-316.

Green, E.R. (2008). Racial differences in depressive symptoms among older adults. Tese de mestrado apresentada à Clemson University. South Carolina.

Griffin, M., & Kirby, S. (2007). The effect of gender in improving body image and self esteem. *Athletic Insight*, 9 (3), 83-92.

Grogan S. (2007). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. New York: Routledge.

Grogan, S., & Richards, H. (2002). Body Image: Focus Groups with Boys and Men. *Men and Masculinities*, 4 (3), 219-232.

Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & Almeida., J. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.

Gvion, L. (2008). Dancing bodies, decaying bodies: The interpretation of anorexia among Israeli dancers. *Nordic Journal of Youth Research Young* 16(1), 67–87.

Haggard, P. & Wolpert, D. (2005). Disorders of body schema. High-order motor disorders: from neuroanatomy and neurobiology to clinical neurology. *Oxford University Press*. 261–271.

Hägglund, T.B., & Piha, H. (1980). The inner space of the body image. *The Psychoanalytic quarterly*, 49 (2), 256-83.

Halvorsen, M. (2009). Personality characteristics and vulnerability to depression: A cross-sectional and longitudinal perspective. (Tese de Doutoramento não publicada). University of Tromso. Norway.

Hamer, M., Stamatakis, E., & Steptoe, A. (2008). Dose response relationship between physical activity and mental health: The Scottish Health Survey. *British Journal of Sports Medicine*, 43(14), 1111-1114.

Hamilton, S. R. (2008). A relationship between perceived body image and depression: How college women see themselves may affect depression. *Student Journal of Psychological Science*, 1(1), 13-20.

Hankin, B., L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 128-140.

Hanley, F. (2004). The dynamic body image and the moving body: A theoretical and empirical investigation. Tese de Doutoramento não publicada, Victoria University, Melbourne, Australia.

Harris, S. (1995). Body Image Attitudes and the Psychosocial Development of College Women. *Journal of Psychology*, Vol. 129.

Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(3), 323-339.

Heinberg, L. J. (1996). Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 27-47). Washington, DC: American Psychological Association.

Heinberg, L. J., & Thompson, J. K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(4), 325-338.

Helm, S.K. (2009). Body Discrepancy and Body Satisfaction: Influence on approach and avoidance behavior and emotions. Tese de Mestrado apresentada á Graduate Faculty of Auburn University, Auburn, Alabama.

Holsen, I., Kraft, P., & Roysamb, E. (2001). The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study. *Journal of Health Psychology, 6*(6), 613-627.

Howard S. (1998). *Wired up: young people and the electronic media*. Taylor and Francis: London, UK.

Hudson, C.L.F. (2008). The relationship of Body Image, Body mass index and Self esteem to eating attitudes in a normal sample. Tese de Mestrado apresentada á University of Canterbury, Canterbury.

Hutchinson, J.G., & Williams., P.G. (2007). Neuroticism, daily hassles, and depressive symptoms: An examination of moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences 42*(7), 1367–1378.

Hyatt, P.M. (1980). Sex Roles, Self Esteem and Level of Depression in University students. Tese de Mestrado apresentada á Simon Fraser University. Burnaby.

Ilaria, L.M (2006). Body Image, Body Objectification, and Depression. Tese de Doutoramento apresentada á Pacific University, Oregon.

Iqbal, M., Shahnawaz, M.G., & Alam, A. (2006). Educational and Gender Differences in Body Image and Depression among Students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 32*(3), 269 - 272.

Jones, R. C. (2008). The effects of depressed mood on academic outcomes in adolescents and young adults. *Theses and Dissertations*. Paper 322. Disponível online em: <http://scholarcommons.usf.edu/etd/322>

Jones, D., Vigfusdottir, T., Lee, Y. (2004). Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys: An Examination of Friend Conversations, Peer

Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Adolescent Research* 19(3), 323-339.

Jones, F., & Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Research and Theory*. Prentice Hall. London.

Johansson N. (1991). Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *Journal of American College Health*, 40(3), 125-129.

Johnson, C., Crosby, R., Engel, S., Mitchell, J., Powers, P., Wittrock, D., Wonderlich, S. (2004). Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors* 5(2), 147-156.

