



**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Exercício e Saúde**

Dissertação

**Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força:  
Motivações, Barreiras e Papel na Autoestima e Satisfação  
Corporal**

Jéssica Vaz Velho Sebastião de Melo

Orientador(es) | N. Batalha

Gabriela Almeida

Évora 2024

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Exercício e Saúde**

Dissertação

**Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força:  
Motivações, Barreiras e Papel na Autoestima e Satisfação  
Corporal**

Jéssica Vaz Velho Sebastião de Melo

Orientador(es) | N. Batalha

Gabriela Almeida

Évora 2024

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Pablo Tomas-Carus (Universidade de Évora)

Vogais | Catarina Lino Pereira (Universidade de Évora) (Arguente)  
Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)

*"Caring for myself is not self-indulgence, it is self-preservation,  
and that is an act of political warfare."*

Audre Lorde

## AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação foi uma jornada marcada por desafios e conquistas. Sem o apoio e a contribuição de pessoas chave, este trabalho não teria sido possível. Houve momentos difíceis que exigiram resiliência e esforço, mas também houve o suporte de pessoas que foram fundamentais para superar essas adversidades e para o sucesso desta pesquisa. Cada obstáculo enfrentado e cada apoio recebido foram essenciais para o desenvolvimento e conclusão deste estudo.

Expresso minha sincera gratidão aos meus orientadores, Nuno Batalha e Gabriela de Almeida, pelo apoio constante, orientação valiosa e pelo feedback construtivo que foram cruciais para o sucesso desta pesquisa.

Agradeço de coração aos meus pais, cujo apoio contínuo e incentivo me permitiram perseguir meus estudos com determinação e paixão. Ao meu irmão agradeço por sempre me ter visto como um exemplo.

Aos meus avós, que sempre acreditaram em mim e me deram força para seguir em frente, sou eternamente grata.

Um agradecimento especial à minha melhor amiga, Bárbara, pela motivação e pelo apoio contínuo durante todo o processo. Ao meu amigo, Ricardo, que esteve presente nos momentos mais difíceis e me ofereceu ajuda inestimável, expresso a minha profunda gratidão.

Sou grata também aos clientes do *Place Fitness Center* e a todas as pessoas que participaram no estudo. O vosso contributo foi fundamental para a realização desta pesquisa. Agradeço igualmente aos meus colegas, cuja colaboração foi essencial para levar o meu estudo a um público mais amplo.

Finalmente, agradeço a toda a minha família e amigos em geral pelo suporte constante e pela compreensão. Cada um de vocês desempenhou um papel importante na conclusão desta dissertação.

A todos, muito obrigada.

# **Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força: Motivações, Barreiras e Papel na Autoestima e Satisfação Corporal**

## **RESUMO**

**Contextualização:** A adesão das mulheres ao treino de força (TF) tem vindo a tornar-se um tema de crescente relevância nos últimos anos. Mais mulheres estão a aderir ao TF, reconhecendo o seu papel, não só no seu bem-estar físico, mas também mental. Porém, existem ainda algumas barreiras que podem impedir a sua adesão.

**Objetivos:** Analisar a adesão das mulheres ativas ao TF, com foco nos fatores que as motivam ou impedem de praticar esta atividade; analisar o papel do TF na autoestima e satisfação corporal.

**Metodologia:** Estudo transversal observacional em que 240 mulheres fisicamente ativas ( $30.69 \pm 8.87$  anos) responderam a um questionário sobre hábitos de treino, motivações e barreiras associadas à adesão ao TF. Responderam também à Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e à Silhouette Rating Scale (SRS).

**Resultados:** 194 (80.8%) mulheres da amostra praticam TF. Mulheres sem companheiro e que não têm filhos menores ou dependentes praticam TF com maior frequência do que as que têm companheiro e filhos nessas condições. Melhorar a forma física e a saúde (física e mental) são as principais motivações para a prática de TF, e a falta de compromisso e de motivação as principais barreiras. A autoestima foi discretamente maior nas praticantes de TF ( $31.49 \pm 4.50$  pontos *vs.*  $30.15 \pm 5.44$  pontos na RSES) e a discrepância entre silhuetas discretamente mais baixa ( $0.91 \pm 0.78$  pontos *vs.*  $0.96 \pm 0.76$  pontos na SRS), embora sem significância estatística.

**Conclusão:** Mulheres que praticam TF há pelo menos 1 ano apresentaram maior satisfação corporal do que as que praticam há menos tempo, o que sugere que a prática de TF contribui para uma maior satisfação corporal e, possivelmente, uma maior autoestima ao longo do tempo.

