

Ana Catarina Costa Navalho

Satisfação com a vida, qualidade de vida e imagem corporal em mulheres sedentárias, praticantes de dança e de outra atividade física.

Orientadora: Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Ana Catarina Costa Navalho

Satisfação com a vida, qualidade de vida e imagem corporal em mulheres sedentárias, praticantes de dança e de outra atividade física.

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 2 de Março de 2017 perante o Júri nomeado pelo Despacho Reitoral nº1/2017 com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Ana Rita Goes

Arguente: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Orientadora: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Dedicatória

Dedico esta dissertação de mestrado aos meus pais,

Por tudo o que são para mim e por tudo o que fazem por mim,

Agradecimentos:

Aos meus pais, pelas palmadas em criança, pelos abraços na adolescência, e pela dignidade que me ensinaram a conquistar ao longo dos tempos, apesar disso serei sempre a vossa filha teimosa.

Aos meus avós, pelo carinho, por serem a minha base e o meu orgulho.

Ao meu irmão, por ser o meu defensor desde berço e o meu melhor amigo.

Ao meu amor, por sempre me incentivar nesta minha luta e por ser tudo o que é para mim.

Às minhas três meninas, irmãs e amigas, por não ter palavras para descrever o quanto significam para mim e o quanto vos quero bem.

A todos os meus professores, por todo o conhecimento que com sabedoria me puderam proporcionar.

À minha amiga Alice, por toda a ajuda, preocupação e dedicação.

À minha orientadora, pela paciência e principalmente pelo carinho que demonstrou desde o início.

Ao Sempre ao Rubro Gym, pelos professores sempre disponíveis e pelas alunas fantásticas.

Ao Jazzy dance studio pela disponibilidade e pela magia de saber dançar.

A todos os que não acreditaram que eu chegaria aqui, obrigada pela força que me deram, pois pela crítica destrutiva eu pude chegar onde cheguei.

Obrigada meu Deus, por mais esta oportunidade

Epígrafe

"Não é o ritmo nem os passos que fazem a dança,
è o coração e a alma de quem dança"

autor desconhecido

Resumo

A dança tem uma componente social que ajuda no desenvolvimento do ser humano utilizando movimentos corporais ao ritmo da música, tornando-se deste modo uma arte expressiva promovendo a união do corpo-mente influenciando quer os aspetos fisiológicos assim como os aspetos psicológicos. Do mesmo modo pode referir-se á prática de outras atividades físicas, visto que também promove o bem-estar psicológico e físico daqueles que a praticam visando uma melhor qualidade de vida. Este estudo, tem como finalidade verificar se existem diferenças significativas entre mulheres praticantes de dança, mulheres que praticam outras atividades físicas e mulheres sedentárias nas variáveis Satisfação com a vida, Qualidade de vida e Imagem corporal. Para medir estas variáveis foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Escala de satisfação com a vida (SWLS). E o questionário de imagem corporal (BSQ). Foram encontrados níveis de satisfação com a vida superiores em mulheres praticantes de dança e de outra modalidade desportiva em relação ás mulheres sedentárias que apresentaram valores mais baixos. Ainda assim também foram encontradas associações positivas entre qualidade de vida e satisfação com a vida na totalidade da amostra. Apenas foram encontradas associações negativas com a imagem corporal em vários domínios da qualidade de vida nos três grupos em estudo.

Palavras-Chaves: Satisfação com a vida, qualidade de vida, imagem corporal

Abstrat

Dance has a social component that helps in the development of the human being using body movements with musicrythm , becoming an expressive art and promotes the mind-body union influencing physiological and psychological aspects .It also can refer to the practice of other physical activities , since it also promotes the psychological and physical well -being of those who practice it to better quality of life.This study aims to determine whether there are significant differences between dance women, women who engage in other physical activities and sedentary women in the variables Life satisfaction , quality of life and body image. To measure these variables the following instruments were used:Questionnaire quality of life (WHOQOL -Bref) . Scale of life satisfaction (SWLS). And body image questionnaire (BSQ) .The satisfaction levels were found with higher life practitioners of dancing women and other sport compared to sedentary women who had lower values. Were also found positive associations between quality of life and life satisfaction in the entire sample, only found negative associations with body image in several areas of quality of life in the three study groups.

Key Words : life satisfaction, quality of life , body image

ÍNDICE

Introdução	8
I Parte - Enquadramento teórico	
1ª Capítulo: Introdução geral e histórica.	
1.1.A dança.....	11
1.1.2. A dança como terapia.....	13
1.2.O Desporto/atividade Física.....	14
1.3.O sedentarismo.....	17
2º Capítulo: Satisfação com a vida, Qualidade de vida e imagem corporal em mulheres sedentárias, praticantes de dança ou de Desporto/atividade física	
2.1. Satisfação com a vida.....	19
2.2. Qualidade de vida	20
2.3.Imagem corporal	23
II - Parte-Estudo Empírico	
Metodologia	
3.Objetivo.....	26
4- Hipóteses	26
4.1.1. Desenho de investigação	27
4.2.Amostra.....	27
4.3. Procedimento.....	29
4.4. Instrumentos.....	30
4.5. Tratamentos Estatísticos.....	32

5.Resultados	33
5.1. Discussão	37
5.2. Conclusão.....	40
Referências	42
Anexos	
Anexo 1 – Protocolo de investigação.....	II

Introdução

O tema escolhido para a elaboração desta tese remete-nos para uma grande variedade de movimentos interligados dando a possibilidade de poder experimentar novas sensações tanto físicas como psicológicas assim como adquirir novas experiências relacionadas com o bem estar e aumento das interações sociais.

A dança tem raízes que se iniciam na pré-história onde sempre foi aclamada com algum mito submerso devido ao seu simbolismo e como uma forma de união entre o grupo social, como parte da comunicação corporal humana, revelando valores, conceitos e normas sociais.

Segundo Verderi (2000), a dança não tem regras e, desta forma, deve-se criar condições para que o aluno se mova. Esta afirmação refere-se ao ato de dançar e não a estilos de dança. (Verderi, 2000).

O indivíduo, atualmente, dispõe de uma diversidade de atividades, sejam elas de caráter lúdico ou físico que, de alguma forma, competem com a tecnologia usada na sociedade moderna no âmbito de uma vida mais saudável e equilibrada. (Mota,1997). Assim, apesar da oferta disponibilizada numa sociedade de consumo tecnológico e de uma vida cada vez mais sedentária, observa-se um aumento significativo no número de ginásios/*health clubs* onde o objetivo vai de encontro às necessidades existentes da sociedade, no que se refere à prática de atividade física, cada vez mais necessária e importante e que, para o autor, é uma obsessão do presente relacionada ao hedonismo (Crespo,1990).

Atualmente, a atividade física surge como uma ocupação dos tempos livres, e é uma das componentes para o equilíbrio físico e psicológico, assim como social, indispensável para o bem-estar da pessoa que o pratica. A atividade física é praticada maioritariamente pela população jovem (Marivoet, 1991).

Deste modo, pretende-se com este estudo ter uma compreensão aprofundada dos instrumentos utilizados de modo a que sejam bons preditores para a temática que se pretende estudar, satisfação com a vida, qualidade de vida e imagem corporal em mulheres que praticam dança em comparação com as que praticam outra atividade de física e ainda em mulheres sedentárias assim como perceber o motivo que as leva a praticarem, ou não, uma

determinada modalidade em si, sendo esta parte uma pequena ilustração visto que é um plano secundário deste estudo.

Deste modo propõe-se a distribuição da investigação do seguinte modo:

A I parte diz respeito ao enquadramento teórico, que está subdividido em dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma introdução geral à histórica da dança, da atividade física e sedentarismo. No segundo capítulo aborda-se a variável Satisfação com a vida, Qualidade da vida e a imagem corporal e por fim o objetivo deste estudo.

A II Parte corresponde ao estudo empírico, contém as hipóteses, desenho de investigação, amostra, procedimento, instrumentos, tratamentos estatísticos assim como os resultados, discussão e conclusão.

Para a elaboração da Discussão com base no tratamento estatístico foram utilizadas referências conforme as normas solicitadas pela ULH, *American Psychological Association* (APA, 2001) aplicável para dissertações, relatórios de estágio de mestrado e trabalho de projeto) para o ano letivo 2015/2016 (Primo e Mateus 2014)

I Parte -Enquadramento teórico

1ºCapítulo: Introdução geral da Dança e Desporto/atividade física.

1.1. A dança

A dança emergiu das primeiras configurações de arte que fazem parte da história cultural do desenvolvimento dos povos ao longo dos anos (Santos, 1997). Segundo os autores Rodrigues e Mata (2012), a arte tem existido como forma para expressar sentimentos, pensamentos e crenças que ao longo dos tempos tem existido entre os humanos

É fundamental ter uma abordagem histórica da dança a fim de poder compreender como uma arte expressamente corporal tem vindo a crescer e a ter os seus próprios frutos em vários níveis. É importante realçar que o aparecimento das primeiras danças não tem uma data específica, mas acredita-se que desde a pré-história, no paleolítico, o homem já realizava este tipo de linguagem corporal em muitas situações, uma delas seria o fato de praticar rituais aos Deuses (Mendes ,1987).

No Neolítico (12 a 4 mil a.C.), a dança já era usada para rituais de magia onde já alcançara um significado mais importante e simbólico. Também existem registos de atividades ligadas à dança na Bíblia onde se descreve a dança Hebraica geralmente praticada em comemorações religiosas (Magalhães, 2005).

Ao longo dos tempos a dança foi evoluindo para características mais próprias, na antiguidade clássica, era realizada em festas de nascimentos, casamentos, rituais religiosos para além de fazer parte da educação das crianças Gregas, pois para a sociedade Grega, a dança era um meio de contato com os Deuses (Magalhães, 2005).

De acordo com o mesmo autor, a dança na Grécia Antiga foi iniciada em Creta em honra ao Deus Dionísio. Começaram a aparecer os primeiros grupos de dança que tiveram um papel importante no nascimento do teatro.

Já em Roma a dança era vista como um espetáculo e neste contexto cultivou uma imagem de muito desagrado. O famoso orador Cícero afirmou que “ninguém dança, a não ser que esteja bêbado ou mentalmente desequilibrado” (Mendes, 1987).

