

Agradecimentos

No culminar desta fase da minha vida académica, agradeço a todos aqueles que me ajudaram durante estes anos de aprendizagem, na ESDRM. Sejam eles amigos, colegas ou conhecidos, todos aqueles que interagiram de forma positiva comigo durante este período merecem o meu agradecimento, pelo facto de me proporcionarem momentos de crescimento e enriquecimento, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Em termos particulares, e porque merecem um OBRIGADO muito especial....

Ao Professor Doutor Carlos Silva pela orientação, conselhos, disponibilidade, amizade, transmissão de sabedoria, incentivo, que desde o início foram determinantes para a realização deste trabalho....

A todos os Professores que me transmitiram o seu saber, pela força, dedicação e amizade manifestada ao longo desta caminhada...

Aos participantes, a razão de todo o trabalho, pela disponibilidade em participarem no mesmo...

Aos responsáveis dos ginásios, pela simpatia com que disponibilizaram os seus ginásios para a recolha de dados...

Ao Marco Branco, pelas explicações e apoio no tratamento estatístico...

Aos meus Colegas de Turma e Amigos, Alexandra Jesus, Joana Pereira, Maria Rodrigues e Nuno Vicente, pela amizade construída, por todas as horas de estudo e de partilha de emoções... Sem a vossa companhia, esta caminhada não teria o mesmo sabor... OBRIGADA AMIGOS...

À direção da ESDRM, pelas inúmeras manifestações de apoio, força e amizade...

À minha Mãe, Irmã e Avó, pelo amor e apoio incondicional, pela compreensão e tolerância que sempre demonstraram, durante esta e outras caminhadas...

Ao meu Pai, a minha estrelinha, que está sempre do meu lado e a torcer por mim, onde quer que esteja...

À Mariana, a pipoca mais doce e colorida da minha vida, por ser o meu grande porto de abrigo e, por vezes, o meu poço de forças... Os dias ao teu lado tornam-se especiais e coloridos... És o meu SOL, Princesa da Titi...

A todos as/os minhas/meus Amigas/os, poucos mas bons, pelo apoio e força que me foram transmitindo ao longo desta fase...

A duas AMIGAS em especial, à Eliana Sampaio e à Marta Ribeiro, que estiveram sempre presentes, transmitindo-me apoio, energia, carinho, amizade e muitos sorrisos para ultrapassar alguns momentos menos positivos, da minha vida...

A todos o meu muito sincero **OBRIGADO**...

Índice Geral

Índice de Figuras	I
Índice de Quadros	II
Resumo - Estudo Um	IV
Resumo – Estudo Dois.....	V
Abstract – Study One.....	VI
Abstract – Study Two	VII
Abreviaturas	VIII
1 - Introdução Geral	1
1.1 - Enquadramento	1
1.2 - Objetivo do Trabalho	3
1.3 - Problemas	3
1.4 - Estrutura do Trabalho	4
2 – ESTUDO UM – A Influência da Prática Desportiva na Imagem Corporal, em População Adulta .	5
2.1 - Revisão de Literatura	6
2.1.1 - Imagem Corporal (IC)	6
2.1.2 - Imagem Corporal e Conceitos Relacionados.....	9
2.1.2.1 - Autoconceito	11
2.1.2.2 - Autoconceito Físico	12
2.1.2.3 - Autoestima	13
2.1.3 - Índice de Massa Corporal (IMC)	15
2.1.4 - Prática Desportiva (Atividade Física e Exercício Físico).....	16
2.1.5 - Estudos Desenvolvidos: Imagem Corporal Vs Prática Desportiva	18
2.2 – Objetivo e Hipóteses do Estudo	23
2.2.1 - Objetivo	23
2.2.2 - Hipóteses.....	23

2.3 - Metodologia	24
2.3.1 - Tipo de Estudo.....	24
2.3.2 - Caracterização da Amostra	24
2.3.3 – Variáveis	25
2.3.4 - Instrumentos.....	25
2.3.4.1 - Questionário Demográfico.....	25
2.3.4.2 - Escala de Figuras de Silhuetas.....	26
2.3.5 - Procedimentos Metodológicos	26
2.3.5.1 - Procedimentos prévios à recolha de dados.....	27
2.3.5.2 - Procedimentos de recolha de dados.....	27
2.3.5.3 - Procedimentos Estatísticos	27
2.4 - Apresentação e Discussão de Resultados	28
2.5 - Conclusão	38
3 - ESTUDO DOIS – A Influência da Prática Desportiva na Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> , em População Adulta	39
3.1 - Revisão de Literatura	40
3.1.1 – Conceitos de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	40
3.1.1.1 - Ansiedade.....	40
3.1.1.2 - Depressão.....	41
3.1.1.3 – <i>Stress</i>	41
3.1.2 - Estudos Desenvolvidos: Prática Desportiva Vs Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	42
3.2 – Objetivo e Hipóteses do Estudo	46
3.2.1 - Objetivo.....	46
3.2.3 - Hipóteses.....	46
3.3 - Metodologia.....	46
3.3.1 - Tipo de Estudo.....	46
3.3.2 - Caracterização da Amostra	47

3.3.3 – Variáveis	48
3.3.4 - Instrumentos.....	48
3.3.4.1 - Questionário Demográfico.....	48
3.3.4.2 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS-21)	48
3.3.4.3 - Escala de Figuras de Silhuetas.....	50
3.3.5 - Procedimentos Metodológicos	50
3.3.5.1 - Procedimentos prévios à recolha de dados.....	51
3.3.5.2 - Procedimentos de recolha de dados.....	51
3.3.5.3 - Procedimentos Estatísticos	52
3.4 - Apresentação e Discussão de Resultados	52
3.5 - Conclusão	58
4 – Conclusão Geral, Limitações dos Estudos e Recomendações para Futuros Estudos.....	59
4.1 – Conclusão Geral.....	59
4.2 – Limitações dos Estudos	61
4.3 – Recomendações para Futuros Estudos	61
5 – Referências Bibliográficas.....	62

Índice de Figuras

Estudo Um – A Influência da Prática Desportiva na Imagem Corporal, em População Adulta

Figura 1 - Estruturas relacionadas com o processo de construção da IC (Tavares, 2003).....	8
Figura 2 - Construção do sentido de identidade - Forças internas e externas	9
Figura 3 - Termos habitualmente utilizados para descrever a perceção própria do EU.....	10
Figura 4 - Componentes do autoconceito físico (adaptado de Williams, 1983).....	12
Figura 5 - Modelos explicativos da estrutura da autoestima.....	15
Figura 6 - Distribuição da IC em função do sexo e do grupo etário	28
Figura 7 - Distribuição da IC em função da prática desportiva	31

Índice de Quadros

Estudo Um – A Influência da Prática Desportiva na Imagem Corporal, em População Adulta

Quadro 1 - Definição de Conceitos (Gallahue, 1989).....	10
Quadro 2 - Classificação IMC (OMS)	16
Quadro 3 - Análise descritiva da amostra	24
Quadro 4 - Distribuição da IC no grupo etário, entre os sexos.	29
Quadro 5 - Variação da IC nos sexos em função do grupo etário.....	29
Quadro 6 - Distribuição da IC desejada em função da escala de silhuetas.....	31
Quadro 7 – Comparação da distribuição da satisfação corporal em função da prática desportiva, para cada um dos sexos	33
Quadro 8 – Comparação da distribuição do IMC autorrelatado e do IMC autopercionado, para cada um dos sexos	35
Quadro 9 - Correlação entre o volume de prática semanal e a satisfação corporal, no sexo masculino	36
Quadro 10 - Correlação entre o volume de prática semanal e a satisfação corporal, no sexo feminino	36

Estudo Dois – A Influência da Prática Desportiva na Ansiedade, Depressão e *Stress* em População Adulta

Quadro 11 - Análise Descritiva da Amostra	47
Quadro 12 - Distribuição da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função do sexo.....	52
Quadro 13 - Comparação da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função do sexo (não assumindo a igualdade das variâncias).	53
Quadro 14 - Distribuição da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função do grupo etário.	54
Quadro 15 - Comparação da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função do grupo etário.....	54
Quadro 16 – Teste Pós-Hoc Tukey HSD da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função do grupo etário.....	55
Quadro 17 - Distribuição da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função da prática desportiva.....	56

Quadro 18 -Comparação da ansiedade, depressão e <i>stress</i> em função da prática desportiva (assumindo a igualdade das variâncias).....	56
Quadro 19 - Correlação entre a satisfação corporal e a ansiedade, depressão e <i>stress</i>	57

Resumo - Estudo Um

O presente estudo teve como objetivo analisar a influência da prática desportiva na imagem corporal (IC), entre praticantes de ambos os sexos, em comparação com não praticantes.

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 500 indivíduos (N=500), de ambos os sexos, residentes em Rio Maior, Santarém e Benedita, com uma média de idades e um desvio padrão de $35,38 \pm 11,34$.

Foram aferidos o peso e a altura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), sendo a avaliação da IC realizada através da Escala de Figuras de Silhuetas, desenvolvida por Kakeshita, Silva, Zanatta, e Almeida (2009), onde cada participante selecionou uma figura referente à imagem que tem do seu próprio corpo (IC atual), e uma figura que mais se aproximasse da silhueta que desejaria ter (IC desejada). Foi ainda solicitado, aos participantes, o número de sessões realizadas por semana de prática desportiva, assim como a duração de cada sessão, sendo posteriormente identificado como volume de prática semanal.

Os resultados mostraram que o sexo feminino apresenta-se mais vulnerável que o sexo masculino, evidenciando uma maior insatisfação corporal, identificando-se com silhuetas superiores, sobrestimando o seu peso, mesmo quando se encontravam com um IMC adequado.

Foram, ainda, encontradas diferenças estatisticamente significativas quando avaliada a IC em função da prática desportiva dos participantes ($U=23,998$; $p=0,000$), sendo que os praticantes identificaram-se com silhuetas menores, o que nos leva a concluir que estes encontravam-se mais satisfeitos com a sua IC face aos não praticantes.

Foi, também, evidente a existência de diferenças significativas entre o IMC autorrelatado e o IMC autopercionado, uma vez que os participantes apresentaram uma tendência a identificarem-se com um IMC acima do atual.

Quando analisada a correlação entre a satisfação corporal e o volume de prática semanal, verificou-se que a mesma, embora fraca, era positiva no sexo masculino, levando-nos a mencionar que a sua satisfação corporal, melhora à medida que aumenta o volume de prática semanal. Relativamente ao sexo feminino, os resultados indicaram que não existe qualquer correlação com as mesmas variáveis.

Palavras-Chave: Imagem Corporal; Prática Desportiva; Índice de Massa Corporal; Adultos.

Resumo – Estudo Dois

O objetivo do presente estudo foi analisar a influência da prática desportiva junto das dimensões, ansiedade, depressão e *stress*, entre praticantes de ambos os sexos, em comparação com não praticantes.

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 480 indivíduos (N=480), de ambos os sexos, residentes em Rio Maior, Santarém e Benedita, com uma média de idades e um desvio padrão de $35,29 \pm 11,24$.

As dimensões ansiedade, depressão e *stress* foram avaliadas através da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* - 21 (EADS-21), de Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), sendo a avaliação da imagem corporal (IC) realizada através da Escala de Figuras de Silhuetas, desenvolvida por Kakeshita, Silva, Zanatta, e Almeida (2009), onde cada participante selecionou uma figura referente à imagem que tem do seu próprio corpo (IC atual), e uma figura que mais se aproximasse da silhueta que desejava ter (IC desejada).

Foi ainda solicitado, aos participantes, o número de sessões realizadas por semana de prática desportiva, assim como a duração de cada sessão, sendo posteriormente identificado como volume de prática semanal.

Os resultados demonstraram que o sexo feminino e os participantes com idade superior (grupo 46-65 anos), apresentam valores médios superiores em todas as dimensões, verificando-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões depressão e *stress*.

Observou-se, ainda, que o grupo não praticante apresentou valores superiores ao nível das dimensões depressão e *stress*, e o grupo praticante ao nível da ansiedade. No entanto, quando verificada a existência de diferenças significativas, apenas foram observadas na dimensão *stress* ($t(478) = 4,51$; $p=0,000$).

Concluiu-se, ainda, que quanto maior a satisfação corporal dos participantes, menores são os valores das dimensões ansiedade, depressão e *stress*, embora sendo uma correlação fraca, é uma correlação no sentido esperado.

Palavras-Chave: Prática Desportiva; Adultos; Satisfação Corporal; *Stress*; Ansiedade; Depressão.

Abstract – Study One

The present study aims to analyze the influence of sport practice in the body image (BI), between practitioners of both sexes, in compared with not practicing.

It is a cross-sectional study, realized with 500 individuals (N=500), of both sexes, residing in Rio Maior, Santarem and Benedita, with the average of ages and a standard deviation of $35,38 \pm 11,34$. The weight and height as measured to calculate the body mass index (BMI), and the evaluation of the BI realized by the Scale of Figures of Silhouettes, developed by Kakeshita, Silva, Zanatta, and Almeida (2009), were each participant selected a figure of the image of his own body (actual BI), and a figure that approaches the silhouette wanted (desired BI). Also was asked, the participants, the number of sessions per week realized of sports practice, and the length of each session, afterwards identified as volume of weekly practice.

The results show that the female sex shows more vulnerable than the male sex, showing a greater body discontent, identifying with superior silhouettes, overestimating their weight, even when they have an adequate BMI.

There was, also, found statistically significant differences when evaluated the BI in function of the sport practice of the participants ($U=23,998;p=0,000$), so the practicing identified with a lesser silhouette, what takes us to conclude that they were more satisfied with their BI than not practicing.

Also was evident the existence of significant differences between the BMI self reported and the BMI self percionated, once the participants showed the tendency to identificate with an BMI above the actual.

When analyzed the correlation between the corporal satisfaction and the volume of the weekly practice, showed that these, although weak, was positive for the male sex, and takes us to mention that their body satisfaction, gets better when the volume of weekly practice increases. Regarding the female sex, the results indicate that there is no correlation with the same variables.

Keywords: Body Image; Sports Practice; Body Mass Index; Adults.

Abstract – Study Two

The purpose of this study was to analyze the influence of sports practice by the dimensions of anxiety, depression and stress, between practitioners of both sexes, in comparing with non-practitioners.

It is a cross-sectional study, realized with 480 individuals (N=480), of both sexes, residing in Rio Maior, Santarém and Benedita, with the average of ages and a standard deviation of $35,29 \pm 11,24$. The dimensions of anxiety, depression and stress were rated by the Scale of Anxiety, Depression and Stress -21 (EADS-21), of Pais-Ribeiro, Honrado, and Leal (2004), being the evaluation of the body image (BI) realized by the Scale of Figures of Silhouettes, developed by Kakeshita, Silva, Zanatta, and Almeida (2009), where each participant selected a figure of the image of his own body (actual BI), and a figure that approaches the silhouette wanted (desired BI).

Also was asked, the participants, the number of sessions per week realized of sports practice, and the length of each session, afterwards identified as volume of weekly practice.

The result shows that the female sex and the participants of age (group 46-65 years) presented higher average values in all dimensions, verifying statistically significant differences in the dimension depression and stress.

Also, observed, that the not practicing group presented superior values in the level of depression and stress, and the group of practicing at the level of anxiety. However, when verified the existence of significant differences, only were observed in the dimension stress ($t(478)=4,51;p=0,000$)

Concluded also, that when larger the body satisfaction is of the participants, lesser are the values of the dimensions anxiety, depression and stress, although being a weak correlation it is an expected correlation.

Key-words: Sports Practice; Adults; Body Satisfaction; Anxiety; Depression; Stress.

Abreviaturas

AF – Atividade Física

EADS 21 - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* 21

EF – Exercício Físico

IC – Imagem Corporal

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

1 - Introdução Geral

1.1 - Enquadramento

Outrora a prática de atividade física (AF) era desaconselhada, por ser um comportamento socialmente réprobo, e acreditava-se que estava associado ao aparecimento de doenças. Atualmente esta ideia já não subsiste, a sua conotação social negativa desapareceu e a literatura científica que analisa a relação entre a AF e a doença tem demonstrado que a prática regular e um bom nível de aptidão física diminuem o risco de doenças e a taxa de mortalidade (Chimen et al., 2012; Janssen & LeBlanc, 2010).

Atualmente a aparência é supervalorizada em situações sociais, o que desencadeia uma procura pela beleza sugerida pela sociedade. A busca por esta tornou-se prevalente, as pessoas procuram uma aparência “perfeita”, na tentativa de melhorarem a sua imagem corporal (IC), de modo que isso as ajude a melhorarem as suas relações sociais (Jonzon, 2009).

Presentemente, há um fenómeno sociocultural que, muitas vezes, é mais significativo que a própria satisfação económica, afetiva ou profissional. Falamos de uma busca incessante por uma melhor IC. Esta procura pode ser feita por meio de atividades físicas (Nunes, Lopes, Damasceno, Miranda, & Filho, 2007).

Os mesmos autores observaram que a AF é uma das maneiras de alcançar benefícios para a saúde psicológica, fisiológica e social. Porém, mesmo as pessoas reconhecendo a importância do exercício físico (EF) para a saúde, o que as faz ir à procura de tais locais, para se exercitar, é a modificação estética dos seus corpos. Entre as diferentes atividades físicas, encontramos o *fitness*, que tem vindo a cativar cada vez mais pessoas de diferentes classes sociais.

A IC é um aspeto central da identidade pessoal e social na nossa sociedade. O corpo e a aparência moldam a forma de estar e de interagir em sociedade, construindo-se como fatores fundamentais para a construção da IC do indivíduo logo desde a infância (Cunha, 2004).

Segundo Tavares (2003), a IC engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua o seu próprio corpo. Ela está ligada a uma organização cerebral integrada, influenciada por fatores sensoriais, processos de desenvolvimento e aspetos psicodinâmicos. A mesma autora, refere ainda que a IC é a representação mental do nosso próprio corpo. A abordagem da IC desenvolve a convergência de intervenções motoras e psíquicas na busca do desenvolvimento pessoal.

A procura pela prática da AF está muitas vezes relacionada à insatisfação corporal e não à saúde como fator principal. Para determinados grupos, a estética tornou-se um ponto crucial e a saúde vem como consequência da boa forma (Damasceno, Lima, Vianna, Vianna, & Novaes, 2005).

Historicamente e culturalmente, a estética apresenta uma maior importância para o sexo feminino do que para o sexo masculino e, além disso, elas estabelecem uma relação emocional com as suas proporções corporais (Silva, Brunetto, & Reichert, 2010).

Damasceno et al. (2005), referem que a insatisfação corporal, talvez seja um dos motivos prioritários que levam as pessoas a iniciar um programa de AF. A insatisfação corporal representa uma das componentes da IC, podendo ser definida como a avaliação negativa da mesma (Adami, 2008).

