Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física

A influência da Massagem Terapêutica na Imagem Corporal.

Estudo em idosos do sexo feminino.

Luciano Klostermann Antunes de Souza

Porto, Outubro de 2003

TM

Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

A influência da massagem terapêutica na imagem corporal.

Estudo em idosos do sexo feminino.

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre (Decreto-Lei N° 216/92, de 13 de Outubro) em Ciências do Desporto na área de especialização de Desporto de Recreação e Lazer, sob a Orientação do Professor Doutor Paulo Cunha e Silva e Co-orientação da Professora Doutora Maria Olga Vasconcelos.

Luciano Klostermann Antunes de Souza

Porto - 2003

SOUZA, Luciano Klostermann Antunes de - A influência da massagem terapêutica na imagem corporal. Estudo em idosos do sexo feminino. Porto: Ed. Autor, 2003. 128 p. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de Recreação e Lazer apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

MASSAGEM / TOQUE TERAPÊUTICO / IMAGEM CORPORAL / IDOSO

E-mail do autor:
lucianoklostermann@hotmail.com

À minha mãe,
por tudo,
dedico.

Agradecimentos

Na realização desta Dissertação, muitos foram os que directa ou indirectamente contribuíram, e para com todos sou muito grato.

Ao Professor Doutor Paulo Cunha e Silva, orientador deste trabalho, por aceitar trabalhar sobre um tema que não é da sua área específica de investigação, e pelo exemplo de intelectual que transita com mestria pelo Corpo e suas possíveis conexões com a Arte.

À Professora Doutora Olga Vasconcelos, nossa co-orientadora, pela disponibilidade em trabalhar junto; pelo empréstimo de material; pela estatística; pela forma de orientação, que levarei para a minha prática académica, e pela grande força na recta final.

Ao Conselho Directivo desta Faculdade, na pessoa do Professor Doutor Jorge Bento, e ao Conselho Científico, na pessoa do Professor Doutor António Marques, pelo apoio que vêm dando aos professores e alunos do Departamento de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba e, nestes dois anos passados, particularmente a mim, apoio este fundamental para a concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Jorge Mota, Coordenador do Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer, pelo apoio dado a nossa turma.

À Dona Rosa Oliveira que, além de resolver todas as questões burocráticas, me conduziu por histórias e lugares dessa gente de cá. Junto à ela, a sempre disponível Susana Teixeira.

Ao Professor Pedro Sarmento pelo apoio permanente aos brasileiros.

Ao André David, pela disponibilidade em resolver com extrema eficiência e simpatia todos os problemas informáticos.

Ao Pedro Novais, pelas sugestões bibliográficas e dicas na formatação da dissertação.

Ao Paulo Santos, pelo contacto com o Budismo.

À Dona Manuela e a todos do snack, por proporcionarem alegria na hora do lanche.

Ao Jorge Gentil e à Dra. Assunção por terem disponibilizado espaço para que eu pudesse trabalhar com massagem nesta cidade.

À Dra. Susana Vasconcelos, Directora do Lar da Associação de São Nicolau, que nos deu total apoio, possibilitando a realização da nossa investigação.

À Dra. Carmem Navarro que, com sua alegria contagiante, ajudou o trabalho a fluir.

À todas as senhoras que participaram, com entusiasmo, dos Grupos Experimental e Controlo, tornando o trabalho possível e apaixonante.

À todos os colegas do DEF - UFPB, que apostaram em mim, através da liberação para vir estudar no Porto. Especificamente, quero agradecer à Sandra Barbosa, Everaldo Torres e João Batista, por terem assumido as Disciplinas que estavam sob minha responsabilidade.

Ao Professor Timothy Ireland e à Professora Neide Miele, por todo o apoio junto à Reitoria da UFPB na minha liberação, e pelo acompanhamento enquanto cá estive.

Ao amigo António Ramos pela eficiente revisão do trabalho, e por provocar reflexões sobre o mesmo.

Aos manos Cléo e Lu Chianca, tradutores oficiais.

Ao jornalista Gibson Antunes, meu pai, pela leitura e sugestões para o trabalho.

Ao Sr. Marinho, pela paciência e pronto-atendimento.

À malta do Mestrado, pela cumplicidade, alegria e jantaradas!

Aos colegas do Núcleo de Estudantes Brasileiros, pelo convívio.

Ao Alberto Magno, grande amigo, pelo apoio em tantos momentos, por me apresentar ao Porto, por todos os espectáculos, pela cozinha científica e pelas meninas.

À Elisa Santos, por me mostrar olhos de paixão pelo Porto.

Ao Nuno e Bruno Viegas, pai e filho, pelas noites em "família", para conforto da Revisão.

À Alexandra Pinto pelas "traduções" e por proporcionar-me a primeira aprazível viagem por este país.

À Tecas Veloso pela leveza e força na recta final.

Ao Jallisson Bérgamo pela confiança, pelas viagens e pelos "papos profundos".

Ao Rodolfo, por trazer João Pessoa em si.

À Ivone Miranda, pela a paz...

À Miriam Saldanha, que me deu estímulos convincentes para vir, e casa e apoio quando cheguei.

Aos primos Guilherme e Carminha, apoio fundamental para as idas e vindas.

À todas as pessoas que, de várias formas, me deram força antes de vir, e também durante estes dois anos: Lourdes, Rossana, Lenita, Roberta, Vitória, Rosilda, Sérgio, Gisele, Rodrigo, Ricardo, Ritoca, Narcy, Hilda, Tia Neuma, Tio Anchieta, Tia Wil, Tia Bete, Fábio, e aos que por ventura eu tenha esquecido.

Ao Anderson Lima, braço forte nos momentos finais antes da travessia.

Ao Nildo Silva, pelo presente-sonho de um massagista.

À querida Marluce Maia, a "mão" amiga de todas as horas.

Ao Nelson Barros, amigo-irmão-procurador, por me fazer ver o óbvio e pelo apoio incondicional.

À Nevinha Klostermann, por cuidar tão bem de nós.

À minha querida irmã Frida, pela força e pela viagem que eu não fiz.

Ao meu querido irmão Érico, pelo carinho e pela viagem que fizemos.

E finalmente, à minha mãe, Dra. Martha Klostermann - amiga maior, pela vida, pelo amor, pela educação, pelo exemplo, por todo o apoio de sempre, por descascar os meus abacaxis, por segurar minha onda enquanto cá estou, por preparar a minha volta e pelo que virá!

À todos, o meu muitíssimo obrigado.

Índice geral

I - Introdução..... 1

1.1 Considerações preliminares..... 3

1.2 Justificação e estrutura do trabalho..... 4

II - Revisão da literatura..... 7

2.1 Massagem..... 9

2.1.1 Etimologia..... 9

2.1.2 Definição..... 10

2.1.3 Enquadramento histórico..... 11

2.1.4 Classificação: Massagem estética; Massagem desportiva; Massagem terapêutica..... 20

2.1.5 Manobras técnicas: Deslizamento (effleurage); Amassamento (pétrissage); Percussão (tapôtement); Fricção..... 22

2.1.6 Efeitos: Efeitos mecânicos; Efeitos reflexos; Efeitos psicológicos..... 23

2.1.7 Componentes da massagem: Ritmo; Duração; Direcção; Pressão; Frequência..... 25

2.1.8 Indicações..... 26

2.1.9 Contra-indicações..... 28

2.2 O Toque manual..... 29

2.2.1 A pele..... 29

2.2.2 O tacto..... 31

2.2.3 A mão..... 32

2.2.4 O toque..... 33

2.3 Imagem corporal..... 40
2.3.1 Conceito de imagem corporal..... 40
2.3.2 Percepção da imagem corporal..... 45
2.3.3 Satisfação com a imagem corporal..... 48
2.3.4 Imagem corporal da pessoa idosa..... 51

2.4 Interacção entre massagem e imagem corporal..... 54
2.4.1 Massagem e imagem corporal..... 54
2.4.2 Massagem e percepção da imagem corporal..... 58
2.4.3 Massagem e satisfação com a imagem corporal.. 61

III - Objectivos e hipóteses..... 63

3.1 Objectivo geral..... 65

3.2 Objectivos específicos..... 65

3.3 Hipóteses..... 65

IV - Metodologia..... 67

4.1 Caracterização do estudo..... 69

4.2 Caracterização da amostra..... 69
4.2.1 Escolha da população..... 69
4.2.2 Critérios de selecção..... 69
4.2.3 Selecção da amostra..... 70

4.3 Material e métodos..... 73
4.3.1 Questionário de identificação pessoal, dados gerais de saúde e de actividade física..... 73

4.3.2 Avaliação da percepção da imagem corporal.... 74
4.3.3 Avaliação da satisfação com a imagem corporal 76
4.3.4 Protocolo de massagem..... 77
4.3.5 Programação das actividades..... 78
4.3.6 Instrumentarium..... 79

4.4 Procedimentos estatísticos..... 79

V - Apresentação e discussão dos resultados..... 81

5.1 Percepção da imagem corporal..... 83
5.1.1 Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação..... 83
5.1.2 Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação..... 85
5.1.3 Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações..... 87
5.1.4 Percepção da imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações..... 89
5.1.5 Discussão..... 91

5.2 Satisfação com a imagem corporal..... 94
5.2.1 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação..... 94
5.2.2 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação..... 96

5.2.3 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações..... 98
5.2.4 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações..... 100
5.2.5 Discussão..... 102

5.3 Dados gerais de saúde..... 105
5.3.1 Dores no corpo..... 105
5.3.2 Qualidade do sono..... 106
5.3.3 Peso corporal..... 107
5.3.4 Discussão..... 109

VI - Conclusões..... 111

VII - Recomendações..... 115

VIII - Bibliografia..... 119

Anexos..... 129

Índice de quadros

Quadro IV-1 - Número de indivíduos e respectivas idades (x±sd, valores mínimo e máximo)..... 71

Quadro IV-2 - Tipo de residência (número e percentagem de indivíduos)..... 71

Quadro IV-3 - Relação com o contacto físico (número e percentagem de indivíduos)..... 71

Quadro IV-4 - Prática de actividade física e de fisioterapia (número e percentagem de indivíduos)..... 72

Quadro V-1 - Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação (x±sd, valores de z e p)..... 84

Quadro V-2 - Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo controlo na segunda avaliação (x±sd, valores de z e p)..... 86

Quadro V-3 - Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações (x±sd, valores de z e p)..... 88

Quadro V-4 - Percepção da imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações (x±sd, valores de z e p)..... 90

Quadro V-5 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação (x±sd, valores de z e p)..... 95

Quadro V-6 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação (x±sd, valores de z e p)..... 97

Quadro V-7 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações (x±sd, valores de z e p)..... 99

Quadro V-8 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações(x±sd, valores de z e p)..... 101

Quadro V-9 - Dores no corpo dos indivíduos dos dois Grupos na primeira e na segunda avaliações (número de indivíduos e percentagem).....105

Quadro V-10 - Qualidade do sono dos indivíduos dos dois Grupos na primeira e na segunda avaliações (número de indivíduos e percentagem)..... 106

Quadro V-11 - Peso corporal e o nível de satisfação no item *Peso* do Questionário *BISQ* dos indivíduos do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações (valores de cada indivíduo)....107

Quadro V-12 - Peso corporal e o nível de satisfação no item *Peso* do Questionário *BISQ* dos indivíduos do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações (valores de cada indivíduo)....108

Resumo

O presente estudo caracteriza-se como longitudinal de concepção quase-experimental e teve como objectivo analisar o efeito de um protocolo de massagem na percepção e na satisfação com a imagem corporal.

Foram duas as hipóteses: (i) a experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *percepção* da imagem corporal; (ii) a experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *satisfação* com a imagem corporal.

A amostra foi composta por 15 idosos do sexo feminino, sendo oito do Grupo Experimental, com idades variando dos 58 aos 81, e sete do Grupo Controlo, com idades variando entre os 66 e 85. Os indivíduos foram seleccionados num Lar para Idosos no Concelho do Porto.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: o *Body Size Estimation Method - BSEM* de Kreitler e Kreitler (1988), e o *Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ*, desenvolvido por Lutter et al. (1990). Recorreu-se ainda a um questionário de identificação pessoal, dados gerais de saúde e de actividade física.

Utilizamos os seguintes procedimentos estatísticos: para as variáveis observadas foram calculadas as médias, desvio padrão, máximos, mínimos e percentagens; usamos o Teste de Wilcoxon para comparação da mesma amostra em momentos diferentes; e o Teste de Mann-Whitney para comparação de amostras independentes em cada momento de avaliação.

Através dos resultados desta investigação verificou-se que:

- O protocolo de massagem empregue surtiu efeito sobre a percepção da imagem corporal, confirmando a primeira hipótese.
- A segunda hipótese, a experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *satisfação* com a imagem corporal, teve plena confirmação, reforçando as referências da literatura sobre os benefícios do toque sobre a pele, e da manipulação dos sistemas orgânicos para o bem-estar e satisfação com o próprio corpo.

Palavras-chave: MASSAGEM / TOQUE TERAPÊUTICO / IMAGEM CORPORAL / IDOSOS

Abstract

We describe the present study as a longitudinal one, of quasi-experimental concept, whose purpose was to analyze the effect of a massage program upon the perception of, and the satisfaction with the bodily image.

There were two hypotheses: (i) the massage experience unleashes significant changes in the *perception* of the body image; (ii) the massage experience unleashes significant changes in the *satisfaction* with the body image.

The survey was made with 15 elderly females. Eight of which, ages from 58 up to 81, belonged to the experimental group, while the other seven, ages from 66 to 85, constituted the control experiment. The respondents were selected from a facility for the elderly in the city of Porto.

The evaluation tools used were: *Body Size Estimation Method - BSEM* by Kreitler and Kreitler (1988), and *Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ*, developed by Lutter et al. (1990). Furthermore the survey incorporates data on the respondents' personal identification, general health information, and physical activity.

We used the following statistical procedures: calculation of averages, standard deviations, maximums, minimums, and percentages of the observed variables; The Wilcoxon Test to compare same samples at different moments; The Mann-Whitney Test to compare independent samples at any given moment of the evaluation.

This investigation allowed us to determine the following results:

- The massage procedure utilized reflects change upon the *perception* of the bodily image, thus confirming the first hypothesis.
- The second hypothesis, the massage experience unleashes significant changes in the *satisfaction* with the bodily image, could be entirely confirmed, which reinforces the existing scientific literature on the positive responses to the touch on the skin, and to the manipulation of organic systems in providing well-being, and physical satisfaction.

Keywords: MASSAGE / THERAPEUTIC TOUCH / BODY IMAGE / ELDERSHIP

Résumé

Cette étude est définie comme longitudinale de conception prèsque-expérimentale. Elle a analysé l'effet d'un programme de massage sur la perception et la satisfaction avec l'image corporelle.

Deux hypothèses ont guidé notre démarche : (i) l'expérience de massage entraîne à des changements importants dans la *perception* de l'image corporelle; (ii) l'expérience de massage entraîne à des changements importants dans la *satisfaction* de l'image corporelle.

L'échantillon a été composé de 15 personnes âgées du genre féminin, dont huit composaient le Groupe Expérimental, âgé de 58 à 81 ans, et sept du Groupe de Contrôle, âgé de 66 à 85 ans. Les individus ont été choisis parmi les hôtes d'un Lar para idosos (Résidence de personnes âgées), du Concelho du Porto.

Les instruments d'évaluation employés ont été: le *Body Size Estimation Method - BSEM* de Kreitler e Kreitler (1988), et le *Body Image Satisfaction Questionnaire -BISQ*, développé par Lutter et al. (1990). On a eu aussi recours à une enquête d'identification personnelle, données générales de la santé et activité physique.

Nous avons employé les procédures statistiques suivantes : pour les variables observées ont été calculés des moyennes, écart- types, des maximum, des minimum et pourcentages; nous avons employé le Teste de Wilcoxon pour comparer les mêmes échantillons à des moments divers; et le Test de Mann-Whitney pour comparer des échantillons indépendants à chaque moment de l'évaluation.

Les résultats de cette recherche ont révélé que:

- Le programme de massage employé a eu d'effet sur la *perception* de l'image corporelle. La première hypothèse a été confirmée.
- La deuxième hypothèse, l'expérience de massage incite à des changements importants dans la *satisfaction* de l'image corporelle, a été largement confirmée, renforçant ainsi les références de la littérature à propos des bénéfices du toucher sur la peau, et de la manipulation des systèmes organiques pour le bien-être et la satisfaction avec son corps à soi.

Mots clés: MASSAGE / TOUCHER THÉRAPEUTIQUE / IMAGE CORPORELLE / PERSONNES AGEES.

I - I N T R O D U Ç Ã O

I - Introdução

1.1 Considerações preliminares

A massagem e o toque manual confundem-se com a história da humanidade. Desde os tempos mais remotos, diferentes registos denotam o uso das mãos como meio para tratar do próximo (Calvert, 2002).

A partir do Oriente, berço da massagem, e da cultura greco-romana, verificam-se sucessivas alterações e desenvolvimentos, directamente ligadas com a evolução do conhecimento em diversas áreas. A massagem chega assim até a época contemporânea com estatuto de prática terapêutica científica, com reconhecimento internacional (Huard e Wong, 1990; Calvert, 2002).

Ocorrendo de forma técnica, através de uma sessão de massagem, ou de forma espontânea, cuidando de um ente próximo, por exemplo, o toque vê hoje realçada a sua importância na saúde do ser humano. Essa importância passa, entre outros aspectos, pela dinâmica entre a pele, o tacto e as mãos, que resultam no tocar e ser tocado, com efeitos conhecidos sobre o organismo.

Desde o nascimento, o toque corporal é fundamental para a saúde e conforto do bebé. A qualidade deste toque é determinante na estruturação do ego e na dinâmica entre a psique e o soma. Contribui para a configuração dos limites, desenho mental e sentimento que se desenvolve pelo corpo (Montagu, 1988). Mas, para além desta fase, em todas as etapas da existência, da infância até a senescência, o toque é fundamental para vários aspectos do indivíduo como, por exemplo, o físico, o afectivo ou o sexual.

Ao desenho ou forma que temos mentalmente do nosso corpo chamamos imagem corporal (Schilder, 1935, citado por

Vasconcelos, 1995). Numa definição posterior, Cash et al. (1991), referidos em Vasconcelos (1995), definem esta como sendo uma elaboração multifacetada baseada em componentes perceptivas, relacionadas objectivamente com a aparência física, e de atitude, ligadas aos sentimentos e pensamentos sobre o corpo.

Ao longo da vida do indivíduo, a imagem corporal vai sofrendo mudanças que são determinadas pelas próprias mudanças ocorridas a nível físico, pelas experiências corporais vividas (e.g., a relação táctil ou a actividade física), pela qualidade das relações afectivas e pelos valores sociais nos quais se está inserido.

Considerando a característica plástica da imagem corporal, a mesma encontra-se, a qualquer momento da vida, com possibilidades de mudanças, seja no aspecto da percepção ou da satisfação.

A massagem, através da estimulação sobre a pele e sobre diversos sistemas orgânicos, vai exercer influência sobre a imagem corporal.

O toque sobre a pele, através das manobras de massagem, contribui na sensibilização dos limites corporais, definindo o *self* do não-*self*. Através da pele, esses estímulos atingem o sistema nervoso central, que por sua vez desencadeia respostas para todo o organismo, trazendo sensações de prazer e de alívio para os desconfortos corporais.

1.2 Justificação e estrutura do trabalho

Ao longo da nossa experiência na área de massagem, seja como professor ou como massagista, temos vindo a perceber a importância que esta proporciona às pessoas, seja na prevenção e ou cura de patologias, ou simplesmente no bem-estar físico e emocional.

Apesar de hoje já encontrarmos investigações feitas na área da massagem, são poucos os trabalhos realizados sobre a relação entre esta e a imagem corporal. Também não encontramos nenhum com referência específica à população do nosso estudo, a de idosos do sexo feminino. A escolha por esta população deveu-se ao facto de que são pessoas que não são muito tocadas corporalmente e têm disponibilidade para se submeterem ao estudo.

Para desenvolvermos esta investigação, começamos por elaborar uma revisão bibliografia específica das áreas do estudo, ou seja, a massagem e a imagem corporal, o que nos posicionou com mais clareza e profundidade sobre o tema (Capítulo II).

Este estudo tem como propósito analisar o efeito de um programa de massagem na percepção e na satisfação com a imagem corporal. Nossas hipóteses são de que a experiência com massagem acarreta mudanças significativas na percepção e na satisfação com a imagem corporal (Capítulo III).

Como metodologia (Capítulo IV), optámos por um estudo longitudinal quase-experimental, onde aplicamos um Protocolo de massagem com doze sessões semanais com uma hora de duração para cada sessão. Trabalhamos com um grupo experimental e um grupo controlo.

Para a avaliação nos momentos inicial e final, utilizamos os seguintes instrumentos:

- O *Body Size Estimation Method - BSEM* de Kreitler e Kreitler (1988) para a percepção da imagem corporal.
- O *Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ*, desenvolvido por Lutter et al. (1990), para a satisfação com a imagem corporal.
- Utilizamos ainda um questionário de identificação pessoal, dados gerais de saúde e de actividade física para

delinearmos o perfil dos grupos e para a verificação de alguns dados nos dois momentos de avaliação.

Apesar do apoio recebido pela Direcção do Lar para Idosos onde desenvolvemos o trabalho, este apresentou algumas limitações, seja no tocante ao tempo para a aplicação do protocolo, ou na disponibilidade de material e de espaço para realizar as sessões de massagem.

Ao final do Protocolo fizemos a apresentação e discussão dos resultados, analisando as hipóteses por nós levantadas, o que nos levou a algumas conclusões e consequentes recomendações para novas investigações (Capítulos V, VI e VII).

II - REVISÃO DE LITERATURA

II - Revisão da literatura

2.1 Massagem

2.1.1 Etimologia

A palavra *massagem* não tem uma origem definida com precisão, existindo mais de um étimo de onde pode ter derivado. Um deles é o verbo árabe *mass,* tocar, hipótese defendida por Savary que, em 1785, fazendo uma reportagem no Egipto, observou neste país a prática de massagem. Outra possibilidade leva-nos à palavra grega *massein,* que significa igualmente tocar. Temos também como possível fonte a palavra *makch* - bater ou pressionar - do sânscrito (Calvert, 2002).