Na idade média as danças eram praticadas num âmbito mais recreativo por artistas em praças públicas, danças como a Carola e a Mourisca ambas de origem árabe. Na época Medieval apesar de não ter sido um período propício em termos de progressão na dança, esta

nunca deixou de estar presente ganhando força durante a época Renascentista nos séculos XIV, XV e XVI muito devido á mudança de conceitos que passou a valorizar mais as artes entre elas a dança (Mendes, 1987).

Por volta de 1453-1789 a dança obteve grandes conquistas. Em 1661 Luís XIV, rei de França, criou a academia real de dança e música com a finalidade profissionalizar esta modalidade (Mendes, 1987).

Segundo Fiamoncini (2002-2003) a dança pode ser compreendida como a arte manifestada em movimento, que pela sua particularidade só pode ser expressa através do artista que transpõe a sua arte através do corpo e dos seus movimentos. Para Foster (2010), a dança é uma arte plástica que exige concentração e consciência do corpo e dos seus movimentos para que seja possível criar inúmeras mudanças de formas e linhas de movimentos. Assim sendo a dança usa o corpo como meio para manifestar um conjunto de movimentos expressivos que podem atuar de forma individual ou em grupo (Mallmann & Barreto, 2004).

Pode-se dizer que cada movimento criado tem um significado produzido pela mente e quando é realizado tem competência para expressar a linguagem através do corpo (Mallmann & Barreto, 2004).

Para Graham (2002), a dança não só tem o poder de dar significado á vida dos que a praticam, mas também tem o poder de transformar positivamente a maneira como os participantes se expressam. Do mesmo modo a dança pode ser considerada uma atividade física, mas adicionalmente, a dança tem um teor expressivo, artístico que a torna num meio de integração social.

Neste sentido, indo de encontro ao conceito, Mallmann e Barreto (2004) explicam que a dança para além de ter um impulso do tipo afetivo também incluiu o nível cognitivo e motor, integrando e impulsionando desta forma o sentido tátil, visual e auditivo com fins artísticos, sociais, culturais e de saúde (Pistole, 2003).

Como já se observou, a dança faz parte de vários momentos quotidianos da história da humanidade, não é apenas uma modalidade, mas uma arte da qual fazem parte movimentos e expressões através da música (Rocha, 2007), e é neste sentido que se pode referenciar a terapia com dança devido a esta ter importantes aspetos terapêuticos que poderá influenciar

não só o corpo e a maneira como o indivíduo se relaciona, assim como os aspetos psicológicos.

1.1.2. Dança como terapia

A terapia com dança é uma forma de terapia de artes criativas tais como o psicodrama e a musicoterapia. De acordo com o “*American Dance Therapy Association*” (ADTA), a dança é "o uso psicoterapêutico do movimento como um método que difunde a integração emocional, social, cognitivo e físico do indivíduo" (ADTA 2006).

A terapia com base na dança nasceu como uma profissão reconhecida na década de 1940 com o trabalho e dedicação de alguns pioneiros nesta área tais como: Marian Chance, Mary Whitehouse, Franziska Boas, e Liljan Espenaki. Em termos médicos e psicológicos, a dança terapia é atualmente um método bastante creditado e utilizado em doentes com deficiência (mental e/ou física) em contextos de reabilitação ou promoção da saúde. (Wolberg, 1988).

É uma modalidade que pela sua natureza tem benefícios terapêuticos e por isso é regularmente realizada em clínicas, hospitais ou escolas. Esta terapia trabalha as emoções internas do sujeito por via dos movimentos corporais, nas quais se identificam os conflitos internos através da maneira como o sujeito utiliza o espaço em seu redor resultante da maneira como dança e as tensões musculares que ao longo da terapia vai demonstrando (Wolberg, 1988).

A aplicação da dança terapia na psicologia remete-nos para aspetos somáticos visto que esta trabalha muito o conceito de corpo-mente remetendo-nos para uma relação de como o corpo e a mente interferem na saúde psicológica ou fisiológica. Esta terapia não só pode ser usada em casos de depressão e ansiedade como também pode ser bastante benéfica para pacientes que tenham historial de esquizofrenia, crianças hiperativas, deficientes mentais/físicos, autismo, cancro, depressão pós-parto, terapia de grupo, idosos, mulheres com distúrbios alimentares, vítimas de abuso sexual e abuso de substâncias. (Wolberg, 1988).

Outras terapias igualmente propícias referenciadas por Wolberg (1988) são o Tai-Chi Chuan e o Yoga também com técnicas corporais benéficas para corpo e mente.

Um estudo realizado por Koch, Morlinghaus e Fuchs (2007) através da intervenção com a dança em doentes depressivos mostrou uma notória melhoria nos quadros depressivos assim como um aumento de vitalidade dos mesmos (Abreu & Silva ,1977).

Neste âmbito, pode-se afirmar que a dança tem grandes benefícios terapêuticos, ou simplesmente de lazer para qualquer pessoa que dela queira usufruir. Alguns estudos indicam-nos que a dança tem uma relação promissora a nível psicológico e físico que para além de implementar o aumento da autoestima e da saúde corporal também ajuda na autoconsciência, o que evidência em todos os casos uma melhor qualidade de vida (Abreu e Silva ,1977).

1.2. O desporto/atividade física

A atividade física é definida como qualquer movimento do corpo humano que aumente o dispêndio de calorías acima daquelas consideradas a nível de repouso, tais como trabalho, atividades domésticas e exercícios físicos programados (Araújo, 2000; Mendonça, & Anjos, 2004 e Espanha, 2006).

A nível histórico, a atividade física sempre teve um significado importante. Na Grécia antiga este tema foi relevante para a conservação da saúde tendo em linha de conta alguns aspetos importantes para dar continuidade aos exercícios físicos tais como a idade da pessoa, as estações do ano e a individualidade de cada pessoa perante os exercícios desenvolvidos.

De acordo com Toscano et al (2008), entre o século VII a.C até ao século V d.C, a atividade física iniciou um processo de importância que se denota até aos dias de hoje, apesar disso, na Grécia antiga só os mais abastados poderiam ter direito a usufruir dos benefícios do desporto. A partir do ano de 776 a.C deu-se início aos Famosos Jogos Olímpicos onde os exercícios de cariz mais militar foram considerados com uma vertente mais lúdica.

Ainda segundo os mesmos autores, foi através de Hipócrates que a atividade física foi destacada para uso num contexto médico onde a sua teoria resulta num aspeto central através do tratamento dietético onde culmina o equilíbrio entre o exercício físico e a alimentação. Hipócrates também considerou parte da atividade física algumas modalidades tais como: caminhar, corrida e ginástica assim como diferentes modalidades de luta não só pelos seus efeitos orgânicos como também pelos efeitos ao nível muscular e de resistência

física. De igual modo Hipócrates também considerou importante a quantidade e intensidade da realização do exercício. No geral, a saúde independentemente do estilo de vida de cada sujeito, era o principal foque no equilíbrio entre os alimentos e o exercício físico (Toscano et al., 2008).

Atualmente, a atividade física é uma das componentes mais utilizadas para manter a saúde física, psicológica e prevenir algumas doenças (Toscano et al., 2008).

Para além dos benefícios anteriormente mencionados, a prática de exercícios ajuda o indivíduo a combater o isolamento e aumenta a sua auto-confiança o que permite uma mudança de hábitos e comportamentos (Mello, Noce & Simin, 2009).

De acordo com o autor Delgado (2006), o desporto é considerado uma sub-categoria da atividade física que tem apenas como objetivo a competição, orientada para objetivos concretos: vitória, empate ou derrota e neste caso necessita de treino físico adequado ao tipo de categoria. Pelo contrário, a atividade física visa apenas melhorar e manter a saúde do indivíduo.

Deste modo pode-se afirmar que a prática de atividade física promove o desenvolvimento físico e cognitivo passando ainda no âmbito da integração social do sujeito (Oliveira, 2005).

A nível físico a atividade física tem bastantes vantagens em ser praticada com regularidade, para além de reduzir a pressão arterial também reduz o nível de colesterol, reduz o risco de cancro e controla a glucose no sangue. A nível cognitivo diminui o risco de demência ou depressão assim como melhora a qualidade do sono e diminui os níveis de stress e ansiedade, a prática de atividade física também promove a auto-estima o que resulta num bem-estar geral reduzindo a ingestão de medicamentos (IDP – LVAF, 2011).

De entre alguns estudos, destaca-se o trabalho realizado por Davis et al (1994) em que se verificou que a prática regular de exercício físico em mulheres jovens com anorexia nervosa melhorava substancialmente a sua qualidade de vida.

Um dos primeiros estudos acerca dos hábitos desportivos em Portugal foi realizado por Salomé Mariovoet em 1988. O estudo foi realizado com a faixa etária dos 15 aos 60 anos e anos mais tarde em 1998 com a faixa etária dos 15 aos 74 anos. este estudo teve como objetivo saber o perfil social dos praticantes, o tipo de modalidades praticadas, o

comportamento da população relativamente ao desporto e as principais razões para praticar ou não praticar desporto (Mariovet, 2001).

Em concordância com os autores Cid et al (2007) pode-se afirmar que a prática de exercício físico gera bem-estar psicológico através da sensação de vigor aumentando estados positivos de humor e provocando a diminuição de sintomas relativos á depressão e ansiedade. Este bem-estar pode ser descrito por Morgan apelidando esta situação como “perfil iceberg” onde são descritas as mudanças de estados de humor através do exercício físico caracterizadas por um aumento positivo do humor e em consequência por uma diminuição dos estados negativos tais como tensão, hostilidade e fadiga.

Apesar da prática de atividade física promover bastantes benefícios para a saúde, tanto a nível psicológico como físico é de salientar que existem características pessoais que afetam a adoção e a manutenção da prática regular, uma das características debate-se pela perceção da autoeficácia (Fletcher & Banasik, 2001) e pela motivação e história da prática na infância (Rutten, et al., 2001).

Neste âmbito foram retirados alguns resultados do estudo que proporcionam uma visão abrangente da população portuguesa face a esta categoria:

Nota-se uma grande diferença quanto ao género, 34% são do sexo masculino e apenas 14% do sexo feminino. Vinte e cinco por cento dos inquiridos afirma que a razão para a prática desportiva é pela condição física, 24% afirmam ser por lazer, finalmente 19% afirmam ser pelo gosto da pratica desportiva. Os motivos para a não prática de desporto recaem em 43% que afirmam não ter tempo, 16% afirma que é pela condição idade e 14% por não gostar. Ainda se observa neste estudo que a camada mais jovem é a que pratica mais atividade física relativamente á camada mais velha. Por fim, as modalidades mais realizadas deram maior prevalência ao futebol com 30%, natação, 11% e atletismo, 8%. Ao contrário, na zona do Algarve o futebol tem uma percentagem de 22 % seguindo-se do ciclismo com 13%, dança gímnica 13% e por fim a pesca desportiva com apenas 9% (Mariovet, 2001).