**Palavras-chave:** *adesão, treino de força, exercício físico, mulheres, autoestima, satisfação corporal, impedimentos, motivações, autoconceito.*

# **Adherence of the Active Female Population to Resistance Training: Motivations, Barriers and Role in Self-Esteem and Body Satisfaction**

## **ABSTRACT**

**Background:** Women's adherence to resistance training (RT) has become an increasingly relevant topic in recent years. More women are engaging in RT, recognizing its role not only in their physical but also mental well-being. However, there are still barriers that may prevent their adherence to RT.

**Objectives:** To study the adherence of active women to RT, focusing on the factors that motivate or prevent them from practicing this activity; evaluate the role of RT in self-esteem and body satisfaction.

**Methodology:** Observational cross-sectional study in which 240 physically active women ( $30.69 \pm 8.87$  years) answered a questionnaire about training habits, motivations and barriers associated with adherence to the strength training. They also completed the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Silhouette Rating Scale (SRS).

**Results:** 194 (80.8%) women in the sample practice RT. Women without a partner and who do not have minor or dependent children practice RT more frequently than those who have a partner and children in these conditions. Improving physical fitness and health (physical and mental) are the main motivations for the practice of RT, and lack of commitment and motivation are the main barriers. The self-esteem was slightly higher in RT practitioners ( $31.49 \pm 4.50$  points *vs.*  $30.15 \pm 5.44$  points in RSES) and the discrepancy between silhouettes was slightly lower ( $0.91 \pm 0.78$  points *vs.*  $0.96 \pm 0.76$  points in SRS), although without statistical significance.

**Conclusion:** Women who have been practicing RT for at least 1 year had higher body satisfaction than those who have been practicing for less time, which suggests that the practice of RT contributes to greater body satisfaction and, possibly, greater self-esteem over time.

**Keywords:** *adherence, resistance training, physical exercise, women, self-esteem, body satisfaction, impediments, motivations, self-concept.*

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	ii
RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÍNDICE GERAL .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vii
ÍNDICE DE TABELAS .....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
1. Introdução .....	1
2. Revisão da Literatura .....	3
2.1 Treino de Força .....	3
2.2 Adesão das Mulheres ao Treino de Força.....	6
2.2.1 Barreiras à Prática de Treino de Força em Mulheres .....	7
2.2.2 Motivações à Prática de Treino de Força em Mulheres .....	8
2.3 Autoestima e Satisfação com a Imagem Corporal .....	9
2.3.1 Autoestima.....	9
2.3.2 Imagem Corporal.....	11
2.3.3 Autoestima e Satisfação Corporal .....	11
2.4 Exercício Físico e Atividade Física na Autoestima e na Satisfação Corporal .....	13
2.4.1 Treino de Força na Autoestima e Satisfação Corporal .....	14
3. Objetivos do estudo.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4. Metodologia .....	17
4.1 Tipo e Desenho do Estudo .....	17
4.2 Amostra.....	17
4.3 Procedimentos .....	19
4.4 Variáveis e Instrumentos de Avaliação.....	20
4.4.1 Questionário Sociodemográfico e de Adesão da População Feminina Ativa ao TF .....	20
4.4.2 Autoestima - Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) .....	22
4.4.3 Satisfação com a Imagem Corporal - Silhouette Rating Scale (SRS).....	23

4.5	Análise Estatística .....	24
5.	Resultados .....	25
5.1	Estatísticas Descritivas das Variáveis de Atividade Física do “Questionário Sociodemográfico e de Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força” .....	25
5.2	Adesão ao Treino de Força .....	27
5.2.1.	Tempo de prática de treino de força e frequência semanal vs. características sociodemográficas .....	28
5.2.2.	Preferências de tipo de treino de força, de companhia durante o treino, planeamento do treino e local de realização do treino de força .....	31
5.3	Motivações para a Prática de Treino de Força .....	35
5.4	Barreiras à Prática de Treino de Força .....	38
5.5	Autoestima .....	40
5.6	Satisfação Corporal .....	42
5.7	Relação entre Autoestima e Satisfação Corporal .....	44
6.	Discussão .....	45
7.	Conclusão .....	57
8.	Implicações para a Prática .....	58
9.	Limitações e Sugestões para Pesquisas Futuras .....	60
	REFERÊNCIAS .....	61
	ANEXOS .....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de fluxo da amostra .....	18
Figura 2. Volume de treino semanal da amostra (n=240) .....	26
Figura 3. Diagrama de Venn correspondente às 4 modalidades de treino de força mais praticadas pelas participantes (n=194).....	32
Figura 4. Diagrama de Venn correspondente às preferências de companhia das participantes durante o Treino de Força (n=194).....	33
Figura 5. Diagrama de Venn correspondente às preferências das participantes quanto ao planeamento do Treino de Força (n= 194) .....	34
Figura 6. Diagrama de Venn correspondente às preferências das participantes relativamente ao(s) local/locais onde realizam Treino de Força (n=194).....	35