Kamenetz (1960) referido em Calvert (2002), sustenta que, independentemente da sua origem grega ou árabe, houve uma evolução para as palavras francesas *masser* (massajar), *massage* (massagem), *masseur* e *masseuse* (massagista), argumento também usado por Knapp (1994), que lembra terem sido no século XVIII traduzidos para francês livros chineses sobre massagem, facto determinante na utilização da terminologia francesa em textos de massagem. A palavra *massagem* como substantivo aparece pela primeira vez no Dicionário Franco-Alemão em 1812, sustentado por Kamenetz (1960), citado em Calvert (2002). Um pouco mais tarde, parece ter-se disseminado internacionalmente. Segundo o norte-americano *Thomas Medical Dictionary,* de 1886, citado por Wood e Becker (1984), *massagem,* proveniente do grego, quer dizer amassar.

A língua portuguesa recebeu o vocábulo do francês *massage,* substantivo derivado do verbo *masser,* segundo

informa o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, que dá 1899 como data dos primeiros registos da palavra em Português.

2.1.2 Definição

Massagem remete-nos para um universo que engloba diversas técnicas de tratamento através das mãos. Detalhar este universo implica cruzar diversas definições, parcelares, que se complementam, trazendo informações sobre o tipo, sobre as indicações, sobre os sistemas (orgânicos), sobre as formas de actuação e resultados obtidos, enriquecendo a nossa compreensão sobre o fenómeno.

Graham (1884), citado por Rechtien et al. (2002, p.564), definiu massagem como "um grupo de procedimentos que usualmente são feitos com as mãos, tais como fricção, amassamento, rolamento e percussão dos tecidos externos do corpo de uma variedade de maneiras, com um objectivo curativo, paliativo ou higiénico em vista". Gertrudes Beard, em 1952, citada por Marx e Camargo (1986, p.103), define massagem como "o termo usado para designar manipulação dos tecidos moles do corpo, com o propósito de produzir efeitos locais e gerais a nível do sistema muscular, nervoso, respiratório e de circulação sanguínea e linfática".

Battista et al. (1982) consagram a massagem como o conjunto de séries organizadas, metódicas e movimentos de manipulações que se executam sobre uma região do corpo com fins estéticos, higiénicos, preventivos, terapêuticos e desportivo.

Wood e Becker (1984) acrescentam que a massagem é uma das formas mais antigas de tratamento das doenças humanas e tem como objectivo produzir efeitos terapêuticos nos

tecidos nervosos, musculares, sistema respiratório do organismo, bem como na circulação geral e local de sangue e linfa.

Knapp (1994, p.419) usa o termo massagem para designar "um grupo de manipulações sistemáticas e científicas dos tecidos corporais, mais eficazmente executadas com as mãos, com o propósito de afectar os sistemas nervoso, muscular e a circulação geral".

Segundo Pinheiro (1998, p.110), a massagem "deve ser entendida como um conjunto de manobras sistematizadas, aplicadas sobre os tecidos moles da superfície corporal, com motivações terapêuticas".

Encontramos mais recentemente em Calvert (2002, p.11) uma definição mais abrangente:

> "Massagem: Da palavra grega *massein* (amassar). É a manipulação do corpo através de amassamento, deslizamento, fricção, percussão, vibração e outros métodos - aplicados com as mãos, pés, cotovelos, antebraços, ou com materiais como pedra, madeira, cerâmica, marfim, metal, osso, ou ainda com aparelhos que se operam manualmente, por vapor, bateria ou energia eléctrica, incluindo eventualmente o uso da água, de ervas, sais e argila - que podem produzir directa ou indirectamente vários efeitos terapêuticos, sensações de prazer ou de dor, um sentimento de ser cuidado e apoiado, uma elevação do espírito e um geral bem-estar."

2.1.3 Enquadramento histórico

O aparecimento da massagem perde-se num horizonte de que não se consegue vislumbrar o início. Para Calvert (2002), a história da massagem confunde-se com a história

do toque, ambas entrelaçadas com a história da humanidade. Ideia reforçada por Pinheiro (1998), que afirma que a história da massagem se funde com a evolução do Homem e com as formas de compreensão da doença. Sabemos também que através de toda a História a prática da massagem, mesmo não referida como tal, esteve sempre presente no contexto cultural da medicina, podendo ser vista como uma componente essencial da medicina tradicional, com a palavra "tradicional" significando um uso antigo e ou muito comum (Rechtien et al., 2002).

O termo concreto *massagem* só surge no ano de 1812, mas os investigadores vêm inferindo a existência muito anterior das práticas nela envolvidas, através de registos pictóricos e escritos de diferentes épocas. São imagens e textos que relatam procedimentos terapêuticos envolvendo gestos feitos com as mãos, com outras partes do corpo ou com algum instrumento, e que se enquadram no domínio técnico actual da massagem.

Os registos mais antigos, de 15000 a.C., pinturas rupestres (encontradas em território chinês), mostram que as formas de cura pela massagem já eram usadas antes do desenvolvimento das civilizações conhecidas (Carroll e Brown, 1999). Segundo estes autores, acredita-se que o desenvolvimento do contacto como instrumento de cura parte do instinto primitivo, existente nos humanos e nos animais, para oferecer conforto a outro ser vulnerável. Esta ideia é defendida igualmente por Knapp (1994, p.419), ao dizer que "a massagem é provavelmente o mais antigo de todos os remédios, já que é instintivo não somente nos humanos mas também nos animais inferiores"; e por Pinheiro (1998,

p.109), que sustenta que "massajar um segmento corporal representa a primeira resposta instintiva à agressão".

Nos tempos mais remotos acreditava-se que as doenças eram causadas por demónios, espíritos ou actos pecaminosos do paciente e o tratamento era feito através de rituais sagrados aonde, entre os recursos terapêuticos, se incluíam manobras de massagem (Calvert, 2002).

Brooke (1997), citada em Calvert (2002), conclui através do estudo de talhas e desenhos que no Egipto, mais precisamente no período da Rainha Isis (4000 a.C.), já se fazia uso racional da massagem. Uma outra pintura feita por volta de 2200 a.C., na tumba do sacerdote egípcio Akhmahor, evidencia também a prática de formas de massagem (Calvert, 2002). O mais antigo tratado médico egípcio, *Ebers Papyrus*, de cerca de 1600 a.C., referido em Carroll e Brown (1999) e em Calvert (2002), faz mesmo alusão textual ao uso de terapia manual através da fricção.

Na China, o Livro Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo, também conhecido como *Nei Ching*, traz claras referências à massagem. Não existe uma data precisa para a origem deste livro, podendo ser de 2500, 1000 ou 100 a.C., como referido por Calvert (2002). Este antiquíssimo livro, segundo Huard e Wong (1990), já sugere a massagem para activar a circulação sanguínea. Na época que medeia os anos de 581 e 907 d.C., os estudiosos chineses organizaram o Colégio de Massagistas, que era dirigido por um especialista chamado Doutor em Massagens, sendo a massoterapia largamente empregada pelos pediatras, segundo Li citado por Huard e Wong (1990).

O supremo documento místico da Medicina indiana, o *Ayur Veda* (1800 a 1500 a.C.), traz alguns termos em

sânscrito que traduzem a presença da massagem (Calvert, 2002). Por considerar o corpo como instrumento indispensável da alma, algumas tradições indianas defendem que é preciso dominá-lo e cuidar dele para atingir a perfeição moral e a beatitude. Como recurso para alcançar este fim superior, desenvolveu-se desde os tempos antigos a prática de balneoterapia e de cinesiterapia, incluindo nesta algumas técnicas de massagem (Huard e Wong, 1990).

Disseminando-se até à antiga Grécia a partir do Oriente, a massagem foi praticada para manutenção da saúde, juntamente com o exercício físico, desde 1000 a.C., sendo descrita por Homero como parte do regime terapêutico recomendado para os guerreiros, (Carroll e Brown, 1999).

Hipócrates (460 - 380 a.C.), estudioso grego considerado o pai da medicina moderna, usou a palavra *anatripsis* para designar massagem (Wood e Becker, 1984). Calvert (2002) acrescenta que *anatripsis* significa "friccionar para cima", sendo este tipo de procedimento terapêutico revolucionário, pois antes do aparecimento deste conceito as fricções eram feitas do centro do corpo para as extremidades, acreditando-se que assim se moviam os espíritos do mal ou as doenças invasoras para fora do corpo. A fricção advogada por Hipócrates, feita para cima, tinha como objectivo mover os fluidos corporais das extremidades para o centro do corpo, permitindo eliminar o material tóxico através do tracto alimentar. O precursor da medicina deslocou desta forma o foco da abordagem mágica para a análise científica, abandonando os rituais e a especulação por uma prática terapêutica marcada por uma observação apurada, pautada pelo pensamento lógico, e com princípios de diagnóstico e de tratamento, (Calvert, 2002). Nos seus documentos sobre massagem, o físico detalhou

pormenores sobre o uso da fricção após distensões e luxações, bem como em caso de constipação (Knapp, 1994).

Apesar das considerações de Hipócrates sobre a massagem, o seu uso na medicina foi discreto, embora bastante desenvolvida em ginásios e banhos públicos. No seu auge, os ginásios gregos eram particularmente devotados ao exercício, massagem e banhos (Calvert, 2002). Era lá que os atletas e cidadãos discutiam política e os jogos do dia, descansavam e se massajavam, refere Yegul (Calvert, 2002).

Também em Roma a massagem conheceu grande expansão. Asclepiades (124 - 40 a.C.), médico grego estabelecido na capital do Império, não seguia a doutrina hipocrática, tendo a sua própria forma de conduzir os tratamentos. Segundo Kamenetz (1960), ele considerava a massagem como o terceiro recurso terapêutico mais importante, depois da hidroterapia e do exercício físico. Kellog (1895) citado em Calvert (2002), acrescenta que Asclepiades abandonaria mesmo o uso de medicamentos para fazer uso exclusivo de massagens. Mas, apesar de a usar para tratar diversos problemas, enumera também algumas contra-indicações como, por exemplo, no caso de febre.

A influência das doutrinas gregas confirma-se posteriormente no seio do Império. Os conhecimentos hipocráticos irradiam-se até à Idade Média, mas foi antes, na Roma antiga, que encontram solo fértil (Hauschka, 1985).

Entre os vários romanos seguidores de Hipócrates, dois houve que se destacaram: Aulus Cornelius Celsus (25 a.C. - 57 d.C.) e Claudius Galenus (130 - 201 d.C.). O primeiro, mais conhecido pelos seus escritos do que pela prática médica, enumerou indicações terapêuticas de massagem para pacientes com problemas pulmonares, estomacais, dores de cabeça e com sobrepeso. Celsus redigiu também um texto

sobre a *anatripsis*, com detalhes não descritos pelo mentor grego. Galenus, por seu lado, seria considerado o segundo maior médico da antiguidade depois de Hipócrates, de quem foi ardente discípulo. No seu livro, *Hygiene*, revela uma profunda dedicação à massagem, com indicações de técnicas específicas para os períodos da manhã e da noite, detalhes sobre várias manobras de massagem, e sobre a preparação e duração de uma sessão. Prescrevia ainda que todo exercício deveria ser seguido por massagem com óleo (Calvert, 2002).

Na antiguidade greco-romana, a figura da parteira tinha muita importância nos serviços de saúde. Numa situação de parto o trabalho do médico só era solicitado quando havia qualquer complicação. Era frequente a utilização de massagens no corpo da grávida para aliviar as dores, e, mais especificamente, nos seios para aliviar os inchaços (Calvert, 2002).

O declínio do Império Romano e a ascensão do Cristianismo marcam o começo da Idade Média, período durante o qual as actividades voltadas para os cuidados com a saúde e o bem-estar físico, como a prática de actividade física e a massagem, caíram em desuso. Os banhos públicos, aonde era frequente a prática de massagem, foram abolidos pelos primeiros romanos cristãos porque se tinham tornado locais onde as práticas sexuais eram mais comuns do que as curativas. Na Europa, a massagem e outros tratamentos tradicionais foram associados à magia ou bruxaria, os curandeiros que a praticavam foram perseguidos (Carroll e Brown, 1999). Apesar deste panorama, nos países árabes, na Índia, na China e até mesmo em alguns lugares da Europa, enquanto se desenrolava a Idade Média, a massagem manteve-se muito viva (Calvert, 2002).

Avicena (980 - 1037), estudioso árabe que foi médico chefe no Hospital de Bagdad, escreveu uma enciclopédia médica, *Canon Medicinae*, aonde fez referência ao uso de massagem descrevendo com pormenores algumas manobras e suas indicações para dispersar os catabólicos formados nos músculos e não expelidos pelo exercício (Calvert, 2002). A massagem é descrita em importantes textos persas datados dos séculos IX e XI, Carroll e Brown (1999), e na China, no período que vai de 1368 a 1644, a massagem separa-se definitivamente da pediatria e conhece uma renovação. Aqui surgem os livros clássicos *Segredos da massagem* e *Tratado das massagens* (Huard e Wong, 1990).

O Renascimento resgata a Antiguidade Clássica e ao mesmo tempo traz um impulso para o novo, características que marcaram as artes e as ciências deste período. Até ao século XV, as crenças e os tabus religiosos não permitiam o avanço nos estudos de anatomia. Em 1543, com a obra *De Humani Corporis Fabrica* (A Fábrica do Corpo Humano) do anatomista André Vesálio, "pela primeira vez o corpo humano é dissecado de forma sistemática e o resultado é dado à estampa" (Cunha e Silva, 1997, p.109). As universidades reconhecem a importância deste conhecimento para a evolução da medicina, e incluem-no nos seus currículos. Este movimento representa um grande salto para a medicina. O novo entendimento de anatomia e de fisiologia traz uma nova compreensão do corpo humano, que se faz reflectir directamente na forma de o tratar.

A massagem foi revalorizada, sendo referida pelos mais importantes médicos da época com detalhes, contemplando manobras, efeitos, forma de tratamento, produtos utilizados nas sessões. Era indicada para fins diversos como problemas

articulares, melhor circulação dos líquidos corporais e recuperação após certos tipos de cirurgia (Calvert, 2002).

A partir do início do século XIX, regista-se um grande avanço no desenvolvimento da massagem. Surgiram algumas escolas pela Europa e Estados Unidos; alguns métodos de massagem foram sistematizados e lançados trabalhos científicos sobre o tema.

Peter Henrik Ling (1776 - 1837), sueco, sofria de dores reumáticas e curou-se através de ginástica e de massagem. A partir desta experiência, passou a interessar-se exclusivamente por essas duas áreas. Ling não foi um criador de novos métodos de massagem, mas um grande estudioso e divulgador, chegando a fundar em Estocolmo um instituto de massagem que alcançou fama mundial (Hauschka, 1984).

Na segunda metade do século, Johan Georg Mezger (1838 - 1909), médico holandês, dá um carácter mais científico à massagem, tendo publicado uma dissertação doutoral em 1868 intitulada "O tratamento das entorses nos pés através de fricção". Escreveu também um pequeno livro sobre massagem, fundou a mais antiga associação de massagistas e o mais antigo periódico da profissão (Calvert, 2002).

Nos Estados Unidos, o Professor Silas Weir Mitchel (1829 - 1914), neurologista, foi quem primeiro chamou a atenção da classe para a importância da massagem através de um artigo publicado num jornal médico. Em 1895, John Harvey Kellog, M.D., lançou o livro *The Art of Massage, Its Physiological Effects and Therapeutic Applications,* que teve várias reedições e se tornou um clássico, sendo ainda hoje usado em algumas escolas de massagem, (Calvert, 2002).

Ainda no século XIX, os médicos que utilizavam massagem como recurso terapêutico defendiam-na no

tratamento de vários problemas de saúde como doenças do sistema circulatório, anemia, doenças dos nervos e dos músculos, enfisema pulmonar, algumas doenças do coração e constipação crónica, entre outros (Calvert, 2002).

A partir do século XX, a massagem conhece um grande desenvolvimento promovido pela Enfermagem, entrando no currículo de muitas das suas escolas. Foi utilizada como recurso terapêutico para cuidar dos feridos da I e da II Guerras Mundiais. Muitos livros sobre massagem foram editados para a formação dos futuros enfermeiros, (Calvert, 2002).

Grandes foram os avanços da massagem desde então. Cunha e Silva (1997, p.105) diz que "a partir dos anos sessenta se assiste à concretização de um novo imaginário do corpo. Surge um corpo que perdeu a vergonha de si, que se expõe de modo algo afrontoso e reivindicativo, em que o desejo da boa forma se confunde com o culto das boas formas". Para Carroll e Brown (1999), a década de 60 assistiu a um movimento que colocava maior ênfase em formas naturais e instintivas de vida, incluindo um revivalismo das terapias naturais de contacto. Ideia reforçada por Calvert (2002), assinalando que houve uma proliferação de técnicas de massagem em conjunção com as transformações dos anos 60 e 70.

Depois desse momento, vieram as inovações. As técnicas de massagem que já existiam foram desenvolvidas e outras dezenas foram criadas. A Massagem passa a ser uma modalidade terapêutica independente e amplamente utilizada.

Chegamos, portanto, ao século XXI com um panorama positivo em relação à massagem. Existem hoje, em vários países, escolas para formação de massagistas; muitas

universidades incluíram nos seus currículos a disciplina massagem e passaram a desenvolver pesquisas nesta área; profissionais de campos distintos, como a medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e educação física, entre outras, incorporaram ou passaram a indicar a massagem como recurso terapêutico. Associações profissionais foram criadas; periódicos específicos passaram a ser editados e reportagens sobre massagem começaram a aparecer nos media; a prática de massagem popularizou-se, passando a ser realizada em clínicas, hospitais, escolas, clubes desportivos, centros comerciais e até em praças públicas; e com o advento da Internet foram criados muitos sites para informação, discussão e comércio dos produtos de massagem.

2.1.4 Classificação

Inicialmente, citando Rechtien et al. (2002), a massagem pode ser classificada, reconhecidamente com importante superposição, segundo as suas variantes ocidentais e orientais. Como vimos no enquadramento histórico, a massagem no Ocidente teve grande desenvolvimento na Antiguidade Clássica, seguido por um período de declínio na Idade Média até ao seu resgate no Renascimento, conhecendo a partir do século XX um grande desenvolvimento científico, que a tornou uma prática popular nos dias de hoje. No Oriente, além da origem mais antiga, "os sistemas de massagem evoluíram ao longo de muitos séculos e estão integrados na cultura do país aonde são praticados" (Rechtien et al., 2002, p. 566).

Incidindo especificamente sobre as massagens ocidentais, objecto do nosso estudo, a classificação é feita segundo a sua finalidade: estética, desportiva ou terapêutica.

Massagem estética

A massagem estética pode ser só facial ou abranger o corpo todo e tem como objectivos, segundo Oliveira (1989), promover uma renovação da pele retirando as suas impurezas e células mortas, estimular o fluxo sanguíneo da pele melhorando a sua nutrição. Na primeira, pretende-se ainda, de forma direccionada, fortificar os músculos do rosto combatendo a formação de rugas.

Massagem desportiva

É o tipo de massagem utilizada por desportistas, podendo acontecer dentro do seu programa regular de treino, em situações de pré-competição, ou para recuperação pós-competição. A massagem desportiva actua permitindo ao atleta manter os músculos num melhor estado de relaxamento, flexibilidade e nutrição, bem como reduzir as dores musculares e recuperar de uma lesão mais rapidamente (Kresge, 1988).

Massagem terapêutica

Esse tipo de massagem inclui, tal como os anteriores, diversas técnicas. Segundo Oliveira (1989), destina-se a normalizar as funções orgânicas, actuando inclusivamente no campo da prevenção. A *American Massage Therapy Association* (1999), define-a como o recurso no qual o terapeuta aplica técnicas manuais, podendo também aplicar terapias adjuntas, com a intenção de afectar positivamente a saúde e o bem-estar do cliente. Rechtien et al. (2002) descrevem-na como a manipulação terapêutica dos tecidos moles do corpo com um objectivo de normalização daqueles mesmos tecidos.

2.1.5 Manobras técnicas

"Provavelmente não há nenhuma outra área da medicina manual onde se verifique maior confusão de terminologia do que em massagem" (Rechtien et al., 2002, p.564). Nesta confusão, encontramos diversos termos, em língua portuguesa, para descrever cada uma das manobras técnicas utilizadas em massagem. Também encontramos terminologia francófona em consequência de ter sido para este idioma que foram feitas as primeiras traduções, no Ocidente, dos escritos sobre as técnicas de massagem desenvolvidas no Oriente. Faremos a descrição das quatro manobras básicas mais comuns, derivadas do sistema sueco de massagem.

Deslizamento (*effleurage*)

Consiste em deslizar as mãos ou partes delas sobre a pele. Pode ser superficial ou profundo, sendo o superficial feito com uma pressão leve e o profundo com uma pressão mais forte. O superficial pode ser feito em qualquer sentido, devendo o profundo ser feito na direcção do fluxo venoso ou linfático, (Rechtien et al., 2002).

Amassamento (*pétrissage*)

O movimento de amassamento consiste na compressão de um grupo muscular, músculo, ou parte de um músculo. Deve-se aplicar pressão na área a trabalhar, diminuir essa mesma pressão, progredir para uma área adjacente e repetir o processo (Wood e Becker, 1984). Este movimento pode ser feito amassando o segmento a ser tratado com uma mão apenas, ou entre as duas mãos, ou fazendo pressão contra um osso.

Percussão (*tapôtement*)

Consiste em percutir alternadamente as mãos ou partes delas sobre a região a ser tratada. Pode ser feito com os dedos, com a borda ulnal da mão ou com as mãos ora espalmadas, ora em concha, ou fechadas em punho. Segundo Atchison et al. (1996) citados por Rechtien et al. (2002, p.565), "ela é feita rítmica, delicada e rapidamente."

Fricção

Alguns autores definem fricção como sendo uma manobra subtilmente distinta de uma outra, classificada como vibração. Outros consideram-nas como uma mesma manobra. Optámos por colocá-las como sendo a variação de uma mesma manobra e denominá-la genericamente fricção.