Outro estudo que foi igualmente importante para a caracterização da população portuguesa ao nível da prática de atividade física foi o estudo realizado por Camões e Lopes (2008). Os resultados deste estudo apontaram para um baixo número de indivíduos praticantes de atividade física, contudo, nos que praticam, observa-se que as mulheres a atividade física

de baixa intensidade situa-se nos 80,8% como atividade de lazer e nos homens entre os 68,4% (Camões & Lopes 2008)

Concluindo, pode-se observar que ao longo dos anos a prática de exercício físico tem aumentado claramente assim como a consciencialização dos benefícios psicológicos e físicos é cada vez mais evidente no que concerne á autoestima, imagem corporal, autoeficácia assim como o melhoramento do funcionamento cognitivo.

1.3. O sedentarismo

O ser humano desde sempre se deparou com um estilo de vida ativo de forma a garantir as suas necessidades básicas. Contudo, no século XX, verificou-se uma redução bastante notória da intensidade da atividade física ao longo da vida do ser humano (Serpa, 1993).

O termo sedentarismo é caracterizado pela falta de atividade física que gera pouco gasto energético e que pode ter consequências negativas para a saúde física e psicológica do indivíduo.

Segundo a World Health Organization (2004) é estimado que cerca de 1,9 milhões de mortes se devam ao fator sedentarismo. Este comportamento tem sido cada vez mais notório devido à automatização do trabalho e do lazer (Bowden & Offer, 1994).

A globalização ao nível tecnológico também é um fator que aumenta a probabilidade de um estilo de vida sedentário tornando os indivíduos menos ativos no dia a dia, resultando numa diminuição de qualidade de vida e no aumento de risco para a saúde (Amer et al., 2008, Camões & Lopes, 2008, Brownson et al., 2005).

Segundo Barata (2003), Portugal é o país mais sedentário da União Europeia, quer a nível de atividade física individual quer grupal.

O comportamento sedentário, além de não ser um comportamento natural do ser humano, só implicará um menor desenvolvimento em vários domínios tais como: o psicológico, cognitivo e emocional, sendo caracterizado como um fator de doença (Barata, 2003).

Para além do fator psicológico, o sedentarismo também afeta fisicamente o indivíduo sendo este um fator de risco para as doenças cardiovasculares, metabólicas ou até mesmo a obesidade (Mota, 1999, Elizondo-Armendáriz et al., 2005, Azevedo et al., 2007).

Autores como Meyer e colaboradores (2002) e Nelson e colaboradores (2006) afirmaram no que concerne á temática do sedentarismo, em especial nos adultos, este estilo de vida contribui para o risco de aparecimento ou agravamento de doenças tais como a hipertensão arterial, a obesidade, diabetes tipo II, artrite, ansiedade e depressão. Desta forma e seguindo esta abordagem de pensamento, autores como Erlichman et al (2002) e Paffenbarger et al (1986) afirmam que o sedentarismo tem impacto direto com a mortalidade cada vez mais prematura e com o aparecimento mais precoce de doenças já relatadas anteriormente.

Um estudo efetuado por Varo et al (2003) sobre a prevalência de hábitos sedentários nos países da europa veio a destacar Portugal como tendo 87,8% enquanto que países como a suécia (43,3%), Áustria (46,8%), Finlândia (48,6%) e Irlanda (44,1%) apresenta resultados mais baixos de sedentarismo. Estes resultados não só revelam que Portugal tem uma alta percentagem de incidência de sedentarismo como também revela que 60 % dos adultos não realizavam nenhuma atividade nas horas de lazer, assim como 80% não pratica qualquer modalidade desportiva (Vaz et al., 2005).

Em suma, pode-se afirmar que o comportamento sedentário apesar de não ser benéfico tem tido um crescimento acentuado ao longo dos anos e conseqüentemente tem trazido consigo conseqüências bastante degenerativas que mais dia menos dia trará ao ser humano inúmeras desvantagens quer a nível psicológico, físico, mas também a nível evolutivo.

2º Capítulo: Satisfação com a vida, Qualidade de vida e imagem corporal em mulheres sedentárias, praticantes de dança ou de Desporto/atividade física

2.1.Satisfação com a vida.

A satisfação com a vida é uma das componentes para o bem-estar psicológico e reflete muito a maneira como o indivíduo avalia as situações e pensamentos. Para que este bem-estar psicológico se encontre adequadamente equilibrado é preciso que o indivíduo tenha a capacidade de adaptação a situações de perda, mas também que tenha um vasto conhecimento sobre si mesmo (Neri, 2001). A satisfação com a vida é um fator importante para que o indivíduo sinta bem-estar tanto psicológico como a outros níveis (Sells 1969, citado em Palmore & Luikart , 1972)

Albuquerque e Tróccoli (2004) relatam que a satisfação com a vida é uma avaliação que o indivíduo faz sobre a sua vida, de aspetos específicos e globais e que se rege segundo um padrão pessoal. Deste modo, a perceção individual leva o indivíduo a viver a vida de maneira positiva (Diogo, 2003). Sendo assim, segundo o padrão específico do sujeito, este tem a noção do seu bem-estar subjetivo através de juízos de valor sobre a saúde, trabalho, residência, emoções (agradáveis ou desagradáveis) sobre o seu corpo e sobre as suas relações sociais (Giacomoni, 2004).

A realização de algum tipo de atividade física pode ajudar o indivíduo a não se sentir ansioso e por outro lado, a sentir-se mais realizado nas atividades diárias que desempenha. Estudos recentes indicam que participantes que experimentaram algum desporto apresentaram níveis de ansiedade mais baixos do que os que não praticam qualquer atividade física (Barca Filho, Ribeiro & Garcia, 2005).

Num estudo efetuado, verificou-se que as mulheres que realizavam atividade física regularmente mostravam a autoestima mais elevada e uma maior satisfação com a vida ao contrário, não revelaram tantos sintomas somáticos. Este estudo revelou assim que existe uma correlação positiva entre a satisfação com a vida e a prática de atividade física (Elavsky, & McAuley, 2004).

É de salientar que já foi observado noutros estudos que a prática de atividade física aumenta os níveis de satisfação com a vida (Stubbe, de Moor, Boomsma, & Geus, 2007). Um outro estudo em foco foi a implementação de um programa de exercício físico a mulheres com excesso de peso. O índice de satisfação com a vida e outras medidas fisiológicas eram medidas e verificou-se que houve uma melhora destas mesmas variáveis fisiológicas assim como os níveis de satisfação com a vida nestas mulheres (Grant et al, 2004).

McCullagh, Murphy e Mater (2008) num estudo semelhante comprovaram os mesmos resultados.

A prática regular de exercício físico ajuda no tratamento de mulheres com depressão que não só reduz os índices depressivos como também aumenta a satisfação com a vida. (Vieira, Porcu, & Rocha, 2007).

Também se verifica que mulheres sedentárias relativamente a mulheres ativas, apresentam valores mais baixos de satisfação com a vida (Diener, 1984).

2.2. Qualidade de vida

Segundo a World Health Organization (2004), a qualidade de vida é a constante procura pelo bem-estar e equilíbrio físico, social e psíquico do indivíduo em qualquer fase da sua vida, mas em especial na velhice. Motivo pelo qual é um período que se é mais suscetível a patologias e que se nota uma deteiorização nas tarefas diárias.

Seguindo a mesma linha de pensamento, a World Health Organization (2004) menciona que o conceito saúde abrange não só o bem-estar físico como o social e psíquico que se interligam no meio ambiente, e desta forma identifica-se o indivíduo como tendo as componentes biológica, psicológica e sociológica tornando-o num sujeito tridimensional (Medeiros, Bernardes & Guareschi, 2005; Hackfort apud Samulski, 2002) desta forma pensamentos, sentimentos e ações estão influenciados pelo meio ambiente que segundo (Pitanga, 2002) existem dois lados, o positivo que está relacionado com a saúde positiva (apreciar a vida), e a saúde negativa (associada a sentimentos de depreciação).

Para Shephard (2001) a qualidade de vida é afetada pela perceção pessoal ás capacidades intelectuais e físicas tais como o auto-cuidado, proximidade com membros da família e ausência de doença o que leva a um bem-estar geral tanto físico como psíquico. De acordo com Diener (2000), a qualidade de vida abrange vários sentidos na vida de um

indivíduo, ou seja, de forma individual cada um decide o que é primordial na sua vida denominando-se assim por bem-estar subjetivo que não só abrange a satisfação com a vida, mas também domínios sociais tais como, o afeto positivo (bem-estar, humor) e negativo (ansiedade, depressão).

Segundo os autores Minayo, Hartz e Buss (2000), a noção de qualidade de vida é uma variável idêntica á satisfação com a vida no que se refere á vida familiar, social e ambiental e requer uma avaliação cultural global nos termos considerados de conforto e bem-estar de uma sociedade.

Por outro lado, a noção de qualidade de vida para Bandeira (2005) está relacionado com fatores económicos, mas também com fatores socioculturais e na vertente política no que se refere ás oportunidades sociais (Bandeira, 2005).

Ao longo dos anos tem-se apostado na promoção para a saúde com o objetivo de adotar estilos de vida mais saudáveis de forma a melhorar e prolongar a qualidade de vida desde idades muito precoces até atingir a velhice (Gaspar, Pais Ribeiro, Matos, & Leal, 2008).

A qualidade de vida desta forma tem ganho grande representação no que diz respeito á procura de formas para lidar com situações que de algum modo causem stress ou alguma consequência negativa à saúde e bem-estar do indivíduo, e é neste âmbito que a sociedade de hoje em dia se debate muito com a preocupação constante no domínio da saúde, que tem ganho grande atenção em debates diários, o que por sua vez dificulta a nível científico uma definição inteiramente aceite a nível global. (Santos, 2006).

Tem-se observado recentemente alguns estudos/investigações sobre o conceito qualidade de vida (Manso & Simões, 2007), contudo, este avanço tem sido marcado por obstáculos a nível teórico (Santos, 2006).