Segundo Ivarsson, Svalander, e Litalere (2006), a insatisfação corporal e as medidas que avaliam esse constructo, focalizam claramente preocupações com o peso, forma do corpo e gordura corporal.

A IC do indivíduo é significativamente alterada através do exercício, sendo que este exerce uma influência positiva na IC. A IC positiva relacionada com o exercício inclui uma avaliação mais positiva na aparência física, maior satisfação corporal, atitudes mais favoráveis no que diz respeito à aptidão e saúde, e uma maior clareza na avaliação das dimensões do corpo (Yuen & Hanson, 2002).

Hoje em dia, a necessidade do aumento da qualidade de vida da população tem sido enfatizada por diversos setores da sociedade. Apesar de ser condicionada por variados fatores como, alimentação, situação socioeconómica, meio ambiente, entre outras, a prática regular de atividades físicas também opera como um meio para a melhoria da qualidade de vida da população (Veigas & Gonçalves, 2009).

O impacto positivo do EF tem-se revelado eficaz, quer ao nível da saúde física, quer ao nível da saúde mental (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2005).

O estilo de vida ativo e a prática regular de atividades físicas apresentam-se como métodos eficazes na redução dos riscos de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hipertensão arterial, bem como na obtenção de benefícios psicológicos, entre eles, o controlo dos níveis de ansiedade e *stress*, assim como na redução de estados depressivos (Veigas & Gonçalves, 2009).

Estudos realizados nos EUA, afirmam que a prática sistemática de EF para a população em geral, está associada à ausência ou à pouca ocorrência de sintomas depressivos ou de ansiedade. Mesmo em indivíduos diagnosticados clinicamente como depressivos, o EF tem-se mostrado eficaz na redução dos sintomas associados à depressão (Ortiz & Mello, 2004).

Este tem sido um dos caminhos da Psicologia do Exercício, Buckworth e Dishman (2002), afirmam a Psicologia do Exercício como uma disciplina que estuda o cérebro e a conduta em contextos de AF e EF.

Tendo em conta esta definição e olhando para a definição de psicologia de Alves, Brito, e Serpa (1996), “a psicologia é o ramo da ciência que estuda os fenómenos da vida consciente, na sua origem, desenvolvimento e manifestações”, e associando-a ao fenómeno do exercício e AF, tendo em conta os benefícios associados à prática regular de AF, podemos afirmar que a Psicologia do Exercício é uma área do conhecimento que estuda as relações do comportamento consciente e inconsciente do indivíduo face ao EF e AF, e a influência destes no bem-estar psicológico, na qualidade de vida.

1.2 - Objetivo do Trabalho

Sendo a IC a forma pela qual o indivíduo percebe o seu corpo, e sendo que este e a aparência moldam a forma de estar e de interagir na sociedade, torna-se pertinente a realização do presente trabalho, nomeadamente a caracterização da IC dos indivíduos participantes do estudo, o estado de prática desportiva, para ambos os sexos, com o objetivo de aferir qual a influência da prática desportiva na IC, assim como na ansiedade, depressão e *stress*.

1.3 - Problemas

Problema 1 – Será que existem diferenças significativas na IC em função da prática desportiva, para cada um dos sexos e grupo etário?

Problema 2 – Será que existe correlação entre a satisfação corporal e o volume de prática semanal?

Problema 3 – Será que existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e *stress* em função da prática desportiva, para cada um dos sexos e grupo etário?

Problema 4 - Será que existe correlação entre a satisfação corporal e a ansiedade, depressão e *stress*?

1.4 - Estrutura do Trabalho

O presente trabalho dividir-se-á em 2 estudos, nomeadamente:

Estudo 1: A influência da prática desportiva na imagem corporal, em população adulta;

Estudo 2: A influência da prática desportiva na ansiedade, depressão e *stress*, em população adulta.

Ambos os estudos serão dispostos e estruturados de forma independente, tendo em linha de conta os procedimentos adequados para a concretização de um trabalho de natureza científica.

2 – ESTUDO UM – A Influência da Prática Desportiva na Imagem Corporal, em População Adulta

2.1 - Revisão de Literatura

2.1.1 - Imagem Corporal (IC)

A primeira definição de IC foi dada por Schilder, em 1935, referindo-a como a imagem do nosso próprio corpo representada na mente, ou seja, a forma como vemos o nosso corpo. Posteriormente esta definição foi sofrendo alterações, sendo inseridos ainda outros elementos conscientes ou inconscientes e muitas variedades de sensações corporais, que provêm das várias partes da superfície corporal, tais como, sensações tácteis, térmicas, dolorosas, musculares e articulares, fazendo parte de uma unidade corporal, ou seja, o esquema corporal. O esquema corporal representa assim uma imagem tridimensional que cada indivíduo tem de si mesmo (Schilder, 1968, citado por Festas, 2002).

O mesmo autor refere ainda que, Schilder foi dos primeiros a definir IC como multifacetada dependendo de vários fatores, devendo ser analisada não apenas num contexto orgânico mas também sob o ponto de vista psicossocial, introduzindo a ideia de que a IC tem um papel específico em vários eventos da vida do indivíduo e demonstrou interesse em todos os aspetos da experiência corporal. Levantou questões acerca do impacto da IC na socialização com os outros, "o ser tocado", "o não ser atrativo", "o rir", "o chorar" " a ira" e "a intimidade sexual". Descreveu as sensações dos membros fantasma com a sua própria experiência, dando ênfase às ideias psicanalistas. Seguiu fortemente as influências de Freud dando grande importância às zonas erógenas, considerando-as grandes marcadores, podendo variar a IC de acordo com as tendências psicosexuais do indivíduo.

A contribuição das ideias deste autor refere-se antes de mais nada, a uma inovação da visão da IC para além de uma análise linear e quantitativa, em especial para além das observações do aspeto neurológico, tão enfatizadas na época. Paul Schilder representou assim um marco nos estudos da IC e na especial capacidade de pensar criativamente, aceitando e propondo diversas formas de analisar os dados de pesquisa e consistência em integrar os conceitos, permitindo-lhe construir e propor ideias que representam a base dos conhecimentos acerca da IC (Tavares, 2003).

A IC é a forma pela qual o indivíduo percebe o seu próprio corpo, enquanto objeto único, construído de uma forma dinâmica pelas interações sociais, conforme os padrões de uma dada cultura (Cunha, 2004).

É o resultado de um esforço contínuo e nunca é estática ou completa. Existem tendências à rutura e à reestruturação coerentes à constante mudança das situações vitais, não se baseando apenas

em associações, memórias e experiências, mas também em intenções, aspirações e tendências (Tavares, 2003).

Segundo Collins (1981, citado por Vasconcelos, 1995), a IC é vista segundo um conceito mais dinâmico, ela é considerada como "uma representação mental ou uma constelação de representações do próprio corpo que mudam gradualmente ao longo da vida à medida que o corpo se desenvolve e modifica. A precisão da imagem depende da medida de ajustamento entre a realidade e o ritmo de mudança corporal". O mesmo autor refere ainda que, o conceito de IC evolui em três etapas, inicialmente, pensava-se que era simplesmente a soma de todas as sensações corporais; posteriormente foi vista como a relação entre as partes do corpo e as sensações formando um total que era maior que a soma das duas partes. Atualmente, a IC é vista como estando em constante mudança na relação com o mundo envolvente.

A IC compreende um conceito multidimensional que incorpora componentes perceptivas, afetivas e de atitudes estando diretamente relacionada com a autoestima, autoconfiança e com a estabilidade emocional (Huang, Norman, Zabinski, Calfas, & Patrick, 2007).

Só a partir do início dos anos oitenta é que se verifica a consolidação da ideia de multidimensionalidade da IC, definida pelas percepções e atitudes (afetivas, cognitivas e comportamentais) que um indivíduo tem em relação ao seu próprio corpo (Cash & Brown, 1989, citado por Silva, 1999).

Satisfação corporal é um fator preponderante na autoaceitação dos indivíduos que podem gerar atitudes adequadas ou inadequadas, podendo interferir no seu convívio social, pois, nas sociedades ocidentais ser magro é o padrão e muitos indivíduos com peso normal, visualizam-se obesos ou com sobrepeso, e tendem a perder peso para se sentirem aceites socialmente (Verplanken & Velsvik, 2008).

Schilder (1998) chama de IC ao retrato do nosso corpo formado na nossa mente. Esse retrato é fabricado através das sensações que nos são dadas, ou seja, da maneira como vemos o nosso corpo, através das sensações táteis, das impressões olfativas e da dor, das sensações térmicas, das enervações, dos músculos. Segundo ele, o esquema corporal é uma imagem tridimensional que temos de nós mesmos e inclui, na elaboração da IC, elementos conscientes e inconscientes, sofrendo influências dos desejos, das atitudes emocionais e das interações com os outros e com o meio.

Segundo o mesmo autor, não é só a questão patológica que tem pertinência à IC, mas também todos os eventos da vida. A postura corporal está diretamente relacionada à IC, e, segundo o autor, está em constante transformação. A IC para ele é constituída por três estruturas que se

interrelacionam continuamente: a fisiológica, a libidinal e a sociológica, como se pode verificar na Figura 1.

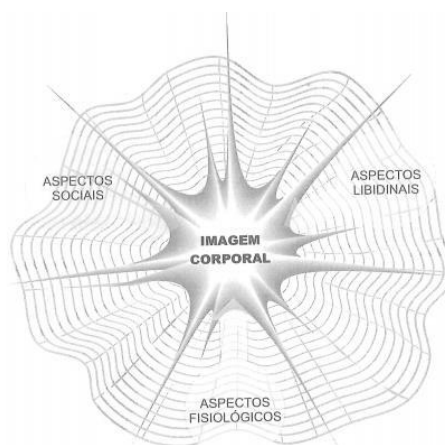


Figura 1 - Estruturas relacionadas com o processo de construção da IC (Tavares, 2003).

A estrutura fisiológica seria a responsável pelas organizações anatomofisiológicas que dispõem a estrutura óssea, muscular, nervosa e hormonal nas suas inter-relações particulares em cada indivíduo. A estrutura libidinal é considerada como o conjunto das experiências emocionais, vivenciadas nos relacionamentos, desde a gestação. Aqui o conceito de libido refere-se à quantidade de energia investida num determinado órgão ou função e liga-se indiretamente com o grau de satisfação que o indivíduo tem consigo mesmo. Por fim, a estrutura sociológica deriva parcialmente dos intercâmbios pessoais. A IC forma-se também através da aprendizagem dos valores culturais e sociais.

Schilder foi quem mais se destacou neste campo, ao reunir num único conceito os fatores fisiológicos, psicológicos e sociais da existência num corpo, apesar do seu pensamento se basear no trabalho de Freud, a nível da importância atribuída às estruturas libidinais (Cunha, 2004).

Para Tessmer, Silva, Pinho, Gazalle, e Fassa (2006), a autoperceção é um importante aspeto do complexo entendimento da IC e, que, provavelmente, reflete a satisfação e as preocupações sobre o peso e o tamanho do corpo, sendo influenciada por normas e padrões sociais da cultura dominante.

Tavares (2003) refere que o corpo contém aspetos diversos – fisiológicos, sociais, psicológicos e ambientais – que se relacionam e integram instante após instante pela vida. Esse corpo possui memória e, conseqüentemente, história e identidade. É a essa representação de identidade corporal que chamamos de IC.

A construção de um sentido de identidade é o aspeto básico para a organização de uma IC coesa. O sentido de identidade constrói-se da integração de vivências perceptivas que incluem forças externas e internas do corpo. As forças externas abrangem condições ambientais, aspetos culturais e relações afetivas. As forças internas referem-se ao corpo em si, do qual as energias impulsivas emergem (Figura 2).

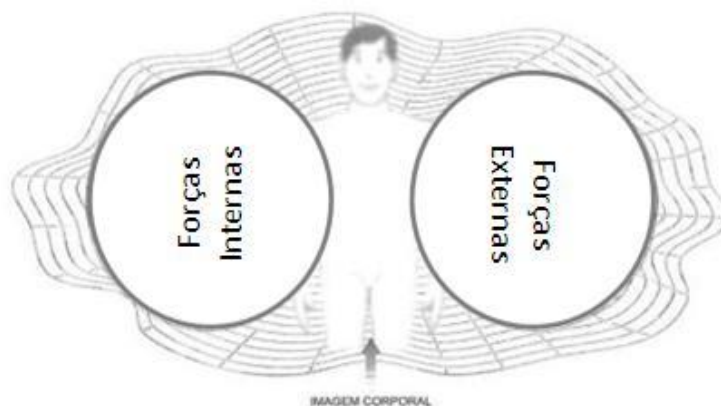


Figura 2 - Construção do sentido de identidade - Forças internas e externas (adaptado de Tavares, 2003)

A mesma autora refere que o desenvolvimento da IC encontra-se em paralelo com o desenvolvimento da identidade do próprio corpo, tendo relação com os aspetos fisiológicos, afetivos e sociais. É um processo que ocorre durante toda a vida, embora a sua estruturação seja facilitada nos primeiros anos de vida devido às condições fisiológicas, afetivas e sociais peculiares dessa época.

Facilitar o desenvolvimento da IC requer a preservação da identidade do outro, o que implica o reconhecimento e a validação das suas perceções. O desenvolvimento da nossa IC está ligado à vivência e ao reconhecimento das nossas perceções, permitindo uma constante coesão dessas perceções e uma construção de um “eu corporal” verdadeiro (Tavares, 2003).

2.1.2 - Imagem Corporal e Conceitos Relacionados

O autoconceito, autoconfiança, autoestima e autoimagem apresentam por vezes uma sobreposição de conceitos na forma como são apresentados na literatura.

Uma das principais razões apontadas para a ocorrência desta confusão liga-se ao facto de existir um confronto terminológico entre autores francófonos e anglo-saxónicos (Gallahue, 1989; Faria & Fontaine, 1990, citados por Silva, 1999), como se pode observar na Figura 3.

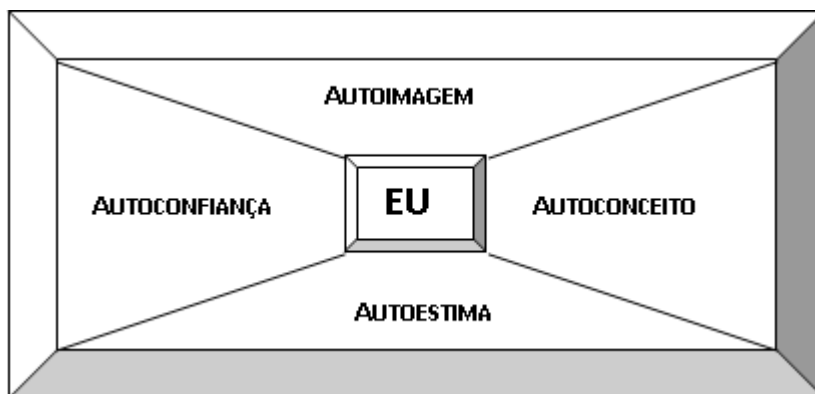


Figura 3 - Termos habitualmente utilizados para descrever a percepção própria do EU

O mesmo autor recorre a uma delimitação conceptual no sentido de tentar clarificar os diferentes significados impostos aos conceitos anteriormente expostos, definindo-os, como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1 - Definição de Conceitos (Gallahue, 1989)

Conceito	Definição
Autoconceito	Termo que abrange as outras variações do EU, entendido como sendo «o conhecimento que o indivíduo tem das suas características pessoais, dos seus atributos e das suas limitações, na medida em que estas qualidades, quer se goste quer não, são como as dos outros».
Autoestima	«É o valor que se atribui às suas próprias características, atributos e limitações»; consiste no valor (positivo ou negativo) que se atribui à percepção própria do EU.
Autoimagem	Apesar de multiplamente referenciado, este conceito não merece qualquer atenção específica por parte do autor.
Autoconfiança	Termo utilizado para indicar a crença na capacidade própria para executar qualquer tarefa mental, física ou emocional.

2.1.2.1 - Autoconceito

Albuquerque e Oliveira (2002), referem que apesar da literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral do autoconceito como sendo a percepção que o indivíduo tem de si.

O autoconceito possui diversas designações empregues por vezes com sentidos diferentes, resultado de divergências teóricas importantes quanto à sua origem e estrutura. Encontramos na literatura, como sinónimos de autoconceito, a "imagem se si", a "percepção de si", a "representação de si", a "consciência de si" e o "conceito de si" (Vasconcelos, 1995).

No mesmo contexto, Serra (1986, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), refere que o autoconceito é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade, da coerência e consistência da pessoa, acrescentado que é um constructo teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspetos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e; c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

De acordo com Weinberg e Gould (2001), o autoconceito abrange todos os aspetos que pensamos possuir, sendo por isso de extrema importância na vida consciente e a medida mais importante do bem-estar psicológico.

O autoconceito é desenvolvido, em certa parte, através do estabelecimento de parâmetros internos para o *self*. Estes parâmetros são estabelecidos pela avaliação do comportamento pessoal.

Porém, o autoconceito desenvolve-se num ambiente social, e as influências da sociedade e dos valores culturais são fortes. As comparações sociais também influenciam o autoconceito (Sonstroem, 1998, citado por Silva, 2007).

Segundo Silva (2007) o autoconceito da IC vai alterando ao longo da vida, provavelmente devido às mudanças físicas que ocorrem durante o crescimento.

A consciencialização destas alterações, assim como, a crescente capacitação cognitiva e de introspeção pessoal podem tornar o indivíduo mais vulnerável, com manifesta preocupação com a IC, bem como a percepção que os outros têm em relação a esta (Young-Hyman, Schlundt, & Herman-Wenderoth, 2003).

Em forma de conclusão podemos afirmar que o autoconceito é uma configuração organizada de percepções do *self*, que estão dentro da nossa consciência. De uma forma simplificada, o autoconceito pode ser definido como o conjunto de pensamentos e sentimentos que cada indivíduo tem de si mesmo, e que o ajudam a definir-se como pessoa. Este é considerado como uma das variáveis psicológicas que afeta diretamente o comportamento, o desempenho e o ajuste individual. O autoconceito funciona de uma forma simultânea como ponto de partida e quadro de referência de cada pessoa, na sua tarefa fundamental de organizar e coordenar o seu comportamento (Erthal, 1986, citado por Silva, 2007).

2.1.2.2 - Autoconceito Físico

Parece consensual a existência de uma componente física no que se refere ao autoconceito global, apresentando-se o autoconceito físico como um indicador importante da valorização do ser humano, ao permitir que esse se exprima de forma positiva nas mais variadas realizações e aspirações pessoais (Faria & Silva, 2000).

Faria (2005), refere que o autoconceito físico é influenciado por transformações relacionadas não apenas com o contexto social, mas também com as alterações provocadas pela idade, hábitos alimentares, pelos cuidados de saúde e pela AF.