Segundo Wood e Becker (1984), a fricção pode ser realizada com toda ou parte proximal da palma da mão, com a superfície palmar da falange distal do polegar, ou com os dedos. Segundo Pinheiro (1998, p.114), "a sua execução é feita através da transmissão sequencial de pressão e relaxamento, repetida de forma deslizante, ou num ponto fixo. Pode ser lenta ou rápida; superficial ou profunda".

2.1.6 Efeitos

A massagem desencadeia efeitos mecânicos, reflexos e psicológicos. O tipo de efeito vai depender do tipo de manobra realizada, do momento de sua aplicação e da condição da pessoa massajada.

Efeitos mecânicos

São os efeitos decorrentes de uma alteração directa no sistema que está a ser massajado.

A nível do sistema circulatório, segundo Pinheiro (1998, p.110), os efeitos predominam "nas componentes linfática e venosa, com facilitação de drenagem e mobilização dos fluidos intersticiais". Esta ideia é complementada por Rechtien et al. (2002), dizendo que a pressão mecânica sobre o tecido mole deslocará quaisquer líquidos que não estejam quimicamente ligados pelo tecido ou fisicamente presos por compartimentação.

Ao nível da temperatura, de acordo com Pinheiro (1998, p.110), acontece um aumento decorrente "do atrito manipulativo e secundariamente da vasodilatação loco-regional".

"A acção mecânica da massagem promove a libertação de aderências tissulares (tendão e bainha sinovial; músculo e aponevrose; fascículos musculares e fáscias conjuntivas; cicatrizes cutâneas e tecidos circundantes) e a resolução de infiltrados fibromiálgicos" (Pinheiro, 2002)

Efeitos reflexos

Segundo Wakim (1985), citado em Rechtien et al. (2002), através da estimulação dos receptores cutâneos e possivelmente dos receptores dos fusos nos músculos esqueléticos superficiais produzem-se impulsos que atingem a medula, provocando uma resposta com efeitos diversos. Ideia corroborada por Pinheiro (1998), dizendo que os movimentos da massagem estimulam os mecano-receptores, sensíveis à deformabilidade tissular, contribuindo para uma mais completa consciencialização do movimento.

A nível dos dermátomos, a estimulação de diversos tipos de receptores condiciona a elaboração de arcos reflexos, com graus de complexidade variável, dando origem a modificações biológicas de natureza funcional

(vasculares, metabólicas, neurofisiológicas) em estruturas à distância (Pinheiro, 1998).

Já para Knapp (1994), os referidos efeitos reflexos são produzidos na pele através da estimulação de receptores periféricos, tendo como consequência a transmissão de impulsos através da medula espinal para o cérebro e provocando sensações de prazer ou relaxamento. (...) Esses efeitos agradáveis provocam o relaxamento do músculo assim como uma redução da tensão mental.

Efeitos psicológicos

Segundo Pinheiro (1998, p.112), os efeitos psicológicos são "indissociáveis do contacto interpessoal estabelecido pela técnica manual. Trata-se de uma forma simbólica de comunicação, transmitindo também afecto, confiança e consciencialização da imagem corporal".

2.1.7 Componentes da massagem

Além da técnica da massagem propriamente dita, há outros elementos, presentes numa sessão de massagem, importantes para sua eficácia. Passamos a referir alguns deles.

Ritmo

O ritmo pode ser lento, quando se objectiva uma massagem sedativa, calmante, ou rápido, quando se pretende uma activação.

Duração

Para Rechtien et al. (2002), a duração de uma sessão depende da tolerância do indivíduo a ser massajado, da área que está a ser tratada e dos objectivos da massagem.

O objectivo pretendido pode levar à necessidade de definir um programa de massagens, que pode durar de uma semana a vários meses.

Direcção

A direcção deve ser habitualmente centrípeta, para respeitar o retorno venoso e linfático. Quando se aplicam manobras superficiais, como o deslizamento superficial, pode ser centrífuga pois não irá interferir na circulação.

Pressão

A pressão leve é indicada para sedar, relaxar e ajudar na diminuição de espasmos, e a pressão pesada é indicada para activar sistemas e quebrar aderências, de acordo com a opinião de Rechtien et al. (2002) e de Pinheiro (1998).

Frequência

Depende do objectivo do tratamento e da técnica empregue, podendo implicar a aplicação mais de uma vez por dia ou apenas uma vez por semana.

2.1.8 Indicações

A indicação de massagem é decorrente dos efeitos que ela provoca no organismo, conforme acima referido. Pode ser aplicada como forma de cura de problemas específicos, como coadjuvante a outras modalidades de tratamento ou como recurso preventivo.

Marx e Camargo (1986) indicam-na para o tratamento dos edemas linfáticos.

Massada (1989) sugere-a para cãibras e contracturas musculares, miogeloses e fases subagudas de uma rotura

muscular, tendo cada um destes sintomas o seu tratamento específico.

Gecsedi (2002), recomenda massagem terapêutica para pacientes com câncer, considerando as especificidades do indivíduo e de sua patologia. Martin e Gamble (1994), utilizando a massagem como recurso coadjuvante, prescrevem-na para linfoedema crónico pós-mastectomia, para capsulite adesiva no ombro e para artrite reumatóide nas mãos, ombros e joelhos. Cada prescrição precisa de ser individualizada e actualizada na medida em que a mudança na condição do paciente requer variações e a progressão da forma do tratamento.

Em relação ao paciente idoso, Hong e Tobis (1994, p.1206) indicam a massagem "para aliviar edema, dor e tumefacção em lesões dos tecidos moles, e reduzir escaras e aderências."

Em relação ao desporto é dito por Horta (1995) que a massagem pode ser usada em fases distintas, como a pré-competitiva, ou logo após a competição, sendo feita nas massas musculares mais solicitadas; no alívio das dores musculares difusas, que aparecem mais intensamente 24 horas após a competição; e nas contracturas musculares pós-competitivas. Pinheiro (1998) indica-a numa perspectiva preparatória do exercício físico, favorecedora da continuação do exercício e recuperadora no fim da actividade física.

Cady e Jones (1997) sugerem a massagem para a redução dos indicadores do stress fisiológico. Para pacientes portadores de fibromialgia a massagem apresenta-se eficiente na redução da intensidade da dor e melhora da qualidade de vida (Marques et al., 2001). Para Rechtien (2002), a massagem poderá ser indicada para aumentar o

fluxo sanguíneo local, diminuir a dor ou rigidez musculares, prevenir ou eliminar aderências, facilitar o relaxamento.

2.1.9 Contra-indicações

Com o desenvolvimento científico, confirmam-se as certezas sobre a variedade de indicações terapêuticas da massagem. Mas, consequentemente, apuram-se também as noções sobre as suas contra-indicações, sendo algumas destas relativas e outras absolutas.

Como contra-indicação relativa, Rechtien et al. (2002) incluem o tratamento de tecido cicatricial que não está completamente curado; o caso de pacientes com medicação anticoagulante, ou que sofrem de distúrbios de coagulação; a existência de tecidos moles calcificados; tecido inflamado; pele atrófica; e tecido susceptível ao aparecimento de edema adicional se a circulação for aumentada pela técnica de massagem. Por seu lado, Knapp (1994) sugere que a massagem seja feita com cuidado em indivíduos debilitados e em áreas onde a pele tenha sido lesada por queimaduras ou esteja fina por outras razões.

Entre as contra-indicações absolutas estão as patologias infecciosas, neoplásicas, cutâneas e vasculares arteriais, referidas por Hong e Tobis (1994), Pinheiro (1998), e Rechtien et al. (2002). Para Horta (1995), quando numa situação de competição o atleta faz uma lesão músculo-tendinosa provocando inflamações, roturas ou hematomas, a massagem não está indicada nos primeiros dias.

2.2 O toque manual

Para abordar a importância do toque para o ser humano, precisamos de discorrer sobre algumas questões que dizem respeito à pele, ao tacto e à mão.

2.2.1 A pele

Segundo Montagu (1988,p.21), a pele "é o mais antigo e sensível dos nossos órgãos, o nosso primeiro meio de comunicação, o nosso mais eficiente protector". Recobre a superfície do corpo e é constituída por duas camadas: a epiderme, que é superficial, e a derme, mais profunda. Abaixo e em continuidade com a derme está a hipoderme, que não faz parte da pele, apenas lhe servindo de suporte e união com os órgãos subjacentes. No organismo já formado, "a pele é um dos maiores órgãos atingindo 16% do peso corporal" (Junqueira e Carneiro, 1995, p.301).

Os estudos sobre embriologia humana feitos por Langman (1985) mostram que a epiderme, tal como os sistemas nervoso central e periférico - elos de comunicação com o meio exterior, tem origem no ectoderma, o mais externo dos três folhetos embrionários. Percebemos assim que a camada superficial da pele e o sistema nervoso central têm uma origem embrionária comum, distanciando-se durante a formação do feto até se tornarem, respectivamente, a estrutura mais externa e a mais interna no organismo humano completo. Apesar dessa distância, continuam conectados e em permanente comunicação, permitindo que os estímulos exercidos sobre a pele cheguem automaticamente ao sistema nervoso central. Essa ideia é clarificada por Montagu (1988, p.23), quando diz que "o sistema nervoso é uma parte

escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso".

A pele tem múltiplas funções: protecção do organismo contra a perda de água por evaporação, contra a invasão bacteriana, a radiação ultravioleta (UV), a abrasão física dos tecidos subjacentes; colabora na termo-regulação do corpo; participa na excreção de várias substâncias; é fundamental na formação da vitamina D e tem importante papel nas respostas imunitárias do organismo aos alérgenos que entram em contacto com ela. Apresenta estruturas anexas, que são os pêlos, unhas, e glândulas sudoríparas, sebáceas e ceruminosas (Junqueira e Carneiro, 1995; Tortora, 2000).

Além das funções físicas, a pele tem também um importante papel a nível psíquico. Gieler (1988, p.62) defende que "a pele não só filtra as influências externas tornando-as acessíveis ao interior do corpo como também actua como representante das experiências internas". O mesmo autor cita Borelli, que diz que a pele como órgão psíquico de reacção tem cinco importantes funções no desenvolvimento do *self*: órgão limite entre a pessoa e o ambiente; órgão de contacto com o ambiente; órgão sensorial; órgão de impressão; e órgão de expressão, face ao ambiente.

Para Shildrick (2002), a pele funciona como uma bolsa que contém os instrumentos físico e psíquico, como um envelope para o *self*, e ao mesmo tempo como uma barreira protectora entre o *self* e as potenciais ameaças externas.

2.2.2 O tacto

Na evolução dos sentidos, o tacto foi, sem dúvidas, o primeiro a surgir. O sistema táctil é o primeiro sistema sensorial a tornar-se funcional em todas as espécies até o momento pesquisadas - ser humano, mamíferos e aves (Montagu, 1988). Os corpúsculos tácteis e a derme têm origem embrionária no folheto mesodérmico, que também dá origem ao sistema muscular, sistema ósseo, tecidos conjuntivos e cartilaginosos, entre outros (Langman, 1985).

Informações referentes ao ambiente interno e externo do organismo são constantemente enviadas ao sistema nervoso central por meio dos órgãos dos sentidos. Essas informações são captadas por receptores, que, no caso específico do tacto, são sensíveis à pressão e vibração. Esses receptores são os discos tácteis ou corpúsculos de Merkel, corpúsculos do tacto ou corpúsculos de Meissner, corpúsculos de Ruffini, corpúsculos de Vater-Pacini e terminações livres ao redor dos folículos pilosos (Junqueira e Carneiro, 1995; Tortora, 2000).

Os sentidos visão, audição, paladar e olfacto estão confinados a pequenas partes do corpo como olhos, ouvidos, língua e nariz, respectivamente, enquanto que o tacto se distribui por toda a superfície corporal, inclusive sobre as áreas aonde estão localizados os outros sentidos. O olho pode ver sem ser visto, o ouvido escuta sem ser ouvido, mas o tacto é ao mesmo tempo tocado por aquilo que toca, e esse duplo tocar produz uma reflexão do tocar sobre si próprio (Brun, 1990).

Para Davis (1991), o sentido do tacto reside na nossa pele e no nosso cérebro e a sensação (táctil) refere-se tanto ao contacto físico quanto à emoção.

Durante o processo de envelhecimento registam-se alterações fisiológicas que afectam esta capacidade: diminui o número dos corpúsculos de Meissner; no sistema nervoso há perda de células e de fibras, reflectindo numa menor acuidade do sentido do tacto, da capacidade de localizar com exactidão os estímulos, da velocidade de reacção aos estímulos tácteis; e perda da grande sensibilidade existente nas superfícies palmares das mãos.

2.2.3 A mão

Durante quatro milhões de anos a mão humana evoluiu até se converter no instrumento mais perfeito que se pode encontrar na natureza. Elemento fundamental na sobrevivência e evolução da espécie humana, foi através dela que o homem pôde construir os primeiros utensílios para satisfação das suas necessidades, seja para uso pessoal, defesa contra predadores ou para a caça. Há 2500 anos, o filósofo grego Anaxágoras afirmou que o homem é o mais razoável dos animais porque possui mãos e Aristóteles dizia que a mão é a ferramenta das ferramentas (Madeira, 2002).

Proporcionalmente de tamanho pequeno em relação ao corpo, a mão é composta por mais de 260 elementos, entre ossos, músculos, ligamentos e nervos. Os seus 27 ossos garantem um grande número de articulações. A organização esférica, em conjunto com a oposição do dedo polegar aos

outros quatro dedos, possibilita uma infinidade de movimentos (Piret e Béziers, 1992).

Nos desenhos ou mapas somatópicos do homúnculo sensorial e motor, denota-se uma extensa área de representação da mão, especialmente do dedo polegar (Montagu, 1988), justificando a sua grande sensibilidade e mobilidade.

O filósofo Immanuel Kant (1724 - 1804) chamava à mão cérebro humano externo, acrescentando o psicólogo Revesz (1959) que a mão é frequentemente mais inteligente e dotada que a cabeça (Montagu, 1988). A junção de uma versátil acção mecânica com uma refinada sensibilidade torna a mão o mais eficiente instrumento para cuidar do ser humano. Para Ramm-Bonwitt (2002), as mãos são as ferramentas mais sensíveis e os membros mais expressivos do ser humano, para além de um importante meio de comunicação.

Sendo o órgão máximo do tacto e do tocar, a mão é ao mesmo tempo tocante e tocada, e essa relação dialéctica possibilita-lhe, no exacto momento em que está tocando, ser informada sobre as respostas a esse mesmo toque, podendo, quando necessário, modificar a qualidade da sua acção ou até interrompe-la (Brun, 1990).

2.2.4 O toque

Para Davis (1991, p.43), "o contacto físico não é apenas um estímulo agradável, mas uma necessidade biológica. Pode-se defini-lo também como estimulação táctil, contacto corporal, sensibilidade táctil ou ânsia por pele". Esta acepção é reforçada por Chapman (2000), usando a expressão "fome de tacto".

O feto tem a pele constantemente estimulada durante os nove meses de gestação, as contracções uterinas intensificam a experiência táctil e o parto proporciona uma massagem que vitaliza a criança que nasce (Davis, 1991). Para Anzieu (1989), citado por Schildrick (2002, p.109), "ainda antes do nascimento as sensações cutâneas introduzem o bebé num mundo de grande riqueza e complexidade, um mundo ainda difuso, mas que desperta o sistema de percepção-consciência, formando a base para um sentido de existência e abrindo a possibilidade de um espaço psíquico". Estas teses são também defendidas por Montagu (1988), lembrando que o feto é constantemente estimulado pelo fluido amniótico e pelas crescentes pressões de seu próprio corpo contra as paredes do útero, garantindo as contracções uterinas durante o trabalho de parto, além de outras funções vitais, uma série de maciças estimulações cutâneas destinadas a activar e assegurar o funcionamento apropriado dos sistemas de manutenção. O trabalho de parto e o parto em si preparam o bebé para o funcionamento pós-natal.

A estimulação cutânea desencadeada no momento do parto envolve o seguinte processo: a contracção do útero sobre o corpo do feto estimula os nervos periféricos sensoriais localizados na pele; os impulsos nervosos assim iniciados são conduzidos para o sistema nervoso central onde, nos níveis apropriados, são mediados pelo sistema nervoso vegetativo (autónomo) até chegarem aos diversos órgãos que inervam. Se a pele não tiver sido adequadamente estimulada, os sistemas nervosos periférico e autónomo também são inadequadamente estimulados e ocorre uma deficiência de activação dos principais sistemas de órgãos (Montagu, 1988).

Segundo Keating (1987, p.368), "a capacidade da criança para organizar as impressões sensoriais é à nascença muito reduzida. Durante as primeiras semanas não existem percepções organizadas, as sensibilidades propioceptivas, interoceptivas e exteroceptivas não adquiriram ainda significado". É através das experiências de prazer/ insatisfação que uma primeira organização começa a ter lugar: a distinção entre sensações agradáveis - ligadas aos cuidados maternos - e as desagradáveis - ligadas à ausência. Spitz (1973), citado em Keating (1987), por seu lado, reforça o papel do olhar como percepção à distância oposta à percepção de contacto, a forma privilegiada de relação nos primeiros anos de vida. Através do toque, segundo Brun (1990, p.124), podemos "partir à aventura para sondar a dimensão que separa cada um de nós do que não é".

Na vida pós-natal, a pele é uma superfície extraordinariamente sensível que regista as sensações do mundo externo e transmite ao bebé informações sobre o seu estado de ser. Assim, a pele funciona como órgão de comunicação (Shildrick, 2002). O indivíduo carente a nível táctil sofrerá de uma deficiência de *feedback* da pele para o cérebro (Montagu, 1988).

Em pesquisas realizadas com mamíferos, os animais acariciados respondem com uma maior eficiência funcional na organização de todos os sistemas do corpo. Os não acariciados não conseguem atingir a organização que se expressa na eficiência funcional e, portanto, são em todos os sentidos menos aptos a enfrentar os ataques e lesões oriundos do meio ambiente. A estimulação cutânea é uma importante necessidade biológica tanto para o

desenvolvimento físico como para o comportamental (Montagu, 1988).

Halliday (1948), citada por Montagu (p.103, 1988), afirma que, podendo "os primeiros meses imediatamente após o nascimento serem considerados como continuação directa do estado intra-uterino, há necessidade da manutenção de um íntimo contacto corporal com a mãe, para que sejam satisfeitas as exigências dos sentidos cinestésico e muscular".

Para o bebé, e no que toca especificamente à amamentação ou sua forma substituta, não é somente o tipo de alimento que importa, mas também o comportamento da mãe como um todo, durante a situação de alimentação. Esta ideia é defendida por Davis (1991, p.52), quando diz que "o contacto físico proporciona à criança um forte sentimento de segurança psicológica, confiança, aconchego e bem-estar, ajudando a superar o medo e a sensação de isolamento". O contacto físico em si não é uma emoção, mas os seus elementos sensoriais induzem alterações neuronais, glandulares, musculares e mentais que, combinadas, denominamos emoção (Montagu, 1988).

Sartre (s.d.), citado por Dolto (1978, p.30), diz: "Ao acariciar alguém, faço nascer a sua carne pela carícia dos meus dedos. A carícia é o conjunto das cerimónias que encarnam esse alguém".

Para Pruzinsky (1990), desde os primeiros momentos, a qualidade emocional da experiência táctil das crianças começa a influenciar o desenvolvimento da sua identidade, incluindo o delinear do importante limite entre o *self* e o mundo.

Várias pesquisas mostraram que bebés prematuros estimulados tactilmente através de carícias tiveram respostas positivas no que diz respeito a ganho de peso, movimentação corporal, respiração, entre outros factores observados (Montagu, 1988). Prescott (s.d.), citado por Davis (1991), realizou um estudo sobre práticas de contacto corporal de 49 culturas primitivas e descobriu uma correlação entre os baixos níveis de afecto infantil e os altos níveis de violência.

Apesar de a infância ser o período durante o qual o toque é mais importante, o ser humano continua a precisar, para o seu desenvolvimento, de ser tocado ao longo de toda a vida. No entanto, e geralmente, no processo de crescimento infantil o contacto físico vai-se tornando gradualmente mais restrito. Durante a adolescência, segundo Davis (1991), a necessidade básica de tocar e ser tocado torna-se não apenas uma busca pessoal por satisfação sensorial, mas também uma procura simbólica de amor, de intimidade, de segurança, aceitação, aconchego e confiança. Para Brun (1990), o tocar é, com efeito, muito mais do que um sentido do contacto: é o sentido da presença e leva à experiência do encontro. Quando, com a sua mão, o homem toca, tenta emigrar da sua corporeidade para ir ao encontro de outro, e tal experiência termina com um regresso a si mesmo, já que pelo tocar, o homem é incessantemente reenviado ao seu eu.

Através de pesquisas realizadas com adolescentes grávidas, McAnarney (1984), citada por Montagu (1988), chegou à conclusão de que a privação do toque leva o jovem a buscar uma compensação através da prática sexual (e, consequentemente, à gravidez). Lowen (1969), também citado

por Montagu (1988), verificou mesmo que "mulheres afectadas por falta de estimulação táctil na primeira etapa de suas vidas se dedicaram posteriormente a actividades sexuais numa tentativa de conseguir um pouco de contacto com seus próprios corpos".

Em fases posteriores da vida, as oportunidades de contacto físico diminuem ainda mais. Tendencialmente, o toque nos idosos acontece apenas de forma funcional ou profissional. A pele apresenta as mais ostensivas evidências do envelhecimento: enruga, fica manchada, sofre mudanças na pigmentação, seca, perde a elasticidade. Havendo na nossa sociedade uma hiper valorização da juventude e da beleza, não existe incentivo para o toque em objectos ou pessoas que não se integrem nos cânones do esteticamente agradável. Muitos idosos ficam portanto sujeitos a uma crescente ausência de contacto táctil. Em algumas situações, por exemplo, quando o marido ou a esposa morre, o contacto físico para o sobrevivente pode cessar quase totalmente. Entretanto, as necessidades tácteis não parecem diminuir com a idade mas sim mudar. Montagu (1988) sustenta que, com a actividade sexual diminuída na velhice, a necessidade táctil fica mais forte, pois é a única experiência sensual que permanece. É nessa época, quando voltamos a depender mais dos outros, que se evidencia mais a necessidade de ser abraçado, de ter um braço em volta dos ombros, de ser levado pela mão - de ser acariciado e ter oportunidade de corresponder à carícia.