Jung, J. (2006). Media Influence: Pre- and Postexposure of College Women to Media Images and the Effect of Mood and Body Image. *Clothing and Textiles Research Journal*; 24(4), 335-344.

Jung, J., Lee, S. (2006). Cross-Cultural Comparisons of Appearance Self-Schema, Body Image, Self-Esteem, and Dieting. Behavior Between Korean and U.S. Women *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34(4), 350-365.

Jung, J., Lennon, S., & Rudd, N. (2001). Self-Schema or Self-Discrepancy? Which Best Explains Body Image? *Clothing and Textiles Research Journal*, 19(4), 171-184.

Jung, J., & Lennon, S. (2003). Body Image, Appearance Self-Schema, and Media Images. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 32(1), 27-51.

Jylhä, P. (2008). Depression, Anxiety, Psychiatric Comorbidity and Dimensions of Temperament and Personality. Monografia apresentada á University of Helsinki, Finland.

Souza-Kaneshima, A.M, Franca, A.A, Kneube D.P.F., & Kaneshima, E.M. (2006). Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, 28(2), 119-127.

Kasper, S., Boer, J., Sitsen, J. (2003). *Handbook of depression and anxiety*. New York: Basel, Marcel Dekker.

Kelly, W.E., Kelly, K.E., Brown, F.C., & Kelly, H.B. (1999). Gender Differences in Depression among College Students: A Multi-Cultural Perspective. *College Student Journal*, 33(1), 72-76.

Kitchen, E.N. (2006). The Negotiation of gender and athleticism by women athletes.

Tese de Mestrado apresentada á Georgia State University.

Koch, F. S., Ludvigsson, J., & Sepa, A. (2008). Body dissatisfaction measured with a figure preference task and self-esteem in 8 year old children - a study within the ABIS-project. *Clinical Medicine: Pediatrics*, 2, 13-26.

Koivula, N. (2001). Perceived Characteristics of Sports Categorized as Gender-Neutral, Feminine and Masculine. *Journal of Sport Behavior*, 24(4), 377-393.

Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent Body Image Dissatisfaction: Relationships with Self-esteem, Anxiety, and Depression Controlling for Body Mass. *Journal of Child Psychiatry*, 39(2), 255-262.

Kozar, J., & Damhorst, M. (2009). Comparison of the Ideal and Real Body as Women Age. Relationships to Age Identity, Body Satisfaction and Importance, and Attention to Models in Advertising. *Clothing and Textiles Research Journal*, 27(3), 197-210.

Kwon, W., Rudd, N. (2007). Effects of Psychological and Physical Self-Image on Perceptions of Salesperson Performance and Nonstore Shopping Intention. *Clothing & Textiles Research Journal*, 25(3), 207-229.

Leahy, C. (2009). Peer responses to psychologically distressed tertiary students: The detection of distress and the helping behaviours of student colleagues from medicine, compared to psychology, law and mechanical engineering students. Tese de Doutoramento apresentada á University of Adelaide, Australia.

Lerner, R. M., & Jovanovic, J. (1990). The role of body image in psychosocial development across the life span: A developmental contextual perspective. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: Development, deviance, and change* (pp. 110-127). New York: Guilford.

Levinson, D.F. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92.

Liechty, T. (2004). Body Image and beliefs about appearance: Maternal influences and resulting constraints on leisure of college-age women. Tese de Mestrado apresentada á Brigham Young University.

Lin, Y. (2007). Depression: The possible roles of BPRP and the gender differences in stress response and recovery. Tese de Mestrado apresentada á University of Groningen, The Netherlands.

Lipp, M., Arantes, J. P., Buriti, M. S., Witzig, T. (2002). O Stresse em escolares. *Psicologia Escolar Educacional*, 6(1), 51-56.

Lokken, K., Ferraro, F.R., Kirchner, T., & Bowling, M. (2003). Gender differences in body size dissatisfaction among individuals with low, medium, or high levels of body focus. *The Journal of General Psychology*, 130(3), 305-310.