Williams (1983, citado por Faria, 2005) realizou um estudo mais aprofundado referente ao autoconceito físico, deparando-se com três componentes: o esquema corporal, o conhecimento corporal e por fim a IC, conforme descrito na Figura 4.

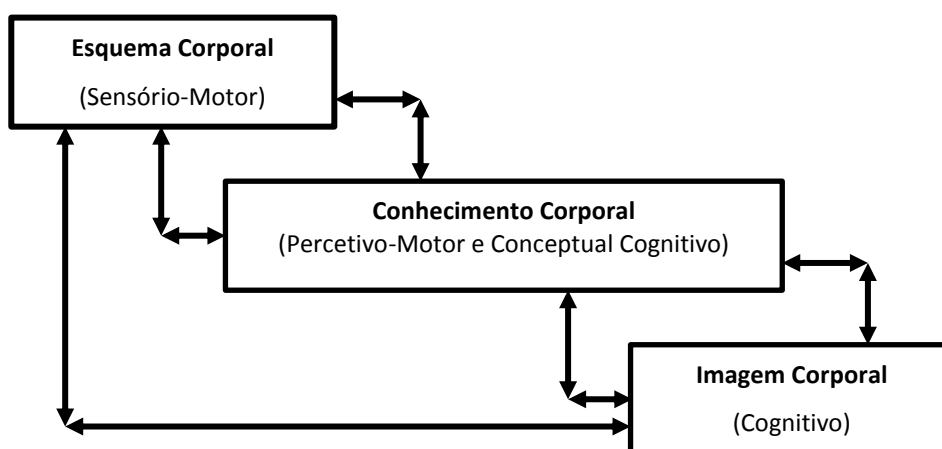


Figura 4 - Componentes do autoconceito físico (adaptado de Williams, 1983)

Ainda segundo a mesma autora, existe uma relação entre o esquema corporal, relacionado com o *input* sensório-motor e a IC, relacionada com os aspetos cognitivos, que é moderada pelo conhecimento corporal.

O autoconceito físico está relacionado a componentes relativas à aptidão/competência física e aparência física. Na componente de aptidão/competência física estão incluídas características de resistência, equilíbrio, força, flexibilidade e velocidade. Relativamente à componente da aparência física incluem-se características relativas à altura, peso, massa magra e massa gorda (Marsh, 1993; Marsh & Redmayne, 1994, citados por Esteves, 2003).

Segundo Serra (1986, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), o autoconceito físico pode ser definido como o conjunto de perceções e avaliações que o indivíduo pensa possuir na execução de tarefas motoras e da aparência e aptidão física.

O modo como nos sentimos com a nossa imagem pública pode determinar e refletir como nos sentimos connosco próprios em geral, e este facto reflete-se em elevadas associações entre os valores do autoconceito físico e da autoestima global ao longo da nossa vida (Fox, 1997).

O mesmo autor afirma que aquilo que sentimos sobre as nossas habilidades físicas, aparência e a sua importância para nós, determinam as nossas identidades físicas assumindo relevância quando analisamos assuntos pessoais significativos como o exercício, a participação desportiva, a performance, o controlo do peso corporal e as estratégias de autorrepresentação.

2.1.2.3 - Autoestima

Como já mencionamos, anteriormente, surge por vezes associado ao autoconceito o conceito de autoestima, sendo difícil em termos conceptuais distinguir estes dois aspetos do EU. No entanto, esta tem sido conceptualizada como a componente avaliativa do autoconceito, baseada nos sentimentos de valor próprio (Silva, 1999).

A autoestima pode ser definida, de uma forma vulgar, como o valor que o indivíduo dá a si próprio, quantidade de amor-próprio, julgamento sumário de como está o *self*, entre muitos outros (Silva, 2007).

Coopersmith (1967, citado por Silva, 1999), entende a autoestima como “a avaliação que o indivíduo mantém usualmente a respeito de si mesmo, exprime a atitude de aprovação ou reprovação e indica até que ponto o indivíduo acredita ser competente, significativo, bem-

sucedido e respeitável. Em suma, a autoestima é o julgamento pessoal da dignidade, que se exprime nas atitudes dos indivíduos em relação a si próprio”.

Segundo Blascovich e Tomaka (1991, citado por Silva, 2007), a autoestima é uma “avaliação sumária dos diferentes atributos do *self*”. A verdadeira autoestima baseia-se no encontro de padrões definidos pessoalmente e o comportamento é internamente regulado. É influenciada por características demográficas, pelo corpo físico, pela dinâmica psicossocial, pelo ambiente social e cultural. Para uma melhor compreensão da autoestima, é necessário ter em conta a cultura predominante e o nível de interiorização dos valores e ideais desta pelo indivíduo.

Para Rosenberg (1979, citado por Vasconcelos, 1995), a autoestima baseia-se na conceção que formamos do nosso próprio valor, sendo determinada não apenas pelas autoperceções, mas também pelas interpretações dos feedbacks dos outros, sendo os outros os indivíduos mais importantes para nós (família, amigos, colegas, superiores).

Os modelos explicativos e as teorias da autoestima nem sempre foram vistos da mesma forma, sofrendo certas modificações ao longo do tempo. Durante muitos anos, a autoestima foi vista como um constructo unidimensional (Figura 5), o qual podia ser avaliado com recurso a inventários de respostas de verdadeiro e falso relacionado com uma variedade de situações específicas do quotidiano. Nestes inventários, era atribuído o mesmo valor a cada um dos itens, sendo a autoestima global o resultado total e não das partes (Ferreira, 1997).

O maior progresso da teoria da autoestima foi a aceitação da sua multidimensionalidade, ou seja que os indivíduos podem ter perceções avaliativas deles próprios em diferentes aspetos (relações sociais, rendimento académico, aparência física) e momentos das suas vidas (Vasconcelos, 1995).

O interacionismo veio encorajar a especulação sobre a organização estrutural dos elementos da autoestima (Figura 5). A teoria da autoestima produziu um quadro muito mais rico de componentes dessa mesma autoestima e proporcionou um quadro muito mais completo para se delinear as alterações na autoestima (Ferreira, 1997).

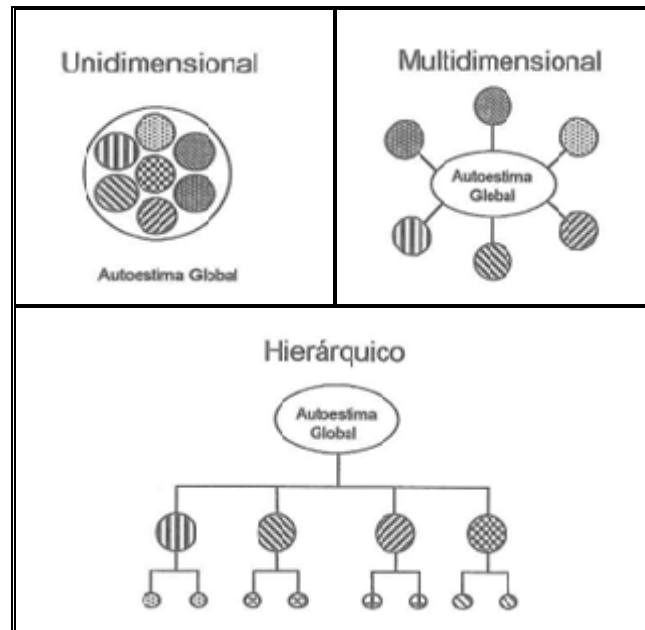


Figura 5 - Modelos explicativos da estrutura da autoestima

2.1.3 - Índice de Massa Corporal (IMC)

Para a classificação dos indivíduos de acordo com a sua massa corporal (normalmente designada por peso) podem ser utilizados diversos métodos, mas o mais amplamente usado, e de fácil aplicação, é o Índice de Massa Corporal (IMC) (Marques, 2012).

O IMC é um cálculo matemático, desenvolvido pelo antropometrista e matemático *Adolphe Quételet*, sendo a medida mais utilizada em trabalhos sobre a IC (Silveira, Kac, & Barbosa, 2009).

Morgado, Ferreira, Andrade, e Segheto (2009) na sua investigação acerca de instrumentos de avaliação da IC, dizem que 15% das pesquisas, feitas até à data do estudo e que tinham como assunto relações entre medidas antropométricas e IC, utilizaram o IMC como base para variáveis antropométricas.

O IMC é determinado através do cálculo da razão entre a medida da massa corporal em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado ($IMC = \text{Massa Corporal (kg)} / \text{Altura (m)}^2$).

O presente estudo fará uso desse instrumento, classificado de acordo com os pontos de corte estabelecidos pela *World Health Organization*, adiante designada por Organização Mundial de Saúde (OMS). Abaixo, no Quadro 2, o cálculo e a interpretação do IMC.

Quadro 2 - Classificação IMC (OMS)

Classificação	IMC (kg/ m²)
Abaixo do Peso	Menor que 18,5
Peso Ideal	18,5 – 24,9
Acima do Peso Ideal	25,0 – 29,9
Obesidade – Grau I	30,0 – 34,9
Obesidade – Grau II	35,0 – 39,9
Obesidade – Grau III	Maior ou igual a 40

Os valores de IMC são independentes da idade e do sexo. Todavia, podem não corresponder ao mesmo grau de gordura corporal de indivíduos de diferentes populações. Isso pode acontecer em parte devido às diferenças que podem existir na proporção corporal. Por exemplo, um jogador de rugby poderá ter um valor de IMC elevado, o que, de acordo com os valores de referência pode levá-lo a ser classificado como obeso. Todavia, pode ser um jogador de baixa estatura e com muita massa muscular, o que fará ter um peso elevado. Assim sendo, os valores de IMC, devem ser interpretados com algumas reservas (Marques, 2012).

2.1.4 - Prática Desportiva (Atividade Física e Exercício Físico)

Para Bento (2004), o conceito de prática desportiva funciona como o bastião na formação pedagógica e cultural. É nela que se revêm aspetos pertinentes da formação da pessoa, na construção de relações interpessoais gratificantes da afirmação pessoal e do conhecimento social do desportista.

Torna-se crucial, antes de mais, clarificar o que se entende por AF e por EF.

AF é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em dispêndio energético. Nesta definição estão incluídos não só o exercício e o desporto praticados de uma forma deliberada, intencional, mas também outras atividades de lazer, ocupacionais e domésticas (Calmeiro & Matos, 2004).

A AF pode ser caracterizada em moderada ou vigorosa. A AF moderada é uma atividade que requer, um dispêndio energético três a seis vezes maior do que o repouso. É normalmente equivalente ao caminhar ativamente, deixando o indivíduo com a sensação de calor e

ligeiramente sem fôlego. No que se refere à AF vigorosa, esta requer pelo menos sete vezes mais energia do que em repouso. Exige um esforço equivalente ao *jogging* ou à prática de desportos coletivos, deixando o indivíduo frequentemente ofegante e a suar (Calmeiro & Matos, 2004).

O EF embora relacionado com a AF, é um conceito menos abrangente e é definido por movimentos corporais planejados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes da aptidão física. Esta constitui um conjunto de atributos, adquiridos ou desenvolvidos, que habilitam para a realização da AF (Baptista et al., 2011; Buckworth & Dishman, 2002).

O EF é realizado durante os tempos livres ou de lazer no sentido de o diferenciar da AF inerente a determinadas ocupações profissionais. É um tipo de atividade mais intensa que é mais facilmente percebida pelos indivíduos como sendo vigorosa e desagradável. Por essa razão, nos últimos anos, tem-se verificado uma tendência para a promoção de AF mais geral que possa ser realizada pelas pessoas de uma forma mais moderada durante o dia-a-dia (Calmeiro & Matos, 2004).

A AF é considerada, cada vez mais, como um comportamento de grande importância na promoção de um estilo de vida saudável, assim como na prevenção do risco de algumas doenças crónicas (Seabra, Mendonça, Garganta, & Maia, 2006).

Para Tavares (2003), a prática desportiva deve proporcionar ao indivíduo vivências que possibilitem um desenvolvimento da sua IC, o que implica em última instância, tornar-se consciente dos seus próprios sentimentos e reações fisiológicas em relação ao corpo e à atividade, respeitando os seus limites e as suas possibilidades.

Outros fatores relevantes sobre o benefício proporcionado pela AF para a saúde emocional das pessoas estão no reforço da autoestima, relacionada a uma melhor IC e a uma autonomia devido à maior mobilidade física que os exercícios físicos proporcionam (Zamai, 2009).

A grande diversidade dos problemas de saúde com que habitualmente se debatem os países mais desenvolvidos, está, na maioria das vezes, associado a alterações sistemáticas dos hábitos de vida, nos quais se inclui uma redução dos níveis de AF e EF que conduzem a um estilo de vida cada vez mais sedentário (Alves, Cid, & Silva, 2007).

De acordo com Matsudo et al. (2002), os benefícios proporcionados pela AF são: a) benefícios fisiológicos: diminui a pressão arterial, controla o peso corporal, aumenta a densidade óssea e a resistência física, melhora a força muscular, o perfil lipídico e a mobilidade; b) benefícios psicológicos: melhora a IC, aumenta a autoestima e o bem-estar, diminui o *stress* e a depressão, mantém a autonomia e reduz o isolamento.

2.1.5 - Estudos Desenvolvidos: Imagem Corporal Vs Prática Desportiva

Ao tornar a sociedade melhor informada, por intermédio da comunicação social, sobre os benefícios da AF, a população passou a exercitar-se mais e melhor (Guedes, 2007).

Algumas investigações referem que a participação em atividades físicas contribui para um crescimento da satisfação corporal, evidenciando a existência de repercussões positivas no autoconceito, na autoconfiança e no ajustamento social, originando a modificação do comportamento no sentido de um maior ajustamento e de uma maior adaptação aos contextos da vida. A maneira menos invasiva de modificação da IC ocorre por meio da AF (Silva, 2007).

O desejo de ser elegante e ter uma IC de acordo com os padrões atuais de beleza, normalmente relacionados com a diminuição do peso, é muitas vezes a razão para o envolvimento nas atividades físicas e desportivas. Este facto está associado à crença de que a AF, através do gasto energético provocado, contribui para a diminuição da massa corporal (Marques, 2012).

Silva et al. (2010), mencionam que houve aumento da satisfação corporal, conforme o aumento do tempo de prática desportiva nas mulheres. Esse aumento ocorreu, provavelmente, em relação à estética corporal e não a componentes relacionadas com a saúde.

Alguns estudos realizados com o objetivo de determinar as componentes que influenciam a satisfação corporal, apontam a prática de AF como um meio privilegiado para o desenvolvimento da mesma (Melnick & Mookeriee, 1991; Lutter et al., 1990, citados por Oliveira, 2009).

Loland (1998, citado por Oliveira, 2009), na sua investigação avançou com a explicação de que o envolvimento numa AF pode estar relacionado com o aumento do sentido de auto-competência física, que conduzirá, por sua vez, a um aumento da satisfação corporal.

No estudo desenvolvido por Neumark-Sztainer, Goeden, Story, e Wall (2004), onde examinaram as associações entre a satisfação corporal, a AF e o sedentarismo, verificaram que o sexo masculino com menor satisfação corporal eram significativamente menos ativo fisicamente. Relativamente ao sexo feminino, este evidenciou tendências similares, embora relatasse menos AF que o masculino. Resultados similares foram encontrados entre os jovens classificados com sobrepeso. Em nenhum caso, foram encontrados baixos níveis de satisfação corporal significativamente associados a elevados níveis de AF.

Já Sallis, Prochaska, e Taylor (2000), identificaram, surpreendentemente, poucos estudos em que sejam exploradas as associações entre a satisfação corporal e os níveis de AF. Em 108 estudos revistos, somente 5 estudos examinavam as associações entre a IC e os níveis de AF. Nestes

estudos, ou não foi encontrada qualquer associação ou a satisfação corporal era positivamente associada com os níveis de AF.

Araújo (2001), pretendeu investigar a satisfação corporal, a autoestima e as variáveis morfológicas em adolescentes do sexo feminino praticantes e não praticantes de ginásio. Com uma amostra constituída por 76 adolescentes, sendo que destas somente 35 praticavam AF. Os resultados do estudo indicaram que a AF não estava associada à satisfação corporal, mencionando que o grupo não praticante apresentou níveis de satisfação corporal mais elevados que o grupo praticante. As adolescentes pospubertárias apresentaram níveis de satisfação corporal significativamente inferiores às adolescentes prepubertárias.

Atualmente debate-se se a satisfação corporal serve para motivar os indivíduos a aumentar o seu nível de AF, ou se pelo contrário a pouca satisfação corporal serve como obstáculo à prática de AF (Neumark-Sztainer et al., 2004).

Os mesmos autores prosseguem dizendo que, é possível que o nível mais elevado de AF no sexo masculino do que no sexo feminino poderá, em parte, ser devido a um nível mais elevado de satisfação corporal neles relativamente a elas.

Ciampo et al. (2010), investigaram as relações entre IC e a AF em 2035 adultos de ambos os sexos. Neste estudo a IC foi considerada adequada para 68% dos indivíduos, independentemente do IMC. Quando analisaram especificamente a prática de atividades físicas observou-se que a tendência é maior entre os homens, embora a insatisfação corporal seja apontada como um dos motivos que direcionam as pessoas, de ambos os sexos, a realizarem atividades físicas, demonstrando assim uma estreita relação entre IC e prática de AF.

Tal como referem Kruger, Lee, Ainsworth, e Macera (2008), a prática de EF apresenta um impacto positivo na autoestima, na IC e na melhor avaliação do peso corporal.

Segundo Martine e Lichtenberger (2002), nas últimas décadas as pesquisas tentam confirmar a ideia de que a prática de AF está associada a uma melhoria da IC.

Tucker e Maxwell (1991, citados por Damasceno et al., 2006), desenvolveram um estudo para determinar as modificações na IC em mulheres praticantes de treino de força. Participaram no estudo 92 mulheres que praticavam treino de força (grupo experimental) e 60 mulheres que não praticavam qualquer tipo de AF (grupo controle). O grupo experimental realizou treinos duas vezes por semana, durante 15 semanas, enquanto o grupo controle não realizou qualquer atividade. Os resultados mostraram que o grupo controle apresentou valores significativamente mais altos no pós-teste em ambos os inventários quando comparado ao grupo experimental, o que representa uma maior insatisfação corporal e um menor bem-estar físico.

Williams e Cash (2001), investigaram as mudanças na IC em indivíduos submetidos a um programa de treino de força. Participaram nas investigações um grupo experimental com 39 indivíduos (27 mulheres e 12 homens), que foi submetido ao programa, e um grupo controle com 39 indivíduos (27 mulheres e 12 homens), que não realizaram qualquer atividade. O programa de treino de força foi realizado três vezes por semana, durante 6 semanas. O grupo experimental ficou significativamente mais satisfeito ao avaliar a sua aparência, apresentando uma maior satisfação corporal, concluindo assim os autores que o treino de força pode produzir mudanças múltiplas na IC.