Montagu (1988) faz uma classificação dos tipos de toques: o toque social, que acontece em situações públicas; o toque passivo, quando o organismo é tocado; e o toque activo, no qual o organismo toca.

Davis (1991) refere que os aspectos sociais podem influir na restrição do contacto físico; a nossa consciência social limita-o a ocasiões simbólicas e socialmente aceitáveis como os diversos rituais de aniversário, casamento, etc., no desporto, nas demonstrações de hostilidade, no exercício profissional e na prestação de serviços de cuidados pessoais.

Brun (1990) detalha, por seu lado, que o tocar activo implica a vontade e o desejo de seguir uma superfície e de desposar uma forma; o tocar ausculta e exprime a aventura do eu, para lá das fronteiras e da sua finitude encarnadas pelo seu organismo.

Para Pruzinsky (1990), o toque é um extremamente poderoso meio de comunicação. Muitas emoções estão associadas ao toque, das sensações sexuais até à religião (e.g., o posicionamento das mãos durante uma oração), como é afirmado por Riscalla (1975), citado por Pruzinsky (1990).

Vivendo num sistema económico que privilegia a propriedade privada, essa mesma relação de delimitação é transferida para a esfera pessoal, restringindo a troca de contacto físico. De acordo com Shildrick (2002), no tipo de especulação que privilegia a separação, o toque é algo que sinaliza um potencial perigo. Além disso, algumas religiões condenam o contacto físico, associando-o ao prazer e ao pecado. Em contra-partida, considerando os diversos efeitos benéficos do toque, diversas abordagens de terapias corporais e de psicoterapia somatopsíquica (e.g., Integração Estrutural, Técnica de Alexander, Análise Bioenergética) têm usado o toque como elemento facilitador do desenvolvimento do limite corporal e da imagem corporal (Pruzinsky, 1990).

Pessoas que apresentam enfermidades transmissíveis através do contacto com os seus corpos ou fluidos corporais, como os pacientes com SIDA ou VIH-positivo, demonstraram que, por adoptarem atitudes de protecção de terceiros ou porque os outros têm medo de lhes tocar, desenvolvem uma maior fome táctil do que pacientes VIH-negativo (Chapman, 2000).

Pelas evidências expostas, fica claro que as experiências tácteis desempenham um papel de fundamental importância no crescimento e desenvolvimento do ser humano, constituindo uma necessidade que o acompanha por toda a vida.

2.3 Imagem corporal

2.3.1 Conceito de imagem corporal.

O conceito de imagem corporal é um processo que muda ao longo do tempo e com as diversas situações da vida (Baptista, 1995).

A primeira pessoa a conceituar *imagem corporal* foi Paul Schilder em 1935, referido por Vasconcelos (1995). O autor define-a como sendo o desenho que, na mente, formamos do próprio corpo; ou seja a forma como vemos o nosso corpo. Esta imagem corporal altera-se ao longo do tempo e segundo as situações, sendo influenciada por um variado conjunto de experiências sensoriais.

Percebemos assim, em função da definição apresentada, que a imagem corporal tem como característica a possibilidade de adquirir diferentes formas, ideia defendida por Vasconcelos (1995, p.76), ao afirmar que "este conceito é plástico, está em constante mudança e modifica-se continuamente pelo crescimento, trauma ou declínio corporais, sendo ainda mais significativamente influenciado pelas interacções com o envolvimento social".

Scheerer (1954), citado por Shontz (1990), diz que a imagem corporal é uma estrutura central de sinais e traços de diversos órgãos do sentido, que são integrados num esquema ou modelo plástico.

Para Fenichel (1945), referido por Pruzinsky (1990), a imagem corporal é a soma total das representações mentais do corpo e dos seus órgãos, constituindo a ideia de "Eu" e sendo de importância básica para a formação do ego. Segundo Pruzinsky (1990), a separação psicológica entre o mundo e o indivíduo, a criação do limite da imagem corporal, é mediada pela experiência táctil.

Para Dolto (1978, p.22), "a imagem do próprio corpo forma-se a partir de fragmentos, que se vão constituindo em zonas privilegiadas". Num dado momento, a criança toma consciência, nas suas relações com aqueles que a rodeiam, das partes privilegiadas do seu corpo. Essa consciência corporal, segundo Montagu (1988), é produzida pela estimulação do corpo, principalmente através da pele, desde o nascimento, ou mesmo antes.

Ampliando este conceito, para Keating (1987, p.367), "a imagem do corpo é algo mais do que resíduos de sensações e percepções, é algo mais do que um somatório de impressões cinestésicas. A imagem corporal é, essencialmente, a consciência de si". Todo o seu desenvolvimento, sujeito a

fixações e regressões, traduz a maleabilidade e a permanente desestruturação / reestruturação a que está sujeita a imagem corporal. Keating (1987) cita Schontz (1969) que diz que "a imagem corporal é parte do ego e também algo ao qual o ego reage; é sujeito e também objecto da actividade mental; (...) é uma estrutura e também um processo".

Segundo Dillon (1978) e Mahler e McDevitt (1982), citados por Pruzinsky (1990), nascemos com um corpo, mas não com um sentido do *self*. O sentido de *self*, de ser distinto e ter uma existência independente dos objectos inanimados e das outras pessoas, é baseado na experiência de ser incorporado.

Krueger (1990) sustenta que imagem corporal é operacionalmente definida como a representação mental do *self* corporal. Essas representações não estão limitadas a imagens visuais, mas abrangem o esquema de todos os dados sensoriais, internamente e externamente, derivados das experiências processadas e representadas dentro de um aparato psíquico maduro.

Para Krueger (1989) e Mahler e McDevitt (1982), citados por Pruzinsky e Cash (1990), o desenvolvimento da imagem corporal é baseado nas interacções com as primeiras pessoas que cuidaram de nós, ideia também defendida e ampliada por Abrantes (1998, p.58), que cita Lutter et al. (1990), referindo que a imagem corporal começa a formar-se "ao longo da infância e evolui ao longo da vida, a partir de atitudes dos pais, dos colegas e mais tarde dos parceiros e companheiros de trabalho. As atitudes destas pessoas que nos rodeiam, em relação aos nossos corpos, reflectem normalmente o pensamento dominante, veiculado em cada sociedade acerca dos vários tipos de figuras corporais". Pruzinsky e Cash (1990), sublinham que a

influência social sobre a imagem corporal continua ao longo de toda a vida.

Para Mezzette e Pistoletti (1988), a imagem corporal é a representação que um indivíduo tem do seu corpo e das diferentes partes deste. Este conceito implica o conhecimento da estrutura física, do movimento e das funções do corpo, e das posições que o corpo adopta quando entra em relação com outras pessoas ou objectos.

Bruchon-Schweitzer (1987) citado por Garcia (1989, p.127), acrescenta que o termo imagem corporal se "refere as atitudes, sentimentos e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e que são integradas numa percepção global".

Para Pruzinsky e Cash (1990) citados em Cash e Pruzinsky (1990), a imagem corporal engloba percepções, pensamentos e sensações do corpo e da vivência corporal. Resulta por isso numa experiência muito personalizada ou subjectiva, não havendo necessariamente na imagem corporal uma correlação entre a impressão (subjectiva) e a realidade (objectiva). Várias pesquisas indicam claramente que a experiência do corpo envolve a percepção da aparência, tamanho, posição espacial, dos seus limites, da competência, e da questão de género, (Cash e Pruzinsky, 1990). Para Fisher (1990), a atenção do indivíduo pode mover-se de um para outro desses componentes ou, simultaneamente, estar em um ou mais planos.

Considerando o desenvolvimento do ser humano como um processo permanente e dinâmico, podemos dizer que, "de acordo com as experiências actuais e anteriores, o sujeito elabora face ao seu corpo uma série de julgamentos, atitudes, sentimentos, ou seja, uma representação mental do

seu corpo, à qual chamamos de imagem corporal", segundo Serra (1986) citado por Oliveira (1996, p.9).

Para Sobral (1996, p.234), a imagem corporal é "a representação mental que um indivíduo possui do seu próprio corpo, logo, um conceito também ele dinâmico, evoluindo ao longo da vida segundo a experiência pessoal e a intervenção de numerosas influências exteriores".

Abrantes (1998, p.77), autor que também investigou neste domínio, sustenta que "a imagem corporal, além de ser influenciada por factores intrínsecos ao próprio indivíduo, é influenciada, ou até mesmo condicionada, por imposições sociais, culturais e económicas. Entre estes condicionamentos estão, por exemplo, os ideais de beleza veiculados no meio em que cada indivíduo está inserido".

Para Gardiner et al. (1998, p.126), "imagem corporal refere-se assim ao conceito que alguém faz de sua aparência física".

Festas (2002, p.15) acrescenta que "a imagem corporal está fortemente associada ao aspecto físico do indivíduo, transportando informações básicas a seu respeito, tais como o sexo, o grupo etário, o estatuto sócio-económico ou a profissão, determinando a formação de estereótipos corporais". Entre os atributos físicos determinantes está a pele, tão importante para a imagem corporal que muitas pessoas consomem muito tempo e dinheiro para recuperar uma aparência mais jovem (Tortora, 2000).

Sendo o carácter plástico e dinâmico da imagem corporal determinado tanto por estímulos externos como pelos estímulos internos, o seu balanço é constantemente alterado. Dolto (1978) exemplifica referindo que no homem doente ou ferido a imagem do corpo se altera. Aliás, a imagem corporal está directamente enraizada, segundo

Keating (1987), na teia sobre a qual o psiquismo se instala e organiza, mantendo com o corpo, permanentemente, uma relação de reciprocidade. Corpo e mente constituem-se como agentes e objectos de uma unidade somato-psíquica, que, quando ameaçada, deixa entrever a fragilidade da organização corporal e da imagem do corpo.

2.3.2 Percepção da imagem corporal

A percepção remete para a maneira como construímos o nosso mundo a partir de uma variedade infinita de estímulos disponíveis (Pruzinsky, 1990).

A percepção que temos do próprio corpo nem sempre corresponde ao corpo real. Para Pruzinsky e Cash (1990), o modo como percebemos e experienciamos o nosso corpo dá-nos, significativamente, conta do modo como nos percebemos a nós mesmos. Por vezes, verifica-se uma sobrestimação, outras uma subestimação, seja no todo corporal ou relativa a segmentos específicos. Furlong (1977), citada por Fisher (1986), encontrou nas suas investigações vários factores que influenciam esse fenómeno, vivido de forma diferente segundo o género. No caso feminino, verifica-se que o estatuto sócio-económico e nível educacional podem afectar significativamente a percepção do corpo (os homens mostraram uma tendência de estabilidade na estimativa do tamanho dos seus corpos). A mesma autora refere ainda que a maioria das mulheres sobrestima a largura da cintura, e isto é evidente tanto em mulheres que querem fazer uma operação plástica como nas que não pretendem fazer uma intervenção desse tipo.

Segundo Vasconcelos (1995), citando Kreitler e Kreitler (1988), na infância formam-se duas imagens

distintas, a imagem corporal e a imagem facial. Na idade adulta o desenvolvimento da imagem corporal continua com uma tendência para a fusão da imagem corporal e da imagem facial.

Em relação à percepção de partes do corpo, Fisher (1986) cita o resultado a que chegaram alguns investigadores, como Shontz, que verificou a existência de padrões na *sobre / sub*estimação da percepção de áreas específicas. A largura da cabeça e o comprimento do antebraço são frequentemente sobrestimados; o comprimento da mão e do pé são subestimados. Shontz confirma que, geralmente, as mulheres sobrestimam a largura da cintura mais do que os homens. Um outro investigador, Nash, observou que a distância do umbigo aos pés e do entrepernas para os pés são geralmente subestimadas. Hester refere que o tamanho do antebraço é usualmente subestimado. Gellert demonstrou que o tamanho de cabeça é frequentemente sobrestimado, em todas as idades.

Fisher (1986) registou que vários factores podem levar o sujeito a sobrestimar o tamanho corporal: a demasiada importância dada a uma parte do corpo pelo seu valor funcional; o ser obeso; a gravidez; a ingestão de uma refeição hiper-calórica; a necessidade de compensar sentimentos de inferioridade psicológica.

Os dois géneros têm uma atitude contrastante em relação ao tamanho dos seus corpos. Enquanto os homens querem ser mais largos, as mulheres querem ser mais delgadas, Fisher (1970), citado por Fisher (1986).

Hallinan e Schuler (1993) citam algumas investigações sobre a relação entre prática de actividade física e percepção da imagem corporal: Salusso-Deonier e

Schwartzkopf (1991) perceberam que a prática regular de exercício melhora a percepção corporal em mulheres e homens. Nos seus estudos feitos com atletas e não atletas, Rossi e Zoccolotti (1979), citados por Hallinan e Schuler (1993) e por Fisher (1986), concluíram que os atletas geralmente eram mais precisos na estimativa do tamanho dos seus corpos. Ambos os grupos sobrestimaram o tamanho da cabeça e do antebraço e subestimaram o tamanho do pé e da mão.

Aspectos psicológicos podem ter influência sobre a percepção corporal. Fisher (1986) descreve uma correlação entre o tamanho e o valor atribuído a uma parte do corpo. A sobrestima que as mulheres evidenciam em relação ao tamanho da cintura pode ser uma expressão de insatisfação com algum aspecto específico do *self*. Cleveland et al. (1962), e Furlong (1977), citados em Fisher (1986), verificaram que as pessoas que têm uma orientação intelectual e por isso prestam especial atenção à cabeça (como suposto local da intelectualidade) mostram tendência para sobrestimar o tamanho da cabeça. Shontz (1969), referido em Fisher (1986), detectou correlações significativas entre o tamanho atribuído a uma parte do corpo e sua funcionalidade. Outros parâmetros também importantes na estimativa do tamanho de uma parte do corpo são a mobilidade e o grau de musculação, entre outros (Fisher, 1986). Nesses casos há uma tendência para sobrestimar o tamanho atribuídos à essas partes corporais.

Bowerw e Van der Meulen (1970), referidos em Fisher (1986), verificaram que a hipnose induzida produz vagas sensações de mudança no tamanho aparente das partes do corpo, e Barber e DeMoor (1972), também citados em Fisher (1986) registaram que o simples estar sentado quieto com os

olhos fechados é suficiente para criar sensações de mudança no tamanho do corpo.

Quando as pessoas obesas passam por uma rápida mudança nos seus corpos, por exemplo através de uma dieta rigorosa em que perdem muitos quilos em pouco tempo, têm tendência para continuar a atribuir ao corpo o tamanho que tinham antes. Isso pode ser compreendido, segundo Fisher (1986), pelo facto de terem ficado durante longo tempo acostumados a uma mesma condição.

2.3.3 Satisfação com a imagem corporal

Para Gardiner et al. (1998), a satisfação com a imagem corporal resulta de comparações feitas com um padrão ou ideal implícito que varia de uma cultura para outra. Fallon (1990) sugere que a satisfação com a imagem corporal parece variar em função do estádio de desenvolvimento do indivíduo e da sua idade. Entre os vários factores que influenciam a satisfação com a imagem corporal destacam-se a idade, o sexo, a prática ou não de actividade física, o estado geral de saúde e o tipo de estimulação táctil que se recebe.

Muitos aspectos da relação das crianças com os pais passam pela satisfação, excitação ou inibição das sensações corporais. As crianças constroem o modelo de relação com os outros fortemente influenciadas pelo vocabulário corporal, assim como também aprendem a fazer julgamentos em relação a questões básicas da imagem corporal: boa ou ruim, atractiva ou ameaçadora (Fisher, 1986).

Como resultado de uma investigação feita com adolescentes, Jacob (1994) sugeriu que, numa comparação entre sexos, os rapazes têm uma maior satisfação com a

imagem corporal do que as raparigas. Fazendo uma comparação intra-classe, verifica-se que tanto os rapazes quanto as raparigas com 13 anos têm maior satisfação do que os seus semelhantes com 15 anos, evidenciando a tendência para a diminuição da satisfação com a imagem corporal nos adolescentes mais velhos.

Entre homens e mulheres adultos, continuamos a encontrar diferenças em relação à satisfação com a imagem corporal. Segundo Fisher (1986), há uma consistente e significativa tendência para as mulheres expressarem menos satisfação do que os homens, sendo o mesmo confirmado por Festas (2002). Ainda para Fisher (1986), nas mulheres a auto-estima está relacionada com a questão da atracção exercida pelo seu corpo, que as leva a ter mais preocupação com a parte externa e a preocuparem-se mais com as roupas, acessórios corporais e cosméticos. Nos homens, a auto-estima está mais relacionada com a eficácia, o que os leva a ter maior preocupação com as áreas internas do corpo e a preocuparem-se mais do que as mulheres com o desenvolvimento da força, agilidade e velocidade. Em relação a partes específicas do corpo, mostra o mesmo autor que as mulheres apresentam uma maior insatisfação com as ancas, a cintura e as coxas, e os homens com a região abdominal.

Em relação à actividade física e à participação em programas de exercício, a imagem do corpo assume um interesse particular pois "o indivíduo actua mais em função da imagem do corpo que se representa do que da sua configuração efectiva" (Sobral, 1996, p.234).

Schilder (1950), citado por Fisher (1986), atribui grande importância à prática de actividade física na

determinação da imagem corporal. Reforçando esta ideia, Fisher (1986) refere algumas pesquisas que utilizaram técnicas variadas na tentativa de fazer as pessoas sentirem-se mais positivas em relação aos seus corpos. Verificando-se que a prática de actividade física, como yoga, movimento exploratório e mímica, por exemplo, contribuíram para um aumento na satisfação com a imagem corporal.

A relação entre saúde e imagem corporal é também objecto de várias pesquisas. Como esperado, pessoas fisicamente doentes tem uma satisfação com a imagem corporal relativamente baixa (Fisher, 1986). O autor cita diferentes trabalhos científicos que provam isso mesmo: esta relação foi mostrada por Kurtz e Hirt (1970) através de uma comparação entre 40 mulheres hospitalizadas e 20 mulheres não hospitalizadas; Schwab e Harmeling (1968) encontraram esta mesma relação numa pesquisa feita com 124 pacientes médicos; e Johnson (1956) demonstrou que a satisfação corporal era significativamente correlacionada negativamente ao número de queixas corporais.

Factores emocionais também interferem na imagem corporal. Fisher (1986) refere alguns estudos que mostram esta relação: Apfeldorf et al. (1974) observaram uma correlação positiva entre satisfação com a imagem corporal e o ajustamento emocional; Jaskar e Reed (1963) observaram que a satisfação com a imagem corporal era relativamente baixa em pacientes psiquiátricos hospitalizados; e Goldberg e Folkins (1974) verificaram que a satisfação com a imagem corporal estava negativamente correlacionada com sentimentos como ansiedade e depressão, em estudantes.

Garcia (1989) estabelece uma relação entre a insatisfação com a imagem corporal e baixa auto-estima e cita Jussin et al. (1987) que dizem que os indivíduos com uma auto-estima elevada, tendem a avaliarem-se mais favoravelmente mesmo quando apresentam uma *performance* semelhante ou inferior aos indivíduos com baixa auto-estima. O uso do corpo como um instrumento para realçar o *self*, é também um meio para encobrir e negar os próprios defeitos; o corpo é usado como uma fachada que apresenta funções de camuflagem, (Fisher, 1986). E, para Cunha e Silva (1997, p.111), "a auto-imagem distorcida, a perda do contorno, da fronteira, é um factor de ansiedade".

Sobral (1996, p.234) salienta que "a imagem corporal acompanha-se geralmente de um conteúdo afectivo que a liga, de um modo indissociável, à satisfação com o corpo próprio e aos sentimentos mais profundos que a pessoa manifesta a respeito de si mesma, na sua relação com o mundo e com os outros".

2.3.4 Imagem corporal da pessoa idosa

Com o crescimento e o envelhecimento, os nossos corpos mudam, e cada estágio do desenvolvimento tem associação com marcadores da imagem corporal, como é dito por Fisher (1986) citado em Pruzinsky e Cash (1990).

Durante o desenrolar da meia-idade, há um conflito entre a negação do processo de envelhecimento e a aceitação da perda de um corpo antes cheio de juventude. A resolução deste conflito leva ao redimensionamento da imagem corporal e a uma avaliação mais realista desta fase da vida, de acordo com Colarusso e Nemiroff (1981), citados por Pruzinsky e Cash (1990). Como as alterações vão ocorrendo ao longo de anos e, em regra, as mudanças corporais

graduais são de mais fácil acomodação do que as abruptas, a maioria dos indivíduos consegue aceitar esta mudança (Pruzinsky e Cash, 1990).

Apesar das preocupações com as questões somáticas, incluindo possíveis doenças que possam aparecer, uma surpresa que as pesquisas revelam é a de que, ao invés do estereótipo imaginado, não é norma que as pessoas que chegam à terceira idade venham a ter uma diminuição da satisfação com o corpo. Isso surpreende porque geralmente se pensa que, com o avançar da idade e as consequências que a mesma traz, incluindo um declínio na saúde, o idoso venha a ver o seu corpo mais e mais negativamente.

Para a cultura ocidental contemporânea, envelhecer implica uma difícil submissão à deterioração do corpo. O envelhecimento aparece como uma ameaça para a integridade da imagem corporal existente, segundo Fisher (1986). Nesse quadro, para o senso comum, seria característica dos idosos terem uma percepção negativa dos seus corpos. A literatura científica mostra que isto não é uma regra.