Tal como anteriormente foi mencionado, a qualidade de vida engloba vários conhecimentos que por sua vez estão dotados de experiências distintas relativamente á vivência de cada indivíduo e tendo em conta o seu contexto cultural, objetivos e preocupações (WHOQOL Group, 1995) , assim como histórico relacionado com doenças e as devidas intervenções ao nível da saúde (Soares, et al., 2011).

Devido á importância que está intrínseca ao ser humano, a saúde é algo valorizado socialmente (Souza & Carvalho, 2003). Neste âmbito, no Canadá em 1986 realizou-se a primeira conferência internacional de promoção da saúde (surgindo assim a carta de Ottawa) Segundo esta carta, a saúde é tida em conta como parte importante para o desenvolvimento económico e social, mas é principalmente um fator extremamente pessoal que integra uma grande parte da qualidade de vida (WHO, 1986).

Do mesmo modo a OMS considera que a qualidade de vida abrange cinco extensões tais como: a saúde a nível psicológico, autonomia e dependência de fármacos, saúde física, relação com o meio ambiente e com o meio social. Outras definições de qualidade de vida remetem-nos para a sensação de bem-estar, satisfação em vários campos da vida, boas condições de vida tanto a nível monetário como a nível de saúde física e psicológica, e o equilíbrio ou desequilíbrio entre o que o indivíduo deseja e o que possui (Manso & Simões, 2007).

Como já foi anteriormente citado, não existe uma definição concreta sobre qualidade de vida, mas sim uma abordagem geral e onde não existe um consenso para se chegar a uma definição mais precisa (Berlim & Fleck, 2003; Souza & Carvalho, 2003; Marconi, Gomes, Avoglia, & Bastos, 2004; Kluthcovsky & Takayanagui, 2007; Paredes, et al., 2008).

Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2007) a definição multidimensional da qualidade de vida não é limitada devida á influência por parte de conteúdos objetivos que fazem parte do quotidiano dos indivíduos e segundo os mesmos autores esta definição não só é influenciada pela cultura, mas também pelas diferentes épocas e pelas classes sociais marcadas por diferenças notórias.

A nível geral e concluindo parte do capítulo, de acordo com a linha de pensamento de Manso e Simões (2007), a qualidade de vida está interligada com o desejo de responder satisfatoriamente às necessidades no campo psicológico, social, ambiental e económico proporcionando estabilidade a nível da segurança para um futuro melhor.

Foi realizado um estudo com base numa comparação de indivíduos sedentários com praticantes de atividade física no âmbito de avaliar o stress e a qualidade de vida (Caruso, 1997), os resultados mostraram que os indivíduos sedentários têm maiores níveis de stress em relação aos que praticam atividade física.

2.3. Imagem corporal

A imagem corporal é definida como a imagem que o corpo tem perante a própria pessoa, neste caso a imagem corporal é nem mais nem menos o produto do pensamento tendo em conta fatores emocionais e sociais (Maturama, 2006, Cash, 2004).

Tal como o pensamento é mutável, a perceção da imagem corporal também o é, assim sendo, diversas situações do dia-a-dia vão modificando a própria imagem corporal e a dos outros (Schilder 1999).

Em algumas culturas, nomeadamente a cultura ocidental, o termo ser magro representa ser atraente sexualmente, mas também ter sucesso e auto-controlo, assim, várias profissões tais como modelo, bailarina ou atleta, requerem um cuidado corporal mais elevado o que por sua vez leva a uma maior incidência de distúrbios alimentares (Fernandes, 2006).

Segundo Tavares (2003), a imagem corporal é uma identidade representada mentalmente que requer sensações vivenciadas pelo indivíduo como forma de construir essa identidade. Assim sendo a identidade corporal é afetada pelos valores da sociedade e pelo contato social e é a partir desse contato que o indivíduo constrói uma opinião (Bedford & Johnson, 2006; Federici, 2004; Schilder, 1999; Tavares, 2003). Grogan (1999) concluiu a partir de alguns estudos de que a imagem corporal é manipulada por diversos fatores, tais como a família, amigos e o próprio envelhecimento.

Para Schilder (1999), a imagem corporal é constituída por 3 componentes: a componente fisiológica que faz parte da anatomia da pessoa (ossos, músculos, sistema hormonal e nervoso); a genética; que engloba toda a estrutura afetiva da pessoa; e por último a componente sociológica onde se inclui os padrões sociais de beleza. (Matsuo, Velardi, Brandão, & Miranda, 2007; Schilder, 1999)

As mulheres são o género que mais se preocupa com a forma do corpo e têm predisposição para se envolverem em programas de dieta. Segundo os autores Caixa e Pruzinsky (1990), o simples fato de assistir a televisão pode mudar a perceção de imagem corporal de uma pessoa no que diz respeito ao peso e á aparência e por isso o termo de imagem corporal é mutante devido ao fato de estar sempre em mudança ao longo da vida.

Mulheres que têm uma imagem corporal negativa de si mesmas apresentam sentimentos negativos. Cash, Ancis e Strachan (1997) afirmam que estes sentimentos

negativos para algumas mulheres não são tidos muito em conta, enquanto que para outras mulheres este sentimento produz uma grande angústia que pode mesmo interferir com o desenrolar do dia a dia podendo mesmo causar anorexia ou bulimia nervosa.

Uma visão negativa da imagem corporal também pode acarretar outros problemas a nível psicológico tais como: a ansiedade, a baixa autoestima e depressão, assim como alguns estudos afirmam que esta visão negativa tem impacto direto na qualidade de vida (Mond et al., 2013).

Lightstone (2001) garante que a imagem corporal é um fator mais de origem psicológica do que de origem física já que afeta diretamente a autoestima da pessoa. O mesmo autor também afirma que a cultura da pessoa influencia em muito a sua imagem corporal já que esta é formada no seio da família e amigos.

Para Cash, Anis e Strachan (1997) a imagem corporal é influenciada pela socialização e a experiência na infância e adolescência vão influenciar o modo como o indivíduo verá o seu corpo á medida que vai envelhecendo.

II Parte–Estudo Empírico

Metodologia

3. Objetivo

Este estudo propõe-se alcançar os seguintes objetivos:

Objetivo geral – Existe uma vasta literatura que defende que a dança ou a prática de outra atividade desportiva tem influência positiva na satisfação e qualidade de vida, assim como na imagem corporal da mulher. Com este estudo pretende-se verificar se existem diferenças significativas entre mulheres ativas (praticantes de dança, ou praticantes de outra modalidade) e mulheres sedentárias nas três variáveis em estudo.

Objetivo específico

Pretende-se verificar se existem diferenças significativas entre mulheres praticantes de dança e mulheres que praticam outros desportos.

Pretende-se verificar se existem diferenças psicológicas entre mulheres que praticam outros desportos e mulheres sedentárias.

Pretende-se verificar se existem diferenças psicológicas entre mulheres praticantes de dança e mulheres sedentárias.

Pretende-se verificar se existe associação entre as variáveis satisfação com a vida, qualidade de vida e imagem corporal nos três grupos alvo.

4. Hipóteses

H1-Praticantes de dança apresentam maiores níveis de satisfação com a vida em relação às mulheres sedentárias

H2 – Praticantes de desporto apresentam maiores níveis de Satisfação com a vida em relação às mulheres sedentárias.

H3 –Existe associação entre as variáveis Satisfação com a vida, qualidade de vida e imagem corporal na totalidade da amostra.

4.1.1. Desenho de investigação

O estudo sendo de natureza transversal, o desenho da investigação é de caráter correlacional.

4.2. Amostra

A amostra em estudo é de conveniência, constituída por 165 participantes do sexo feminino, divididas por 3 grupos, 52 pertencentes ao grupo de praticantes de dança (média de idades de 29.35, $DP=9.28$), 54 pertencentes ao grupo que pratica outra modalidade (média de idades de 31.26, $DP=7.69$) e 59 pertencentes ao grupo que não pratica qualquer atividade física designado por grupo de sedentárias (média de idades de 30.98, $DP=9.26$). Os grupos não apresentaram diferenças de médias significativas ao nível da idade, peso, altura ou número de vezes que pratica atividade física por semana.

No que respeita ao estado civil, ocupação, se toma medicação, se tem ou não filhos, qual a motivação para a prática de atividade física, a razão pela qual pratica e se reconhece ou não os benefícios da prática da atividade encontraram-se associações significativas, assumindo-se uma distribuição significativamente diferente nas distintas condições das variáveis. Verifica-se que há mais mulheres solteiras, seguidas das casadas, das divorciadas e nenhuma viúva. Há mais mulheres empregadas, seguidas das estudantes, das desempregadas e nenhuma reformada. No que se reporta à medicação a maioria não toma qualquer medicação comparada com as que tomam e a maioria não tem filhos.

Relativamente ao motivo porque praticam atividade física a maior parte respondeu ser por gosto e 18 das que dançam reporta que o motivo se deve a recomendação médica. Relativamente ao motivo para não praticarem verificou-se que algumas das praticantes responderam a esta questão, possivelmente reportando-se a alturas em que não praticaram ou porque não praticam mais, ainda que a generalidade das respostas tenha sido obtida no grupo de sedentárias. Os motivos apresentados são a falta de tempo, a falta de motivação e as questões financeiras. Quando inquiridas sobre se reconheciam os benefícios da prática da atividade física a generalidade respondeu de forma positiva, alegando reconhecerem a existência de benefícios para a prática de atividade física.