Fermino, Pezzini, e Reis (2010), num estudo realizado com uma amostra selecionada intencionalmente de 90 indivíduos (50% do sexo masculino), tendo como objetivo identificar os motivos para a prática de AF e analisar a sua relação com a IC em adultos frequentadores de ginásio, concluíram que: 1) os motivos de maior importância para a prática de AF foram saúde, aptidão física, disposição, atratividade e harmonia; 2) mulheres e indivíduos com elevada % de gordura atribuem a prática de AF ao motivo harmonia, assim como aqueles insatisfeitos com a IC buscam as atividades para o controlo de peso e harmonia; 3) mulheres e indivíduos com maior % de gordura e IMC apresentam maior insatisfação corporal; 4) a insatisfação corporal parece estar mais associada a aspetos relacionados com o bem-estar do que com a condição física.

Por sua vez, Mota (2006) num estudo realizado com o objetivo de avaliar a autoestima, as autopercepções físicas, a ansiedade físico-social e a IC em participantes de atividades físicas, numa amostra com 363 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos, concluiu que o sexo feminino possui uma IC menos positiva que o sexo masculino, referindo ainda que este possui uma IC mais favorável, e que os homens que treinam mais apresentam uma IC melhor que as mulheres. No entanto, referem que a incidência de distúrbios de IC e de insatisfação corporal está a aumentar no sexo masculino.

Resultados idênticos também foram encontrados no estudo desenvolvido por Silva et al. (2010) uma vez que concluíram, que os participantes do estudo, revelaram algum grau de insatisfação corporal, sendo esta mais prevalente no sexo feminino.

Vidal (2006), investigou a satisfação corporal em indivíduos adultos de ambos os sexos praticantes de ginásio (musculação e aulas de grupo). Participaram 90 indivíduos com idades compreendidas entre os 17 e 51 anos, concluindo: 1) o sexo masculino está significativamente mais satisfeito que o sexo feminino; 2) não existe diferenças de satisfação corporal entre praticantes de aulas de grupo e praticantes de musculação; 3) a satisfação corporal dos praticantes de musculação não difere dos praticantes de aulas de grupo; 4) as praticantes de aulas de grupo manifestaram-se

mais satisfeitas com a sua IC que as praticantes de musculação; 5) relativamente a cada modalidade comparou a satisfação corporal entre sexos, onde observou que o sexo masculino apresentou-se sempre mais satisfeito com esta que o sexo feminino, sendo as diferenças significativas nos praticantes de musculação; 6) os indivíduos que se percebem com a altura ideal, assim como, os que se percebem com o peso ideal, são os que apresentam os níveis mais elevados de satisfação corporal. As percepções de possuir uma estatura alta ou de ser gordo estão associadas a níveis mais baixos de satisfação corporal.

Hausenblas e Fallon (2006), mencionam que os indivíduos praticantes de EF têm uma IC mais positiva (provavelmente porque se assemelham mais à estética "ideal") que os não praticantes. Em relação à idade, os exercícios resultam na melhoria da IC para todas as idades. No entanto, referem que mais estudos são necessários para estudar os efeitos que o EF tem na diminuição da IC, em populações clínicas e não clínicas.

Campbell e Hausenblas (2009), também através de uma meta-análise, concluíram que o EF é uma intervenção prática e bastante acessível para a IC negativa. Referem ainda que o EF em comparação com outras intervenções, tem um custo baixo, e é um comportamento socialmente aceite, o que pode resultar numa maior aceitação do tratamento. O EF é autossustentável, pois pode ser mantido desde que as competências básicas sejam aprendidas.

As mesmas autoras referem ainda que, embora muitos estudos demonstrem os efeitos do EF na IC durante períodos de tempo limitados, poucos estudos têm sido concebidos para analisar a fase de intervenção a longo prazo de um estudo numa população não clínica.

Abbott e Barber (2010), através de um estudo realizado com 1002 adolescentes sedentárias e praticantes de desporto e de atividades físicas, concluíram que qualquer envolvimento em atividades físicas é associada a uma IC mais funcional do que aquelas que não estão envolvidas.

Com o objetivo de quantificar o tipo de físico ideal e verificar o nível de insatisfação corporal num grupo de praticantes de caminhada, Damasceno et al. (2005), realizaram um estudo com 186 indivíduos adultos (87 mulheres e 98 homens). Os resultados indicaram que o sexo feminino apresentou um nível de insatisfação semelhante ao sexo masculino, 76% e 82% respetivamente. Os autores referem que os indivíduos que iniciam um programa de AF, na maioria dos casos, buscam, de alguma maneira, modificar as formas e proporções do seu corpo, e que, um programa de AF bem elaborado pode reduzir o peso corporal, como é o desejo das mulheres ou, como desejam os homens, aumentar a massa muscular. Na verdade, a prática de AF pode levar os indivíduos a alcançarem os corpos que idealizam.

Também Araújo e Araújo (2003), obtiveram o mesmo resultado num estudo realizado com o objetivo de avaliar o grau de satisfação corporal, o IMC, assim como a verificação da influência da frequência de AF atual. Com a participação de 844 adultos (489 mulheres), concluíram que as mulheres apresentaram uma insatisfação corporal maior, assim como uma autopercepção distorcida do IMC, independentemente da frequência de AF.

Uma pesquisa realizada por Kakeshita e Almeida (2006), a respeito da IC com indivíduos de ambos os sexos, mostrou que 87% das mulheres entrevistadas gostariam de reduzir o tamanho das suas silhuetas e 73% dos homens aumentar. Estudos como este, demonstram que a insatisfação corporal atinge indivíduos de ambos os sexos, sendo as mulheres as mais vulneráveis.

Outro estudo realizado por Rech, Araújo, e Vanat (2010), com o objetivo de analisar a IC, associando esta a indicadores sócio-demográficos, estado nutricional e nível de AF, com 294 universitários (136 homens e 158 mulheres), concluíram que elevados índices de insatisfação corporal podem ser observados em indivíduos com um nível moderado e elevado de AF, pois o estado nutricional e o sexo são variáveis que influenciam diretamente a IC, mesmo em indivíduos que possuem informações sobre a importância da prática de AF e do controle do peso corporal.

Lima, Figueiredo, Araújo, e Carvalho (2008), avaliaram o nível de AF e a IC de 30 mulheres praticantes de caminhada, concluindo que na sua maioria, as mulheres estavam insatisfeitas com a sua IC, e que essa insatisfação tinha uma relação direta com o seu nível de AF.

No estudo de Pope, Phillips, e Olivardia (2000), com 548 homens, 43% manifestaram-se insatisfeitos com a sua IC. Além de estarem insatisfeitos ou preocupados, estes homens podem apresentar uma IC distorcida, percebendo-se diferentes, geralmente piores do que realmente são, podendo apresentar uma menor autoestima e maior tendência depressiva do que os homens satisfeitos com a IC.

Gonçalves, Campana, e Tavares (2012), através de uma revisão bibliográfica com um total de 10 artigos, concluíram: a) vários tipos de atividades físicas influenciam na mudança da IC; b) os exercícios aeróbios e as atividades de relaxamento, flexibilidade e meditação, exercem maior influência nos estados de ansiedade e bem-estar; c) os exercícios de treino com pesos atribuem melhores resultados no que se refere à IC, sendo a autoestima uma variável influenciada por esta mudança no físico; d) a frequência dos exercícios destaca-se como uma variável importante no planejamento, pois atividades de baixa frequência – uma vez por semana – não provocam qualquer mudança significativa nas variáveis psicossociais avaliadas; e) em relação à intensidade, uma maior variabilidade é aceita, pois tanto atividades leves quanto intensas mostram-se capazes de provocar mudanças na IC. As autoras consideram que os exercícios devem ser planejados

especificamente para o desenvolvimento da IC, e isto inclui a escolha das atividades, o objetivo que se pretende alcançar com essas atividades, a individualidade do indivíduo (que não é apenas biológica, mas também emocional) a duração da intervenção e a frequência das sessões.

2.2 – Objetivo e Hipóteses do Estudo

2.2.1 - Objetivo

Este estudo tem como objetivo analisar a influência da prática desportiva na IC, para cada um dos sexos e grupo etário, assim como a relação entre o IMC e a IC, e a relação entre a satisfação corporal e o volume de prática semanal.

2.2.2 - Hipóteses

No que diz respeito ao objetivo apresentado, foram levantadas as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças significativas na IC em função do sexo e do grupo etário;

H2: Existem diferenças significativas na IC em função da prática desportiva, para cada um dos sexos;

H3: Existem diferenças significativas na satisfação corporal em função da prática desportiva, para cada um dos sexos;

H4: Existem diferenças significativas entre o IMC autorrelatado e o IMC autopercebido, para cada um dos sexos;

H5: Existe correlação entre o volume de prática semanal e a satisfação corporal.

2.3 - Metodologia

2.3.1 - Tipo de Estudo

O presente estudo é um estudo transversal, tendo em conta que os dados foram recolhidos num único momento, pretendendo verificar a influência da prática desportiva junto da IC.

2.3.2 - Caracterização da Amostra

Participaram no presente estudo 500 indivíduos (N=500), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, residentes em Rio Maior, Santarém e Benedita, sendo os mesmos classificados como praticantes e não praticantes de prática desportiva, em função do seu estado atual, tal como apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Análise descritiva da amostra

Participantes (N=500)	
Sexo	Feminino (N=250)
	Masculino (N=250)
Idades	35,38 ± 11,34
	(18- 65 anos)
Prática Desportiva	Praticante (N= 272)
	Não Praticante (N= 228)

No que respeita à caracterização do escalão etário, os grupos de idades foram divididos com base nos seguintes fatores: 1) as características dos sujeitos que participaram no nosso estudo (distribuição das idades – dos 18 aos 65 anos); 2) Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, de *Erik Erikson*; 3) os grupos etários utilizados pelo INE (2008), no estudo sobre a população residente em Portugal, que baseou a divisão em 4 ciclos de vida (0-14; 15-24; 25-64; 65 e mais).

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de *Erikson*, envolve a vida inteira e caracteriza-se pela noção básica de que a forma como os indivíduos lidam com as suas experiências sociais acaba por modelar as suas vidas. Para *Erikson*, todas as pessoas passam por oito sucessivos estágios de

maturidade, representativos e que resultam da interação estabelecida entre o indivíduo e a sociedade em diferentes fases (idades) da vida.

Cada estágio representa uma diferente função do *self* e resulta de mudanças da interação indivíduo-sociedade, comportando um determinado conjunto de tarefas típicas que o indivíduo é chamado a resolver. Para *Erikson*, o ato de lidar e de resolver essas tarefas envolve a existência de uma tensão ou de um conflito entre tendências opostas e será pela resolução desse conflito de forma positiva, através de uma adaptação ativa e não apenas por um simples ajustamento, que o indivíduo alcançará determinados objetivos desenvolvimentais ao longo da sua vida (Fonseca, 2004).

Assim sendo, foram criados os seguintes grupos:

Grupo 1: 18 – 25 anos (a que atribuímos a designação de “jovem adulto”)

Grupo 2: 26 – 45 anos (a que atribuímos a designação de “adulto I – mais ativo”)

Grupo 3: 46 – 65 anos (a que atribuímos a designação de “adulto II – menos ativo”)

2.3.3 – Variáveis

No presente estudo, foram consideradas as seguintes variáveis:

Variáveis Independentes - sexo, grupo etário, IMC autorrelatado, prática desportiva, volume de prática semanal;

Variáveis Dependentes – IC, IC desejada, IMC autopercecionado, satisfação corporal.

2.3.4 - Instrumentos

2.3.4.1 - Questionário Demográfico

Foi aplicado um questionário demográfico com o objetivo de recolher mais informações acerca dos participantes do estudo, nomeadamente: o estado de prática desportiva (praticante ou não praticante), o número de sessões semanais e a duração de cada sessão, adiante designado por volume de prática semanal.

Foi ainda solicitado, através de autorrelato o peso e a altura a cada participante, para o cálculo do IMC, sendo utilizada a classificação preconizada pela OMS, anteriormente mencionada.

2.3.4.2 - Escala de Figuras de Silhuetas

Desenvolvida por Kakeshita, Silva, Zanatta, e Almeida (2009), esta escala de figuras de silhuetas avalia a percepção da IC atual e da IC desejada, através de 15 silhuetas de cada sexo.

Esta é apresentada em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra (IMC médio = 12,5 Kg/m²) à mais larga (IMC médio = 47,5 Kg/m²).

No nosso estudo, foram utilizadas, apenas, 8 silhuetas para cada sexo, com variações progressivas na escala de medidas, apresentando a figura mais magra um IMC médio de 13,75 Kg/m² e a mais larga um IMC médio de 47,5 Kg/m². Esta redução do número de silhuetas deveu-se ao facto de considerarmos que a utilização de 15 silhuetas tornava a diferenciação mais difícil, uma vez que as silhuetas centrais apresentam poucas diferenças objetivas. Optámos pelo número de 8 silhuetas de forma a evitar a tendência de resposta central.

Aquando da apresentação das figuras, foram colocadas as seguintes questões aos participantes do estudo:

1. Na sua opinião, qual é atualmente a figura com que se identifica na escala de figuras de silhuetas?
2. Utilizando a mesma escala, identifique a figura que mais se aproxima da que desejaria ter?

2.3.5 - Procedimentos Metodológicos

Ao nível desta investigação, os procedimentos a ter em conta na recolha de dados foram subdivididos em procedimentos prévios, os quais fazem referência a pedidos de autorização, e procedimentos de ordem metodológica, que fazem referência aos pormenores considerados no ato da recolha dos dados pretendidos.

2.3.5.1 - Procedimentos prévios à recolha de dados

Antes de iniciarmos a recolha propriamente dita, selecionamos os possíveis ginásios, para a participação na investigação, tendo sido selecionados 5 ginásios, localizados em Rio Maior (1), Santarém (3) e Benedita (1). Após esta seleção procedeu-se ao contacto telefónico com os respetivos responsáveis dos ginásios, solicitando uma reunião, para que fosse possível a apresentação de quais os procedimentos e objetivos a ter em conta na investigação, proporcionando também um momento para um possível esclarecimento de dúvidas de ambas as partes. Nesta reunião foram ainda delineados dias específicos para a recolha de dados, tentando minimizar a alteração das rotinas dos participantes.

2.3.5.2 - Procedimentos de recolha de dados

Relativamente à recolha de dados, esta decorreu entre os meses de setembro a outubro de 2012, sempre em locais e condições semelhantes a todos os participantes do estudo.

Antes de iniciarem o preenchimento dos instrumentos, foram apresentadas algumas instruções as quais tiveram como objetivos, em primeiro lugar apelar à leitura na íntegra de todos os itens apresentados, em segundo lugar, minimizar os efeitos de desejabilidade social nas respostas dadas, e por último, reforçar a ideia de que “não existem respostas certas nem erradas”, apenas se pretendia que efetuassem o preenchimento dos instrumentos de acordo com a sua perceção.

Por último, convém ainda referir que, todos os participantes que concordaram fazer parte do estudo, fizeram-no de forma voluntária, e que para garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e assegurar que os mesmos não seriam, em momento algum, transmitidos individualmente a terceiros, todas as respostas foram efetuadas de forma anónima.

2.3.5.3 - Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento das questões fundamentais relativas à temática do estudo foi utilizada a estatística descritiva, a média e o desvio padrão. Optou-se pela utilização de testes não paramétricos dada a falta de normalidade da maioria das variáveis em estudo, e também devido ao facto de alguns grupos apresentarem um N reduzido (Pestana & Gageiro, 2000).

Para testar H1 foi utilizado o teste U de Mann-Whitney assim como o teste KW de Kruskal-Wallis. No que respeita H2 e H3 utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Para testar H4 foi utilizado o teste Z de Wilcoxon Signed Ranks. Quanto H5 foi usado o coeficiente de correlação de Spearman's.

O nível de significância adotado foi de $p \leq 0.05$ para todas as hipóteses. O tratamento de dados foi elaborado com recurso ao *software* informático SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, na versão 20.0.

2.4 - Apresentação e Discussão de Resultados

Neste capítulo, apresentamos, analisamos e discutimos os resultados obtidos, no nosso estudo. Conforme se pode verificar na Figura 6, que nos apresenta a distribuição da IC em função do sexo e do grupo etário, o sexo feminino identifica-se sempre com silhuetas maiores que o sexo masculino, em qualquer que seja o grupo etário considerado.

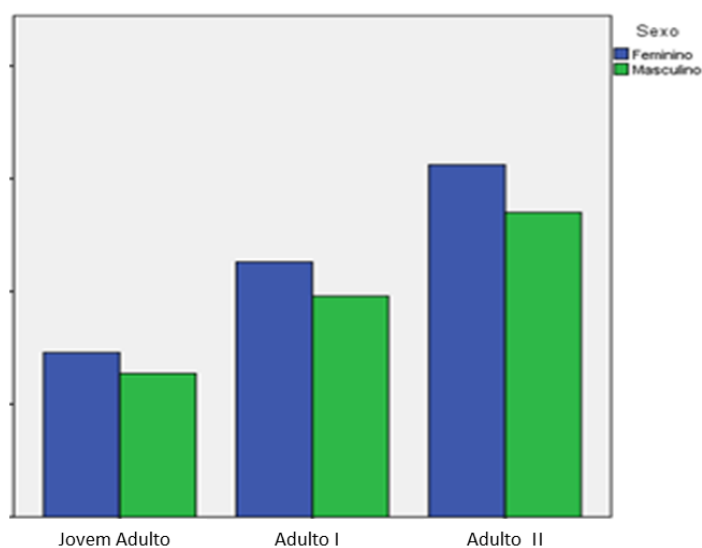


Figura 6 - Distribuição da IC em função do sexo e grupo etário

Essas diferenças, contudo, apenas se revelam significativas no grupo adulto I (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição da IC no grupo etário, entre os sexos.

Sexo	Grupo Etário	IC	Teste U	Sig.
Feminino/Masculino	Jovem Adulto	IC	1,49	,576
	Adulto I	IC	9,252	,014*
	Adulto II	IC	799,5	,125

* Sig ≤ 0,05

Mota (2006), na sua investigação, também concluiu que o sexo feminino apresentava uma IC mais negativa que o sexo masculino, no entanto, destaca que a incidência de distúrbios na IC destes últimos encontra-se a aumentar.

Schmalz (2010), refere que existe uma grande tendência do sexo feminino sobrestimar o seu peso, ao contrário do sexo masculino que tendem a subestimar, no entanto, no nosso estudo encontramos o oposto em relação ao sexo masculino.