Fisher (1986) refere várias pesquisas que não encontraram um elevado número de distúrbios ou disfunções na imagem corporal dos idosos. Num estudo feito por Schwab e Harmeling (1968) com 124 sujeitos de ambos os sexos, os autores verificaram no grupo dos homens apenas uma fraca correlação positiva entre a idade e a insatisfação com o corpo, enquanto que no grupo das mulheres houve uma completa ausência dessa relação. Berscheid et al. (1973), analisaram dois mil questionários aplicados a jovens e idosos, que avaliavam o grau de satisfação relativo a 25 diferentes aspectos corporais e não encontraram diferenças em função da idade. Numa investigação feita pelo próprio Fisher sobre o grau de definição do limite corporal,

comparando adultos (idade média de 36 anos) e idosos (idade média de 67 anos), não foi encontrada diferença na satisfação com a imagem corporal entre os dois grupos.

Gray (1977), citado por Hallinan e Schuller (1993), chegou à conclusão, a partir de um estudo feito com pessoas de ambos os sexos, entre 18 e 60 anos, de que há uma tendência para uma maior satisfação com a forma corporal com o avançar da idade. Cash et al. (1986), citados em Cash (1990), confirmam que a satisfação com a imagem corporal não diminui com o envelhecimento, uma vez que as pessoas transferem a sua atenção da aparência para a saúde e para o bem-estar físico.

Segundo Hallinan e Schuler (1993), a forma corporal ideal para as mulheres idosas, como para as mulheres jovens, é significativamente menor do que suas formas corporais reais. E, segundo os mesmos autores, existe uma tendência para a diminuição da diferença entre a forma corporal ideal e a real no grupo etário entre 80 e 88 anos. Os autores salientam que com mulheres idosas, as que praticavam exercício mostraram uma grande diferença na percepção da forma do corpo real e do corpo ideal em relação às que não praticavam nenhuma actividade física.

Num estudo efectuado por Cash et al., citados em Alves (2003, p.76), "a partir de uma amostra de 30.000 elementos do sexo feminino, com o objectivo de determinar as atitudes relativas ao próprio corpo e verificar se a idade as influencia significativamente, os autores concluíram que as adolescentes e as jovens com 20 anos de idade eram quem mais se preocupavam com a própria aparência. Dos 30 aos 60 anos, conforme a idade aumentava, ocorria um decréscimo acentuado. A partir dos 60 anos, o interesse pela aparência voltava a aumentar".

2.4 Interacção entre massagem e imagem corporal

2.4.1 Massagem e imagem corporal

Com a evolução que sofreu ao longo da sua história, e mais recentemente no século XX, conseguimos hoje discernir claramente o que é massagem, enquanto recurso técnico para cuidar do ser humano através de manobras com os seus componentes, efeitos, indicações e contra-indicações, do que é o toque feito vulgarmente, nas relações afectivas, profissionais ou casuais entre as pessoas. Apesar dessa distinção, nas histórias destes campos houve um entrelaçamento que se faz presente ainda hoje: o encontro das mãos com o corpo da outra pessoa, comum aos dois elementos em estudo (massagem e toque). Na maioria dos casos, um simples toque é muito diferente do que compreendemos por massagem, mesmo sabendo que por vezes funciona como tal, desencadeando respostas semelhantes (e.g., quando uma mãe dá banho a um filho, acariciando a sua pele). Para Dolto (1978, p.30), " o tocar e o massajar têm o mesmo significado. Dito por outras palavras, a expressão carícia manual, utilizada pelos psicólogos e pelos filósofos, representa para nós a massagem."

Para analisar o efeito que a massagem terapêutica tem sobre a imagem corporal, começaremos por ver o efeito que o toque, elemento fundamental da primeira, tem neste fenómeno. Como já vimos, ainda antes do nascimento, "a experiência mais precoce, mais elementar e mais dominante do bebé é a táctil", Davis (1991, p.35). Nos primeiros meses após o nascimento continua a ser o tacto a forma mais eficiente de comunicação do / com o bebé, numa relação

dialéctica na qual ao mesmo tempo em que apreende o mundo vai desenvolvendo a percepção de si, incluindo tudo o que implica esse ser. O toque é sempre reversível, pois uma mão que toca é também tocada, como refere Merleau-Ponty (1968) citado por Shildrick (2002, p.111), e nesse processo o bebé vai-se também reconhecendo pelo contacto com o corpo do outro ou através dos objectos que toca.

Tanto o toque recebido por outros quanto o auto-toque terão influências sobre a construção da imagem corporal. Para Anna Freud (1965), citada por Montagu (1988, p.203), no início da vida, "ser tocado de leve, aconchegado no colo e tranquilizado pelo tacto ajuda a consolidar uma imagem corporal e um ego corporal saudáveis". Para Davis (1991, p.52), "ao tocar o próprio corpo, uma criança contribui para sua imagem corporal". Essa auto-exploração liga-se tanto à sensação do corpo como às reacções dos outros a tal iniciativa. Keating (1987, p.372) salienta que, a partir do segundo semestre do primeiro ano de vida, "as regiões do corpo onde os contactos recíprocos são mais frequentes através da exploração manual vão ser mais facilmente identificadas e unificadas numa imagem corporal ainda bastante fragmentada".

Da evidência tangível do corpo da mãe, da existência de um universo na ponta dos dedos, em sentido muito real, o bebé passa para o desenvolvimento da consciência do seu próprio corpo e do da progenitora. Aquilo que o bebé tiver aprendido pela exploração do corpo da mãe é usado como fundamento de aprendizagens subsequentes a respeito de seu próprio corpo, investigando-o principalmente com suas mãos. Através desse processo fica claro que a imagem corporal que fazemos de nós mesmos é, em grande medida, baseada nas nossas experiências tácteis da infância, subsequentemente

reforçadas pelas experiências feitas ao longo da meninice (Montagu, 1988). Segundo Pruzinsky (1990), no processo de separação da fusão simbiótica com a mãe e de individualização em que o bebé assume as suas características pessoais, há duas influências críticas que são o toque (mediatizado através da pele) e o movimento (mediatizado através da propriocepção).

Para Fenichel (1945), citado por Pruzinsky (1990), devido à ocorrência simultânea da experiência táctil externa com a dos dados sensoriais internos, o corpo do indivíduo torna-se algo separado do resto do mundo e assim o discernimento entre o *self* e o não-*self* torna-se possível. Esta ideia foi complementada pelo próprio Pruzinsky (1990), acrescentando este que o senso inicial de *self* é baseado na experiência das sensações tácteis e cinestésicas.

O corpo como entidade autónoma "faz-se a si próprio, mas no estabelecimento de um conjunto de relações e cumplicidades com o meio" (Cunha e Silva, 1998b, p.35). O corpo "organiza-se a partir da construção de um regime de trocas com o exterior" (Cunha e Silva, 1998b, p.35), e um dos canais para esta troca é a relação táctil. Para Ong (1967), citado por Montagu, o tacto atesta a existência de uma realidade objectiva, de alguma coisa fora, que não eu mesmo. E, no entanto, pelo próprio facto de atestar o não-eu mais do que qualquer outro dos sentidos, o tacto implica também uma maior subjectividade. Quando sinto esta coisa objectiva "do lado de fora", além dos limites do meu corpo, também experimento ao mesmo tempo o meu próprio ser. Sinto o outro e eu mesmo, simultaneamente.

Sigmund Freud (1923), citado por Gieler (1988), defende que o ego é, em última instância, derivado das sensações corporais, podendo ser considerado como a projecção mental da superfície do corpo". Ringel (1960) e Panse (1970) referidos em Gieler (1988, p.63), afirmam que "o ego humano é formado pela imagem corporal pessoal, principalmente derivada da percepção da superfície". Para o próprio Gieler (1988), a pele tem importância biunívoca para a imagem corporal humana: por um lado, uma mudança na pele pode ter um efeito secundário na personalidade (...) e, por outro lado, processos intra-psíquicos podem manifestar-se através dela. Entender a linguagem da pele pode-nos ajudar a compreender muito sobre a experiência corporal do indivíduo.

A compreensão da imagem corporal como uma estrutura em processo de mudança é sublinhada por Sobral (1996, p.234), quando diz que "a imagem do corpo não é apenas a fotografia subjectiva desse mesmo corpo, a impressão reflectida passivamente das nossas dimensões e forma, peso e textura, mas uma construção permanente".

Para Pruzinsky e Cash (1990), a transformação na imagem corporal pode ocorrer em muitas dimensões: alteração física, mudança na experiência corporal, mudança nas reacções emocionais para com o corpo, ou mudança nos aspectos cognitivos e comportamentais da imagem corporal.

Schilder (1950), citado por Fisher (1990), analisou em profundidade os efeitos das variáveis que exercem impacto sobre a imagem corporal e, entre elas, faz referência ao ser tocado como um estímulo que promove mudança na mesma.

Segundo Pruzinsky (1990), a perspectiva somato-psíquica assume que, se a meta é mudar a percepção e o sentimento de um indivíduo em relação ao seu corpo (i.e.,

imagem corporal), então trabalhar directamente com o corpo é o mais eficiente recurso para atingir esta meta. Entre as abordagens somato-psíquicas, o autor inclui a massagem terapêutica, dentro do grupo de técnicas de manipulação corporal orientada. Dolto (1978) complementa esta ideia , sugerindo que o trabalho através de manipulação visa restituir ao corpo a sua unidade, reajustar as peças soltas, cuja coordenação constitui o conceito de organismo.

Cunha e Silva (1999, p.25) afirma que "o corpo, esta estrutura que nos habituamos a entender como equilibrada, harmónica e simétrica, afinal, quando inspeccionada de um lugar sem preconceitos, revela-se o inverso. (...) Ele só ganhará se for visto numa perspectiva desconstrutivista, que o recupera na sua desarmonia, na sua assimetria, no seu desequilíbrio". A massagem terapêutica é um recurso que pode interferir nesse processo contínuo de construção da imagem corporal, delineando o contorno deste território, fazendo a sua "fisiografia" através de estímulos de impressão sensorial, dando informações ao corpo sobre o seu lugar.

2.4.2 Massagem e percepção da imagem corporal

A construção da imagem corporal passa, entre outros aspectos, pela percepção que se tem dos limites deste corpo, limites estes dados em primeira instância pela pele. Gieler (1988, p.62-63) diz que "a pele como órgão físico e psíquico de contacto, define o limite entre o eu e o ambiente". Para Dolto (1978, p.36), "as sensações cutâneas confrontam-nos com os nossos limites exteriores".

Falar de pele é falar também de tacto, e este também é responsável pela percepção da nossa imagem corporal. Segundo Tayler (1921) citado por Montagu (1988), o maior sentido do nosso corpo é o tacto, que nos informa sobre a profundidade, a espessura e a forma. Através deste sentido somos capazes de discriminar as imagens internalizadas de nossos segmentos corporais. Esse processo começa muito cedo, até antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida. Como diz Dolto (1978), temos necessidade do contacto físico para desenvolver a consciência e a sensibilidade do corpo. No bebé, em torno da sucção, enquanto composição cutânea ou táctil de experiências, são organizadas as primeiras percepções (Montagu, 1988). Para Shildrick (2002), os processos fisiológico e psicológico vêm juntos, e neles a pele é menos um limite do que um órgão de comunicação, uma passagem ou um ponto de cruzamento, tanto para o *self* como para o outro (não-*self*).

Nem sempre estamos devidamente conscientes da importância da pele para a imagem corporal. No entanto, alterações ou anormalidades patológicas nesta superfície dão conta dessa importância. Gieler (1988, p.66) afirma mesmo que "na maioria dos casos, as pessoas tomam consciência da sua pele só quando esta se desvia da norma em relação a estrutura, forma ou cheiro". Desta maneira "a pele e suas doenças podem providenciar uma oportunidade para tornar conscientes os sinais de um *self*-corporal inconsciente", continua o autor, citando Teengen (Gieler, 1988, p.67).

Montagu (1988), falando da relação entre contacto e individuação, diz que a percepção de si mesmo é em grande medida uma questão de experiências tácteis. Segundo Ortega y Gasset (1957), citado por Montagu (1988, p.128), "tacto e

contacto são necessariamente o factor mais conclusivo na determinação da estrutura de nosso mundo". Dolto (1978, p.30) citando Sartre (s.d.) diz que "a carícia não é um simples afloramento da carne mas sim um modo de lhe dar forma".

Através do tacto e das diversas técnicas orientadas de manipulação terapêutica que o envolvem, como a massagem, pode-se portanto ajudar a construir a imagem corporal, interferindo nas suas variáveis físicas e psíquicas. Pinheiro (1998) salienta que entre os efeitos psicológicos da massagem há a consciencialização da imagem corporal. "Nas relações entre o paciente e o massagista, estabelece-se uma sensibilização progressiva em direcção ao imperceptível" (Dolto, 1978, p.19). Segundo Fisher (1986), o interior do corpo representa para muitas pessoas um mistério, uma região desconhecida com conotações ameaçadoras. A massagem tenta que o paciente, que já não se sente pertença de si próprio mas antes sente profundamente a dispersão da sua unidade, volte a ser ele mesmo (Dolto, 1978)

Esta unidade acontece também, em termos neurofisiológicos, como refere Ajuriaguerra (1970), citado por Abrantes (1998, p.50), como resultado da tomada de consciência do corpo na sua totalidade e respectivas partes, através da forma como o corpo é sentido e experimentado.

Para Cunha e Silva (1998a, p.36), "a percepção é já uma construção subjectiva, é uma significação, logo um processo activo, e não uma mera atitude contemplativa". Considerando os efeitos da massagem citados anteriormente, esta revela-se uma forma activa de interacção, constituindo um meio privilegiado para a tomada de consciência do corpo

e um importante recurso no processo de percepção da imagem corporal.

2.4.3 Massagem e satisfação com a imagem corporal

A satisfação com a imagem corporal é fruto do balanço entre questões culturais, a relação parental e o tipo de contacto físico que se recebe, com as questões próprias do corpo, como o tipo étnico, a idade, o peso, a prática de actividade física e condições gerais de saúde. A massagem terapêutica pode interagir como elemento externo, contribuindo para o desenvolvimento de relação positiva com o corpo e com a sua imagem.

Desde os primeiros momentos da vida, essa satisfação passa pela qualidade do toque que se recebeu. Através desse meio de comunicação (e.g., através dos cuidados com o corpo), a mãe pode transmitir aceitação amorosa, carinho e um sentido de segurança, ou pode transmitir o oposto (Pruzinsky, 1990). O toque é um componente essencial do bem-estar do bebé (Shildrick, 2002).

A satisfação com a imagem do corpo está dependente de aspectos objectivos e de factores subjectivos. Há, por um lado, uma avaliação (objectiva) que a própria pessoa faz sobre a aparência externa e sobre a condição interna, a saúde por exemplo, e, por outro, uma avaliação subjectiva que envolve algumas questões como a representação que o corpo tem no meio cultural aonde se está inserido, ou a auto-estima relativa ao próprio corpo. Para Garcia (1989), citando Levinson et al. (1986), a imagem corporal resulta de uma avaliação subjectiva, podendo ser afectada, entre outros, por indicadores físicos e pela posição social.

Dolto (1978, p.29) sustenta que "tocar todos os pontos do corpo é um acto tranquilizador, pois permite, eventualmente, confirmar a integridade desse mesmo corpo, quando o indivíduo, no seu inconsciente, receia que ele esteja fragmentado".

A massagem, com as suas técnicas variadas do gesto, opera uma conversão no doente, oferecendo-lhe a mão que o toca a paz e o repouso (Dolto, 1978). Numa investigação feita com três pacientes com mastectomia, Brendin (1999) verificou que a aplicação de massagens foi útil para resgatar a satisfação com a imagem corporal.

Reforçando essas afirmações, diversos estudos desenvolvidos têm chegado à conclusão de que a ausência de toque contribui para um efeito negativo na imagem corporal. Numa pesquisa realizada com pacientes VIH-positivo e com SIDA, por exemplo, Chapman (2000) constatou uma relação directa entre o não ser tocado suficientemente e a expressão de uma imagem corporal negativa.

Embora o toque como forma de intervenção tenha um formidável potencial de apoio, ajudando as pessoas a sentirem-se mais positivas consigo e com seus corpos, devemos estar sempre conscientes da possibilidade do seu emprego incorrecto, como tal, devemos certificarmo-nos de que ele é bem executado e da abertura do indivíduo para ser tocado (Chapman, 2000).

O trabalho desenvolvido sobre os diversos sistemas fisiológicos deixa o organismo mais saudável e, por consequência, melhor na sua aparência a nível estético. Isso tem reflexos não só em termos pessoais, mas também é percebido e comentado por terceiros, contribuindo, como estímulo externo complementar, para uma imagem corporal global mais positiva.

III - OBJECTIVOS E HIPÓTESES

III - Objectivos e hipóteses

3.1 Objectivo geral

- Analisar o efeito de um programa de massagem na percepção e na satisfação com a imagem corporal.

3.2 Objectivos específicos

- Investigar as diferenças na *percepção* da imagem corporal entre o Grupo Experimental e o Grupo Controlo, nos dois momentos da avaliação de um programa de massagem.

- Investigar as diferenças na *satisfação* com a imagem corporal entre o Grupo Experimental e o Grupo Controlo nos dois momentos da avaliação de um programa de massagem.

3.3 Hipóteses

H1: A experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *percepção* da imagem corporal.

H2: A experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *satisfação* com a imagem corporal.

IV - METODOLOGIA

IV - Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

A presente investigação constitui um estudo longitudinal de concepção quase-experimental, analisando a influência da massagem terapêutica sobre a imagem corporal tendo como amostra o idoso feminino.

4.2 Caracterização da amostra

4.2.1 Escolha da população

A população do nosso estudo é constituída por idosos residentes ou frequentadores de um Lar. Essa escolha foi feita por duas ordens de razão: (i) ser um grupo de pessoas que provavelmente seriam pouco tocadas corporalmente; (ii) por estes indivíduos apresentarem disponibilidade de tempo e de local para se submeterem à parte prática do estudo.

Realizamos o trabalho no Lar da Associação de São Nicolau, na Ribeira do Porto. Esse Lar foi seleccionado pela grande disponibilidade demonstrada pela Direcção em contribuir para o estudo, dando autorização verbal e total apoio, após termos entregue uma cópia do Projecto a ser desenvolvido.

4.2.2 Critérios de selecção

Inicialmente fizemos uma triagem através das fichas clínicas dos idosos, para seleccionar os que apresentassem

um quadro que possibilitasse a participação no estudo.

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram as seguintes características: impossibilidade física e/ou perturbações mentais clinicamente diagnosticadas; submissão a terapia medicamentosa que dificultasse ou impedisse a capacidade de apreensão da proposta e a possibilidade de se integrarem ao trabalho prático; terem planeado alguma actividade que interrompesse a participação completa na programação das actividades.

No âmbito do processo de selecção dos grupos que fizeram parte do estudo, fomos apresentados pela Direcção do Lar aos indivíduos que são residentes e aos que o frequentam como Centro de Dia. Nesse momento fizemos uma explanação sobre o trabalho a ser desenvolvido, dizendo inclusive que seriam formados dois grupos, o Grupo Experimental (GE) e o Grupo Controlo (GC), no que consistiria o trabalho e a importância de cada grupo. A inclusão nos grupos deu-se de forma voluntária.

4.2.3 Selecção da amostra

Como o objectivo de tornar o grupo mais homogéneo possível, e como só apareceu um único voluntário do sexo masculino, formamos os dois grupos exclusivamente com indivíduos do sexo feminino.

A amostra foi composta por um total de 15 indivíduos, sendo oito do Grupo Experimental, com idades variando dos 58 aos 81, e sete do Grupo Controlo, com idades variando entre os 66 e 85 (Quadro IV- 1).

Quadro IV-1 - Número de indivíduos e respectivas idades (x±sd, valores mínimo e máximo).

Grupos	N	x±sd	Mínimo	Máximo
Experimental	8	72,38±8,34	58	81
Controlo	7	77,00±5,77	66	85

No Grupo Experimental, apenas um dos indivíduos é residente no Lar, o mesmo ocorrendo no Grupo Controlo. Os demais moram nas suas próprias casas, alguns sós e outros com familiares (Quadro IV-2).

Quadro IV-2 - Tipo de residência (número e percentagem de indivíduos).

		Em casa	
Grupos	No Lar	Mora só	Mora com familiares
Experimental	1(12,5%)	3(37,5%)	4(50%)
Controlo	1(14,3%)	3(42,85%)	3(42,85%)

Em relação à vivência de contacto físico com outras pessoas, no Grupo Experimental quatro indivíduos mantinham algum tipo de contacto e quatro não. No Grupo Controlo dois indivíduos mantinham algum tipo de contacto físico e cinco não tinham qualquer forma de contacto (Quadro IV-3).

Quadro IV-3 - Relação com o contacto físico (número e percentagem de indivíduos).

Grupos	N	Mantêm contacto físico	Não mantêm contacto físico
Experimental	8	4(50%)	4(50%)
Controlo	7	5(71,42%)	2(28,57%)

Quanto a actividade física sistematizada, nenhum indivíduo, quer do Grupo Experimental quer do Grupo Controlo a praticou durante a aplicação das massagens. Em relação a fisioterapia, dois indivíduos em cada grupo estavam sob tratamento (Quadro IV-4).

Quadro IV-4 - Prática de actividade física e de fisioterapia (número e percentagem de indivíduos).

Grupos	N	Actividade física	Fisioterapia
Experimental	8	0(0,0%)	2(25%)
Controlo	7	0(0,0%)	2(28,57%)

Foram dadas individualmente aos membros dos dois grupos, explicações detalhadas sobre o trabalho a ser desenvolvido. Para que os sujeitos da pesquisa pudessem dar o seu consentimento para participarem da mesma e para que percebessem o seu objectivo e a metodologia, assim como os seus direitos, foi entregue, tanto no Grupo Experimental como no Grupo Controlo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com essas explicações (Anexo 1). Este Termo foi elaborado a partir da Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996 da Comissão de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional De Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (CONEP). Os Termos foram assinados em duas vias, ficando uma com o investigador e a outra com o indivíduo. Com os indivíduos que não sabiam ler, foi lido para os mesmos o conteúdo do Termo. Todos sabiam assinar.

Aos participantes do Grupo Experimental foi pedido que consultassem os respectivos médicos, o que foi feito, tendo todos os indivíduos recebido dos clínicos autorização verbal para participarem no trabalho.