Lopes, G.B., Matos, C.M., Leite, E.B., Martins, M.T.S., Martins, M.S., Silva, L.F., Robinson, B.M., Port, F.K., James, S.A., & Lopes, A.A. (2010). Depression as a Potential Explanation for Gender Differences in Health-Related Quality of Life among Patients on Maintenance Hemodialysis. *Nephron Clinical Practice*, 115(1),35-40.

Loureiro, E.M.F. (2006). Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina. Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Minho. Braga.

Luo, L., Parish, W.L., & Laumann, E.O. (2005). A population-based study of body image concerns among urban Chinese adults. *Body Image*, 2(4), 333–345.

Lyons, A.L., Carlson, G.A., Thurm, A.E., Grant, K.E & Gipson, P.Y. (2006).

Gender Differences in Early Risk Factors for Adolescent Depression Among Low-Income Urban Children. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(4), 644 – 657.

Magalhães, A., Holmes, K., Dale, L., Comps-Agrar, L., Lee, D., Yadav, P., Drysdale, L., O’Poulter, M., Roth, B., Pin, J.P., Anisman H., & Ferguson, S. (2010). CRF receptor 1 regulates anxiety behavior via sensitization of 5-HT2 receptor signaling. *Nature Neuroscience*,13(5), 622 – 629.

Manos, D., Sebastian, J., Bueno, M., Mateos, N., & Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncologia*, 2(1), 103 –116.

Marcum, M.L. (2010). The Contruction of Body Image: Identifying communicative influences for women. Monografia apresentada á Texas Tech University. Texas.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Markey, C., & Markey, P. (2005). Relations Between Body Image and Dieting Behaviors: An Examination of Gender Differences. *Sex Roles*, 53(7/8), 519-530.

Marsh, H. W., Hau, K. T., Sung, R. Y. T., & Yu, C. W. (2007). Childhood Obesity Gender Actual-Ideal Body Image Discrepancies and Physical Self-concept in Hong Kong

Children: Cultural Differences in the Value of Moderation. *Developmental Psychology*, 43(3), 647-662.

Martz, D.M., Handley, K.B., & Eisler, R.M. (1995). The Relationship between Feminine Gender Role Stress, Body Image, And Eating Disorders. *Psychology of Women Quarterly*, 19(4), 493-508.

Masset, K., Safons, M. (2008). Excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal em mulheres. *Arquivos Sanny de Pesquisa em Saúde*, 1(1), 38-48.

Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.

McArdle, K.A., & Hill, M.S. (2007). Understanding Body Dissatisfaction in Gay and Heterosexual Men: The Roles of Self-Esteem, Media, and Peer Influence. *Men and Masculinities*, (1998), 1-22. Recuperado em

<http://jmm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1097184X07303728>

McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.

McLaren, S., Jude, B., & McLachlan, A.J. (2007). Sexual Orientation, Sense of Belonging and Depression in Australian Men. *International Journal of Men's Health*, 6(3), 259-272.

Mello, L., & Romero, E. (2003) Esquema corporal e desempenho escolar: uma análise à luz das questões de Género. *Fitness & Performance*, 2(6), 347-356.

Milani, R.M., Parrott, A.C., Turner, J.J.D., & Fox, H.C. (2004) Gender differences in self-reported anxiety, depression, and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users, and nondrug users. *Addictive Behaviors*, 29(5), 965–971.

Miller, B., & Taylor, J. (2011). Racial and Socioeconomic Status Differences in Depressive Symptoms Among Black and White Youth: An Examination of the Mediating Effects of Family Structure, Stress and Support. *Journal of Youth and Adolescence*. Resumo Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/r236l21111q74683/>

Moldenhauer, K., Callicutt, A., & Leddick, G. (2004). Body Image Among Female College Students. Recuperado a 15 de Abril, 2011, em:

www.counseling.org/Resources/Library/VISTAS/vistas04/16.pdf

Moniz, A. (2007). Depressão e Factores Cronobiológicos. Tese de Doutoramento apresentada á Universidade do Minho. Minho.

Monteiro, S. O. M., Tavares, J. P. C. & Pereira, A. M. S. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do Ensino Superior. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29.

Moreira, A. G. C. (2002). *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edufpa.