Atualmente existe pouca dúvida de que o mais prevalente aspeto da insatisfação das mulheres em relação à IC é a crença de que elas estão acima do peso, mesmo quando têm peso eutrófico ou abaixo do recomendado (Laus, Zancul, Martins, Kakeshita, & Almeida, 2006).

Castilho (2001), acrescenta que o sexo feminino verbaliza com maior frequência as suas preocupações com a IC, e, em geral, são mais estimuladas pela sociedade a avaliarem o seu valor pessoal como dependente da atração física. Estudos científicos mostram que quanto mais os indivíduos investem na sua aparência, mais vulneráveis se tornam a uma IC negativa e aos incómodos causados por esta.

Por outro lado, os dados do presente estudo evidenciam que a IC não é estática, modificando-se ao longo da vida. Para ambos os sexos existem diferenças significativas entre os diferentes grupos etários, com um valor crescente em função da idade (Quadro 5).

Quadro 5 - Variação da IC nos sexos em função do grupo etário

Sexo	Grupo Etário	Teste Kw	Sig.
Feminino	Jovem Adulto/Adulto I	42,69	,000*
	Adulto I/Adulto II	43,7	,000*
	Jovem Adulto/Adulto II	86,4	,000*
Masculino	Jovem Adulto/Adulto I	-35,88	,001*
	Adulto I/Adulto II	-77,92	,000*
	Jovem Adulto/Adulto II	-42	,001*

* Sig ≤ 0,05

Como refere Cunha (2004), a IC é a forma pela qual o indivíduo percebe o seu próprio corpo, construído de uma forma dinâmica pelas interações sociais, conforme os padrões de uma dada cultura.

Tavares (2003), acrescenta que a IC é o resultado de um esforço contínuo e nunca estático ou completo, não se baseando apenas em associações, memórias e experiências, mas também em intenções, aspirações e tendências.

Também Alves (2003), consolida esta ideia, referindo que é ao longo da nossa vida, que vamos construindo a nossa própria IC, e que esta fica definida através de vivências com o meio e com nós próprios.

Para Leite, Paúl, e Sequeiros (2006), a IC surge na interação da pessoa com o contexto social, sendo a grande parte construída logo na infância. Mas, mesmo na idade adulta quando ela já estabilizou, permanece um conceito dinâmico, pois é alterável. Para estes autores, a aquisição da IC dá-se por aprendizagens, por trocas e conexões.

Barros (2005), refere que o ser humano, ao longo da vida, vai construindo e destruindo sucessivas imagens corporais, em busca de uma imagem e de um corpo ideal.

A IC possui uma característica dinâmica e transformável, pois retrata o corpo, uma entidade em constantes transformações, podendo ser reconstruída a partir de novas sensações que se somam às antigas (Maia, Sousa, Tolentino, Silveira, & Tolentino, 2011).

Para além do mencionado, a IC também vai alterando devido às mudanças do próprio corpo, causadas pelo crescimento, segundo Collins (1981, citado por Vasconcelos, 1995) a IC é considerada como "uma representação mental ou uma constelação de representações do próprio corpo que mudam gradualmente ao longo da vida à medida que o corpo se desenvolve e modifica".

Também Silva (2007), partilha da mesma opinião, mencionando que a IC vai alterando ao longo da vida, provavelmente devido às mudanças físicas que ocorrem durante o crescimento. A consciencialização destas alterações, assim como, a crescente capacitação cognitiva e de introspeção pessoal podem tornar o indivíduo mais vulnerável, com manifesta preocupação com a IC, bem como a percepção que os outros têm em relação a esta (Young-Hyman et al., 2003).

Já analisada, anteriormente, a IC dos participantes em função do sexo e do grupo etário, torna-se, então, pertinente a avaliação da IC em função da prática desportiva. Ao analisarmos a Figura 7, podemos observar que maioritariamente os indivíduos não praticantes percebem-se na

silhueta cinco, ao passo que os indivíduos praticantes percecionam-se maioritariamente na silhueta três.

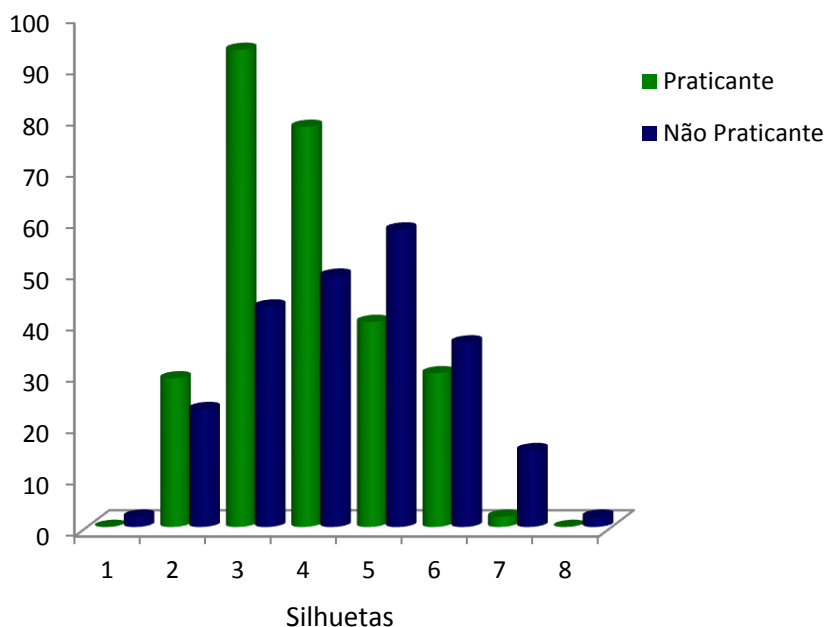


Figura 7 - Distribuição da IC em função da prática desportiva

Considerando que cerca de 81% dos participantes têm como ideal um corpo que corresponde às silhuetas 3 ou 4 (Quadro 6), podemos concluir que os praticantes encontram-se mais satisfeitos com a sua IC, que os não praticantes.

Quadro 6 - Distribuição da IC desejada em função da escala de silhuetas

Silhueta	Frequência	Percentagem
1	1	,2
2	65	13,0
3	258	51,6
4	147	29,4
5	29	5,8
Total	500	100,0

Após a análise, verificou-se a existência de diferenças significativas entre a prática desportiva ($U=23,998$; $p=0,000$), ou seja, os praticantes percecionam-se com silhuetas menores, o que nos leva a concluir que estes encontram-se mais satisfeitos com a sua IC face aos não praticantes.

Estes resultados corroboram outros estudos, em que apontam a prática desportiva como um meio privilegiado para a obtenção de uma IC mais positiva (Melnick & Mookerjee, 1991; Lutter et al., 1990, citados por Oliveira, 2009), provavelmente por se assemelhar mais à estética "ideal" (Hausenblas & Fallon, 2006).

Gonçalves, Campana, e Tavares (2012), afirmam que os efeitos das atividades realizadas são significantes logo após a intervenção, apontando para uma IC mais positiva.

A prática de AF apresenta um impacto positivo na autoestima, na IC e na melhor avaliação do peso corporal fazendo com que a AF e o EF sejam considerados fatores que aproximam a IC da realidade do indivíduo (Martine & Lichtenberger, 2002; Kruger et al., 2008).

O EF está diretamente relacionado de forma positiva com a IC, sendo este uma intervenção prática e bastante acessível para a IC negativa (Hausenblas & Fallon, 2006; Campbell & Hausenblas, 2009).

Deste modo, pode-se verificar que a prática desportiva apresenta repercussões físicas e emocionais positivas, melhorando a capacidade funcional e proporcionando mais independência além de estar diretamente relacionada à estética corporal, contribuindo para que o indivíduo reconheça com maior facilidade o seu corpo e tenha uma maior autoestima (Seefeldt, Malina, & Clarck, 2002).

Além disso, representa um importante comportamento destinado ao controlo do peso corporal e para o bem-estar, devendo ser incentivado ao longo da vida.

Não obstante, outros autores concluem que independente do sexo, a IC não está relacionada ao facto do indivíduo ser ativo ou inativo. Desta forma, os autores apontam que o nível de AF não influencia a insatisfação corporal indicando que outros fatores, dentro deles, o ideal de beleza corporal, a influência do meio social e familiar e o IMC apresentam maior influência sobre a IC do que o nível de AF (Adami & Vasconcelos, 2008; Ferrari et al., 2012).

Tendo em conta o referido anteriormente, respeitante à satisfação corporal, analisaremos, de seguida, a satisfação corporal em função da prática desportiva, para cada um dos sexos.

Uma vez verificada a existência de diferenças significativas entre os sexos, e tendo em consideração essa mesma diferença, procedeu-se à divisão do tratamento estatístico da prática desportiva, de cada sexo isoladamente. A satisfação corporal foi determinada pela diferença entre a IC atual e a IC desejada.

Quadro 7 – Comparação da distribuição da satisfação corporal em função da prática desportiva, para cada um dos sexos

Sexo	Prática Desportiva	Satisfação Corporal				Teste U	Sig.
		Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito		
Feminino	Praticante	34	67	27	5	6086,500	0,002*
	Não Praticante	20	44	47	6		
Masculino	Praticante	53	69	15	2	6356,000	0,010*
	Não Praticante	35	41	32	3		

* Sig ≤ 0,05

Podemos observar, através da análise do Quadro 7, a existência de diferenças significativas entre a satisfação corporal em função da prática desportiva, para cada um dos sexos, ou seja, os indivíduos praticantes apresentam uma maior satisfação corporal, em comparação com os não praticantes. Através do mesmo quadro, e considerando que o número de elementos por sexo é idêntico, podemos ainda observar, que o sexo feminino apresenta uma insatisfação corporal superior ao sexo masculino, tendo em conta a existência de mais mulheres com insatisfação corporal do que homens.

Estes resultados foram aferidos noutros estudos, Neumark-Sztainer et al. (2004), concluíram, na sua investigação, que participantes menos ativos fisicamente apresentam uma menor satisfação corporal que os mais ativos, independentemente do sexo.

Ciampo et al. (2010), mencionam que a insatisfação corporal é um dos motivos que direcionam os indivíduos, de ambos os sexos, a realizarem atividades físicas, demonstrando assim a estreita relação existente entre IC e prática de AF.

Damasceno et al. (2005), também mencionam que é o elevado grau de insatisfação corporal que leva as pessoas a procurarem formas de atingir os padrões ideais de beleza. Uma das principais formas a que recorrem é a prática de AF, pois um programa bem estruturado pode levar à diminuição do peso corporal ou a um aumento de massa muscular.

A prática desportiva produz múltiplas mudanças nos aspetos da IC, uma vez que os praticantes avaliam a sua aparência de forma mais satisfatória, apresentando uma maior satisfação corporal e um maior bem-estar físico (Williams & Cash, 2001; Tucker & Maxwell, 1991, citados por Damasceno et al., 2006).

Resultados idênticos também foram aferidos noutros estudos, tendo em conta que os participantes revelaram algum grau de insatisfação corporal, sendo este mais prevalente no sexo

feminino (Silva et al., 2010; Abbott & Barber, 2010; Kakeshita & Almeida, 2006; Tessmer et al., 2006).

Também Araújo e Araújo (2003), concluíram que o sexo feminino apresentava maior insatisfação que o sexo masculino, independentemente da frequência de prática desportiva.

Outros autores referem que o sexo feminino apresenta um nível de insatisfação corporal semelhante ao sexo masculino, no entanto, identificam que o sexo feminino é alvo de uma maior pressão social e cultural, quanto à manutenção da beleza corporal (Alves, Pinto, Alves, Mota, & Leirós, 2009; Damasceno et al., 2005).

A busca incessante por um ideal de beleza é transmitida e reforçada por influências dos meios de comunicação social, família, amigos que associam êxito e aceitação a um padrão corporal ideal (Damasceno et al., 2006).

Existem evidências que os meios de comunicação social podem contribuir para uma maior insatisfação corporal, exacerbando dificuldades naturais de aceitação do próprio corpo, na medida em que transmitem imagens e padrões estéticos centrados na magreza como ideal de beleza. Esta insatisfação corporal pelas mulheres é preocupante, uma vez que esta pode contribuir para a ocorrência de distúrbios alimentares e mentais.

Para Coqueiro, Petroski, Pelegrini, e Barbosa (2008), a diferença entre os sexos, parece questionável, visto existirem estudos que não encontraram associação significativa entre sexo e insatisfação corporal. Possivelmente essa falta de consistência não se deve somente às características das populações estudadas e às metodologias empregues, mas também, aos diferentes motivos pelos quais homens e mulheres se julgam insatisfeitos com os seus corpos.

De seguida, analisaremos, para cada um dos sexos, a verificação da existência de diferenças significativas entre o IMC autorrelatado (IMC AR) – IMC calculado através do peso e altura relatados pelos participantes, e o IMC autopercecionado (IMC AP) – IMC referente à silhueta selecionada, como sendo a silhueta com que se identificavam.

Tal como nas variáveis anteriormente estudadas, também aqui se verificaram diferenças significativas (IMC AR: $U=27262,0$; $p=0,005$; IMC AP: $U=25760,5$; $p=0,000$). Sendo assim, procedeu-se, mais uma vez, ao tratamento estatístico de cada sexo isoladamente, conforme se pode observar no Quadro 8.

Quadro 8 – Comparação da distribuição do IMC autorrelatado e do IMC autopercecionado, para cada um dos sexos

Sexo	IMC	Classificação IMC (OMS)						Teste Z	Sig.
		Abaixo do Peso	Peso Ideal	Acima do Peso Ideal	Obeso Grau 1	Obeso Grau 2	Obeso Grau 3		
Feminino	AR	12	147	75	13	1	2	-11,571	0,000*
	AP	---	78	66	50	47	9		
Masculino	AR	2	130	97	21	---	---	-7,686	0,000*
	AP	2	110	61	48	19	10		

* Sig ≤ 0,05

Após os valores obtidos, podemos constatar a existência de diferenças significativas entre o IMC AP e o IMC AR, ou seja, os participantes tem tendência a identificarem-se acima do seu IMC, com excesso de peso.

Este resultado pode ser justificado devido a uma forte tendência cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação social, sobretudo, no sexo feminino (Schwartz & Brownell, 2004). Desta forma, o excesso de peso pode conduzir a um afastamento do ideal de beleza, o que reflete uma percepção negativa da própria IC (Ferrari et al., 2012).

A busca incessante por um padrão de corpo ideal, associada às realizações pessoais e à felicidade, estão entre as principais causas de alterações da IC, em especial, para o sexo feminino. Esta compreensão, quando inadequada, pode ocasionar distúrbios psicossociais e uma baixa autoestima.

O sexo feminino apresenta maiores riscos de insatisfação corporal em função do IMC aumentar ou alterar com maior frequência, quando comparados ao sexo masculino (Tessmer et al., 2006).

No entanto, é possível que o IMC não corresponda à forma com que os indivíduos percebem o seu corpo, ou seja, mesmo que o indivíduo apresente um IMC adequado, existe a possibilidade de desejar aumentar ou reduzir o seu tamanho corporal.

A influência dos meios de comunicação ao instituírem padrões de beleza com IMC considerado não saudável pode encorajar tais condições. Além disso, existem evidências que o motivo da não associação entre o IMC e a insatisfação corporal, é que, independentemente da classificação do IMC (adequado ou inadequado) existem insatisfações em relação ao tamanho e forma corporal (Coqueiro et al., 2008).

Segundo a revisão de literatura consultada, a grande maioria dos estudos indicam que quanto maior o volume de prática, maior a satisfação corporal do praticante. Tendo em conta o referido, de seguida, analisamos se essa correlação também se verifica junto dos praticantes do nosso estudo.

Uma vez verificada a existência de diferenças significativas relativamente ao volume de prática semanal ($U=34,401$; $p=0,040$), procedeu-se, novamente, ao tratamento estatístico isolado por sexo.

Como podemos verificar no Quadro 9, o sexo masculino apresenta uma correlação positiva, embora fraca, o que nos leva a mencionar que a sua satisfação corporal está relacionada com o volume de prática semanal.

Quadro 9 - Correlação entre o volume de prática semanal e a satisfação corporal, no sexo masculino

		Volume de Prática Semanal	
Spearman's rho	Satisfação Corporal	Coeficiente de Correlação	,192*
		Sig.	,024
		N	139

* Sig \leq 0,05

Relativamente ao sexo feminino, podemos observar através do Quadro 10, que não existe qualquer correlação, o que nos indica que o volume de prática semanal dispensado pelo sexo feminino, não interferiu, quer a nível positivo quer nível negativo, com a sua satisfação corporal.

Quadro 10 - Correlação entre o volume de prática semanal e a satisfação corporal, no sexo feminino

		Volume de Prática Semanal	
Spearman's rho	Satisfação Corporal	Coeficiente de Correlação	,107
		Sig.	,219
		N	133

* Sig \leq 0,05

Os resultados obtidos corroboram outras pesquisas, uma vez que se verifica uma diminuição da insatisfação corporal conforme o aumento do volume de prática (Silva et al., 2010; Coqueiro et al., 2008; Boa-Sorte et al., 2007).

Guedes (2007), menciona que algumas investigações referem que a participação em atividades físicas contribui para um crescimento da satisfação corporal, e acrescenta que a prática desportiva contribui ainda para a existência de repercussões positivas no autoconceito, na IC, assim como na autoconfiança.

Neumark-Sztainer et al. (2004), na sua pesquisa, referem que em nenhum caso, foram encontrados baixos níveis de satisfação corporal significativamente associados a elevados níveis de AF.

Ciampo et al. (2010), observaram que o sexo masculino apresentava uma tendência superior de satisfação corporal face ao sexo feminino. Os mesmos autores consideram, ainda, que a insatisfação corporal é apontada como um dos motivos que direcionam as pessoas de ambos os sexos a realizarem atividades físicas, demonstrando uma estreita relação entre IC e prática de AF.

Não obstante Rech et al. (2010), concluíram que elevados índices de insatisfação corporal podem ser observados em indivíduos com um nível elevado e moderado de AF, pois consideram que o estado nutricional e o sexo são variáveis que influenciam diretamente a IC mesmo em indivíduos que possuem informações sobre a relação entre a importância da prática de AF.

2.5 - Conclusão

Ao longo da nossa investigação, foi evidente uma maior preocupação com a IC por parte do sexo feminino, identificando-se com silhuetas maiores, uma vez que sobrestimam o seu peso, em qualquer que seja o grupo etário considerado. Os resultados também evidenciaram que a IC não é estática, modificando-se ao longo da vida, apresentando diferenças significativas entre os diferentes grupos etários, com um valor crescente em função da idade, o que nos remete a aceitar a H1 do presente estudo.

Quanto à IC em função da prática desportiva, o grupo praticante identificou-se com silhuetas menores, o que nos leva a concluir que estes encontram-se mais satisfeitos com a sua IC face aos não praticantes, tendo em conta que a maioria dos participantes identificaram as silhuetas 3 ou 4 como sendo o corpo ideal, verificando-se ainda que o sexo feminino apresenta uma maior insatisfação corporal face ao sexo masculino, o que nos remete a aceitar as hipóteses 2 e 3, do nosso estudo.