4.3 Material e métodos

Cada elemento dos dois grupos foi sujeito a duas avaliações, uma no início e outra no final do trabalho, com um intervalo de doze semanas entre uma e outra. Na avaliação inicial, foram aplicados os Questionário de Identificação Pessoal, Dados Gerais de Saúde e de Actividade Física (Anexo 2); o *Body Size Estimation Method - BSEM* de Kreitler e Kreitler (1988), (Anexo 3); e o *Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ* de Lutter et al. (1990), (Anexo 4). Após as doze semanas, foi feita uma reavaliação dos resultados obtidos anteriormente, relativamente aos dados gerais de saúde e actividade física, e reaplicados o *BSEM* e o *BISQ*.

Considerando a informação da Direcção do Lar de que alguns dos indivíduos não sabiam ler, optámos por perguntar directamente e preenchermos as respostas dos questionários de todos os indivíduos.

4.3.1 Questionário de identificação pessoal, dados gerais de saúde e de actividade física

Este questionário foi por nós elaborado para obtermos dados que permitiram efectuar a caracterização geral da amostra no tocante a: sexo, idade, dados antropométricos (peso e altura), local de residência, relação com o tocar e o ser tocado, a prática ou não de actividade física, a qualidade do sono e sobre a saúde geral do paciente e possíveis tratamentos a que estivessem a ser sujeitos.

Esse questionário teve os seguintes objectivos: colher dados mais precisos sobre cada indivíduo, para poder respeitar as suas especificidades na hora da aplicação das massagens; sondar a relação com as variáveis toque corporal

e prática de actividade física, que poderiam interferir na avaliação final; e para fazer uma análise comparativa ao final do trabalho no tocante a qualidade de vida dos indivíduos.

Uma semana após a aplicação da última sessão de massagem, com objectivo de verificar possíveis alterações, foram controlados alguns dados deste Questionário como o peso, local de residência, relação com o tocar e o ser tocado, a prática ou não de actividade física, eventual tratamento fisioterápico, a qualidade do sono, a saúde geral e possíveis tratamentos a que os sujeitos estivessem submetidos.

4.3.2 Avaliação da percepção da imagem corporal

Para a avaliação da percepção da imagem corporal foi utilizado o *Body Size Estimation Method - BSEM*, questionário de Kreitler e Kreitler (1988), já traduzido e adaptado para esta população específica por Festas (2002).

O *BSEM* consiste em pedir ao sujeito uma estimativa do comprimento e largura de partes corporais com a ajuda das suas mãos ou dos seus dedos. A proximidade ou o afastamento das suas mãos ou dedos delimitam o tamanho das várias estruturas, podendo ser mensuráveis. O objectivo é mostrar o tamanho das partes corporais percepcionadas.

Todas as medidas foram feitas de pé, com os indivíduos de olhos fechados, de forma a obter-se as melhores representações, evitando a comparação com objectos externos ou com o próprio corpo. Entre as medidas, os sujeitos puderam abrir os olhos.

Para a estimativa da altura, os sujeitos foram instruídos a levantar o braço preferido e mostrar a sua

altura, definida pela distância que vai da palma da mão ao chão.

Para a estimativa da largura dos ombros, cintura e ancas, os sujeitos foram instruídos a, com os cotovelos flectidos a 90 graus, afastar os antebraços e com as palmas das mãos mostrar os três tamanhos referidos.

Para a estimativa da mão, do pé e da face, os sujeitos foram instruídos a sustentar os braços à frente, com os cotovelos flectidos confortavelmente, fechar os dedos e com os indicadores esticados mostrar o tamanho da distância percepcionada.

Para a estimativa da testa, do nariz, da orelha e da boca, os sujeitos foram instruídos a, com o seu braço preferido, cotovelo flectido confortavelmente, mostrar a distância com os dedos polegar e indicador.

A medição foi feita imediatamente após a execução da demonstração, usando o instrumento mais adequado com unidades métricas, medindo a distância interna entre as pontas dos dedos ou entre as palmas das mãos.

Após as medições das estimativas percepcionadas, utilizando antropómetros, efectuou-se a medição dos tamanhos reais das partes corporais anteriormente estudadas.

Para a análise das diferenças percepcionadas e reais, utilizaremos o índice de percepção corporal (IPC). Este é calculado da seguinte forma: IPC = (tamanho percebido/tamanho real) * 100. Com este índice, qualquer valor igual a 100 corresponde a uma estimativa do tamanho correcta, valores acima de 100 correspondem a uma sobrestima do tamanho e valores inferiores a 100 correspondem a uma subestima do tamanho, Ruff e Barrios (1986), citados por Festas (2002).

4.3.3 Avaliação da satisfação com a imagem corporal

Para a avaliação da satisfação com a imagem corporal utilizamos o *Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ*, questionário desenvolvido por Lutter et al. (1990), referidos por Festas (2002). Este questionário foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Abrantes (1998), tendo o estudo de fiabilidade para a população específica (idosos na cidade do Porto) sido feito por Festas (2002).

Partimos para o nosso estudo usando a versão de Festas (2002). Este questionário é constituído por 22 itens. Para cada item, existem cinco possibilidades de resposta: 1- Não gosto nada e desejaria ser diferente; 2- Não gosto mas tolero; 3- É-me indiferente; 4- Estou satisfeito; 5- Considero-me favorecido. Quanto mais elevado for o valor final obtido, maiores serão os índices de satisfação da imagem corporal que o indivíduo apresenta.

No item *Seios/Peitorais* mantivemos apenas *Seios*, por ser a nossa amostra exclusivamente feminina.

Considerando a especificidade do nosso estudo, mudamos o item *Dentes* para *Boca*, porque os dentes não são tocados enquanto que a região bocal sim.

Não utilizamos o item *Porte* (usado por Festas), devido à sua semelhança com o item *Postura*. Acrescentamos um outro item, *Sensação geral*, por abranger o corpo no seu total e estar directamente relacionado com o trabalho de massagem.

Excluímos o item *Nível de energia* por considerarmos que há muita semelhança com o item *Resistência*.

Incluímos os itens *Pescoço, Mãos e Pés*, que não estavam no questionário base e que são importantes no trabalho de massagem.

4.3.4 Protocolo de massagem

A nossa investigação teve uma parte experimental, que consistiu no Protocolo de massagem, constituído por doze sessões padronizadas, semanais, com duração aproximada de uma hora. Este Protocolo foi aplicado entre as duas avaliações.

Tivemos a preocupação de fazer um programa semelhante para todos os participantes da amostra, mas consideramos cada um deles individualmente, pelo seu histórico e características físicas específicas. Cada sujeito foi respeitado dentro da sua individualidade em cada uma das sessões.

As massagens foram aplicadas na sala de enfermagem do Lar. Foi solicitado a cada um dos indivíduos que utilizasse, nas sessões, roupas com as quais ficassem à vontade e permitissem a aplicação da massagem.

Antes de cada sessão, através da Ficha de Acompanhamento das Sessões de Massagem (Anexo 5), era perguntado aos sujeitos como se sentiam naquele momento e como se tinham sentido após a anterior (isto a partir da segunda sessão). Utilizando a mesma Ficha, era perguntado no final da sessão como se estavam a sentir naquele momento, e era registado o procedimento da sessão. Esse acompanhamento foi feito para podermos avaliar as reacções decorridas após cada sessão, dirigir o procedimento na sessão que iria iniciar-se e ir acompanhando a evolução individual de cada sujeito.

Utilizamos as manobras básicas de massagem: deslizamento, amassamento, fricção e percussão. Considerando as limitações dos sujeitos, só foram utilizadas as posições de decúbito dorsal e lateral.

Descrição da sessão:

- Os sujeitos eram solicitados a ficarem deitados na posição de decúbito dorsal.
- Iniciávamos a sessão com a massagem do pé esquerdo e depois do pé direito;
- em seguida era massajada a perna, o joelho e a coxa esquerda e depois o mesmo no lado direito;
- depois era massajada a mão, o antebraço e braço esquerdo e o mesmo no lado direito.
- Com o paciente em decúbito lateral direito, massajávamos o lado esquerdo da região da bacia, em seguida a zona lombar e a torácica. O mesmo procedimento era aplicado sobre o lado direito com o sujeito em decúbito lateral esquerdo;
- Novamente em decúbito dorsal, eram massajados o abdómen, o tórax, os ombros, o pescoço, a cabeça e o rosto, finalizando a sessão.

4.3.5 Programação das actividades

Para a realização do protocolo experimental foi necessário um período de 16 semanas. As duas primeiras semanas foram utilizadas para a avaliação das fichas clínicas dos sujeitos, apresentação do trabalho às pessoas do Lar e consequente formação dos grupos. A terceira semana foi utilizada para a avaliação inicial feita com os dos dois grupo. Nas doze semanas seguintes foi aplicado o Protocolo de massagens com Grupo Experimental e, na última semana, foi feita a segunda avaliação com os dois grupos.

4.3.6 Instrumentarium

Para recolha dos dados antropométricos: balança portátil decimal, fita métrica graduada em milímetros e antropómetros (pequeno e grande).

Para aplicação das massagens: uma marquesa, lençóis, mantas e óleo para massagem.

4.4 Procedimentos estatísticos

Após a recolha de dados e obtidas as respostas aos questionários, procedeu-se à sua organização para o tratamento estatístico, utilizando o programa SPSS 11.5.

Técnicas estatísticas utilizadas:

- Estatística descritiva: para as variáveis observadas foi calculada a média, o desvio padrão, os valores máximos e mínimos e as percentagens.
- Estatística inferencial: usamos o Teste de Wilcoxon para comparação da mesma amostra em momentos diferentes e o Teste de Mann-Whitney para comparação de amostras independentes em cada momento de avaliação.

Os valores de significância para a *percepção* e *satisfação com a imagem corporal* foram considerados estatisticamente significativos para $p \leq 0.10$, pelo facto de se tratar de questionários subjectivos e de interpretações múltiplas (Hill e Hill, 2000).

V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

V - Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo faremos a apresentação e discussão dos resultados obtidos na nossa investigação.

Teremos três sub-capítulos: Percepção da imagem corporal; Satisfação com a imagem corporal; e Dados gerais de saúde e imagem corporal. A discussão será feita ao final de cada sub-capítulo.

5.1 Percepção da imagem corporal

Os Quadros que iremos apresentar são relativos à percepção da imagem corporal nos Grupos Experimental e de Controlo. São resultados das duas avaliações, sendo a primeira feita antes da aplicação do protocolo experimental e a segunda após o protocolo.

5.1.1 Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação

Os resultados apresentados neste quadro são referentes aos dados da percepção da imagem corporal entre os dois grupos, em relação à primeira avaliação. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-1 - Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação (x±sd, valores de z e p).

	Grupo Experimental x±sd	Grupo Controlo X±sd	z	p
Altura	99,61±3,13	99,22±2,90	-0,57	n.s.
Mão	87,57±11,35	87,94±7,40	-0,05	n.s.
Pé	**97,18±12,45**	**78,72±12,09**	**-2,31**	**,021**
Ombro	**123,79±23,37**	**104,52±14,34**	**-1,73**	**,083**
Cintura	126,47±27,40	118,02±20,78	-0,34	n.s.
Anca	138,78±23,04	129,61±35,94	-0,46	n.s.
Tronco	129,68±20,65	117,38±17,95	-1,04	n.s.
Face	123,40±21,46	129,05±20,10	-0,40	n.s.
Testa	105,77±37,10	91,39±27,13	-0,57	n.s.
Nariz	**93,87±23,37**	**72,51±19,55**	**-1,85**	**,064**
Orelha	**85,02±15,07**	**66,91±26,51**	**-1,62**	**,104**
Boca	99,18±19,59	90,41±24,53	-0,63	n.s.
Cabeça	101,45±11,71	90,05±18,21	-1,15	n.s.
Média total	107,33±10,33	97,12±12,45	-1,38	n.s.

Encontramos aqui quatro itens que apresentam diferenças estatisticamente significativas: *Pé*, *Ombro*, *Nariz* e *Orelha*.

Há uma tendência geral para uma melhor percepção no Grupo Experimental, pois este apresenta um maior número de itens (nove) com médias que se aproximam do índice de percepção corporal exacto (IPC=100), relativamente ao Grupo controlo (cinco itens).

De uma forma geral, o Grupo Experimental tem tendência para sobrestimação, com oito itens com índice acima de cem, enquanto que o Grupo Controlo tem tendência para subestimação, com nove itens abaixo de cem. Nos itens *Cintura*, *Anca*, *Tronco* e *Face*, os dois grupos apresentam índices que revelam uma sobrestimação elevada.

Os índices com estimativas mais próximas do exacto são apresentados pelos dois Grupos no item *Altura*, sendo a diferença entre os dois muito pequena. O menor índice aparece no Grupo Controlo no item *Orelha*, e o maior no Grupo Experimental no item *Anca*.

Os itens que apresentam médias mais próximas são *Altura* e *Mão*, sendo no item *Mão* aonde está a menor diferença entre médias nos dois grupos, revelando o Grupo Controlo o índice mais próximo do exacto. O item *Nariz* é o que apresenta a maior diferença entre os dois grupos, sendo subestimado por ambos, com a média que mais se aproxima do índice exacto do Grupo Experimental.

Na média total, o Grupo Controlo apresenta um valor mais próximo do índice exacto.

5.1.2 Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação

Os resultados apresentados dizem respeito à comparação da percepção da imagem corporal entre os dois grupos, em relação à segunda avaliação. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-2 - Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação (x±sd, valores de z e p).

	Grupo Experimental x±sd	Grupo Controlo x±sd	z	p
Altura	101,35±2,24	98,42±6,79	-0,81	n.s.
Mão	88,34±15,26	88,76±18,30	-0,23	n.s.
Pé	**93,00±14,37**	**74,77±10,60**	**-2,37**	**,018**
Ombro	112,87±15,50	115,05±7,17	-0,69	n.s.
Cintura	124,91±24,84	115,98±23,21	-0,81	n.s.
Anca	128,81±17,30	120,59±15,34	-0,81	n.s.
Tronco	122,20±15,29	117,21±9,06	-0,46	n.s.
Face	118,58±23,99	116,85±34,68	-0,11	n.s.
Testa	110,52±51,48	101,96±17,80	-0,35	n.s.
Nariz	103,87±13,11	88,49±18,08	-1,39	n.s.
Orelha	**78,25±6,66**	**74,01±21,45**	**-1,86**	**,063**
Boca	107,96±26,28	100,05±17,43	-0,40	n.s.
Cabeça	103,83±12,74	96,27±11,88	-0,92	n.s.
Média total	106,22±9,22	99,54±7,72	-1,27	n.s.

Os itens *Pé* e *Orelha* apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois Grupos.

A tendência para uma melhor percepção é do Grupo Controlo, com um maior número itens (oito) com médias que se aproximam do índice de percepção corporal exacto, relativamente ao Grupo Experimental (seis itens).

O Grupo Experimental apresenta uma elevada tendência para sobrestimação da percepção da imagem corporal com médias acima de cem em onze itens. O Grupo Controlo se apresenta mais equilibrado apresentando seis itens com sobrestimação, sete itens com subestimação e um item (*Boca*) com índice no valor exacto. O Grupo Experimental não apresenta nenhuma média no índice exacto, estando a mais próxima no item *Altura*. Os dois grupos apresentam uma sobrestimação elevada de índices nos itens *Cintura*, *Anca*,

Tronco, *Face*, *Ombro* e *Testa*. O menor índice é apresentado pelo Grupo Controlo no item *Orelha*, e o maior pelo Grupo Experimental no item *Anca*.

A menor distância entre os dois Grupos dá-se no item *Mão*, sendo no entanto reduzida a diferença entre eles. A maior distância acontece no item *Pé*, ficando o Grupo Experimental mais próximo do item ideal.

Na média total, o Grupo Controlo apresenta um valor mais próximo do índice exacto.

5.1.3 Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações

Os resultados apresentados dizem respeito à primeira e à segunda avaliação da percepção da imagem corporal feita com o Grupo Experimental. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-3 - Percepção da imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e segunda avaliações (x±sd, valores de z e p).

	1ª avaliação x±sd	2ª avaliação x±sd	z	p
Altura	**99,61±3,13**	**101,35±2,24**	**-1,68**	**,093**
Mão	87,57±11,35	88,34±15,26	-0,28	n.s.
Pé	97,18±12,45	93,00±14,37	-0,56	n.s.
Ombro	123,79±23,37	112,87±15,50	-1,54	n.s.
Cintura	126,47±27,40	124,91±24,84	-0,84	n.s.
Anca	138,78±23,04	128,81±17,30	-1,12	n.s.
Tronco	129,68±20,65	122,20±15,29	-1,26	n.s.
Face	123,40±21,46	118,58±23,99	-0,31	n.s.
Testa	105,77±37,10	110,52±51,48	-0,67	n.s.
Nariz	93,87±23,37	103,87±13,11	-0,84	n.s.
Orelha	85,02±15,07	78,25±6,66	-1,26	n.s.
Boca	99,18±19,59	107,96±26,28	-1,46	n.s.
Cabeça	101,45±11,71	103,83±12,74	-0,98	n.s.
Média total	107,33±10,33	106,22±9,22	-0,28	n.s.

O item que apresenta diferença estatisticamente significativa é *Altura*.

A tendência para uma melhor percepção está na segunda avaliação, que apresenta oito itens que passaram a ter índices mais próximos do exacto (*Mão*, *Ombro*, *Cintura*, *Anca*, *Tronco*, *Face*, *Nariz* e *Média total*), contra seis que continuaram a apresentar índices mais próximos do exacto na primeira avaliação (*Altura*, *Pé*, *Testa*, *Orelha*, *Boca* e *Cabeça*).

Na primeira avaliação o Grupo mostra uma tendência para sobrestimação, revelada em oito itens: *Ombro*, *Cintura*, *Anca*, *Tronco*, *Face*, *Testa* e *Cabeça*. Na segunda avaliação essa tendência aumenta aparecendo, além dos itens anteriores, mais três itens com sobrestimação: *Altura*, *Nariz* e *Boca*.

Os itens *Altura* e *Boca* são os que apresentam os índices mais próximos do exacto, ambos na primeira avaliação. O item que mostra o menor índice de percepção corporal é *Orelha*, na segunda avaliação. A *Anca* é o item que apresenta o maior índice, na primeira avaliação. Não aparece nenhum índice com o valor exacto.

A menor distância num mesmo item entre as duas avaliações regista-se no item *Mão* (sendo na segunda o maior valor), e a maior distância está no item *Tronco* (na primeira maior do que na segunda).

A média total, na segunda avaliação, regista uma aproximação ao índice de percepção corporal exacto.

5.1.4 Percepção da imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações

Os resultados apresentados dizem respeito à primeira e à segunda avaliação da percepção da imagem corporal feita com o Grupo Controlo. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-4 - Percepção da imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e segunda avaliações (x±sd, valores de z e p).

	1ª avaliação	2ª avaliação		
	x±sd	x±sd	z	p
Altura	99,22±2,90	98,42±6,79	-0,10	n.s.
Mão	87,94±7,40	88,76±18,30	-0,50	n.s.
Pé	78,72±12,09	74,77±10,60	-0,10	n.s.
Ombro	**104,52±14,34**	**115,05±7,17**	**-1,99**	**,046**
Cintura	118,02±20,78	115,98±23,21	-0,33	n.s.
Anca	129,61±35,94	120,59±15,34	-0,67	n.s.
Tronco	117,38±17,95	117,21±9,06	-1,01	n.s.
Face	129,05±20,10	116,85±34,68	-1,18	n.s.
Testa	91,39±27,13	101,96±17,80	-1,10	n.s.
Nariz	**72,51±19,55**	**88,49±18,08**	**-2,02**	**,043**
Orelha	66,91±26,51	74,01±21,45	-0,94	n.s.
Boca	90,41±24,53	100,05±17,43	-1,15	n.s.
Cabeça	90,05±18,21	96,27±11,88	-1,35	n.s.
Média total	97,12±12,45	99,54±7,72	-0,84	n.s.

Dois itens apresentam diferenças estatisticamente significativas: *Ombro* e *Nariz*.

A tendência para uma melhor percepção está na segunda avaliação, com um item que apresenta índice exacto (*Boca*), dez itens que passaram a ter índices mais próximos do exacto (*Mão*, *Cintura*, *Anca*, *Tronco*, *Face*, *Testa*, *Nariz*, *Orelha*, *Boca*, *Cabeça* e *Média total*), contra três que continuaram a apresentar índices mais próximos do exacto na primeira avaliação (*Altura*, *Pé* e *Ombro*).

Na primeira avaliação o Grupo apresenta tendência geral para subestimação, revelado em nove itens (*Altura*, *Mão*, *Pé*, *Testa*, *Nariz*, *Orelha*, *Boca*, *Cabeça* e *Média total*). Na segunda avaliação o Grupo apresenta equivalência, com sete itens com subestimação (*Altura*, *Mão*, *Pé*, *Nariz*, *Orelha*, *Cabeça* e *Média total*), seis itens com sobrestimação

(*Ombro*, *Cintura*, *Anca*, *Tronco*, *Face* e *Testa*), e um item com índice exacto (*Boca*).

O item que mostra o menor índice é *Orelha*, na primeira avaliação. Os itens *Anca* e *Face* exibem os maiores índices, verificando-se os dois na primeira avaliação.

O item *Tronco* é o que apresenta maior estabilidade entre as duas avaliações, com uma variação mínima. O item *Nariz* é o que apresenta maior distância entre as duas avaliações (na primeira mais baixo do que na segunda).

Na segunda avaliação, na média total, há uma melhora no índice de percepção corporal, aproximando-se esta do nível exacto.

5.1.5 Discussão

A imagem corporal é uma estrutura plástica que, na sua elaboração, sofre a interferência de vários factores. Entre eles estão a experiência táctil, a actividade física, as relações afectivas e a interacção com o envolvimento social (Garcia 1989; Pruzinsky 1990; Pruzinsky e Cash, 1990).

A percepção da imagem corporal no idoso, cujo corpo já se apresenta num patamar de estabilização, continua passível de mudanças, podendo ser influenciada por estímulos internos e externos (e.g., a qualidade da saúde, a prática de actividade física, a relação táctil ou os valores estéticos socialmente vigentes). Quando submetida a situações contendo qualquer desse tipo de estímulos, verifica-se que a percepção da imagem corporal pode apresentar resultados que oscila entre uma maior ou menor subestimação ou sobrestimação, ou ainda passar de um nível para o outro.