Murakumi, J. (2002). Gender and Depression: Explaining the Different Rates of Depression Between Men and Women. *Perspectives in Psychology*. 27-34. Recuperado a 3 de Junho, 2011, em:

<http://bespin.stwing.upenn.edu/~upsych/Perspectives/2002/Murakumi.pdf>

Murray KM, Byrne DG, Rieger E. (2011). Investigating adolescent stress and body image. *Journal of Adolescence*, 34(2), 269-78.

Myssior, S. (2007). Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e adolescência: Construindo uma intersecção da psicanálise com a pediatria. Dissertação de Mestrado apresentada á Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte.

Neiss, M.B, Stevenson, J, Legrand, L.N, Iacono, W.G, & Sedikides, C. (2009). Self-esteem, negative emotionality, and depression as a common temperamental core: a study of mid-adolescent twin girls. *Journal of personality*, 77(2), 327-46.

Neto, A.C., Gauer, G.J.C. & Furtado, N.R (2003). *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: Edipucrs.

Newton, M., Boblin, S., Brown, B., & Ciliska, D. (2006). Understanding Intimacy for Women with Anorexia Nervosa: A Phenomenological Approach. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 43–53.

Nolan, L. (2010). Female Objectification, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviour in a Non-clinical Sample. Tese de Doutoramento apresentada á Victoria University, Melbourne.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Nurmela, Katherine (2006). Relationships Between Self-Esteem, Personality Characteristics, and Body Image. Comunicação apresentada na 41º Annual Minnesota Undergraduate Psychology Conference, University of St. Thomas, St.Paul, 22 de Abril.

O’Dea, J.A. (2004). Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents. *Eating Disorders*, 12, 225–239.

O'Keane, V. (2000). Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 482-483.

Okazaki, S. (1997). Sources of ethnic differences between Asian American and White American college students on measures of depression and social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 52-60.

Olivardia, R., Pope, H., Borowiecki, J.J., & Cohane, G.H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*. 5(2), 112–120.

Oliver, K. L., & Lalik, R. (2004). "The Beauty Walk": Interrogating Whiteness as the norm for beauty within one schools'hidden curriculum. In J. Evans, B.Davis, & J. Wright (Eds.). *Body Knowledge and Control: Studies in the Sociology of Physical Education and Health*. London: Routledge.

Oliveira, J. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 20(4), 647-655.

Oliveira, F.P., Bosi., M.L.M; Vigário, P.S., & Vieira, R.S. (2003). Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*, 9(6), 348-56.

Oliveira, T. (2009). *Actividade Física, Desporto e Imagem Corporal: Estudo em adolescentes com peso normal e com excesso de peso*. Tese de Mestrado apresentada á universidade do Porto, Porto.

Pahlavanzadeh, S., Habibpour, Z., Ghasavi, Z., & Maghsoudi, J. (2004). Association between body image satisfaction and depression in teenagers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 9(4). Resumo recuperado em

<http://www.journals.mui.ac.ir/index.php/ijnmr1/article/view/4935/0>

Parker, G. (2002). *Dealing with Depression: A Commonsense Guide to Mood Disorders*. Sydney: Allen & Unwin.

Pasquale, G. (2007). *Body image, gender role identity, and depressive symptoms in adolescent females*. Tese de Mestrado apresentada à Antioch New England Graduate United States, New Hampshire.

Pausé, C. (2007). *Invisible women: Exploring weight identity in morbidly obese women*. Dissertação de Doutoramento apresentada á Texas Tech University.

Pederiva, P.L.M (2005). O corpo no processo ensino-aprendizagem de instrumentos musicais: percepção de professores. Tese de Mestrado apresentada á Universidade Católica de Brasília, Brasília.

Pelican, S., Heede, F., Holmes, B., Melcher, L., Wardlaw, H., Raidl, M., Wheeler, B. & Moore, S. (2005). The power of others to shape our identity: body image, physical abilities and body weight. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34 (1), 56-79.

Pelham, B.W., Kooleb, S.L., Hardinc, C.D., Hettsd, J.J., Seaha, E., & DeHarte, T. (2005). Gender moderates the relation between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41(1), 84–89.