Tabela 1-Dados demográficos e relativos à prática da atividade física

	Prática de atividade						F
	Dança (N=52)		Outra modalidade (N=54)		Sedentária (N=59)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Idade	29.35	9.28	31.26	7.69	30.98	9.26	.735
Peso	57.02	7.11	62.07	9.83	69.9	52.8	2.259
Altura	164.06	6.73	164.20	6.10	162.7	7.04	.870
Quantas vezes pratica	2.19	.742	2.32	.621	0	0	.885
	N	%	N	%	N	%	X2
Estado Civil							10.822*
Solteira	39	36.8	31	29.2	36	34	
Casada	12	22.6	23	43.4	18	34	
Divorciada	1	16.7	0	0	83.3	5	
Viúva	0	0	0	0	0	0	
Ocupação							4.271*
Estudante	13	38	15	30	16	32	
Empregada	26	26	36	36	38	38	
Desempregada	7	46.7	3	20	5	33.3	
Reformada	0	0	0	0	0	0	
Medicação							2.229*
Sim	14	34.1	13	31.7	14	34.1	
Não	38	30.9	40	32.5	45	36.6	
Tem filhos							2.871*
Sim	8	20.5	15	38.5	16	41	
Não	44	34.9	39	31	43	34.1	
Motivação para praticar							30.740*
Gosta	28	56	22	44	0	100	
Alivia stress	0	0	5	100	0	100	

Faz bem	1	8.3	11	91.7	0	100	
Sente-se atraente	0	0	4	100	0	100	
Manter peso	0	0	1	100	0	100	
Convívio	1	100	0	0	0	100	
Recomendação médica	18	85.7	3	14.3	0	100	
Razão porque não pratica							2.268*
Questões de saúde	0	0	0	0	1	100	
Questões económicas	0	0	1	7.7	12	92.3	
Falta de tempo	1	3.2	2	6.5	28	90.3	
Falta de motivação	0	0	0	0	16	100	
Reconhece os benefícios							1.004*
Sim	4	5.3	16	21.1	56	73.7	
Não	0	0	1	50	1	50	

Nota: * $-p \leq .05$

4.3. Procedimento

Para a realização da investigação foi preparado um consentimento informado explicando às participantes da investigação, o tema da investigação, a instituição de ensino e o principal objetivo do estudo. De seguida, foi solicitada a participação voluntária, onde posteriormente foi explicado que a participação era confidencial e anónima apenas destinada a tratamento estatístico e consistia no preenchimento de quatro questionários onde não havia respostas certas nem erradas, apenas respostas que refletissem os sentimentos, atitudes e opiniões.

A amostra foi recolhida aleatoriamente, com autorização da escola de dança Jazzy dance studios e do sempre ao Rubro Gym.

O preenchimento do protocolo demorou entre 15 a 20 minutos individualmente.

4.4. Instrumentos

Satisfação com a vida

A escala de satisfação com a vida (SWLS) foi desenvolvida por Diener e colaboradores em 1985. A escala avalia a maneira como o indivíduo experiencia a vida e todas as situações que nela decorrem de forma positiva ou negativa, ou seja, avalia o bem-estar subjetivo.

Com adaptação realizada por Neto e colaboradores em 1990 para a população portuguesa e com uma boa consistência interna (de 0,78), esta escala contém cinco itens com uma resposta tipo likert . As opções de resposta vão desde 1- não concordo totalmente até concordo totalmente. As questões são de nível global direcionando o participante a responder tendo em conta os seus valores individuais. A nível de pontuação, o resultado pode variar entre 5 e 35 sendo que a pontuação de 20 valores representa o ponto médio.

Diener et al. (1985) na elaboração da SWLS tiveram em conta uma escala com 45 itens, contudo esta escala foi sujeita a uma análise fatorial, que resultou em três fatores: Satisfação com a Vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo (Pavot & Diener, 1993).

Deste modo a SWLS mostra uma forte consistência interna (Pavot & Diener, 1993), destacando-se pelo coeficiente alfa de 0.87 e no teste reteste um coeficiente de 0.82. A validade de constructo é destacada pelas correlações significativas e positivas (Diener et al., 1985). Noutro âmbito a escala apresenta-se negativamente relacionada com o afeto negativo, neuroticismo, ansiedade e depressão (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993). A escala de Satisfação com a vida tem sido utilizada em diferentes idiomas, o que revela por si só uma boa adaptação a outras culturas mantendo os seus níveis de validade e fidelidade (Diener et al., 1985). Tendo sido adaptada para a população Portuguesa, inicialmente por Neto e colaboradores (1990), e depois por Simões (1992), a SWLS tem revelado boas capacidades psicométricas (Simões,1992).

Qualidade de vida-WHOQOL- bref

O questionário de qualidade de vida denominado por *Brief Version of World Health Organization Quality of Life Questionnaire* surgiu da procura em recorrer a uma ferramenta de avaliação da qualidade de vida que conseguisse avaliar de forma rápida e simples e de fácil acesso para todas as pessoas, mantendo os mesmos critérios de validade e consistência interna que na versão inicial do WHOQOL-100 (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho et al., 2007).

O questionário é composto por 26 itens que avaliam num todo quatro dimensões (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) (Fleck et al 2000; Moreira, Silva e Canavarro, 2008).

Em cada dimensão as questões são classificadas de 1 a 5 (sendo as questões feitas tanto no termo positivo como no negativo), (Canavarro et al., 2007).

A primeira dimensão diz respeito ao domínio físico onde se enquadra: 1. dor e desconforto; 2. energia e fadiga; 3. sono e repouso; 10. atividades da vida cotidiana; 11. dependência de medicação ou de tratamentos; 12. capacidade de trabalho.

A segunda dimensão diz respeito ao domínio psicológico e enquadra-se os tópicos das questões 4. sentimentos positivos; 5. pensar, aprender, memória e concentração; 6. auto-estima; imagem corporal e aparência; 8. sentimentos negativos e 24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

A terceira dimensão diz respeito às relações sociais onde se encontram as questões 13. relações pessoais; 14. suporte (apoio) social; 15. atividade sexual. E por fim a quarta dimensão denominada por meio ambiente onde se destacam as questões número 16. segurança física e proteção; 17. ambiente no lar; 18. recursos financeiros; 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e por último 23. transporte (Fleck et al., 2000).

Os resultados obtidos são interpretados de forma sequencial e quanto mais elevados são melhor qualidade de vida demonstra (Correia, 2010).

O WHOQOL-Bref apresenta bons valores no que se refere á consistência interna através de um alfa de Cronbach entre 0.66 no domínio das relações sociais e um valor de 0.84 no domínio físico (Canavarro et al., 2007).

A versão portuguesa apresentou desde o início boa consistência interna assim como validade de critério e discriminante.(Fleck et al., 2000).

Imagem corporal- (Body Shape Questionnaire)

O questionário de imagem corporal de Cooper et al 1987 inicialmente validado para a população portuguesa por Vieira é constituído por 34 itens avaliados conforme se sente durante as últimas 4 semanas em relação á percepção do individuo sobre a sua preocupação com a forma corporal, peso e a frequência com que pensa que está gordo.

O tipo de resposta aos itens é do estilo escala de likert que vai desde o 1-nunca até ao 6-sempre. É de salientar que neste questionário, a resposta mais alta é a que está associada a níveis de associação de pior imagem corporal devido ao sentido das perguntas que são dadas.

Este questionário é um instrumento bastante importante para se avaliar casos de distúrbios alimentares. A obtenção de uma pontuação alta está diretamente associada a pessoas com probabilidade de sofrerem de alguma perturbação alimentar (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn).

4.5. Tratamentos estatísticos

Para testar as hipóteses colocadas foram realizados vários procedimentos estatísticos com o auxílio do software Statistical Package for Social Science for Windows.

Realizou-se desta forma o estudo de comparação de médias entre grupos através da análise de variância (ANOVA), o teste de Tukey que apesar de importante não revelou diferenças nos valores em análise, assim como as matrizes de correlação (R de Pearson) encontrando-se significativas associações entre variáveis. Neste estudo foram considerados os níveis de significância de $P \leq 0,05$ * e $P \leq 0,01$ **.

5.Resultados

Tabela 1- Comparação entre grupos (praticantes de dança, outra atividade e sedentárias) em relação à qualidade de vida, satisfação com a vida e imagem corporal.

	Prática de atividade						F
	Dança (N=52)		Outra modalidade (N=54)		Sedentária (N=59)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Qualidade de vida física	28.67	3.97	29.14 ^{a)}	3.59	27.16 ^{b)}	4.37	3,780*
Qualidade de vida Psicológica	23.36	3.70	23.24	3.65	21.59	4.77	3,295*
Qualidade de vida social	11.50	2.01	11.81	2.48	11.37	2.39	,538
Qualidade de vida ambiente	31.07 ^{a)}	3.41	30.75 ^{a)}	3.59	27.37 ^{b)}	4.50	15,751**
Satisfação com a vida	26.09 ^{a)}	5.08	25.90 ^{a)}	5.44	21.93 ^{b)}	6.77	9,163**
Imagem corporal	72.13	30.39	78.83	31.22	81.49	40.65	1,052

Nota: * - $p \leq .05$; ** - $p \leq .01$

Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferentes segundos testes Tukey ($p \leq .05$).

Como se pode observar na tabela 2 foi efetuado o estudo da comparação de médias entre grupos através da análise de variância (ANOVA). Foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas entre grupos na qualidade de vida física ($F(2,162) = 3.780$; $p=.025$) tendo as praticantes de outra modalidade apresentado valores superiores ($M=29.14$; $DP=3.59$) comparativamente com as sedentárias ($M= 27.16$, $DP=4.37$). No que

respeita à qualidade de vida psicológica verificou-se a existência de diferenças significativas ($F(2, X) = 3.295$; $p=.040$), não tendo sido possível apurar segundo teste Tukey entre que grupos as diferenças se verificaram, ainda que se observem valores médios superiores nas praticantes de dança e de outra modalidade, comparativamente com as sedentárias.

No que se refere à qualidade de vida ambiente ($F(2, 162) = 15.751$; $p\leq .001$) e à satisfação com a vida ($F(2, 162) = 9.163$; $p\leq .001$) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apresentando as praticantes de dança e de as de outra modalidade valores superiores às mulheres do grupo de sedentárias.

Tendo-se verificado a existência de diferenças entre os grupos para as variáveis psicológicas, optou-se por se proceder ao estudo da correlação entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida e imagem corporal recorrendo a matrizes de correlação (R de Pearson) diferentes. Assim, na tabela 3 encontram-se as associações para o grupo de praticantes de dança, na tabela 4 para o grupo de praticantes de outra modalidade e na tabela 5 para o grupo de sedentárias, das quais serão descritas as que apresentam valores significativos ($p\leq .05$).

Tabela 3-Correlações entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida e imagem corporal para o grupo de mulheres praticantes de dança.

	Satisfação com a vida	Imagem corporal
Qualidade de vida física	.556**	-.342**
Qualidade de vida Psicológica	.713**	-.353*
Qualidade de vida social	.447	-.104
Qualidade de vida ambiente	.583**	-.281*

Nota: * - $p \leq .05$; ** - $p \leq .01$

No grupo de praticantes de dança verificam-se associações positivas entre a satisfação com a vida e a QV psicológica ($r=.713$; $p \leq .01$), a QV ambiente ($r=.583$; $p \leq .01$) e a QV física ($r=.583$; $p \leq .01$). Verificaram-se ainda associações negativas entre a imagem corporal e a QV física ($r= -.342$; $p = .013$), a QV psicológica ($r= -.353$; $p = .010$) e a QV ambiente ($r= -.281$; $p = .044$). Neste grupo a QV social não se associou com a satisfação com a vida ou imagem corporal.