Furlong (1977), citada em Fisher (1986), verificou que as mulheres idosas têm tendência para subestimar o seu

tamanho. Na nossa pesquisa, essa tendência é confirmada nos dois Grupos no momento da primeira avaliação, tendo o Grupo Experimental uma média de 99,61±3,13, e o Grupo Controlo uma média de 99,22±2,90. Na segunda avaliação, somente o Grupo Controlo continua com essa tendência, apresentando a média de 98,42±6,79, enquanto que o Grupo Experimental passa para uma média, com valor de sobrestimação, de 101,35±2,24. Associamos esse facto aos efeitos que a massagem produz no corpo, relaxando a musculatura e, consequentemente, promovendo a liberação das articulações, sentida pelo indivíduo como um aumento de altura. Nos dois momentos da avaliação do Grupo Experimental esse foi o único item que apresentou uma diferença estatisticamente significativa (p=, 093).

Segundo Kreitler e Kreitler (1988), citados em Alves (2003), num estudo efectuado com 240 indivíduos percebeu-se que com o avançar da idade ocorria uma sobrestimação do tamanho das partes corporais. No nosso estudo, enquanto tendência geral, isso só foi verificado no Grupo Experimental, que apresentou na primeira e na segunda avaliações, na média total, valores sobrestimados: 107,33±10,33 e 106,22±9,22, respectivamente. O Grupo Controlo apresentou médias com subestimação, de 97,12±12,45 e 99,54±7,72, respectivamente, primeira e segunda avaliações.

Tal como concluído na investigação realizada por Festas (2002) com idosos na cidade do Porto, o nosso estudo, feito com elementos das mesmas faixas etárias mas exclusivamente do sexo feminino, apresenta também como resultado a sobrestimação nos itens *Cintura*, *Ancas*, *Face* e *Testa*, e a subestimação no item *Mãos*. Isto ocorrendo tanto no Grupo Experimental como no Grupo Controlo, e nas duas

avaliações. A subestimação das mãos foi verificada também por Shontz (1969), citado em Fisher (1986).

Após a aplicação das massagens e na segunda avaliação, o Grupo Experimental apresenta um maior número de itens com tendência para sobrestimação. Os itens que já eram sobrestimados aproximaram-se do índice correcto, facto que associamos à uma maior sensibilização, em consequência da estimulação feita pelo toque sobre as diversas partes corporais. Apesar de ser um trabalho no qual os indivíduos estavam numa posição de passividade, fazemos analogia com Shontz (1969), citado em Fisher (1986), dizendo que a percepção do tamanho corporal está relacionada com o seu uso, verificando-se que a massagem vai proporcionar estímulos que produzem efeitos semelhantes aos dados pelo uso (movimento) de uma parte do corpo. Apesar dessa tendência geral para sobrestimação, observamos que, com excepção do item *Boca*, todos os outros com sobrestimação apresentaram uma aproximação ao índice correcto.

Analisando a hipótese número um deste trabalho - A experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *percepção* da imagem corporal, concluímos que a mesma foi confirmada apenas para o item *Altura*. A média total verificada na segunda avaliação apresenta um valor indicativo de uma melhor precisão da percepção da imagem corporal. Além disso, nesta avaliação observam-se oito itens que apresentam índices mais precisos, comparativamente a seis registados na primeira avaliação.

5.2 Satisfação com a imagem corporal

5.2.1 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação

Os resultados apresentados dizem respeito à primeira avaliação da satisfação com a imagem corporal nos dois grupos. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-5 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na primeira avaliação (x±sd, valores de z e p).

	Grupo Experimental	Grupo Controlo		
	x±sd	x±sd	z	p
Aspecto geral da face	**2,50±1,41**	**3,57±1,13**	**-1,65**	**,099**
Cabelo	3,50±1,30	4,14±0,37	-0,79	n.s.
Pele	3,50±1,60	3,57±1,13	-0,41	n.s.
Testa	3,88±0,35	3,86±0,37	-0,09	n.s.
Olhos	3,25±1,90	2,71±1,60	-0,93	n.s.
Nariz	3,25±1,16	3,57±0,78	-0,48	n.s.
Boca	3,50±1,30	4,14±0,37	-0,96	n.s.
Orelhas	3,75±1,16	3,57±1,27	-0,41	n.s.
Pescoço	**3,00±1,41**	**4,00±0,00**	**-1,74**	**,082**
Ombros	2,50±1,60	3,00±1,41	-0,52	n.s.
Braços	3,25±1,38	3,00±1,41	-0,55	n.s.
Mãos	**3,13±1,35**	**4,29±0,48**	**-2,14**	**,032**
Seios	3,25±1,38	3,29±1,60	-0,27	n.s.
Barriga	**2,13±1,55**	**3,57±1,13**	**-1,83**	**,066**
Cintura	2,88±1,55	3,00±1,41	0,00	n.s.
Ancas	2,13±1,55	3,43±1,13	-1,56	n.s.
Coxas	2,88±1,35	3,57±1,13	-1,24	n.s.
Pernas	2,25±1,48	2,57±1,51	-0,31	n.s.
Pés	3,25±1,38	2,86±1,77	-0,26	n.s.
Peso	1,75±1,38	2,71±1,60	-1,22	n.s.
Altura	2,88±1,55	3,14±1,46	-0,35	n.s.
Postura	**2,63±1,50**	**4,14±0,37**	**-2,21**	**,027**
Resistência física	**1,50±1,41**	**3,14±1,46**	**-1,87**	**,061**
Sensação geral	1,88±1,64	3,00±1,41	-1,28	n.s.
Média total	**2,84±0,38**	**3,41±0,38**	**-2,14**	**,032**

Encontramos aqui sete itens que apresentam diferenças estatisticamente significativas: *Aspecto geral da face*, *Pescoço*, *Mãos*, *Barriga*, *Postura*, *Resistência física* e na *Média total*.

O Grupo Controlo mostra tendência para satisfação mais elevada, registando vinte itens com médias mais altas, contra cinco do Grupo Experimental.

O item com maior nível de satisfação é *Mãos*, seguido, com a mesma média, pelos itens *Cabelo*, *Boca* e *Postura*, sendo os quatro apresentados pelo Grupo Controlo. Com o menor nível de satisfação aparece o item *Resistência física*, seguido pelo item *Peso*, sendo os dois apresentados pelo Grupo Experimental. Em nenhum item há equivalência entre os dois grupos.

O item que apresenta uma maior distância na média da satisfação entre os dois grupos é o de *Resistência física*, sendo a média mais elevada no Grupo Controlo. O item com menor distância entre os dois grupos é *Testa*, sendo subtilmente mais elevada a satisfação no Grupo Experimental.

Na média total, o Grupo Controlo apresenta uma maior satisfação.

5.2.2 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação

Os resultados apresentados dizem respeito à segunda avaliação da satisfação com a imagem corporal nos dois grupos. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-6 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental e do Grupo Controlo na segunda avaliação (x±sd, valores de z e p).

	Grupo Experimental	Grupo Controlo		
	x±sd	X±sd	z	p
Aspecto geral da face	3,75±0,88	4,00±0,00	-0,57	n.s.
Cabelo	4,00±0,92	3,43±1,39	-0,85	n.s.
Pele	3,13±1,80	3,14±1,46	-0,32	n.s.
Testa	3,87±0,35	3,57±1,13	-0,19	n.s.
Olhos	3,50±1,60	3,14±1,46	-0,79	n.s.
Nariz	3,25±1,48	3,57±0,78	-0,19	n.s.
Boca	3,63±0,74	3,71±1,25	-0,74	n.s.
Orelhas	3,87±0,35	3,71±0,75	-0,19	n.s.
Pescoço	**2,88±1,55**	**4,00±0,00**	**-1,75**	**,080**
Ombros	3,25±1,38	3,00±1,41	-0,55	n.s.
Braços	3,13±1,24	3,00±1,41	-0,26	n.s.
Mãos	**3,38±1,18**	**4,29±0,48**	**-1,93**	**,053**
Seios	3,63±1,06	4,14±0,37	-1,36	n.s.
Barriga	2,25±1,38	3,14±1,46	-1,39	n.s.
Cintura	3,25±1,38	3,43±1,13	0,00	n.s.
Ancas	3,25±1,38	3,43±1,13	0,00	n.s.
Coxas	3,25±1,38	3,29±1,11	-0,41	n.s.
Pernas	3,25±1,38	2,71±1,60	-0,70	n.s.
Pés	3,63±1,06	3,71±1,25	-0,49	n.s.
Peso	2,75±1,48	2,29±1,60	-0,51	n.s.
Altura	3,25±1,38	3,14±1,46	-0,15	n.s.
Postura	4,00±0,00	4,00±0,00	0,00	n.s.
Resistência física	2,63±1,76	3,57±1,13	-0,93	n.s.
Sensação geral	3,25±1,48	3,57±1,13	-0,41	n.s.
Média total	3,33±0,53	3,45±0,36	-0,46	n.s.

Encontramos dois itens que apresentam diferenças estatisticamente significativas: *Pescoço* e *Mãos*.

O Grupo Controlo mostra um nível de satisfação com a imagem corporal mais elevado, tendo médias mais altas em quinze itens, contra nove itens do Grupo Experimental. Em um item (*Postura*), os grupos apresentam médias iguais.

O item com nível de satisfação mais alto é *Mãos*, seguido pelo item *Seios*, ambos apresentados pelo Grupo Controlo. O item com nível de satisfação mais baixo é *Barriga*, apresentado pelo Grupo Experimental, seguido pelo item *Peso*, apresentado pelo Grupo Controlo.

O item que apresenta uma maior distância na média da satisfação entre os dois grupos é *Pescoço*, sendo a média mais elevada no Grupo Controlo. O item com menor distância entre os dois grupos é *Pele*, sendo mais elevada a satisfação também no Grupo Controlo.

Na média total, o Grupo Controlo apresenta uma maior satisfação.

5.2.3 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e na segunda avaliações

Os resultados apresentados dizem respeito à primeira e à segunda avaliação da satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-7 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Experimental na primeira e segunda avaliações (x±sd, valores de z e p).

	1ª avaliação	2ªavaliação		
	x±sd	x±sd	z	p
Aspecto geral da face	**2,50±1,41**	**3,75±0,88**	**-1,63**	**,102**
Cabelo	3,50±1,30	4,00±0,92	-1,41	n.s.
Pele	3,50±1,60	3,13±1,80	-0,81	n.s.
Testa	3,87±0,35	3,87±0,35	0,00	n.s.
Olhos	3,25±1,90	3,50±1,60	-0,44	n.s.
Nariz	3,25±1,16	3,25±1,48	0,00	n.s.
Boca	3,50±1,30	3,63±0,74	-0,44	n.s.
Orelhas	3,75±1,16	3,87±0,35	0,00	n.s.
Pescoço	3,00±1,41	2,88±1,55	-0,27	n.s.
Ombros	2,50±1,60	3,25±1,38	-1,41	n.s.
Braços	3,25±1,38	3,13±1,24	-0,44	n.s.
Mãos	3,13±1,35	3,38±1,18	-0,44	n.s.
Seios	3,25±1,38	3,63±1,06	-1,00	n.s.
Barriga	2,13±1,55	2,25±1,38	-0,18	n.s.
Cintura	2,88±1,55	3,25±1,38	-1,00	n.s.
Ancas	**2,13±1,55**	**3,25±1,38**	**-1,73**	**,083**
Coxas	2,88±1,35	3,25±1,38	-0,81	n.s.
Pernas	2,25±1,48	3,25±1,38	-1,51	n.s.
Pés	3,25±1,38	3,63±1,06	-1,00	n.s.
Peso	1,75±1,38	2,75±1,48	-1,63	n.s.
Altura	2,88±1,55	3,25±1,38	-0,57	n.s.
Postura	**2,63±1,50**	**4,00±,000**	**-1,89**	**,059**
Resistência física	1,50±1,41	2,63±1,76	-1,47	n.s.
Sensação geral	**1,88±1,64**	**3,25±1,48**	**-1,89**	**,059**
Média total	**2,84±0,38**	**3,33±0,53**	**-2,38**	**,017**

Cinco itens apresentam diferenças estatisticamente significativas: *Aspecto geral da face, Ancas, Postura, Sensação geral* e *Média total.*

O nível de satisfação com a imagem corporal é muito mais elevado na segunda avaliação, que mostra dezanove itens com médias mais altas, enquanto que na primeira só

aparecem quatro. Dois itens (*Testa* e *Nariz*) mantêm-se equivalentes entre as duas avaliações.

Os itens *Cabelo* e *Postura* apresentam as médias mais altas, ambas na segunda avaliação. A menor média está no item *Resistência física*, seguido por Peso, ambos apresentados na primeira avaliação.

A maior distância entre médias nas duas avaliações é apresentada por dois itens, *Postura* e *Sensação geral*, seguidos por *Aspecto geral da face* e depois por *Resistência física*. Em todos esses itens as médias mais altas estão na segunda avaliação, revelando-os como os que apresentaram maior aumento na satisfação.

Os itens *Pele*, *Pescoço*, *Braços* e *Cintura* são os itens que apresentam, na segunda avaliação, um nível mais baixo de satisfação.

Na média total, verifica-se um aumento de satisfação na segunda avaliação.

5.2.4 Satisfação com a imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e na segunda avaliações

Os resultados apresentados dizem respeito à primeira e à segunda avaliação da satisfação com a imagem corporal do Grupo controlo. Apresentamos a média, o desvio padrão e as medidas z e p.

Quadro V-8 - Satisfação com a imagem corporal do Grupo Controlo na primeira e segunda avaliações (x±sd, valores de z e p).

	1ª avaliação	2ªavaliação		
	x±sd	x±sd	z	p
Aspecto geral da face	3,57±1,13	4,00±0,00	-1,00	n.s.
Cabelo	4,17±0,37	3,43±1,39	-1,34	n.s.
Pele	3,57±1,13	3,14±1,46	-1,00	n.s.
Testa	3,86±0,37	3,57±1,13	-0,44	n.s.
Olhos	2,71±1,60	3,14±1,46	-0,57	n.s.
Nariz	3,57±0,78	3,57±0,78	0,00	n.s.
Boca	4,14±0,37	3,71±1,25	-1,00	n.s.
Orelhas	3,57±1,27	3,71±0,75	0,00	n.s.
Pescoço	4,00±0,00	4,00±0,00	0,00	n.s.
Ombros	3,00±1,41	3,00±1,41	0,00	n.s.
Braços	3,00±1,41	3,00±1,41	0,00	n.s.
Mãos	4,29±0,48	4,29±0,48	0,00	n.s.
Seios	3,29±1,60	4,14±0,37	-1,41	n.s.
Barriga	3,57±1,13	3,14±1,46	-1,00	n.s.
Cintura	3,00±1,41	3,43±1,13	-1,34	n.s.
Ancas	3,43±1,13	3,43±1,13	0,00	n.s.
Coxas	3,57±1,13	3,29±1,11	-1,41	n.s.
Pernas	2,57±1,51	2,71±1,60	-1,00	n.s.
Pés	2,86±1,77	3,71±1,25	-1,41	n.s.
Peso	2,71±1,60	2,29±1,60	-1,00	n.s.
Altura	3,14±1,46	3,14±1,46	0,00	n.s.
Postura	4,14±0,37	4,00±0,00	-1,00	n.s.
Resistência física	3,14±1,46	3,57±1,13	-1,00	n.s.
Sensação geral	3,00±1,41	3,57±1,13	-1,34	n.s.
Média total	3,41±0,38	3,45±0,36	-0,63	n.s.

Nenhum item apresenta diferença estatisticamente significativa.

Na segunda avaliação há um discreto aumento na satisfação com a imagem corporal, apresentando o grupo dez itens com médias mais altas, contra oito na primeira

avaliação. Sete itens mantêm-se equivalentes entre as duas avaliações.

O item *Mãos* apresenta a média mais alta, sendo igual nas duas avaliações, seguido por *Cabelo*, com média mais alta na primeira avaliação. A menor média aparece no item *Peso*, na segunda avaliação e depois *Pernas* na primeira. Os itens *Nariz, Pescoço, Ombros, Braços, Mãos, Ancas* e *Altura* apresentam médias iguais nas duas avaliações.

Os itens que apresentam maiores mudanças nas médias entre a primeira e a segunda avaliações são *Seios* e *Pés*, com mudanças equivalentes e médias mais altas na segunda avaliação, revelando-os como os maiores aumentos na satisfação. Em seguida está *Cabelo*, com média mais alta na primeira avaliação. Sete itens, *Nariz, Pescoço, Ombros, Braços, Mãos, Ancas* e *Altura*, apresentam médias iguais entre as duas avaliações.

A maior distância entre médias nas duas avaliações foi apresentada pelo item *Pés*, surgindo a média mais elevada na segunda avaliação.

Na média total há um aumento de satisfação na segunda avaliação, mas é muito reduzido, podendo ser considerado irrelevante.

5.2.5 Discussão

Estudos específicos sobre esta área sustentam que os idosos apresentam uma relação positiva com a sua imagem corporal. Cash et al. (1986), citados em Cash (1990), referem que a satisfação com a imagem corporal não diminui com a idade, uma vez que a atenção do sujeito é transferida para a saúde e bem-estar físico; segundo Lutter, (1990), citado em Festas (2002), investigações feitas pelo *Melpomene Institute*, num estudo efectuado com 111 mulheres,

de idades compreendidas entre os 49 e os 83 anos, mostraram que a maioria delas revelou estar satisfeita com a sua imagem corporal; e Abrantes (1998) verificou que as mulheres com idades superiores a 50 anos apresentaram maior satisfação com a sua imagem corporal do que as mulheres mais novas, revelando ainda serem menos influenciadas pelas atitudes socialmente veiculadas acerca do corpo.

Os resultados da nossa investigação estão de acordo com a literatura supracitada, revelando os dois Grupos da nossa amostra, na média total das duas avaliações, números acima do valor médio (2,5).

Analisando especificamente o item *Peso*, o nosso estudo condiz com o de Fisher (1986), quando afirma que as mulheres têm apresentado, neste ponto específico, os índices inferiores de satisfação. Os dois Grupos que investigamos apresentaram níveis de satisfação muito baixo nesse item, ocorrendo no Grupo Controlo a menor média nos dois momentos de avaliação.

Sobre a hipótese dois do nosso estudo - A experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *satisfação* com a imagem corporal, a mesma é confirmada, o que veremos por itens específicos.

Nos pontos *Aspecto geral da face* e *Ancas*, na avaliação inicial o Grupo Experimental apresentou um nível de satisfação baixo, 2,50±1,41 e 2,13±1,55 respectivamente, o que está de acordo com a literatura. Com efeito, estudos comprovam que as mulheres apresentam um nível de satisfação mais baixo em relação às partes que acham importantes para exercer atracção no sexo oposto, quando não se acham dentro do padrão estético dominante (Fisher, 1986). Na segunda avaliação, esse Grupo passa a apresentar, nos mesmos itens, as médias 3,75±,88 e 3,25±1,38 (respectivamente, *Aspecto geral da face* e *Ancas)*. Estas são duas das diferenças

significativas na comparação entre os dois momentos de avaliação do Grupo Experimental.

Em relação à *Postura*, o mesmo Grupo passa na primeira avaliação do nível 2,63±1,50 para 4,00±,00 na segunda avaliação, e no item *Sensação geral* passa do nível 1,88±1,64 para 3,25±1,48, sendo estas as duas maiores distâncias entre a satisfação inicial e final, diferenças também estatisticamente significativas. Atribuímos essas alterações aos efeitos desencadeados pela massagem que relaxa os músculos e reduz a tensão mental, provocando agradáveis sensações de prazer, como refere Knapp (1994). Na mesma linha, Pinheiro (1998) refere que os efeitos da massagem promovem uma mais completa consciencialização do movimento e da imagem corporal.

Verificamos também na *Média total* diferenças estatisticamente significativas, passando de 2,84±,38 na primeira avaliação para 3,33±,53 na segunda.

Como se vê, todas os itens com diferenças estatisticamente significativas apresentaram melhores resultados na segunda avaliação. Além desses, outros catorze itens também apresentaram melhor nível de satisfação na segunda avaliação comparativamente à primeira. Quatro itens apresentaram melhor satisfação na primeira avaliação e dois não apresentaram alteração entre as duas avaliações.

Considerando o efeito benéfico da massagem sobre a saúde, e a relação directamente proporcional entre saúde e imagem corporal (Fisher, 1986), temos aqui mais uma referência para justificar a alteração positiva ocorrida no Grupo Experimental.

O Grupo Controlo não apresenta nenhuma diferença estatisticamente significativa quando confrontamos os dois momentos da avaliação. Além disso, apenas dez itens revelam

maior satisfação na segunda avaliação, oito na primeira e sete itens não mostram alteração entre as duas avaliações. Em relação à *Média total*, esse grupo apresenta uma mudança muito subtil da primeira para a segunda avaliações, de 3,41±,38 para 3,45±,36, respectivamente.

5.3 Dados gerais de saúde

5.3.1 Dores no corpo

O quadro seguinte mostra como os indivíduos dos dois grupos se apresentam em relação às dores no corpo na primeira e na segunda avaliação.

Quadro V-9 - Dores no corpo dos indivíduos dos dois Grupos na primeira e segunda avaliações (número de indivíduos e percentagem).

	1ª avaliação		2ª avaliação	
	Não sente dores	Sente dores	Não teve alteração	Diminuíram
Grupo Exper.	0	8(100%)	0	8(100%)
Grupo Contr.	0	8(100%)	5(71,42%)	2(28,57%)

Na primeira avaliação, verifica-se que todos os indivíduos dos dois grupos apresentam queixas de dores no corpo.

Na segunda avaliação, todos os indivíduos do Grupo Experimental tiveram uma diminuição nas dores, enquanto que

no Grupo Controlo apenas dois indivíduos tiveram igual evolução.

5.3.2 Qualidade do sono

O próximo quadro mostra a qualidade do sono dos indivíduos dos dois grupos na primeira e na segunda avaliação.