Peterson, V.M. (2003). Body Image and Dieting behaviours: A study of Athletes and non Athletes. Tese de Mestrado apresentada á Australian Catholic University. Australia.

Peterson, C.M. (2007). Body Image in Men: Drive for Muscularity and Social Influences, Body Image Evaluation and Investment, and Psychological Well-Being. Tese de Doutorado apresentada á University of Saskatchewan, Saskatoon.

Pettit, J. W., & Joiner, T. W. (2006). Cognitive vulnerability to suicide. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 125–154). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Prevos, P. (2005). Differences in body image between men and women. Psychology Monash University, 1-4. Recuperado a 14 de Novembro, 2010, em:

http://prevos.net/ola/body_image.pdf

Puskar, K., Bernardo, L.M., Fertman, C., Ren, D. & Stark, K.H. (2008). The relationship between Weight perception, Gender, and Depressive Symptoms among rural adolescents. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 8(1), 13-23.

Quilty, L.C., Sellbom, M., Tackett, JL & Bagby, R. (2009). Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 169(2), 159–163.

Rahkonen, A. (2004). Genetic and environmental influences on body image, disordered eating, and intentional weight loss. Tese de Doutorado apresentada á University of Helsinki, Helsinki.

Ramos, A.S., Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23(3), 295-304.

Ravaldi, C., Vannacci, A., Bolognesia, E., Mancinia, S., Faravellia, C., Valdo & Ricca, V. (2006). Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 529 – 535.

Rezende, C. H. A., Abrão, C. B., Coelho, E. P. & Passos, L. B. (2008). Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 315-323.

Rierdan J., & Koff E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32(127), 615-625.

Rios, O.F.L. (2006). Stress e Depressão em Estudantes Universitários. Tese de Mestrado apresentada ao Núcleo de Pesquisa em Psicossomática e Psicologia Hospitalar, São Paulo.

Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Cirillo, G., & Molinari, E. (2000). Virtual reality environment for body image modification: A multidimensional therapy for the treatment of body image in obesity and related pathologies. *CyberPsychology and Behavior*, 3(3), 421-431.

Rohde, P., Beevers, C.G., Stice, E., & O'Neil, K. (2009). Major and Minor Depression in Female adolescents: Onset, Course, Symptom Presentation, and Demographic Associations. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1339-1349.

Roma, F., Lebre, E., & Vasconcelos, O. (2003): A satisfação com a imagem corporal e a propensão para as desordens alimentares em praticantes de ginástica rítmica. Livro de Resumos do II Congresso Internacional Mulheres, Desporto – Agir para a mudança. Porto, Portugal, 16.

Rudd, N. & Lennon, S. (1994). Linkages between attitudes toward gender roles, body satisfaction, self-esteem and appearance management behaviors in women. *Family and Consumer Science Research Journal*, 23(2), 94-117.

Rudd, N., Lennon, S. (2000). Body image and appearance-management behaviors in college women. *Clothing and Textiles Research Journal*, 18(3), 152-162.

Rudd, N. & Lennon, S. (2001). Body image: Linking aesthetics and social psychology of appearance. *Clothing and Textiles Research Journal*, 19(3), 120-133.

Rumney, A. (2009). *Dying to please: anorexia, treatment and recovery*. McFarland. North Carolina.

Russo, R. (2005). Movimento & Percepção. *Espírito Santo de Pinhal*, 5(6). Recuperado a 21 de Junho, 2010, em:

<https://portalsaudebrasil.com/artigospsb/psico029.pdf>

Ruutel, E. (2004). Sociocultural contexto of Body Dissatisfaction and possibilities of vibroacoustic therapy in diminishing Body Dissatisfaction. Tese de Doutorado apresentada á Tallinn Pedagogical University, Tallinn.

Ryder, A.G., Bagby, R.M., Marshall, M.B., & Costa, P.T. (2005). The depressive personality: Psychopathology, assessment, and treatment. In Rosenbluth, M., Kennedy, S.H & Bagby, M. (Eds.), *Depression and personality: Conceptual and clinical challenges*. (pp. 65-94). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.

Saikali, C. J., Soubhia, C.S., Scalfaro, B.M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.