Tabela 4-Correlações entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida e imagem corporal para o grupo de mulheres praticantes de outra modalidade.

	Satisfação com a vida	Imagem corporal
Qualidade de vida física	.549**	-.380**
Qualidade de vida Psicológica	.750**	-.627**
Qualidade de vida social	.655**	-.633**
Qualidade de vida ambiente	.484**	-.204

Nota: ** - $p \leq .01$

No grupo de praticantes de outra modalidade verificam-se associações positivas entre a satisfação com a vida e as 4 dimensões de qualidade de vida com valores que variaram entre .750 ($p \leq .01$) com a QV psicológica e .484 ($p \leq .01$) com a QV ambiente. A imagem corporal associou-se negativamente com a QV física ($r= -.380$; $p = .005$), a QV psicológica ($r= -.627$; $p \leq .01$) e a QV social ($r= -.633$; $p \leq .01$).

Tabela 5-Correlações entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida e imagem corporal para o grupo de mulheres sedentárias.

	Satisfação com a vida	Imagem corporal
Qualidade de vida física	.401**	-.420**
Qualidade de vida Psicológica	.691**	-.686**
Qualidade de vida social	.455**	-.349**
Qualidade de vida ambiente	.545**	-.459**

*Nota: ** - $p \leq .01$*

No grupo das sedentárias a satisfação com a vida associou-se com todas as dimensões da qualidade de vida, com valores que variaram entre .691 ($p \leq .01$) com a QV psicológica e .401 ($p=.002$) com a QV física. Também a imagem corporal se associou negativamente com todas as dimensões da QV com valores que variaram entre -.349 ($p=.007$) para a QV social e -.686 ($p \leq .01$) com a QV psicológica.

5.1. Discussão

Indo ao encontro do objetivo geral da investigação, onde o principal enfoque se debatia nas possíveis diferenças entre mulheres ativas (praticantes de dança ou praticantes de outra modalidade física) e mulheres sedentárias no que diz respeito á satisfação com a vida, qualidade de vida e imagem corporal. É de salientar que o objetivo traçado foi verificado, ou seja, foi possível encontrar na amostra correlações significativas para as variáveis em questão.

No que diz respeito à confirmação ou rejeição das hipóteses, em relação à H1, era esperado que as mulheres praticantes de dança apresentassem valores mais elevados de satisfação com a vida em relação às mulheres sedentárias. De acordo com a análise inferencial, a H1 foi confirmada, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na Satisfação com a vida entre os dois grupos (praticantes de dança e mulheres sedentárias).

A dança fazendo parte de um estilo de atividade física é uma terapia bastante utilizada em mulheres com vários tipos de problemática, assim como outro tipo de desporto.

A dança é uma modalidade com os seus benefícios terapêuticos e devido a esse mesmo motivo é bastante implementada em clínicas e escolas, é uma terapia que trabalha muito no âmbito das emoções e nos conflitos internos do individuo (Wolberg, 1988).

A sua aplicação pode ser multivariada resultando numa terapia muito usada em variadíssimos casos nomeadamente em depressão, ansiedade, esquizofrenia, distúrbios alimentares e até mesmo vítimas de abusos sexuais (Wolberg, 1988).

Autores como Koch, Morlinghaus e Fuchs (2007) apresentaram um estudo através da dança onde mulheres com quadros depressivos registaram uma melhoria da sua condição assim como o aumento da vitalidade (Abreu e Silva ,1977), resultando num quadro de significativa melhoria na satisfação com a vida.

A nível do sedentarismo, a literatura indica-nos que é um fator preponderante para um maior risco de doenças tanto a nível cardiovascular como a nível do metabolismo onde prevalece a problemática da obesidade (Mota, 1999 & Elizondo-Armendáriz et al., 2005 & Azevedo et al., 2007), como já se verificou, na dança este quadro reverte-se para uma melhoria das condições a nível psicológico e físico.

Relativamente á H2 era esperado que os praticantes de outra modalidade desportiva apresentassem igualmente maiores níveis de satisfação com a vida em relação ás mulheres sedentárias. Esta hipótese foi comprovada pelos valores apresentados.

Comparativamente á literatura pesquisada existem várias afirmações que comprovam os resultados verificados. Para além da prática de exercício físico ser um bom preditor para manter a saúde física, este também aumenta a autoconfiança e permite a mudança de hábitos e o combate ao isolamento social (Mello, Noce & Simin, 2009) indo assim de encontro ás afirmações dos autores Cid et al (2007), que garantem que esta prática trás benefícios a nível do bem-estar psicológico aumentando os estados positivos de humor levando a uma diminuição dos índices de depressão e ansiedade.

Também vamos de encontro ás afirmações do estudo efetuado por Barca Filho, Ribeiro & Garcia, 2005, onde se revela novamente que a prática de atividade física melhora substancialmente os níveis de ansiedade relativamente a indivíduos que não praticam qualquer tipo de atividade física.

Noutro estudo também foi comprovado que mulheres que realizavam pratica física regularmente também mostravam uma autoestima mais elevada e uma maior satisfação com a vida existindo desta forma uma correlação positiva entre a Satisfação com a vida e a prática de atividade física. (Elavsky, & McAuley, 2004).

Outro estudo também comprovou através de um programa de exercício físico em mulheres com excesso de peso onde o índice de Satisfação com a vida foi medido e verificou-se uma melhoria desses mesmos níveis (Grant et al, 2004 e McCullagh, Murphy e Mater 2008)

Assim, é de salientar mais uma vez que se verifica que valores mais baixos de Satisfação com a vida estão diretamente ligados a mulheres sedentárias do que em mulheres fisicamente ativas (Diener, 1984).

No que diz respeito à H3, nos 3 grupos verifica-se uma associação negativa entre a imagem corporal e algumas dimensões da qualidade de vida entre as quais, no grupo de dança entre a qualidade de vida física, psicológica e ambiente. No grupo de outra modalidade verifica-se associação negativa entre imagem corporal e qualidade de vida física, psicológica e social e por último no grupo de mulheres sedentárias verifica-se essa mesma associação negativa da imagem corporal com todas as dimensões da qualidade de vida. Neste âmbito a hipótese colocada não é de todo comprovada visto que a imagem corporal apresenta maioritariamente associações negativas nos três grupos.

Desta forma Mond et al. 2013 afirmam que uma percepção negativa da imagem corporal afeta psicologicamente a mulher visto que proporciona ansiedade, baixa autoestima assim como uma redução da qualidade de vida, confirmando assim que a imagem corporal é um fator mais ligado ao psicológico do que ao físico visto que afeta diretamente a autoestima da mulher (Lightstone 2001).

5.2. Conclusão

No estudo realizado pode-se tirar algumas conclusões benéficas. No que diz respeito às variáveis em estudo, percebe-se que tanto a imagem corporal como a qualidade de vida e satisfação com a vida apresentam um nível favorável tanto para as mulheres que dançam como para as que praticam outra modalidade física.

No caso das mulheres sedentárias pôde-se comprovar que tanto na literatura pesquisada como na análise estatística mais uma vez são observados os baixos níveis de satisfação e de qualidade de vida.

Nos últimos anos o sedentarismo tem sido muito discutido até porque a população cada vez mais apresenta índices de obesidade e problemas cardiovasculares muito devido ao estilo de vida pouco saudável que leva a sociedade moderna (Amer et al., 2008, Camões & Lopes, 2008, Brownson et al., 2005, Mota, 1999, Elizondo-Armendáriz et al., 2005 e Azevedo et al., 2007)

A partir de alguns estudos efetuados observa-se a existência de uma correlação positiva entre os estilos de vida saudáveis e melhores estados de saúde e de bem-estar, neste âmbito foi importante compreender os fatores que ajudam os indivíduos a praticarem atividade física seja ela dança ou outro tipo de modalidade (Blasco et al., 1996).

No que diz respeito aos motivos que levam as mulheres a praticarem dança ou outra atividade física, os resultados revelam que maior parte pratica porque gosta, seguido da recomendação médica (maioritariamente respondida por mulheres que dançam). Relativamente às mulheres sedentárias, o motivo pelo qual não praticam qualquer modalidade física prende-se muito ao fato de afirmarem não ter tempo para o fazer, seguido de falta de motivação e por último, por questões económicas.

Os resultados observados neste estudo confirmaram as hipóteses colocadas e sustentaram ainda mais os estudos efetuados a nível desta temática.

Devido á temática em estudo, foram encontradas limitações que em futuros estudos poderão ser tidas em conta de forma a aprofundar melhor e a construir um avanço mais concreto. Existem muitos estudos a nível de qualidade de vida e imagem corporal, mas poucos se debatem com a Satisfação com a vida. Mais em concreto com mulheres sem qualquer tipo de patologia pois durante toda a pesquisa bibliográfica a maior parte dos estudos incidiam na população feminina idosa ou com problemas de saúde, nomeadamente o cancro e a depressão, motivo pelo qual se encontram algumas evidências no trabalho com mulheres

com este tipo de problemática. A nível de estudos sobre a dança, incidem mais nos problemas com perturbações alimentares ao nível da imagem corporal. Deste modo, é de especial importância que surjam estudos mais concretos, onde se insiram apenas mulheres sem qualquer tipo de patologia que possa interferir com as variáveis em estudo.

Referências

- Abreu e Silva, N. N. (1977). A Dança: uma arte a serviço da terapia Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo
- Araújo, D, S, M, S; Araújo, C, G, S.(2000) Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira Med Esporte*, 6 ,194-203
- Albuquerque, A. S. e Trócolli, B. T. (2004). "Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.20, nº.2, Brasília, 153-164,
- A.D.T.A. (American Dance Therapy Association). (2006) General Information about DanceTherapy. Retirado a 15 Novembro de 2015 de <http://www.adta.org>
- Azevedo, M., Araújo, C., Reichert, F., Siqueira, F., Silva, M., & Hallal, P. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. *International Journal of Public Health*, 8-15.
- Amer, N. M., Sanches, D., & Moraes, S. M. F. d. (2008). Índice de massa corporal e razão cintura/quadril de praticantes de atividade aeróbica moderada. *Revista da Educação Física/UEM*, 12(2), 97-103.
- Barata, T. (2003). Mexa-se pela sua saúde. Guia prático de atividade física e emagrecimento para todos. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Barca Filho, M.G., L.C. Scipião Ribeiro and F.G. García, (2005). Comparison of personality characteristics between high-level Brazilian athletes and non athletes. *Revista Brasileira Med. Esporte*, 11(2): 114-118.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. P. (2003). "Quality of Life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), pp. 249-52.
- Bedford, J.L; Johnson, C.S. (2006).Societal influences on body image dissatisfaction in younger women. *J. Women Aging*, v. 10, n. 1, p. 41-55
- Bowden, S., & Offer, A. (1994). Household appliances and the use of time: the United States and Britain since the 1920. *The Economic History Review*, 47(4), 725-748.
- Brownson, R. C., Boehmer, T. K., & Luke, D. A. (2005).Declining rates of phisycal activity in the United States.What Are the Contributors? *Annual Review of Public Health*, 26(1), 421-443.
- Blasco, T., et al. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 9(10), 51-63.