Aceitamos igualmente a H4, uma vez que os participantes identificaram-se com um IMC acima do seu.

Por fim, os resultados obtidos, demonstraram que o volume de prática semanal está diretamente associada a uma melhoria da satisfação corporal no sexo masculino, uma vez que os resultados expressaram uma correlação positiva, embora fraca. Relativamente ao sexo feminino, o mesmo não se verificou, os resultados demonstraram que a satisfação corporal não aumentou nem diminuiu à medida que o volume de prática semanal aumenta.

3 - ESTUDO DOIS – A Influência da Prática Desportiva na Ansiedade, Depressão e *Stress*, em População Adulta

3.1 - Revisão de Literatura

3.1.1 – Conceitos de Ansiedade, Depressão e *Stress*

Antes de mais, importa mencionar os conceitos de ansiedade, depressão e *stress*.

3.1.1.1 - Ansiedade

Ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de antecipação de perigo, tensão e sofrimento e por tendências de esquiva ou fuga (Davidoff, 2001).

Segundo Doron e Parot (2001), a ansiedade é uma emoção gerada pela antecipação de um perigo vago, de difícil previsão e controlo. Transforma-se em medo face a um perigo bem identificado. A ansiedade faz-se acompanhar por modificações fisiológicas e hormonais características dos estados de ativação elevada e, muitas vezes, está associada ao comportamento de conservação - retirada ou a condutas de evitamento.

Ansiedade, é tida como um estado emocional transitório que envolve grandes conflitos e sentimentos desagradáveis de preocupação, tensão, apreensão, angústia e sofrimento. Esse sentimento ocorre com frequência na ausência de um perigo real, distinguindo-se do medo, que é considerado como uma breve reação emocional a um estímulo ameaçador (Stella, Antunes, Santos, Galduróz, & Mello, 2004).

Segundo a APA (2002), a designação de perturbação de ansiedade abrange diferentes tipos de perturbações, sendo eles: ataques de pânico, agorafobia, perturbação de pânico com e sem agorafobia, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação do pós-*stress* traumático, perturbação aguda de *stress*, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação da ansiedade secundária a um estado físico geral, perturbação da ansiedade induzida por substâncias e perturbação da ansiedade sem outra especificação.

3.1.1.2 - Depressão

A depressão traduz-se por um estado em que os sintomas de humor, o desespero e a baixa estima, interferem na capacidade para satisfazer numa forma eficaz as exigências do dia-a-dia (Neto, 2010).

O mesmo autor, refere que os sintomas podem ir desde à incapacidade de concentração, dores gerais no corpo e em especial na cabeça, à falta de ar, aos problemas intestinais, às perturbações do sono, às alterações do apetite, aos apertos no peito, devido à enorme ansiedade e angústia, ao choro compulsivo ou à repressão do mesmo – tudo um pouco disto acontece a quem sofre deste turbilhão, feito de “bola de neve”.

Segundo a APA (2002), a depressão ou perturbações depressivas, podem apresentar-se como: perturbação depressiva major, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação.

De acordo com Olmedo-Buenrostro (2006), a gravidade da depressão pode ser considerada leve, mínima ou ligeira; moderada ou grave; severa ou extrema. A gravidade dos sintomas e o grau de incapacidade funcional e mal-estar são determinados com base no número de sintomas dos critérios.

3.1.1.3 – Stress

O termo *stress* é utilizado para evocar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face (os acontecimentos *stressantes* da vida, também chamados de acontecimentos vitais) e os meios de que ele dispõe para gerir estas perturbações (Doron & Parot, 2001).

O *stress*, considerado como um estado afetivo ou emocional, é utilizado para descrever um conjunto de mudanças internas que as pessoas sofrem em situações que as mesmas reconhecem como potencialmente ameaçadoras ao seu bem-estar, e que envolve respostas fisiológicas, sentimentos subjetivos, desconforto, assim como comportamentos observáveis (Keefe, 1988; Auerbach & Gramling, 1998, citados por Veigas & Gonçalves, 2009).

Stress é a combinação de sensações físicas, mentais e emocionais que resultam de variados estímulos de preocupações, medos, ansiedades, pressões psicológicas e fadiga física e/ou mental, que irão exigir uma adaptação e/ou produção de tensão (Alves & Baptista, 2006).

As crescentes exigências, que se colocam ao nível das prestações para o cumprimento das tarefas, quer de ordem social, quer desportiva, laboral, etc., implicam uma tomada de posições que sob pressão, colocam o indivíduo perante um quadro por vezes ameaçador, tornando-o mais vulnerável para satisfazer as necessidades ou obrigações perante o impacto comportamental, gerando um mau estar, vulgarmente conhecido por *stress* (Neto, 2010).

3.1.2 - Estudos Desenvolvidos: Prática Desportiva Vs Ansiedade, Depressão e *Stress*

Diversos trabalhos têm demonstrado que a prática desportiva tem um efeito positivo na IC e na autoestima, diminuindo a incidência de depressão (Moreno, Cervelló, & Moreno, 2008), Isto pode ser explicado pelo facto da prática desportiva promover a perda de peso, tornando o aspeto físico mais atrativo, permitindo desta forma a obtenção de um feedback social positivo e o reconhecimento por parte do grupo de pares, possibilitando assim, a melhoria da IC (Kircaldy, Shephard, & Siefen, 2002).

Na revisão da literatura, reconhecemos que o impacto positivo do EF tem-se revelado eficaz, quer ao nível de saúde física, quer ao nível mental (Dunn et al., 2005).

Outros estudos indicam que ainda existe um caminho a ser percorrido na investigação e que neste momento ainda não é possível estabelecer relações de causa-efeito muito específicas.

Werneck, Filho, e Ribeiro (2006), referem que ainda não é possível estabelecer o nível ótimo do exercício para a melhoria da ansiedade.

Num estudo com adultos, cujo objetivo passou por explorar se a prática de níveis recomendados de AF contribuía para o bem-estar psicológico, verificou-se que a prática regular estava relacionada com o bem-estar psicológico, apesar da variância explicada ser reduzida (Netz et al., 2012). Este estudo evidenciou a existência de uma relação positiva entre a AF e o bem-estar psicológico, corroborando outros estudos que têm sido realizados em países diferentes (Elliot, Kennedy, Morgan, Anderson, & Morris, 2012; George, Jorm, Kolt, Bambrick, & Lujic, 2012). Todavia, são necessárias orientações mais precisas sobre a quantidade de AF que se deve praticar (Netz et al., 2012).

Está demonstrado que a prática desportiva regular acarreta muitos benefícios a nível físico e psicológico, tal como a diminuição do risco de doenças cardiovasculares, a diabetes *Mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial, diferentes tipos de cancro, a osteoporose, a ansiedade e a depressão (Pan et al., 2009).

Estudos realizados nos EUA, afirmam que a prática sistemática do EF para a população em geral está associada à ausência ou pouca ocorrência de sintomas depressivos ou de ansiedade. Mesmo em indivíduos diagnosticados clinicamente como depressivos, o EF tem-se mostrado eficaz na redução dos sintomas associados à depressão (Ortiz & Mello, 2004).

Um estilo de vida ativo e a prática regular de atividades físicas apresentam-se como métodos eficazes na redução dos riscos de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hipertensão arterial, bem como na obtenção de benefícios psicológicos. Entre estes pode-se mencionar o controlo de níveis de ansiedade e de *stress*, e a redução dos estados depressivos (Veigas & Gonçalves, 2009).

Os mesmos autores, através de um estudo transversal, com 207 indivíduos de ambos os sexos, com o objetivo de analisar a influência da prática do EF nos níveis de depressão, ansiedade e *stress*, concluíram que os níveis mais elevados de prática de exercício físico estão associados a níveis inferiores de ansiedade, depressão, no entanto, a dimensão *stress* apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa associado à prática do EF.

Nunomura, Teixeira, e Caruso (2004), concluíram que após um programa de 12 meses de AF, os participantes que se caracterizavam como sedentários (não praticavam qualquer tipo de AF há pelo menos 12 meses) apresentaram uma diminuição dos níveis de *stress*, e conseqüentemente um melhoramento na IC e na qualidade de vida.

Já Gomes, Fernandes, Oliveira, Capitão, e Coelho (2010), num estudo realizado com 29 indivíduos de ambos os sexos, com o objetivo de avaliar a relação entre depressão, ansiedade e *stress*, hábitos alimentares, AF e estado nutricional, verificaram que a AF não influenciava a depressão, ansiedade e *stress*, tanto a nível positivo como negativo.

Dois meta-análises, na temática do EF e saúde mental, revelaram que o exercício é tão eficaz na diminuição da ansiedade e da depressão quanto tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos, possuindo a vantagem de ser mais saudável, económico e de ter uma maior adesão quando comparado a esses tratamentos (Petruzzello et al., 1991; Craft & Landers, 1998, citados por Werneck et al., 2006).

Werneck et al. (2006)), referem que para a melhoria do humor, o EF deve ser agradável, de carácter aeróbio, não competitivo, de intensidade moderada e com uma duração de 20 a 40 minutos, regular durante a semana, praticada em ambientes previsíveis e espacialmente fixos. Relativamente à duração, existem evidências que apontam para uma maior eficiência dos exercícios de longa duração na melhoria dos estados de humor, comparativamente aos de curta

duração. Nota-se alguma prudência quanto à prescrição de EF como terapia, ao que deve ser de intensidade leve e moderada, num treino progressivo e controlado (Araújo, Mello, & Leite, 2007). Godoy (2002), conclui que a influência do EF poderá possibilitar a redução da ansiedade e depressão, melhorar o autoconceito, a IC e autoestima, aumentar o vigor, melhorar a sensação de bem-estar, melhorar o humor, aumentar a capacidade de lidar com os fatores psicossociais de *stress* e diminuir os estados de tensão.

Quanto à variável sexo, as mulheres ostentam níveis médios de ansiedade, depressão e *stress* superiores aos homens (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011).

Segundo os mesmos autores, estes resultados estão, na generalidade, de acordo com os obtidos com outras amostras, nacionais e internacionais.

Werneck et al. (2006) na sua investigação, não encontraram diferenças significativas, relativamente às dimensões ansiedade, depressão e *stress*. Já Calais, Andrade, e Lipp (2003), encontraram diferenças significativas entre os sexos, no que respeita ao *stress*, observando a predominância deste no sexo feminino, evidenciado pelo facto das mulheres apresentarem sintomas significativos de *stress*, em comparação com o sexo masculino, acrescentando mesmo que o *stress* no sexo feminino encontra-se a aumentar.

Scott (1992), também encontrou os mesmos resultados, no entanto, o autor refere que estes dados não podem comprovar efetivamente que o sexo feminino seja mais stressado que o sexo masculino, pode é ser mais apto a lamentar-se e a expressar mais os seus sentimentos.

Apóstolo, Ventura, Caetano, e Costa (2008), concluíram que o sexo feminino não apresentava diferenças ao nível do *stress*, embora apresentasse níveis médios superiores mais elevados ao nível da ansiedade e depressão.

Claudino e Cordeiro (2006), também concluíram a existência de diferenças significativas ao nível da depressão e de ansiedade, sendo o sexo feminino quem ostentava níveis mais elevados.

Relativamente à variável idade, a literatura refere que a prática desportiva tende a decrescer com o aumento da idade (Marques, 2012; Calmeiro & Matos, 2004).

Este fator poderá pressupor a existência de um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e *stress*, à medida que a idade aumenta, uma vez que praticantes de AF e EF tendem a apresentar níveis médios inferiores de ansiedade, depressão e *stress*, contribuindo assim para uma melhoria do seu estado emocional, em comparação com não praticantes. Para além disso, podemos ainda observar que no processo de desenvolvimento humano normal, ocorrem alterações biológicas, psicológicas e sociais, no entanto, existem indivíduos que podem envelhecer mais rapidamente nalgumas dimensões que noutras (Cheik et al., 2003).

Outro fator preponderante para o aumento destas dimensões são os acontecimentos ocorridos no decurso do desenvolvimento humano, como o casamento, o nascimento de filhos, a viuvez, a reforma, o emprego ou as mudanças deste, são efetivamente causadores de *stress* e estão na base de problemas de saúde, tanto mais frequentes quanto mais sucederem perdas cumulativas (Fonseca, 2005).

Batista, Monteiro, e Ferreira (2008), concluíram que indivíduos que praticam EF frequentemente apresentam menores níveis de ansiedade, sendo, portanto, aconselhável a prática de EF, pelo menos, uma vez por semana. Mencionam, ainda, que à medida que a prática de EF se prolonga, os níveis de ansiedade tendem a diminuir significativamente, principalmente quando a prática de EF se estabelece como rotina, assumindo-se como uma opção de estilo de vida ativo.

Araújo et al. (2007), através de um estudo que visava uma revisão de artigos que discutiam a influência do EF nos transtornos de ansiedade, concluíram que os exercícios aeróbios cuja intensidade não ultrapasse o limiar de lactato podem ser os mais apropriados.

Também Tomé e Valentini (2006), concluíram que indivíduos sedentários apresentam níveis de ansiedade superiores quando comparados com praticantes de AF.

Estudos demonstram que a AF para além de servir de promotora de hábitos saudáveis, e neste âmbito, funcionando como agente de prevenção, também demonstra bastante eficácia no âmbito do tratamento da depressão e/ou sintomas depressivos quer em idades jovens, quer na idade adulta e velhice (Sjösten & Kivelä, 2006).

Com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de AF nos níveis de depressão em mulheres diagnosticadas com cancro de mama, Bauman, Bauman, Tolentino, e Vasconcelos-Raposo (2009), utilizaram uma amostra com 35 mulheres (23 grupo experimental e 12 controle), concluindo a existência de diferenças significativas entre as mulheres praticantes e não praticantes.

Harris, Cronkite, e Moos (2006), referem que a AF é um fator relevante, apesar de não ser efetivamente fácil motivar um indivíduo deprimido à prática da mesma, isto é, a ser mais ativo fisicamente, e que o faça com os amigos e família, porém é possível e vale a pena.

Estudos têm demonstrado que a prática desportiva pode melhorar parâmetros biológicos e alterar transtornos mentais, depressão e cansaço, desempenhando um papel importante na criação de uma vida animada e viva. Este efeito provavelmente reside no aumento da endorfina que é provocada como resultado de atividades desportivas e animando as pessoas, e por sua vez afetando o sistema nervoso central. Por outro lado, as atividades desportivas podem melhorar a autoconfiança das pessoas, uma qualidade que parece estar gravemente ausente em pessoas que sofrem de depressão (Dehkordi, 2009).

3.2 – Objetivo e Hipóteses do Estudo

3.2.1 - Objetivo

Este estudo tem como objetivo, analisar a influência da prática desportiva na ansiedade, depressão e *stress*, para cada um dos sexos e grupo etário, assim como a relação entre a satisfação corporal e a ansiedade, depressão e *stress*.

3.2.3 - Hipóteses

No que diz respeito ao objetivo apresentado, foram levantadas as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e *stress* em função do sexo;

H2: Existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e *stress* em função do grupo etário;

H3: Existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e *stress* em função da prática desportiva;

H4: Existe correlação entre a satisfação corporal e a ansiedade, depressão e *stress*.

3.3 - Metodologia

3.3.1 - Tipo de Estudo

O presente estudo é um estudo transversal, tendo em conta que os dados foram recolhidos num único momento, e que pretende verificar qual a influência da prática desportiva junto das dimensões ansiedade, depressão e *stress*.

3.3.2 - Caracterização da Amostra

Participaram no presente estudo 480 indivíduos (N=480), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, residentes em Rio Maior, Santarém e Benedita, sendo os mesmos classificados como praticantes e não praticantes de prática desportiva, em função do seu estado atual (Quadro 11).

Quadro 11 - Análise Descritiva da Amostra

Participantes (N=480)	
Sexo	Feminino (N=239)
	Masculino (N=241)
Idades	35,29 ± 11,24
	(18- 65 anos)
Prática Desportiva	Praticante (N= 252)
	Não Praticante (N= 228)

No que respeita à caracterização do escalão etário, os grupos de idades foram divididos com base nos seguintes fatores: 1) as características dos sujeitos que participaram no nosso estudo (distribuição das idades – dos 18 aos 65 anos); 2) Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, de *Erik Erikson*; 3) os grupos etários utilizados pelo INE (2008), no estudo sobre a população residente em Portugal, que baseou a divisão em 4 ciclos de vida (0-14; 15-24; 25-64; 65 e mais).

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de *Erikson*, envolve a vida inteira e caracteriza-se pela noção básica de que a forma como os indivíduos lidam com as suas experiências sociais acaba por modelar as suas vidas. Para *Erikson*, todas as pessoas passam por oito sucessivos estágios de maturidade, representativos e que resultam da interação estabelecida entre o indivíduo e a sociedade em diferentes fases (idades) da vida. Cada estágio representa uma diferente função do *self* e resulta de mudanças da interação indivíduo-sociedade, comportando um determinado conjunto de tarefas típicas que o indivíduo é chamado a resolver. Para *Erikson*, o ato de lidar e de resolver essas tarefas envolve a existência de uma tensão ou de um conflito entre tendências opostas e será pela resolução desse conflito de uma forma positiva, através de uma adaptação ativa e não apenas por um simples ajustamento, que o indivíduo alcançará determinados objetivos desenvolvimentais ao longo da sua vida (Fonseca, 2004),

Assim sendo, foram criados os seguintes grupos:

Grupo 1: 18 – 25 anos (a que atribuímos a designação de “jovem adulto”)

Grupo 2: 26 – 45 anos (a que atribuímos a designação de “adulto I – mais ativo”)

Grupo 3: 46 – 65 anos (a que atribuímos a designação de “adulto II – menos ativo”)

3.3.3 – Variáveis

Foram consideradas, para o presente estudo, as seguintes variáveis:

Variáveis Independentes - sexo, grupo etário e prática desportiva;

Variáveis Dependentes – Ansiedade, depressão, *stress* e satisfação corporal.

3.3.4 - Instrumentos

3.3.4.1 - Questionário Demográfico

Foi aplicado um questionário demográfico com o objetivo de recolher mais informações acerca dos participantes do estudo, nomeadamente: o estado de prática desportiva (praticante ou não praticante), o número de sessões semanais e a duração de cada sessão, adiante designado por volume de prática semanal.

3.3.4.2 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), foi aferida para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), sendo a original da autoria de Lovibond e Lovibond (1995), designado de *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS).