Salem, L.N. (2004). Does the gender-additive model of Depression apply? An examination of Body Image related risk factors in early adolescent boys and girls. Tese de Doutorado apresentada á University of Notre Dame, Indiana.

Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85–91.

Sandi, C., & Richter-Levin G. (2009). From high anxiety trait to depression: a neurocognitive hypothesis. *Trends Neurosciences*, 32(6), 312-20.

Santos, L.T.M. (2000). *Vivências Acadêmicas e Rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1º ano*. Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Minho, Braga.

Santos, G. D. (2007). *Dançoterapia Integrativa - uma metodologia na intervenção com Comportamentos Agressivos*. Tese de Doutorado apresentada á Universidade de Évora, Évora.

Saur, A. M., Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 199-209.

Scazufca, A. (1998). Abordagem psicanalítica da anorexia e da Bulimia como distúrbio da oralidade. Dissertação de Mestrado apresentada á Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

Schilder, P. (1968). *L'image du corps: étude des forces constructives de la psyché*. Paris: Éditions Gallimard.

Schippers, K. M.K. (2009). Black and White college men's preferred body types for black and white female figures. Tese de doutoramento apresentada á Indiana University of Pennsylvania. Pennsylvania.

Shepeliak, N. (2006). Gender and Cultural Diferences in Body Dissatisfaction and Self-esteem. Monografia apresentada á Pace University. New York.

Sigall, B., & Pabst, M.(2005). Gender literacy: enhancing female self-concept and contributing to the prevention of body dissatisfaction and eating disorders. *Social Science Information*, 44(1), 85-111.

Sira, N. (2003). Body Image: Relationship to Attachment, Body Mass Index and Dietary Practices among College Students. Tese de Doutoramento apresentada á Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia.

Sirucek, J., Rasticová, M. (2009). Parental trust and its relation to Body Image satisfaction and Depression in Adolescence. *E-psychologie*, 3(1), 30-42.

Skemp-Arlt, K.M, Rees, K.S, Mikat, R.P, Seebach, E.E (2006). Body Image Dissatisfaction Among Third, Fourth, and Fifth Grade Children. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(3), 58-67.

Skinner,H. (2008). The Freshman 15: Weight change in relation to body image and body measurements. Tese de Mestrado apresentada á Auburn University, Alabama.

Sklar, E.M. (2008).The Relationship of Fear of Intimacy, Body Image Avoidance and Body Mass Index. Tese de Doutoramento apresentada á Florida International University, Miami.

Smolak, L., Levine, M. P., & Striegel-Moore, R. (1996). *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image*, 1(1), 15-28.

Sobreira, C. (2008). Relação entre percepção auto-referida da imagem corporal de estudantes universitários da área de saúde e desenvolvimento da identidade corporal: um olhar psicodramático. Recuperado a 5 de Janeiro, 2011, em:

www.sedes.org.br/.../Imagem%20Corporal%20Celina%20Sobreira.pdf

Sparhawk, J.M. (2003). Body Image and the Media: The Media's influence on Body Image. Tese de Mestrado apresentada á University of Wisconsin- Stout. Menomonie.

Stice, E., & Shaw, H. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin ideal on women, and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(3), 288-308.

Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 438-444.

Strickland, A. (2004). Body Image and Self-Esteem: A Study of relationships and comparisons between more and less physically active college women. Tese de Doutorado apresentada á Florida State University.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders, 8* (5), 499-509.

Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2002). Body image issues among girls and women. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 183-191). New York: Guildford Press.

Swierkosz, N.(2010). Body Image Perception of Undergraduate Females as it Relates to Disordered Eating and Psychological Conditions. Monografia apresentada a The Ohio State University. Ohio.

Szymanski, M.L., & Cash, T.F. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory: Expansion of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(2), 134-146.

Terracciano, A., Merritt, M., Zonderman, A.B, & Evans, M.K. (2003). Personality Traits and Sex Differences in Emotions Recognition Among African Americans and Caucasians. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1000*(1), 309–312.

Tiemersma, D. (1989). Body schema and body image: An interdisciplinary and philosophical study. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Tiggemann, M. (2006). The role of media exposure in adolescent girls' body dissatisfaction and drive for thinness: prospective results. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(5), 523-541.