- Canavarro, M.C., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. e Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves e L. Almeida (Eds.), Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol.III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora;
- Cash, T. F.; Pruzinsky, T. (1990). Body image: development, deviance, and change. Nova Iorque: Guilford Press, xxi 361 pp
- Cash, F. C. (2004). Body image: past, present and future (Editorial). *Body Image*, 1, 1-5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cash, T.F., Ancis, J.R., & Strachan, M.D. (1997). Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. *Sex Roles*, 36 (7/8), 433-445.
- Caruso, M. R. F. , (1997). Qualidade de vida e nível de stress de ingressantes e participantes regulares do programa de condicionamento físico aplicado à prevenção cardiológica primária e secundária da Escola de Educação Física e Desporto USP e Instituto do Coração. IV Congresso Nacional do Departamento de Ergometria e Reabilitação Cardiovascular, Ribeirão Preto.
- Camões, M., & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, v.42.nº2, p 208-224 .
- Crespo J (1990). História do Corpo. Lisboa: Difel
- Cid, L., Silva, C., & Alves, J. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior. *Motricidade*, 3(2), 47-55
- Correia, E. (2010). Avaliação da influência do diagnóstico e dos tratamentos médicos na qualidade de vida e no ajustamento conjugal dos pacientes oncológicos num serviço de cirurgia geral. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa;
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, M., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, pp. 485-494.

- Davis, C., Kennedy, S., Ravelski, E., & Dionea, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.
- Delgado, J. (2006). *Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud*. Publice Standard.
- Diogo, M. J. D. E.(2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, vol. 13, p. 395-400.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95,542-575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E.(2000) Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. In: *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 34-43.
- Espanha.(2006)Ministério de Educación y Cultura. *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia: guía para todas las personas que participan en su educación*.Espana.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2004). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52, 374-385
- Erlichman, J., Kerbey, A., & James, W. (2002). Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 1: The impact of physical activity on cardiovascular disease and all-cause mortality: an historical perspective. *International Journal of Obesity*, 3(4),257-71.
- Elizondo-Armendáriz, J. J., Guillén Grima, F., & Aguinaga Ontoso, I. (2005). Prevalence of physical activity and its relationship to sociodemographic variables and lifestyles in the age 18-65 population of Pamplona, Spain. *Revista Espanola de Salud Publica*, 79(5), 559-567=
- Federici, E.S.(2004) *Imagem corporal de Idosos Praticantes de um Programa de Educação Física*. Dissertação de Mestrado. Escola de Educação Física e Esportes, USP.
- GALLAHUE,
- Fernandes S. (2006). *Distúrbios de Atitudes Alimentares e sua Relação com a Distorção da Auto-Imagem Corporal em Atletas de Judo do Estado do Paraná*. R da Educação Física / UEM.

- Fiamoncini, L. (2002-2003, Jul./Jun.). Dança na educação: a busca de elementos na arte e na estética. *Pensar a Prática* 6, pp. 59-72.
- Foster, R. (2010). *Ballet Pedagogy - the art of teaching*. Florida: University Press of Florida.
- Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Educ Res. Vieira G, Santos L, et al.(1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - 100). *Revista Saúde Pública* .;Volume p198-205.
- Fletcher, J. & Banasik, J. (2001). Exercise self-efficacy. *Clinical excellence for nurse practitioners*, 5 (3), 134-143
- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J. L., Matos, M. G., & Leal, I. (2008). Promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9, pp. 55-71.
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12.
- Graham, S. (2002). Dance: a transformative occupation. *Journal of Occupational Science*, 9, 128-134.
- Grant, S., Todd, K., Aitchison, T., Kelly, P., & Stoddart, D. (2004). The effects of a 12-week group exercise programme on physiological and psychological variables and function in overweight women. *Public Health*, 118(1), 31-42.
- Grogan, S. (1999). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. New York, NY: Routledge.
- Instituto do Desporto de Portugal (2011). *Livro Verde da Atividade Física*. Observatório Nacional da atividade física e do desporto. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Kluthcovsky, A. C., & Takayanagui, A. M. (2007, Jan/Jun). Qualidade de vida - aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1 (1), pp. 13-15.
- Kock, S., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The Joy Dance – Specific Effects of a Single Dance Intervention on Psychiatric Patients with Depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340 – 349.
- Lightstone, J. (s/d). *Eating Disorder Referral and Information Center*, Retirado a 5 de Janeiro de 2016: <http://www.edreferral.com>.
- Mariovoet,S (1991).Hábitos desportivos da população portuguesa.*Horizonte*,42:191-195

- Marivoet, Salomé (2001). *Hábitos Desportivos da População Portuguesa*. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva. 194 p
- Matsuo, R., Velardi, M., Brandão, M., & Miranda, M. (2007). Imagem Corporal de Idosas e Atividade Física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 6(1), pp. 37-43.
- Mallmann, M., & Barreto, S. (2004). A dança e seus efeitos no desenvolvimento das inteligências múltiplas da criança. (UNIASSELVI, Ed.)
- Magalhães, M. C.(2005) A Dança e sua Característica Sagrada. “Existência e Arte” – *Revista Eletrónica do Grupo PET – Ciências Humanas, Estética e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei*.
- Maturama L.(2004).Imagem Corporal: noções e definições. *Efdeportes* .
- Manso, J. R., & Simões, N. M. (2007). Os municípios e a qualidade de vida em Portugal: proposta metodológica com vista à sua mensuração e ordenação. *Observatório para o desenvolvimento económico e social*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Marconi, E. C., Gomes, M. R., Avoglia, H. R., & Bastos, I. (2004). Qualidade de vida entre universitárias: estudos preliminares com o WHOQOL Bref. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXIV (3), pp. 47-57.
- Medeiros, P. F., Bernardes, A. G., Guareschi, N. F. (2005).O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 263-269.
- Mendes, M. G.(1987) *A Dança*. 2º ed. Série Princípios. São Paulo: Editora Ática.
- Mendonça,P. C; Anjos,A. L.(2004)Aspetos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil 20(3):698-709.
- Mello, M., Noce, F. & Simin, M. (2009). A percepção de qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física?. *Revista Brasileira de Medicina do Desporto*, 15(3), 174-178, doi:org/10.1590/S1517- 86922009000300002.
- Meyer, H., Sogaard, A., Tverdal, A., & Selmer, R. (2002). Body mass index and mortality: the influence of physical activity and smoking. *Medicine and Sciences in Sports and exercise*, 34(7), 1065-1070.

- Mota, J. (1997). A atividade física no lazer - Reflexões sobre a sua prática. Coleção Cultura Física. Lisboa: Livros Horizonte.
- Mota, J. (1999). Educação e saúde no Desporto e Saúde (pp. 55-102). Oeiras. Câmara Municipal de Oeiras
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, 13 (1), 920. doi: 10.1186/1471-2458-13-920
- Moreira, H., Silva, S. e Canavarro, M.C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184
- McCullagh, R., Murphy, R., & Mater, G. (2008). Long-term benefits of exercising on quality of life and fatigue in multiple sclerosis patients with mild disability: A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 22(3), 206-214
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics Properties in an Adolescent Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134.
- Neri, A. L. "Envelhecimento e Qualidade de Vida na mulher". In: *Anais... 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*. Universidade Estadual de Campinas, 2001
- Nelson, M., Gordon-Larsen, P., North, K., & Adair, L. (2006). Body mass index gain, fast food, and physical activity: effects of shared environments over time. *Obesity (Silver Spring)*, 14(4), 701-710.
- Oliveira. (2005). *Saúde e Atividade Física: Algumas Abordagens Sobre Atividade Física Relacionada à Saúde*. Rio de Janeiro.
- Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A., & Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314(10), 605-618.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M. J., Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), pp. 73-87
- Palmore, E & Luikart, L (1972) Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 13(1), pp. 68-80.

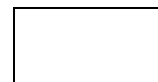
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pistole, M. C. (2003). Dance as a metaphor: complexities and extensions in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), pp. 232-241.
- Pitanga, F. J. G. (2002). Epidemiologia, atividade física e saúde. *Rev Bras Ciênc Mov*, 10.81.
- Primo;J. & Mateus,D.(2014). Normas para elaboração e apresentação de teses de doutoramento. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa
- Rocha, M. D.; Almeida, C. M.(2007).Dança de salão, instrumento para qualidade de vida. *Movimento & Percepção, Espírito Santo de Pinhal*, v. 7, n. 10, jan./jun..
- Rodrigues, M., & Mata, L. (2012). Autoconceito e autoconceito artístico em alunos do 1º e 2º anos do Ensino Básico abrangidos por um programa de educação pela arte. Um estudo comparativo. *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e educação* (pp. 492-505). Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Rutten, A., Abel, T., Kannas, L., Von Lengerke, T., Luschen, G., Rodriguez, D., et al. (2001). Health promotion by sports and physical activity: politics, behavior and infrastructures in a european comparison. *Sozial und Praventivmedizin*, 46 (1), 29- 40.
- Santos, A. P. (1997). O contributo da dança no desenvolvimento da coordenação das crianças e jovens - estudo comparativo em alunas de 11 e 12 anos do Ensino Básico praticantes e não praticantes de Dança. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto.
- Santos, S. V. (2006). Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), pp. 89- 94.
- Serpa, S. (1993). Atividade Física e Benefícios Psicológicos –Uma tomada de Posição. *Horizonte*, 58, 154-156.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS).*Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3): 503-515.