Quadro V-10 - Qualidade do sono dos indivíduos dos dois Grupos na primeira e segunda avaliações (número de indivíduos e percentagem).

	1ª avaliação			2ª avaliação	
	Não dorme bem	Dorme bem	Dorme bem com medicam.	Não alterou	Melhorou
Grupo Exper.	7(87,5%)	0	1(12,5%)	4(50%)	4(50%)
Grupo Contr.	2(28,57%)	3(42,85%)	2(28,57%)	7(100%)	0

Na primeira avaliação, o Grupo Experimental apresentava sete indivíduos que não dormiam bem e um que dormia bem mas ajudado pelo uso de medicamentos. No Grupo Controlo, dois elementos não dormiam bem, três dormiam bem e dois dormiam bem ajudados por medicamentos.

Na segunda avaliação, quatro indivíduos do Grupo Experimental não apresentaram alterações no sono e quatro apresentam uma melhoria. No Grupo Controlo nenhum indivíduo apresenta qualquer alteração.

5.3.3 Peso corporal

Os próximos quadros apresentam o peso corporal e o nível de satisfação *BISQ* no item *Peso*, dos indivíduos dos dois grupos na primeira e na segunda avaliação.

Quadro V-11 - Peso corporal e o nível de satisfação no item *Peso* do Questionário *BISQ* dos indivíduos do Grupo Experimental na primeira e segunda avaliações (valores de cada indivíduo).

Indivíduos	Peso corporal(kg) 1ª avaliação	Peso Corporal(kg) 2ª avaliação	Nível *BISQ* no item *Peso* 1ª avaliação	Nível *BISQ* no item *Peso* 2ª avaliação
1	51,0	50,5	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Não gosto nada e desejaria ser diferente
2	87,0	89,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Estou satisfeito
3	61,0	61,0	Estou satisfeito	Estou satisfeito
4	68,0	67,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Não gosto nada e desejaria ser diferente
5	61,0	60,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	É-me indiferente
6	67,0	67,5	Estou satisfeito	Estou Satisfeito
7	77,0	76,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Estou satisfeito
8	80,0	80,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Não gosto nada e desejaria ser diferente

No Grupo Experimental, dois indivíduos mantiveram o peso corporal sem alteração, dois indivíduos aumentaram e quatro diminuíram.

Em relação ao item *Peso*, cinco indivíduos não apresentaram alteração na satisfação e três apresentaram aumento na satisfação.

Quadro V-12 - Peso corporal e o nível de satisfação no item *Peso* do Questionário *BISQ* dos indivíduos do Grupo Controlo na primeira e segunda avaliações (valores de cada indivíduo).

Indivíduos	Peso corporal(kg) 1ª avaliação	Peso corporal(kg) 2ª avaliação	Nível *BISQ* no item *Peso* 1ª avaliação	Nível *BISQ* no item *Peso* 2ª avaliação
1	92,0	92,0	Estou satisfeito	Não gosto nada e desejaria ser diferente
2	60,0	62,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Não gosto nada e desejaria ser diferente
3	46,0	46,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Não gosto nada e desejaria ser diferente
4	47,0	47,0	Não gosto nada e desejaria ser diferente	Não gosto nada e desejaria ser diferente
5	58,0	54,0	Estou satisfeito	Estou satisfeito
6	58,0	55,0	Estou satisfeito	Estou satisfeito
7	79,0	79,0	Estou satisfeito	Estou satisfeito

No Grupo Controlo, em relação ao peso corporal, quatro indivíduos mantiveram-se sem alteração, um indivíduo aumentou e três diminuíram.

Em relação ao item *Peso*, seis indivíduos não apresentaram alteração na satisfação e um apresentou diminuição com a satisfação.

5.3.4 Discussão

Em sintonia com os estudos de Johnson (1956), citado por Fisher (1986), que demonstram que a satisfação com a imagem corporal baixa proporcionalmente com o número de queixas corporais, concluímos através da análise dos resultados apresentados na segunda avaliação do Grupo Experimental (no qual 100% dos indivíduos apresenta um quadro de diminuição nas dores corporais e 50% apresenta uma melhoria na qualidade do sono) que estes são factores que contribuíram para o aumento da satisfação com a imagem nesse Grupo.

Por outro lado, percebemos que, na segunda avaliação, independente da alteração do peso corporal real, o nível de satisfação referente ao item *Peso* no Grupo Experimental apresenta um valor mais elevado, enquanto que no Grupo Controlo não há melhorias. Resultado concordante com os estudos de Berscheid et al. (1973), citados em Festas (2002), que verificaram uma correlação positiva entre satisfação com o peso e satisfação com a imagem corporal, relação confirmada no nosso estudo.

VI - C O N C L U S Õ E S

VI - Conclusões

As conclusões aqui apresentadas devem ser interpretadas considerando as características específicas do estudo por nós efectuado, nomeadamente, a amostra considerada, de idosos do sexo feminino do Concelho do Porto; o seu carácter longitudinal quase-experimental; e as limitações inerentes à sua metodologia.

O propósito do nosso trabalho, investigar a influência da massagem na percepção e na satisfação com a imagem corporal, foi atingido.

Relativamente à hipótese número um, de que a experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *percepção* da imagem corporal, atribuímos a sua confirmação em apenas um item devido a algumas características da amostra, do protocolo utilizado e da própria variável *percepção*. O corpo do idoso apresenta-se num estádio com pouca possibilidade de mudanças nos diversos tecidos, com estruturas que já se encontram com um nível de rigidez elevado e, por isto, acreditamos que seria necessário um intervalo menor entre as sessões de massagem e também um maior número de sessões ao longo do protocolo para surtir o efeito que esperávamos, vendo mudanças significativas num maior número de segmentos corporais. Consideramos também que o processo de mudança da percepção da imagem corporal acontece de uma forma lenta.

A segunda hipótese, a experiência de massagem acarreta mudanças significativas na *satisfação* com a imagem corporal, teve plena confirmação, reforçando as referências da literatura sobre os benefícios do toque sobre a pele, e

da manipulação dos sistemas orgânicos para o bem-estar e satisfação com o próprio corpo.

A massagem, aumentando a satisfação com a imagem corporal, pode ajudar a aliviar a crise da cisão entre o homem e o seu corpo, para que não diga mais "tenho um corpo", e sim "sou um corpo", e que este corpo não seja algo que me pertença mas que seja eu, ou que eu o seja.

No mundo contemporâneo é urgente que ousemos resgatar o tocar no próximo. Recuperar o simples, a mão que toca cuidando ou acariciando, um gesto tão próximo e cada vez mais distante. Num mundo de contactos sem tacto, o momento do ciberespaço, "o táctil converte-se em digital, o teclado substitui a pele, o rato toma o lugar da mão" (Le Breton, 2001, p.208).

VII - RECOMENDAÇÕES

VIII - Recomendações

Considerando a reduzida produção de trabalhos científicos que associam massagem e imagem corporal, são muitas as necessidades e possibilidades de investigação nesta área.

Em relação à amostra do nosso estudo, idosos do sexo feminino, podem fazer-se confrontações com um grupo de mulheres de outras faixas etárias; comparar com um grupo de idosos do sexo masculino; e comparar um grupo que faça só massagem com um grupo que faça massagem e actividade física paralelamente.

Por outro lado, ainda analisando diferentes interacções da massagem, poder-se-ia averiguar a sua relação com factores como auto-conceito e auto-estima, utilizando como amostra grupos que têm geralmente baixos níveis nestes aspectos como, por exemplo, toxicodependentes ou prostitutas.

A nossa variável independente, *massagem*, pode também ser confrontada com outras técnicas de manipulação terapêutica como mobilização articular passiva ou alongamento passivo. O estudo poderia ser feito com ambas incluídas numa mesma sessão e feita a comparação com um grupo controlo, ou utilizadas sessões específicas com cada uma dessas técnicas, aplicadas em grupos distintos.

Quanto à variável dependente *percepção da imagem corporal*, sugerimos que a mesma seja investigada através do trabalho de mobilização articular passiva e ou o trabalho de percussão suave sobre os ossos, tendo em conta que a percepção do corpo passa pela propiocepção, e que esta é viabilizada, entre outros, através dos receptores que se encontram a nível articular.

VIII - BIBLIOGRAFIA

VIII - Bibliografia

Abrantes, H.M.N.A. (1998). **Satisfação com a imagem corporal, auto-estima e actividade física. Estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Alves, A.M.S. (2003). **Esquizofrenia, imagem corporal e actividade física. Estudo da percepção e da satisfação com a imagem corporal em indivíduos esquizofrénicos, praticantes e não praticantes de actividade física.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

American Massage Therapy Association (1999). **AMTA definition of massage therapy.** Disponível em: <http://www.amtamassage.org/about/definition.html>

Battista, É.; Dumas, P.; Macorigh, F. (1982). **Massage du sportif.** Bornemann, Paris.

Batista, P.M.F. (1995). **Satisfação com a Imagem Corporal e Auto-estima** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Brendin, M. (1999). Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women´s experience. **Journal of Advanced Nursing,** 29(5): 1113-1120.

Brun, J. (1990). **A mão e o espírito**. Edições 70, Lisboa.

Cady, S. H.; Jones, G. E. (1997). Massage therapy as a workplace intervention for reduction of stress. In: **Perceptual and motor skills**, 84, pp. 157-158.

Calvert, R.N. (2002). **The history of massage**. Healing Arts Press. Rochester, Vermont.

Carrol e Brown Limited (1999). **A saúde nas suas mãos**. The Reader's Digest Association Limited, London.

Chapman, E. (2000). Conceptualisation of the body for people living with HIV: issues of touch and contamination. **Sociology of Health & Illness**, 22: 840-857.

CONEP, (2002). **Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil**. Disponível em «http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc».

Cunha e Silva, P. (1997). O corpo (contemporâneo) em crise ecológica. In: Costa, L. P. (ed.), **Meio ambiente e desporto. Uma perspectiva internacional**, pp. 105-113. Faculdade de ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto.

Cunha e Silva, P. (1998a). **Corpo motor ou corpo desportivo?**. Revista Horizonte, vol. Xix, 81, 36-39. jan/fev. 1998.

Cunha e Silva, P. (1998b). **O futuro do corpo ludo-desportivo**. Revista Horizonte, vol. Xv, 86, 35-39. Nov/Dez-1998.

Cunha e Silva, P. (1999). **O lugar do corpo. Elementos para uma cartografia fractal**. Piaget, Lisboa.

Davis, P. K. (1991). **O poder do toque**. Nova Cultural Ltda, São Paulo.

Dolto, B.J. (1978). **Uma nova quinesioterapia: o corpo sob acção das mãos**. Centro do livro brasileiro, Lisboa.

Duarte, E.N.(2001). **Manual técnico para realizações de trabalhos monográficos: dissertações e teses**. Editora Universitária/UFPB. João Pessoa.

Ehrenfried, L.(1991). **Da educação do corpo ao equilíbrio do espírito**. Summus Editorial. São Paulo.

Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image, In: T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body images: development, deviance and change**, 80-109. New York, London, The Guilford Press.

Festas, C.F.S. (2002). **A imagem corporal e o equilíbrio no idoso**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Fisher, S. (1986). **Development and structure of the body image - Volume I**. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey - London.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In: T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body**

images - development, deviance and change, pp. 03-20. The Guilford Press, New York.

Garcia, T. S. (1989). Metamorfoses do corpo ou um estudo sobre a imagem corporal. **Revista Horizonte**, VI-34, pp. 127-131.

Gardiner, H. W.; Mutter, J.D.; Kosmitzki, C. (1998). **Lives across culture: cross-cultural human development**. Allyn and Bacon, Massachusetts.

Gecsedi, R. A. (2002). Massage therapy for patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. 6 (1): 52-54.

Gieler, U. (1988). Skin and Body Experience. In: E. Brähler (Ed.): **Body Experience - The Subjective Dimension of Psyche and Soma**, pp. 62-76. Springer-Verlag: Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo.

Hallinan, C.J. e Schuler, P.B. (1993). Body-shape perceptions of elderly women exercisers and nonexercisers. In: **Perceptual and motor skills**, 77, pp. 451-456.

Hauschka, M. (1985). **Massagem rítmica**. Associação beneficente Tobias, São Paulo.

Hill, M. M.; Hill, A. (2000). **Investigação por questionário**. Edições Sílabo Lda., Lisboa

Hong, C.; Tobis, J. S. (1994). Reabilitação fisiátrica e cuidado do paciente geriátrico In: F. J. Kottke, J. F. Lehmann (eds.), **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**, pp. 419 - 421. Manole, São Paulo.

Horta, L. (1995). Meios e métodos de recuperação na actividade desportiva In: L. Horta, **Prevenção de lesões no desporto**, pp. 215-235. Caminho, Lisboa.

Huard, P.; Wong, M. (1990). **Cuidados e técnicas do corpo na China, no Japão e na Índia**. Summus, São Paulo.

Jacob, J. L. (1994). A imagem corporal e os factores socioculturais, performance motora e sexo. **Revista Horizonte**, X - 60, pp. 211-217.

Junqueira, L.C. e Caneiro, J. (1995). **Histologia básica**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Keating, I. (1987). **A Imagem do corpo**. Revista Portuguesa de Pedagogia - N° XXI, 354-379.

Knapp, M. E. (1994). Massagem In: F. J. Kottke, J. F. Lehmann (eds.), **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**, pp. 419 - 421. Manole, São Paulo.

Kreitler, S.; Kreitler, H. (1988). Body image: the dimension of size. **Genetic, Social and general Psychology Monographs**, 114: 7-32.

Kresge, C. (1988). Massage and sport In: O. Appenzeller (Ed), **Sports medicine**, pp. 419 - 431. Urban & Schwarzenberg, Baltimore.

Krueger, D. W. (1990). Developmental and psychodynamic perspectives on body-image change. In: T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body images - development, deviance and change**, pp. 255-271. The Guilford Press, New York.

Langman, J. (1985). **Embriologia médica**. Atheneu, São Paulo.

Le Breton, D. (2001). O adeus ao corpo. In: Cunha e Silva, P. (Ed.), **Corpo fast forward**, pp. 196-211. Númeromagasine, Porto.

Lutter, J.M.; Jaffee, L.; Lee, V.; Benyus, J.; Jones, C.; Johnson, V.N.; Zurek, L. (1990). **The Bodywise Woman**. The Melpomene Institute for Woman's Health Research. Human Kinetics Publishers, USA.

Madeira, C.(Ed.), (2002). A mão que move o mundo. **Superinteressante**. 45: 28-35. Abril, Linda-a-Velha.

Marques, A. P.; Matsutani, L. A.; Yuan, S. L. K (2001). Eficácia da massoterapia em pacientes portadores de fibromialgia. In: **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v.8, n.2, p.90. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Martin, G. M.; Gamble, G. L. (1994). Prescrição em medicina física e reabilitação In: F. J. Kottke, J. F. Lehmann (eds.), **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**, pp. 419 - 421. Manole, São Paulo.

Marx, A. G.; Camargo, M. C. (1986). **Fisioterapia no edema linfático**. Panamed, São Paulo.

Massada, L. (1989). **Lesões musculares no desporto**. Caminho, Lisboa.

Mezzetti, M.D. e Pistoletti, A. (1988). **La imagen corporal**. Revista de Educacion Física. N° 19, 26-30.

Montagu, A. (1988). **Tocar: o significado humano da pele.** Summus Editorial. São Paulo.

Oliveira, F. B. (1989). **A cura pela massagem.** Mercado aberto, Porto Alegre.

Oliveira, M.S.R. (1996). **Efeitos da ginástica Aeróbica na Imagem Corporal e Auto-conceito das Mulheres** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Pinheiro, J. P. (1998). **Medicina de reabilitação em traumatologia do desporto.** Caminho, Lisboa.

Piret, S. e Bézieres, M.M. (1992). **A coordenação motora: aspecto mecânico da organização psicomotora do homem.** Summus, São Paulo.

Pruzinsky, T. (1990). Somatopsychic approaches to psychotherapy and personal growth. In: T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body images - development, deviance and change**, pp. 296-315.

Pruzinsky, T. e Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In: T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body images - development, deviance and change**, pp. 337-349. The Guilford Press, New York.

Ramm-Bonwitt, I. (2002). **Mudrãs - As mãos como símbolo do Cosmos.** Pensamento, São Paulo.

Rechtien, J. J.; Andary, M.; Holmes, T. G.; Wieting, J. M. (2002). Manipulação, massagem e tração In: J. A. DeLisa, B.

M. Gans (Eds.), **Tratado de medicina de reabilitação - princípios e prática - Volume I**, pp. 549 - 581. Manole, São Paulo.

Shildrick, M. (2002). **Embodying the monster. Encounters with the vulnerable self**. Sage Publications, Londres.

Shontz, F. C. (1990). Body image and physical disability. In: T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body images - development, deviance and change**, pp. 149-169. The Guilford Press, New York.

Sobral, F. (1996). As práticas do corpo nas populações do ocidente. **Revista Horizonte**, XII - 72: 233-235.

Tortora, G.J. (2000). **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. Artes Médicas Sul, Porto Alegre.

Vasconcelos, M. O. F. (1995). **A imagem corporal no período peripubertário. Comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural** (Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Wood, E.C.; Becker, P.D. (1984). **Massagem de Beard**. Manole, São Paulo.

A N E X O S

Universidade do Porto
Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física
Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A presente pesquisa é a parte experimental do Projecto de Dissertação de Mestrado na área de Desporto de Recreação e Lazer e tem como tema **A influência de massagem sobre a imagem corporal.**

O nosso trabalho tem como objectivo geral analisar o efeito de um programa de massagem sobre a imagem corporal, e como objectivos específicos investigar se existe diferença na satisfação e na percepção da imagem corporal entre praticantes e não praticantes (grupo controlo) de um programa de massagem.

A duração será de 14 (catorze) semanas consecutivas. Na primeira será feita a aplicação dos questionários de identificação pessoal, de satisfação com a imagem corporal e a avaliação da percepção da imagem corporal. Nas outras 12 (doze) semanas serão aplicadas sessões de massagem com duração de uma hora cada sessão, sendo uma a cada semana. Na 14ª sessão será reaplicados o questionário de satisfação com a imagem corporal e a avaliação da percepção da imagem corporal.

Considerando as características específicas do grupo que vai se submeter às massagens e o objectivo da pesquisa, foi desenvolvido um programa de massagens que não ponha em risco o referido grupo, podendo ainda trazer alguns benefícios inerentes a prática de massagens.

Durante todo o processo de aplicação das massagens o pesquisador estará disponível a todos os participantes para qualquer assistência no que diz respeito a questões específicas do trabalho, sejam a nível corporal ou para esclarecimentos metodológicos sobre a pesquisa.

Todos os participantes têm a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Será garantido o sigilo assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Todas as despesas para a viabilização da pesquisa e para eventuais danos decorrentes da mesma ficarão por conta do pesquisador responsável.

De acordo com o acima exposto, dou o meu consentimento para me submeter a referida pesquisa.

Porto, _____ de _____ de _____.

_____

Questionário de identificação pessoal, dados gerais de saúde e prática de actividade física

N.º Idoso : ☐ Data:

Nome: Tel.:

Sexo: Data de nascimento: Peso: Idade:

Residente no lar: Não ☐ Sim ☐

Se não, mora com quem?

Se sim, tempo de residência:

Recebe visitas de familiares e/ou amigos? Não ☐ Sim ☐

Mantém contacto físico com alguma pessoa? Não ☐ Sim ☐

Que tipo?

Pratica alguma actividade física? Não ☐ Sim ☐

Qual:

Há quanto tempo:

Dorme bem? Não ☐ Sim ☐

Sente alguma dor no corpo? Não ☐ Sim ☐

Descreva:

Faz algum tratamento fisioterápico? Não ☐ Sim ☐

Que tipo?

Tem algum problema de saúde? Não ☐ Sim ☐

Qual?

Faz uso de medicamentos? Não ☐ Sim ☐

Quais?

Fez alguma cirurgia? Não ☐ Sim ☐

Qual(is) e há quanto tempo?

Body Size Estimation Method

- *BSEM* - (Kreitler e Kreitler, 1988)

N.º idoso: ☐

	Percepcionada	Real
Altura		
Largura dos ombros		
Largura da cintura		
Largura das ancas		
Comprimento da mão		
Comprimento do pé		
Comprimento da face		
Altura da testa		
Comprimento do nariz		
Comprimento da orelha		
Largura da boca		

Body Image Satisfaction Questionnaire

- *BISQ* - (Lutter, 1990)

N.º idoso: ☐

	1- Não gosto nada e desejaria ser diferente	2- Não gosto mas tolero	3- É-me indiferente	4- Estou satisfeito	5- Considero-me favorecido
1-Aspecto geral da face					
2-Cabelo					
3-Pele					
4-Testa					
5-Olhos					
6-Nariz					
7-Boca					
8-Orelhas					
9-Pescoço					
10-Ombros					
11-Braços					
12-Mãos					
13-Seios					
14-Barriga					
15-Cintura					
16-Ancas					
17-Coxas					
18-Pernas					
19-Pés					
20-Peso					
21-Altura					
22-Postura					
23-Resistência física					
24-Sensação geral					

Ficha de Acompanhamento das sessões de massagem

Cliente:

Sessão N°: _____

Dia: _____/_____/_____ Hora: _____

Relato inicial:

- Sobre a sessão passada:

- Como sente-se agora:

Procedimento:

Relato final:

Errata.

PÁGINA(S)	LINHA(S)	ONDE LÊ-SE	LEIA-SE
XVII	4, 26 e 28	bodily	body
XVII	11	control experiment	control group
15	9	refere Yegul	refere Yegul (s.d)citado em Calvert(2002).
15	14	Kamenetz(1960)	Kamenetz(1960) citado em Calvert (2002)
30	19	Borelli	Borelli(1967)
46	7	Shontz	Shontz(1969)
53	23	Cash et al.,	Cash et al. (1990)
93	5	Os itens que	Seis dos itens que
93	17	do item *Boca*,	dos itens *Boca*, *Testa*, *Cabeça* e *Altura*

Porto, 02 de Dezembro de 2003.

Luciano Klostermann A. de Souza

Luciano Klostermann Antunes de Souza