A EADS-21 organiza-se em três escalas: ansiedade depressão e *stress*, incluindo cada uma delas sete itens. Por sua vez cada escala inclui vários constructos, nomeadamente:

Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (5 itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (2 itens); Ansiedade Situacional (3 itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (4 itens);

Depressão – Disforia (2 itens); Desânimo (2 itens); Desvalorização da vida (2 itens); Autodepreciação (2 itens); Falta de interesse ou de envolvimento (2 itens); Anedonia (2 itens); Inércia (2 itens);

Stress – Dificuldade em Relaxar (3 itens); Excitação Nervosa (2 itens); Facilmente Agitado/Chateado (3 itens); Irritável/Reação Exagerada (3 itens), Impaciência (3 itens).

Lovibond e Lovibond (1995, citado por Pais-Ribeiro et al., 2004), referem que a depressão caracteriza-se, principalmente, pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o individuo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos.

Solicita-se ao indivíduo que responda se a afirmação se lhe aplicou na “semana passada”. Para cada frase existem 4 possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *likert*. Os indivíduos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”; “aplicou-se a mim algumas vezes”; “aplicou-se a mim muitas vezes”; “aplicou-se a mim a maior parte do tempo”.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece 3 notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo é “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

3.3.4.3 - Escala de Figuras de Silhuetas

Desenvolvida por Kakeshita, Silva, Zanatta, e Almeida (2009), esta escala de figuras de silhuetas avalia a percepção da IC atual e da IC desejada, através de 15 silhuetas de cada sexo. Esta é apresentada em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra (IMC médio = 12,5 Kg/m²) à mais larga (IMC médio = 47,5 Kg/m²).

No nosso estudo, foram utilizadas, apenas, 8 silhuetas para cada sexo, com variações progressivas na escala de medidas, apresentado a figura mais magra um IMC médio de 13,75 Kg/m², e a mais larga um IMC médio de 47,5 Kg/m². Esta redução do número de silhuetas deveu-se ao facto de considerarmos que a utilização de 15 silhuetas tornava a diferenciação mais difícil, uma vez que as silhuetas centrais apresentam poucas diferenças objetivas. Optámos pelo número de 8 silhuetas de forma a evitar a tendência de resposta central.

Aquando da apresentação das figuras, foram colocadas as seguintes questões aos participantes do estudo:

1. Na sua opinião, qual é atualmente a figura com que se identifica na escala de figuras de silhuetas?
2. Utilizando a mesma escala, identifique a figura que mais se aproxima da que desejaria ter?

3.3.5 - Procedimentos Metodológicos

Ao nível desta investigação, os procedimentos a ter em conta na recolha de dados foram subdivididos em procedimentos prévios, os quais fazem referência a pedidos de autorização, e procedimentos de ordem metodológica, que fazem referência aos pormenores considerados no ato da recolha dos dados pretendidos.

3.3.5.1 - Procedimentos prévios à recolha de dados

Antes de iniciarmos a recolha propriamente dita, selecionamos os possíveis ginásios, para a participação na investigação, tendo sido selecionados 5 ginásios, localizados em Rio Maior (1), Santarém (3) e Benedita (1). Após esta seleção procedeu-se ao contacto telefónico com os respetivos responsáveis dos ginásios, solicitando uma reunião, para que fosse possível a apresentação de quais os procedimentos e objetivos a ter em conta na investigação, proporcionando também um momento para um possível esclarecimento de dúvidas de ambas as partes. Nesta reunião foram ainda delineados dias específicos para a recolha de dados, tentando minimizar a alteração das rotinas dos participantes.

3.3.5.2 - Procedimentos de recolha de dados

Relativamente à recolha de dados, junto dos participantes, esta decorreu entre os meses de setembro a outubro de 2012, sempre em locais e condições semelhantes a todos os participantes do estudo.

Antes de iniciarem o preenchimento dos instrumentos, foram apresentadas algumas instruções as quais tiveram como objetivos, em primeiro lugar apelar à leitura na íntegra de todos os itens apresentados, em segundo lugar, minimizar os efeitos de desejabilidade social nas respostas dadas, e por último, reforçar a ideia de que “não existem respostas certas nem erradas”, apenas se pretendia que efetuassem o preenchimento dos instrumentos de acordo com a sua perceção.

Por último, convém ainda referir que, todos os participantes que concordaram fazer parte do estudo, fizeram-no de forma voluntária, e que para garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e assegurar que os mesmos não seriam, em momento algum, transmitidos individualmente a terceiros, todas as respostas foram efetuadas de forma anónima.

3.3.5.3 - Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento das questões fundamentais relativas à temática do estudo foi utilizada a estatística descritiva, a média e o desvio padrão. Optou-se pela utilização de testes paramétricos, dado que a amostra é constituída por um N elevado, assim como todos os grupos apresentarem um N superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2000).

Para testar H1 foi utilizado o teste t, para a H2 foi realizada uma Anova (teste F), e para a H3 foi usado novamente o teste t. No que respeita à H4 foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman's.

O nível de significância adotado foi de $p \leq 0.05$ para todas as hipóteses. O tratamento de dados foi elaborado com recurso ao *software* informático SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, na versão 20.0.

3.4 - Apresentação e Discussão de Resultados

Neste capítulo, apresentamos, analisamos e discutimos os resultados obtidos, no nosso estudo. Na análise efetuada referente à hipótese 1, que nos indica a distribuição da ansiedade, depressão *stress*, em função do sexo, certificamos, através das médias, que o sexo feminino apresenta valores médios superiores em todas as dimensões (Quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição da ansiedade, depressão e *stress* em função do sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	Feminino	239	3,1548	3,71759
	Masculino	241	2,6473	3,21651
Depressão	Feminino	239	4,2176	5,20370
	Masculino	241	3,2531	3,99247
<i>Stress</i>	Feminino	239	9,5230	7,52297
	Masculino	241	7,3278	6,76976

Todavia, quando verificada a existência de diferenças significativas, apenas foram observadas nas dimensões depressão e *stress* ($t(446,1) = 2,27$; $p = 0,023$ e $t(471,9) = 3,36$; $p = 0,001$, respetivamente), conforme se pode observar no Quadro 13.

Quadro 13 - Comparação da ansiedade, depressão e *stress* em função do sexo (não assumindo a igualdade das variâncias).

	Teste t para a igualdade das médias						
	T	Graus de Liberdade	Sig. (bi-caudal)	Diferença da Média	Diferença do Erro Padrão	95% Intervalo de Confiança	
						Mínimo	Máximo
Ansiedade	1,59	467,2	,111	,50751	,31742	-,11624	1,13126
Depressão	2,27	446,1	,023	,96446	,42360	,13196	1,79697
<i>Stress</i>	3,36	471,9	,001	2,19521	,65342	,91123	3,47919

Tal como verificado na revisão de literatura, no nosso estudo também se verificou que o sexo feminino ostenta níveis médios de ansiedade, depressão e *stress*, superiores ao sexo masculino, o que vai ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais (Apóstolo et al., 2011; Apóstolo et al., 2008).

Estes resultados corroboram outros estudos desenvolvidos, tendo em conta que estes autores encontraram diferenças significativas ao nível do *stress* e depressão, com predominância no sexo feminino. No entanto Scott (1992), considera que estes valores podem não exprimir que o sexo feminino seja mais stressado, uma vez que as mulheres são mais aptas a expressarem os seus sentimentos que os homens (Calais et al. (2003); Scott (1992); Claudino & Cordeiro, 2006).

No que respeita à hipótese 2, que nos apresenta a distribuição da ansiedade, depressão e *stress*, em função do grupo etário, verificamos, através das médias, que o grupo adulto II é quem apresenta valores médios superiores em todas as dimensões (Quadro 14).

Quadro 14 - Distribuição da ansiedade, depressão e *stress* em função do grupo etário

	Grupo Etário	N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	Jovem Adulto	109	2,6239	3,22832
	Adulto I	288	2,9514	3,51370
	Adulto II	83	3,0843	3,69972
	Total	480	2,9000	3,48070
Depressão	Jovem Adulto	109	2,6789	4,11159
	Adulto I	288	3,9028	4,61677
	Adulto II	83	4,5301	5,24599
	Total	480	3,7333	4,65554
<i>Stress</i>	Jovem Adulto	109	5,5780	6,01279
	Adulto I	288	9,2083	7,38100
	Adulto II	83	9,4217	7,29537
	Total	480	8,4208	7,23119

Contudo, quando verificada a existência de diferenças significativas, estas apenas foram observadas nas dimensões depressão e *stress* ((F(2)= 4,259; p=0,015 e F(2)= 11,401; p=0,000, respetivamente), como se pode observar no Quadro 15.

Quadro 15 - Comparação da ansiedade, depressão e *stress* em função do grupo etário

ANOVA			
	Graus de Liberdade	F	Sig.
Ansiedade	2	,490	,613
Depressão	2	4,259	,015
<i>Stress</i>	2	11,401	,000

Quando comparadas, as mesmas dimensões entre os respetivos grupos etários, verifica-se que a existência de diferenças significativas entre o grupo jovem adulto e adulto I, assim como no grupo jovem adulto e adulto II, nas dimensões depressão e *stress*, conforme se pode observar no Quadro 16.

Quadro 16 – Teste Pós-Hoc Tukey HSD da ansiedade, depressão e *stress* em função do grupo etário

	(I) Idade	(J) Idade	Diferença das Médias (I-J)	Erro Padrão	Sig.	95% Intervalo de Confiança	
						Mínimo	Máximo
Ansiedade	Jovem Adulto	Adulto I	-,32754	,39185	,681	-1,2488	,5937
		Adulto II	-,46048	,50761	,636	-1,6539	,7329
	Adulto I	Adulto II	-,13295	,43409	,950	-1,1535	,8876
Depressão	Jovem Adulto	Adulto I	-1,22388*	,52002	,050	-2,4465	-,0013
		Adulto II	-1,85122*	,67365	,017	-3,4350	-,2674
	Adulto I	Adulto II	-,62734	,57608	,521	-1,9817	,7271
<i>Stress</i>	Jovem Adulto	Adulto I	-3,63035*	,79609	,000	-5,5020	-1,7587
		Adulto II	-3,84371*	1,03128	,001	-6,2683	-1,4191
	Adulto I	Adulto II	-,21335	,88192	,968	-2,2868	1,8601

* A diferença da média é significativa para um nível de 0,05.

Estes resultados vão ao encontro do que refere a literatura, apontando que existe um decréscimo da prática desportiva à medida que a idade aumenta, que por sua vez poderá levar a um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e *stress*.

Tal como mencionamos na revisão de literatura, e tendo em conta a existência das diferenças estatísticas encontradas, podemos sustentar os nossos resultados com os tais acontecimentos causadores de *stress* ocorridos no decurso do desenvolvimento humano, como menciona Fonseca (2005).

Uma vez já analisadas as dimensões ansiedade, depressão e *stress*, em função do sexo e do grupo etário, torna-se pertinente a análise das mesmas em função da prática desportiva.

Como podemos observar no Quadro 17, através das médias, o grupo não praticante apresenta valores superiores ao nível das dimensões depressão e *stress*, apresentando o grupo praticante valores superiores ao nível da ansiedade.

Quadro 17 - Distribuição da ansiedade, depressão e stress em função da prática desportiva

	Prática Desportiva	N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	Não Praticante	228	2,8246	3,71506
	Praticante	252	2,9683	3,26013
Depressão	Não Praticante	228	4,1579	5,06274
	Praticante	252	3,3492	4,22725
Stress	Não Praticante	228	9,9561	7,97009
	Praticante	252	7,0317	6,18562

No entanto, quando verificada a existência de diferenças significativas, apenas foram observadas na dimensão *stress* ($t(478) = 4,51$; $p=0,000$), como se pode observar no Quadro 18.

Quadro 18 - Comparação da ansiedade, depressão e *stress* em função da prática desportiva (assumindo a igualdade das variâncias)

Teste t para a igualdade das médias							
	T	Graus de Liberdade	Sig. (bi-caudal)	Diferença da Média	Diferença do Erro Padrão	95% Intervalo de Confiança	
						Mínimo	Máximo
Ansiedade	-,451	478	,652	-,14369	,31841	-,76934	,48195
Depressão	1,906	478	,057	,80869	,42436	-,02515	1,64253
<i>Stress</i>	4,51	478	,000	2,92439	,64797	1,65117	4,19762

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Sjösten e Kivelä (2006), uma vez que os autores mencionam que a prática desportiva, para além de servir de promotora de hábitos saudáveis, demonstra ter eficiência em sintomas depressivos, sejam eles em idade jovem, adulta ou idosa, uma vez que os índices diminuem.

Embora Batista et al. (2008) e Tomé e Valentini (2006), enunciem que a prática desportiva provoca uma diminuição dos níveis de ansiedade, no nosso estudo isso não se averiguou, uma vez que os praticantes apresentaram valores superiores, embora a diferença seja mínima, em relação aos não praticantes.

Também Gomes et al. (2010), verificaram que a AF não influenciava quer a nível positivo quer a nível negativo, não só a ansiedade, como também o *stress* e a depressão.

Não obstante, Veigas e Gonçalves (2009), concluíram que níveis mais elevados de EF estão associados a níveis inferiores de ansiedade. No que respeita à dimensão *stress*, os mesmos

autores verificaram a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa associada à prática de EF.

Os resultados do nosso estudo corroboram a investigação de Nunomura et al. (2004), uma vez que praticantes de AF apresentam uma diminuição dos níveis de *stress*.

Segundo a literatura, a satisfação corporal do indivíduo leva a uma diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e *stress*. Para o presente estudo, a satisfação corporal foi determinada através da diferença entre a IC atual e a IC desejada. De seguida, analisaremos isso mesmo, junto da nossa população alvo.

Quadro 19 - Correlação entre a satisfação corporal e a ansiedade, depressão e *stress*

			Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>
Spearman's Rho	Satisfação Corporal	Coefficiente de Correlação	-,206**	-,191**	-,263**
		Sig.	,000	,000	,000
		N	480	480	480

** A correlação é significativa para um nível de 0,01 (bi-caudal).

Conforme podemos observar no Quadro 19, quanto maior a satisfação corporal dos participantes, menores são os valores das dimensões ansiedade, depressão e *stress*, embora seja uma correlação fraca, é uma correlação no sentido esperado.

Tal como referem Kircaldy et al. (2002), isto pode ser explicado pela ocorrência de perda de peso, através da prática desportiva, o que leva a um aspeto físico mais atrativo, obtendo assim um feedback positivo por parte da sociedade, tendo este um impacto positivo a nível mental.

Alves et al. (2009), referem que cada cultura constrói a sua imagem de corpo ideal. Assim, se a imagem valorizada socialmente for a de uma pessoa magra (como, efetivamente, é), emagrecer será o ideal de todos. Aqueles que não conseguem chegar a esse padrão corporal, sofrem muito, ocorrendo, quase inevitavelmente, o desenvolvimento de transtornos alimentares, de baixa autoestima e depressão, entre outras psicopatologias.

3.5 - Conclusão

Ao longo do nosso estudo, foi visível que o sexo feminino ostenta níveis médios superiores de ansiedade, depressão e *stress*, comparativamente ao sexo masculino, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões *stress* e depressão, o que nos remete a aceitar a H1.

Quando analisadas, as mesmas dimensões, em função do grupo etário, constatámos que o grupo adulto II é quem apresenta níveis mais elevados, verificando-se, também, diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões *stress* e depressão, o que nos leva a aceitar a H2, do nosso estudo.

No que diz respeito à prática desportiva, verificámos que o grupo praticante evidencia níveis superiores de ansiedade, ao passo que o grupo não praticante apresenta níveis superiores ao nível das dimensões *stress* e depressão, no entanto, somente na dimensão *stress* é que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, aceitando assim a H3.

Por fim, os resultados obtidos demonstraram que quanto maior a satisfação corporal dos participantes, menor os níveis de ansiedade, depressão e *stress*, embora a correlação seja fraca, é no sentido esperado, a qual nos remete a aceitar, igualmente, a H4.

4 – Conclusão Geral, Limitações dos Estudos e Recomendações para Futuros Estudos

4.1 – Conclusão Geral

É consensual que a prática desportiva regular é um comportamento importante para a promoção de um estilo de vida saudável, não podendo ser vista somente como uma simples forma de gastar calorias, por razões puramente estéticas, mas sim, como um meio para a promoção da vida a todos os níveis. Deste modo, a promoção da prática desportiva passou a ser o centro dos muitos programas contemporâneos de saúde pública.

A associação entre prática desportiva e alterações fisiológicas e psicológicas tem sido demonstrada pela investigação, salientando os benefícios desta na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

No nosso estudo, tal como na grande maioria das investigações, ficou evidente que o sexo feminino apresentou uma maior preocupação com a IC, evidenciando uma maior insatisfação corporal, identificando-se com silhuetas superiores, sobrestimando o seu peso, mesmo quando se encontram com um IMC adequado. Este facto poderá estar associado aos meios de comunicação social, uma vez que as mulheres são as mais atingidas com o modelo ideal de beleza, transmitido por estes, demonstrando inclusive que as mulheres que estão acima do peso são as que mais revelam insatisfação corporal.

O sexo feminino também evidenciou níveis médios superiores de ansiedade, depressão e *stress*, face ao sexo masculino.

Por outro lado, quanto maior a idade dos participantes maiores os níveis médios de ansiedade, depressão e *stress*, possivelmente devido ao decréscimo da prática desportiva, assim como devido aos acontecimentos, vivências que surgem ao logo do desenvolvimento humano. No nosso entender, este é um ponto a ser desenvolvido em futuras investigações, tentando perceber, mais aprofundadamente, qual a razão dessa ocorrência.

Verificou-se, ainda, que a IC não é estática, tendo em conta que apresenta um valor crescente em função do grupo etário. É ao longo da nossa vida, que vamos construindo a nossa própria IC, e que esta vai ficando definida através das vivências com o meio, das relações com os outros e com nós próprios.

Quanto à prática desportiva, e considerando que cerca de 81% dos participantes têm como ideal um corpo que corresponde às silhuetas 3 ou 4, concluímos que o grupo praticante encontra-se

mais satisfeito com a IC face ao grupo não praticante, uma vez que se identificaram com silhuetas inferiores aos não praticantes.

Ficou, também, demonstrando, que o volume de prática semanal encontra-se diretamente associado a uma melhoria da satisfação corporal no sexo masculino, não se tendo verificado o mesmo junto do sexo feminino. Apurámos, ainda, que o grupo praticante evidenciou níveis superiores de ansiedade, e o grupo não praticante níveis superiores ao nível das dimensões *stress* e depressão.

Os resultados ora apresentados corroboram a expectativa de que a prática desportiva contribui positivamente para a diminuição ou para a pouca ocorrência de níveis de ansiedade, depressão e *stress*, assim como na melhoria da IC.

Os resultados demonstraram, ainda, que quanto maior a satisfação corporal dos participantes, menor os níveis de ansiedade, depressão e *stress*.