- Soares, A. H., Martins, A. J., Lopes, M. C., Britto, J. A., Oliveira, C. Q., & Moreira, M. C. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, pp. 3197-3206.
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, pp. 515- 523.
- Shephard, R. J.(2001).Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-response context. In: *Medicine and Science in Sport and Exercise*, v. 33, n. 6, p. 400- 418.
- Schilder, P. (1999). *The Image and the Appearance of the Human Body*.London: The Internacional Library of Psychology.
- Stubbe, J., Moor, M., Boomsma, D., & de Geus, E. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44(2), 148-152.
- Tavares, M. (2003). *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Toscano, W. & Vega, L. (2008). *Atividade física e qualidade de vida*.
- Varo, J., Martinez-Gonzalez, M., De Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M., & Martínez, J. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32(1), 138-174.
- Verderi , E. B. L. P. *Dança na Escola*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
- Vieira, J., Porcu, M., & Rocha, P. (2007). A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 23-28.
- Wolberg, L. (1988). *The Technique of Psychotherapy*. Philadelphia: Grune & Stratton (publicado Originalmente em 1954). .
- World Health Organization. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Development of Global Strategy
- WHO. (1986). *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, 21 November 1986. Retirado a 10 de abril de 2016: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Social Science

and Medicina, 41, pp. 1403-1409. Retirado a 12 de Novembro de 2015:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369500112K>

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de investigação



Consentimento Informado

Cara Participante,

No âmbito da realização da dissertação para a obtenção do grau de mestre (2º Ciclo) na área de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, pretende-se realizar uma investigação com o objetivo de relacionar a satisfação com a vida, a qualidade de vida e a imagem corporal em mulheres que praticam dança, outra modalidade Física e ainda as não praticantes de qualquer modalidade.

Gostaríamos de solicitar a sua colaboração respondendo assim a algumas questões, para as quais não existem respostas certas ou erradas.

Todos os dados obtidos são totalmente confidenciais e, em nenhum momento será revelado qualquer dado que a possa identificar pelo que se solicita que não escreva o seu nome em nenhuma página.

A sua participação é voluntária, pelo que poderá abandonar o estudo a qualquer momento.

Agradecemos desde já a sua
colaboração,

Questionário Sociodemográfico

O questionário que se segue destina-se apenas, à caracterização das participantes do presente estudo, pelo que, em nada a identificará.

1 – Idade: _____

2 – Estado Civil: Solteira Casada/união de facto Divorciada/Separada
Viúva

3 – Nacionalidade: _____

4 – Estudante Empregada Desempregada Reformada

5 – Neste momento está a fazer algum tipo de medicação? Sim Não

6 – Tem filhos? Sim Não

7- O seu peso actual é: _____(aproximadamente)

8-A sua altura é: _____(aproximadamente)

9-Pratica dança? Sim Não

10- Pratica alguma modalidade Física sem ser a dança? Sim Não

Se sim, Qual? _____?(se sim, por favor responda de seguida á pergunta nº12, se não pratica qualquer desporto passe para a questão nº15)

11-Que tipo de Dança Pratica?

-Ballet

-Jazz

-Hip-hop

- Kizomba

-Dança espanhola (Flamenco/Sevilhana/Pasodoble)

-Dança Oriental

-Ritmos latinos (Salsa/Tango/Merengue/Rumba/Bachata/Cha-Cha-Cha)

- Outro Qual? _____

12- Há quanto Tempo pratica? _____

13-Quantas vezes por semana pratica a(s) aula(s) ?

1 x p/ semana	<input type="checkbox"/>
2 x p/ semana	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>

14-Motivação de praticar a(s) aula(s):

Gosta	<input type="checkbox"/>
Alivia o stress	<input type="checkbox"/>
Faz bem á saúde	<input type="checkbox"/>
Sente-se mais atraente	<input type="checkbox"/>
Manter o peso ideal	<input type="checkbox"/>
Convívio	<input type="checkbox"/>
Recomendação médica	<input type="checkbox"/>

(para si termina aqui o questionário, por favor continue na próxima página)

15-Razão pela qual não pratica dança ou outra modalidade:

Questões de saúde	<input type="checkbox"/>
Questões económicas	<input type="checkbox"/>
Falta de tempo	<input type="checkbox"/>
Falta de motivação	<input type="checkbox"/>

16- Independente das suas razões, reconhece os benefícios? Sim Não

WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life)

Versão original da OMS

Versão Portuguesa: Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2006)

Instruções:

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeira à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5
----------	---	---	---	---	---	---

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssi- mo
3	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

Ana Navalho-Satisfação com a vida, Qualidade de vida e Imagem corporal em mulheres sedentárias,
praticantes de dança e de outra atividade física

14	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5		
				Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))?	1	2	3	4	5		

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas ultimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Até que está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio					

Ana Navalho-Satisfação com a vida, Qualidade de vida e Imagem corporal em mulheres sedentárias,
praticantes de dança e de outra atividade física

	que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

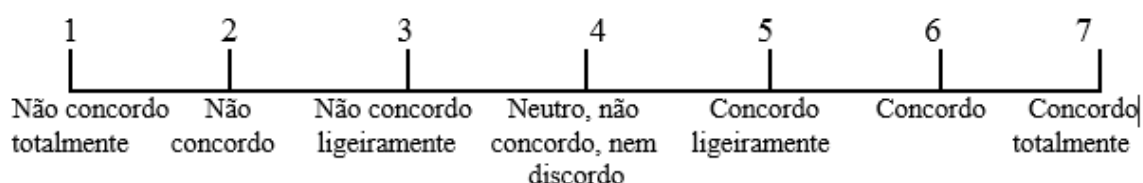
A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

SWLS – E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larsen & S. Griffin, 1985

Versão: J. Rosa & A. Baptista, 2000

Em baixo seguem-se 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Usando a escala de 1 a 7, que se descreve seguidamente, indique a sua concordância com cada afirmação, colocando o número apropriado na linha que precede cada ítem. A escala de 7 pontos é a seguinte:



___ Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal.

___ As minhas condições de vida são excelentes.

___ Estou satisfeito com a minha vida.

___ Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida.

___ Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada.

BSQ - P.J. Cooper, M. Taylor, Z. Cooper & C.G. Fairburn, (1987)

Tradução: - I. Santos & A. Baptista (1997)

Gostaríamos de saber como é que se tem sentido a propósito da sua aparência nas últimas quatro semanas. Leia por favor cada questão e assinale a sua resposta, com o número que achar apropriado da escala de 1 a 6, à direita de cada questão. Responda por favor a todas as questões.

1-Nunca 2-Quase nunca 3-Às vezes 4-Regularmente 5-Quase sempre 6-Sempre

1. Um sentimento de tristeza tem-no feito pensar repetidamente na forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
2. Tem-se sentido tão preocupado com a forma do seu corpo que pensou em fazer dieta?.....	1	2	3	4	5	6
3. Tem pensado que as partes do seu corpo (por ex. ancas, coxas, nádegas ou barriga) são grandes demais em relação ao resto do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
4. Tem sentido medo de poder vir a ser gordo?.....	1	2	3	4	5	6
5. Tem-se preocupado pelo facto do seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se cheio (por ex. depois de ter comido uma boa refeição) fê-lo sentir-se gordo?....	1	2	3	4	5	6
7. Tem-se sentido tão mal com a forma do seu corpo que tem chorado?.....	1	2	3	4	5	6
8. Evita correr com medo que o seu corpo abane?.....	1	2	3	4	5	6
9. Ter estado com pessoas magras fê-lo ter vergonha da forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
10. Tem-se preocupado com o facto das suas coxas aumentarem de volume quando se senta?....	1	2	3	4	5	6
11. Comer mesmo que seja uma pequena quantidade de comida fê-lo sentir-se gordo?	1	2	3	4	5	6
12. Tem reparado na forma do corpo de outras pessoas e sentiu que a forma do seu corpo era inferior quando comparada com a dos outros?.....	1	2	3	4	5	6
13. Pensar na forma do seu corpo interferiu com a sua capacidade se concentrar (enquanto vê televisão, lê, ou conversa)?.....	1	2	3	4	5	6
14. Estar nu, como quando toma banho, fê-lo sentir-se gordo?	1	2	3	4	5	6
15. Tem evitado usar roupas que o fazem estar particularmente atento à forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
16. Tem imaginado tirar as partes flácidas do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos com elevado teor calórico, fê-lo sentir-se gordo?.....	1	2	3	4	5	6
18. Não tem comparecido a reuniões sociais (ex. festas) por se sentir mal com a forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
19. Tem-se sentido excessivamente largo e arredondado?.....	1	2	3	4	5	6
20. Tem-se sentido envergonhado do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação com a forma do seu corpo fê-lo fazer uma dieta?.....	1	2	3	4	5	6
22. Sente-se mais contente com a forma do seu corpo, quando o seu estômago está vazio (por	1	2	3	4	5	6

Ana Navalho-Satisfação com a vida, Qualidade de vida e Imagem corporal em mulheres sedentárias,
praticantes de dança e de outra atividade física

ex. de manhã)?.....	
23. Pensa que a forma do seu corpo depende do seu pouco auto-controlo?.....	1 2 3 4 5 6
24. Preocupa-se com o facto de outras pessoas verem “pneus” na zona da sua cintura ou barriga?.....	1 2 3 4 5 6
25. Sentiu que não é justo que outras pessoas sejam mais magras que você?.....	1 2 3 4 5 6
26. Vomitou com o objectivo de se sentir mais magro?.....	1 2 3 4 5 6
27. Quando esteve acompanhado sentiu-se aborrecido por ocupar muito espaço (por ex. sentado no sofá ou num lugar do autocarro)?.....	1 2 3 4 5 6
28. Tem-se preocupado com o facto de no seu corpo estarem a aparecer os chamados “pneus”?.....	1 2 3 4 5 6
29. Ver a sua imagem (por ex. num espelho ou numa montra) fá-lo sentir mal acerca da forma do seu corpo?.....	1 2 3 4 5 6
30. Tem apalpado partes do seu corpo para ver a quantidade de gordura que aí tem?.....	1 2 3 4 5 6
31. Tem evitado situações nas quais as pessoas podem ver o seu corpo (por ex. vestiários, piscinas, etc.)?.....	1 2 3 4 5 6
32. Tomou laxativos com o objectivo de se sentir mais magro?.....	1 2 3 4 5 6
33. Tem-se sentido envergonhado acerca da forma do seu corpo quando está na companhia de outras pessoas?.....	1 2 3 4 5 6
34. As preocupações acerca da forma do seu corpo fazem-lhe sentir a necessidade de fazer exercício?.....	1 2 3 4 5 6

Grata pela sua Participação.