The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University [CASA], Depression, Substance Abuse and College Student Engagement: A Review of the Literature (2003). Recuperado a 13 de Abril, 2011, em:

<http://www.bringingtheorytopractice.org/pdfs/LitReviewDec03.pdf>

Thompson, J. K., & Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55(2), 339-353.

Turtelli, L., Tavares, M., Duarte, E. (2002). Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. *Revista Brasileira Ciências e Esporte*, 24(1), 151-166.

Valutis S., Goreczny A., Wister, J., Newton, H., Popp, S., & Vavrek, J. (2008). Relationships among Coping, Weight Preoccupation, and Body Image in College Undergraduates. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 2(1), 1-11.

Vanhatalo, H. (2009). Brief psychological intervention for depression— An ERP study. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Jyväskylä. Finland.

Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H.M., Mano, M. & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5(1), 21-32.

Verbunt J.A, Huijnen I.P, & Koke A. (2009). Assessment of physical activity in daily life in patients with musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, 13(3), 231–242.

Vicente, L.B (2005). Psicanálise e Psicossomática: uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1/2), 257-267.

Vieira, K.F.L. (2008). Depressão e Suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. Dissertação de Mestrado apresentada á Universidade Federal da Paraíba.

Vieira, K.F.L & Coutinho, M. P.L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e profissão*, 28 (4).

Villiers, M. (2006). *Body Image and Dating relationships amongst female adolescents*. Tese de Mestrado apresentada á University of Stellenbosch, South Africa.

Vohs, K.D., Voelz, Z.R., Pettit, J.W., Bardone, A.M., Katz, J., Abramson, L.Y., Heatherton, T.F., & Joiner, T.E. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(4), 476–497.

Wang, C., Alexander, G., Berman, N., Salehian, B., Davidson, T., McDonald, V., Steiner, B., Hull, L., Callegari, C., & Swerdloff, R.S. (1996). Testosterone replacement therapy improves mood in hypogonadal men—a clinical research center study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 81(10), 3578–3583.

Weiss, Gail. (1999). *Body image: Embodiment as intercorporeality*. New York: Routledge.

Withers-Hansen, K. S. (2008). *Body shape dissatisfaction: Patterns of concern among subgroups of college freshmen women*. Tese de Mestrado não publicada, Brigham Young University, Provo, Utah.

Wiederman, M. W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37(1), 60–68.

Wiederman, M.W., & Pryor, T.L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*. 27(1), 90–95.

Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2004). Depression-related stress generation: A longitudinal study of black adolescents. *Behavior Therapy*, 35(2), 247–261.

Wintre, M.G., & Sugar, L.A. (2000). Parenting, personality and the university transition. *Journal of College Student Development*, 41(2), 202-214.

Wright, J. (1997). The construction of gendered contexts in single sex and coeducational physical education lessons. *Sport, Education, and Society*, 2(1), 55-72.

Yager, K.M. (2008). *Body Image, Body Dissatisfaction, Dieting and disordered eating and exercise behaviours of trainee physical education teachers: Investigation and Intervention*. Tese de Doutorado apresentada á University of Sydney. Sydney.

Yang, H.J., Chiu, Y.J., Soong, W.T., & Chen, W.J. (2008). The Roles of Personality Traits and Negative Life Events on the Episodes of Depressive Symptoms in Nonreferred Adolescents: A 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Adolescent Health* 42(4), 378–385.

Yang J, Peek-Asa C, Corlette J.D, Cheng G, Foster D.T Albright J.(2007). Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17(6), 481-487.

Yousefi, F., Mansor, M.B., Juhari, R.B., Redzuan, M. & Talib, M.A. (2010). The Relationship between Gender, Age, Depression and Academic Achievement. *Current Research in Psychology*, 6(1), 61-66.

Zabinski, M., Calfas, K., Gehrman, C., Wilfley, D., & Sallis, J. (2001). Effects of a physical activity intervention on body image in university seniors: Project GRAD. *Journal Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 247-252.

Zornig, S. (2008). Corporeidade na clínica: algumas observações sobre os primórdios do psiquismo. *Tempo Psicanalítico*, 40(2), 327-337.