Tendo em conta que a prática desportiva leva à libertação no cérebro de produtos químicos, tais como as endorfinas e a serotonina, leva a que os praticantes possuam uma maior predisposição para a realização das tarefas. Além disso, promove a perda de peso, tornando o aspeto físico mais atrativo, permitindo desta forma a obtenção de um feedback social positivo e o reconhecimento por parte do grupo de pares, possibilitando assim, a melhoria da IC e da autoestima no praticante. Em sùmula, e tal como nos revela a investigação, é fundamental ter presente que a prática desportiva é indispensável para a saúde do ser humano, contribuindo de forma decisiva para o seu bem-estar físico, psicológico e social.

4.2 – Limitações dos Estudos

Apontamos como limitações:

- A recolha do peso e altura dos participantes, uma vez que estes valores foram autorrelatados pelos participantes, não tendo sido comprovada a veracidade dos mesmos, através de outros métodos de medição e pesagem;
- Através de um estudo desta natureza, não nos permite conhecer mais aprofundadamente as variáveis estudadas, noutros momentos da vida dos participantes, tendo em conta que só é realizada uma única avaliação. Sendo um estudo transversal, não nos permite comprovar se a prática desportiva foi a única variável a contribuir para a melhoria da IC e para a diminuição dos níveis das dimensões ansiedade, depressão e *stress*, isto, porque não conseguimos controlar a utilização de outras técnicas ou mudança de hábitos, por parte dos participantes, que possam, eventualmente, interferir nos resultados.

4.3 – Recomendações para Futuros Estudos

Para estudos posteriores nesta área parece-nos importante salientar as seguintes recomendações:

- Apesar de comprovados os benefícios positivos da prática desportiva ao nível físico, psicológico e social verificámos, contudo, que de um modo a população portuguesa, ainda, não possui muitos hábitos de prática desportiva. Consideramos, assim, ser relevante conhecer quais as razões que levam os indivíduos a iniciarem a sua prática desportiva, qual ou quais os objetivos a serem alcançados e o valor que atribuem aos resultados obtidos, assim como quais as razões apontadas que levam ao decréscimo da prática desportiva, à medida que a idade aumenta;
- Realizar o mesmo estudo, analisando a variável modalidade praticada no ginásio;
- Realizar o mesmo estudo, somente com uma amostra de uma localidade.

5 – Referências Bibliográficas

- Abbott, B., & Barber, B. (2010). Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of Sport and Exercise*, 1-10.
- Adami, F. (2008). Insatisfação com a imagem corporal e actividade física em adolescentes da região continental de Florinópolis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 143-149.
- Adami, F., & Vasconcelos, F. (2008). Obesidade e maturação sexual precoce em escolares de Florianópolis - SC. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(4), 549-556.
- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. *Revista Millenium*, 26.
- Alves, A. (2003). *Esquizofrenia, Imagem Corporal e Atividade Física - Estudo da percepção e da satisfação com a imagem corporal em indivíduos esquizofrênicos, praticantes e não praticantes de atividade física*. Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto, Porto.
- Alves, A., & Baptista, M. (2006). A Atividade Física no Controle do Stress. *Corpus et Scientia*, 2(2), 5-15.
- Alves, A., Cid, L., & Silva, C. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior. *Revista Motricidade*, 3(2), 45-57.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Revista Motricidade*, 5(1), 1-20.
- Alves, J., Brito, A. P., & Serpa, S. (1996). *Psicologia do Desporto: Manual do treinador*. Lisboa: Psicospport.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 19(2), 1-6.
- Apóstolo, J., Ventura, Â., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência*, 8, 45-49.
- Araújo, D., & Araújo, C. (2003). Autopercepção e Insatisfação com Peso Corporal Independem da Frequência de Atividade Física. *Arq Bras Cardiol*, 80(3), 235-242.

- Araújo, S. (2001). *Satisfação com a Imagem Corporal, Autoestima e Variáveis Morfológicas - Estudo comparativo em adolescentes do sexo feminino praticantes e não praticantes de Ginásticas de Academia*. Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto, Porto.
- Araújo, S., Mello, M., & Leite, J. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev Bras Psiquiatr*, 29(2), 164-171.
- Baptista, F., Silva, A., Santos, D., Mota, J., Santos, R., Vale, S. & Moreira, H. (2011). *Livro Verde da Actividade Física*. Instituto do Desporto de Portugal, I.P. ed. Lisboa.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12, 547-554.
- Batista, A., Monteiro, A., & Ferreira, S. (2008). Exercício físico e ansiedade: Como surgem associadas? In H. M. Fernandes & J. V. Raposo (Eds.), *Estudos de Psicologia do Exercício e Saúde* (Vol. 1, pp. 79-93): CEDAFES.
- Bauman, C., Bauman, J., Tolentino, G., & Vasconcelos-Raposo, J. (2009). *O Impacto de um Programa de Atividade Física nos Níveis de Depressão de Mulheres Diagnosticadas com Câncer de mama*. Documento apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte, Brasil.
- Bento, J. (2004). Desporto para crianças e jovens: das causas e dos fins. In A. Gaya, A. Marques & G. Tani (Eds.), *Desporto para Crianças e Jovens: razões e finalidades*. Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Boa-Sorte, N., Neri, L., Leite, M., Brito, S., Meirelles, A., Ludovice, F., . . . Ribeiro, H. (2007). Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. *Jornal de Pediatria*, 83(4), 349-356.
- Buckworth, J., & Dishman, R. (2002). *Exercise Psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Calais, S., Andrade, L., & Lipp, M. (2003). Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de Stress em Jovens Adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 257-263.
- Calmeiro, L., & Matos, M. (2004). *Psicologia do Exercício e da Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.
- Campbell, A., & Hausenblas, H. (2009). Effects of Exercise Interventions on Body Image: A Meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 780-793.
- Castilho, S. (2001). *A imagem corporal* (1 ed.). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Cheik, N. C., Reis, I. T., Heredia, R. A. G., Ventura, M. d. L., Tufik, S., Antunes, H. K. M., & Mello, M. T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *R. bras. Cl.e Mov.*, 11(3), 45-52.

- Ciampo, L., Rodrigues, D., Ciampo, I., Cardoso, V., Bettiol, H., & Barbieri, M. (2010). Percepção corporal e atividade física em uma coorte de adultos jovens brasileiros. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum*, 20(3), 671-679.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Revista Millenium*, 32, 197-210.
- Coqueiro, R., Petroski, E., Pelegrini, A., & Barbosa, A. (2008). Insatisfação com a imagem corporal-avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Rev. Psiquiatr RS*, 30(1), 31-38.
- Cunha, M. (2004). *A Imagem Corporal - Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes: Autonomia 27*.
- Damasceno, V., Lima, J., Vianna, J., Vianna, V., & Novaes, J. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte*, 11(3), 181-186.
- Damasceno, V., Vianna, V., Vianna, J., Lacio, M., Lima, J., & Novaes, J. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Rev. Bras. Ci e Mov*, 14(1), 87-96.
- Davidoff, L. (2001). *Introdução à Psicologia* (3 ed.). São Paulo: Pearson Education.
- Dehkordi, A. (2009). The effect of ten weeks individual and group training on the level of depression in female students of Islamic Azad University Ahvaz branch. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1, 2637-2641.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dunn, A., Trivedi, M., Kampert, J., Clark, C., & Chambliss, H. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 1-8.
- Elliot, C., Kennedy, C., Morgan, G., Anderson, S., & Morris, D. (2012). Undergraduate physical activity and depressive symptoms: a national study. *American Journal of Health Behavior*, 36, 230-241.
- Esteves, M. (2003). *A Atividade Física, as Autopercepções Físicas, a Felicidade e os Afectos de Adultos Idosos*. Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto, Porto.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23, 361-371.
- Faria, L., & Silva, S. (2000). Efeitos do exercício na promoção do auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(18), 203-219.

- Fermino, R., Pezzini, M., & Reis, R. (2010). Motivos para Prática de Atividade Física e Imagem Corporal em Frequentadores de Academia. *Rev Bras Med Esporte*, 16(1), 18-23.
- Ferrari, E., Gordia, A., Martins, C., Silva, D., Quadros, T., & Petroski, E. (2012). Insatisfação com a imagem corporal e relação com o nível de atividade física e estado nutricional em universitários. *Revista Motricidade*, 8(3), 52-58.
- Ferreira, P. (1997). *A influência de Variáveis Biossociais e de Aptidão Física na Evolução do Autoconceito e da Imagem Corporal em Jovens entre dos 14-16 e dos 17-19 anos de idade com e sem Sucesso Escolar*. Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Festas, C. (2002). *A Imagem Corporal e o Equilíbrio no Idoso - Comparação entre praticantes e não praticantes de atividade física*. Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento, Manuais Universitários 35*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fox, K. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- George, E., Jorm, L., Kolt, G., Bambrick, H., & Lujic, S. (2012). Physical activity and psychological distress in older men: findings from the new South Wales 45 and up study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 20, 300-316.
- Godoy, R. (2002). Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento*, 8(2), 7-16.
- Gomes, A., Fernandes, A., Oliveira, A., Capitão, F., & Coelho, C. (2010). Hábitos Alimentares, Atividade Física e Estado Nutricional em Doentes com Depressão. Retirado de <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2553/1/gomes.pdf>.
- Gonçalves, C., Campana, A., & Tavares, M. (2012). Influência da atividade física na imagem corporal: uma revisão bibliográfica. *Revista Motricidade*, 8(2), 70-82.
- Guedes, D. (2007). *Musculação Estética e Saúde Feminina*: Editora Phorte.
- Harris, A., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85.
- Hausenblas, H., & Fallon, E. (2006). Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 21(1), 33-47.

- Huang, J., Norman, G., Zabinski, M., Calfas, K., & Patrick, K. (2007). Body image and self-esteem among adolescent undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviours. *J Adolesc Health, 40*, 245-251.
- INE. (2008). População Residente por Local de Residência, Sexo e Grupo Etário (Ciclo de Vida). INE, Estimativas Anuais da População Residente. Retirado de www.ine.pt.
- Ivarsson, T., Svalander, T., & Litlere, O. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating Behaviors, 7*, 161-175.
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*-40.
- Jonzon, K. (2009). Cosmetic medical treatments: why are we so obsessed with beauty-is it nature or nurture? *Plastic Surgical Nursing, 29*(4), 222-225.
- Kakeshita, I., & Almeida, S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saúde Pública, 40*(3), 497-504.
- Kakeshita, I., Silva, A., Zanatta, D., & Almeida, S. (2009). Construção e Fidedignidade Teste-Retestes de Escalas de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(2), 263-270.
- Kircaldy, B., Shephard, R., & Siefen, R. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37*(11), 544-550.
- Kruger, J., Lee, C., Ainsworth, B., & Macera, C. (2008). Body size satisfaction and physical activity levels among men and women. *Obesity, 16*, 1976-1979.
- Laus, M., Zancul, M., Martins, T., Kakeshita, I., & Almeida, S. (2006). Percepção da Imagem Corporal e Estado Nutricional em Estudantes de Nutrição. *Alim. Nutr., Araraquara, 17*(1), 85-89.
- Leite, A., Paúl, C., & Sequeiros, J. (2006). Auto imagem, auto estima e auto realização: Qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 83-88.
- Lima, F., Figueiredo, S., Araújo, I., & Carvalho, L. (2008). *Percepção da Imagem Corporal e Nível de Atividade Física Habitual (NAFH) em Mulheres Praticantes de Caminhada da Praça Alexandre Arraes na Cidade do Crato*. Documento apresentado no VI Congresso Científico Norte- Nordeste - CONAFF, Brasil.

- Maia, M., Sousa, B., Tolentino, F., Silveira, M., & Tolentino, T. (2011). Autopercepção de imagem corporal por mulheres jovens adultas e da meia-idade praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 16(4), 309-315.
- Marques, A. (2012). *Atividade Física e Saúde - A importância da promoção de estilos de vida ativo e saudáveis*: Chiado Editora.
- Martine, K., & Lichtenberger, C. (2002). Fitness Enhancement and Changes in body image. In T. F. Cash & T. Prusinky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (Vol. 47, pp. 414-421). New York: Guilford Press.
- Matsudo, S., Matsudo, V., Araújo, T., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L., & Baggion, G. (2002). Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-económico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10, 41-50.
- Moreno, J., Cervelló, E., & Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.
- Morgado, F., Ferreira, M., Andrade, M., & Segheto, K. (2009). Análise dos Instrumentos de Avaliação da Imagem Corporal. *Fit Perf J*, 8(3), 204-211.
- Mota, M. (2006). *Auto-estima, autopercepções físicas, Ansiedade físico-social e Imagem corporal em alunos de atividades físicas tipo fitness*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Neto, J. (2010). *Exercício e Atividade Física - Prevenção, Manutenção e Recuperação - Pa(ss)os para a Saúde* (José Neto ed.). Paços de Ferreira.
- Netz, Y., Dunsky, A., Zach, S., Goldsmith, R., Shimony, T., Goldbourt, U., & Zeev, A. (2012). Psychological functioning and adherence to the recommended dose of physical activity in later life: results from a national health survey. *International Psychogeriatrics*, 1-10.
- Neumark-Sztainer, D., Goeden, C., Story, M., & Wall, M. (2004). Associations between Body Satisfaction and Physical Activity in Adolescents: Implications for Programs Aimed at Preventing a Broad Spectrum of Weight-Related Disorders. *Eating Disorders*, 12, 125-137.
- Nunes, R., Lopes, E., Damasceno, V., Miranda, R., & Filho, M. (2007). Dependência do Exercício Físico e Insatisfação com a Imagem Corporal. *Rev. Juiz de Fora*, 33(4), 113-118.
- Nunomura, M., Teixeira, L., & Caruso, M. (2004). Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Desporto*, 3(3), 125-134.

- Oliveira, T. (2009). *Atividade Física, Desporto e Imagem Corporal - Estudo em adolescentes com peso normal e com excesso de peso*. Mestrado, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Olmedo-Buenrostro, B. (2006). Prevalência e gravidade da depressão em estudantes de enfermagem da Universidade de Colima. *Rev. Enferm*, 14(1), 17-22.
- Ortiz, M., & Mello, M. (2004). Prescrição de Treinamento Físico e Aspectos Psicobiológicos. In M. Mello & S. Tufik (Eds.), *Atividade Física, Exercício Físico e Aspectos Psicobiológicos* (pp. 117-130): Guanabara Koogan.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pan, S., Cameron, C., DesMeules, M., Morrison, H., Craig, C., & Jiang, X. (2009). Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional Study. *BMC Public Health*, 9-21.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (2 ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pope, H., Phillips, K., & Olivardia, R. (2000). *O complexo de Adónis: a obsessão masculina pelo corpo*. Rio de Janeiro: Campus.
- Rech, C., Araújo, E., & Vanat, J. (2010). Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, 24(2), 285-292.
- Sallis, J., Prochaska, J., & Taylor, W. (2000). A review of correlates of physicalactivity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 963-975.
- Schilder, P. (1998). *A imagem do corpo - As energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Schmalz, D. (2010). I feel fat: weight-related stigma, body steem and BMI as predictors fo perceived competence in physical activity. *Obes Facts*, 3, 15-21.
- Schwartz, M., & Brownell, K. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56.
- Scott, N. (1992). Chief student affairs officers: Stressors and strategies. *Journal of College Student Development*, 33, 108-116.
- Seabra, A., Mendonça, D., Garganta, R., & Maia, J. (2006). Influência de Determinantes Demográfico-Biológicos e Sócio-Culturais nos Níveis de Atividade Física de Crianças e Jovens. *Rev. Bras. Cine. Des. Hum.*, 6(2), 62-72.

- Seefeldt, V., Malina, R., & Clarck, M. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Medicine*, 32, 143-168.
- Silva, A. (2007). *Auto-Percepções, Auto-Estima, Ansiedade Físico-Social e Imagem Corporal dos Praticantes de Fitness - Estudo Comparativo entre Praticantes da Ilha de S. Jorge e da Ilha de S. Miguel*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Silva, A., Brunetto, B., & Reichert, F. (2010). Imagem corporal de praticantes de treinamento com pesos em academias de Londrina, PR. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5(3), 170-175.
- Silva, C. (1999). *Prática de Atividades Físicas e Imagem Corporal*. Mestrado, UTL-FMH, Lisboa.
- Silva, D. (2007). Imagem corporal: auto-avaliação vs caracterização pelo IMC em crianças/adolescentes obesos e seus progenitores. *ENDO - Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 1(2), 75-84.
- Silveira, E., Kac, G., & Barbosa, L. (2009). Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Revista Saúde Pública Rio de Janeiro*, 25(7), 1569-1577.
- Sjösten, N., & Kivelä, S.-L. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 410-418.
- Stella, S., Antunes, H., Santos, R., Galduróz, J., & Mello, M. (2004). Transtornos do Humor e Exercício Físico. In M. Mello & S. Tufik (Eds.), *Atividade Física, Exercício Físico e Aspectos Psicobiológicos* (pp. 51-58): Guanabara Koogan.
- Tavares, M. (2003). *Imagem Corporal - Conceito e Desenvolvimento*. SP- Brasil: Manole.
- Tessmer, C., Silva, M., Pinho, M., Gazalle, F., & Fassa, A. (2006). Insatisfação corporal em frequentadores de academia. *Bras Ci e Mov*, 14, 7-12.
- Tomé, T., & Valentini, N. (2006). Benefícios da atividade física sistemática em parâmetros psicológicos do praticante: um estudo sobre ansiedade e agressividade. *R. da Educação Física/UEM*, 17(2), 123-130.
- Vasconcelos, O. (1995). *A Imagem Corporal no Período Peripubertário. Comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural*. . Doutorado, Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física - Universidade do Porto, Porto.
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. Retirado de www.Psicologia.com.pt.

- Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image, 5*, 133-140.
- Vidal, A. (2006). *Satisfação com a imagem corporal em praticantes de ginásticas de academia - Estudo comparativo entre praticantes de musculação e de aulas de grupo*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Weinberg, R., & Gould, D. (2001). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Werneck, F., Filho, M., & Ribeiro, L. (2006). Efeitos do Exercício sobre os Estados de Humor: Uma Revisão. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte e do Exercício, 10*, 22-54.
- Williams, P., & Cash, T. (2001). Effects of a Circuit Weight Training Program on the Body Images of College Students. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 75-82.
- World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the globalepidemic. Geneva: WHO. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_fre.pdf
- Young-Hyman, D., Schlundt, D., & Herman-Wenderoth, L. (2003). Obesity, appearance, and psychosocial adaptation in young African American children. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(7), 463-472.
- Yuen, H., & Hanson, C. (2002). Body Image and exercise in people with and without acquired mobility disability. *Disability and Rehabilitation, 24*(6), 289-296.
- Zamai, C. (2009). *Impacto das atividades físicas nos indicadores de saúde de sujeitos adultos: Programa Mexa-se*. Doutorado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.