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Vocabulário e definições relacionadas com o treino de força (Adaptado de Stricker et al., 2020).....	4
Tabela 2. Fiabilidade temporal do questionário sobre as barreiras associadas ao treino de força .....	22
Tabela 3. Número de passos diários e horas sentada por dia da amostra total (n=240).....	25
Tabela 4. Volume de treino semanal e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=240) .....	27
Tabela 5. Prática de treino de força e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=240) .....	28
Tabela 6. Tempo de prática e frequência semanal de Treino de Força (n=194) .....	28
Tabela 7. Frequência semanal de Treino de Força e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=194) .....	30
Tabela 8. Tempo de prática de treino de força e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=194) .....	31
Tabela 9. Motivações para a prática de treino de força por situação conjugal e filhos menores ou dependentes (n=194) .....	37
Tabela 10. Respostas das participantes relativamente às barreiras que as levam a praticar Treino	

de Força (n=46) .....	39
Tabela 11. Respostas aos itens da RSES (n=240) .....	41
Tabela 12. Respostas aos itens da SRS (n=240).....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AF** – Atividade Física

**AFMV** – Atividade Física Moderada a Vigorosa

**EF** – Exercício Físico

**HIIT** – *High Intensity Interval Training*

**ICC** - *Intra-Class Correlation*

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PT** – *Personal Trainer*

**RM** – Repetição Máxima

**RSES** - Escala de Autoestima de Rosenberg

**SA** – Silhueta Atual

**SI** – Silhueta Ideal

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

**SRS** - *Silhouette Rating Scale*

**TF** – Treino de Força

## 1. Introdução

A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2020) recomenda que adultos realizem atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana. O treino de força é recomendado como parte integrante de um programa de condição física que englobe exercícios aeróbicos e de flexibilidade.

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo no número de mulheres que praticam atividade física, especialmente em centros de fitness (Fernández-Martínez et al., 2020). No entanto, existe uma disparidade de género com as taxas de participação no treino de força. Existe uma possível discrepância no conhecimento e na educação fornecidos a homens e mulheres com base nos seus antecedentes de atividade física e exercício (Kilpatrick et al., 2005).

No que diz respeito ao treino de força, em particular, a adesão das mulheres a esta prática tem vindo a tornar-se um tema de crescente relevância nos últimos anos, refletindo uma mudança significativa nas perceções tradicionais de fitness e saúde. Mais mulheres estão a aderir ao treino de força, reconhecendo o seu papel, não só no seu bem-estar físico, mas também psicológico. Para além dos benefícios físicos, esta prática regular do treino de força pode ter também influência na autoestima das mulheres, em questões relacionadas com a confiança pessoal, imagem corporal e autoaceitação (Aşçı, 2003; Ossip-Klein et al., 1989).

No mundo moderno, as mulheres sentem-se sob pressão para manter uma aparência jovem e corresponder aos padrões de beleza irreais representados nos *media* (Olchowska-Kotala, 2017). Alguns fatores, principalmente como o desejo de obter o corpo desejado (magro e tonificado), podem levar as mulheres a aderir à prática de treino de força (Donovan & Uhlmann, 2022; Sun et al., 2017).

Porém, estereótipos sociais, expectativas culturais sobre feminilidade e força física, falta de conhecimento ou experiências negativas podem desencorajar as mulheres de praticar treino de força (Grogan, 2016). Fatores como o estado social ou a presença de filhos menores ou dependentes também podem estar na origem da falta de adesão de algumas mulheres ao treino de força.

Assim, ao longo deste estudo, serão exploradas as motivações, barreiras e experiências das mulheres que aderem ao treino de força, assim como o papel dessa prática na sua autoestima e satisfação com a imagem corporal.

Espera-se que este estudo contribua para uma melhor compreensão das motivações e barreiras que influenciam a adesão das mulheres ao treino de força. As principais motivações devem incluir a busca por melhor aparência (Grogan, 2016; Kilpatrick et al., 2005), controlo de peso (Kilpatrick et al., 2005), redução de ansiedade/stress (Kilpatrick et al., 2005), bem-estar (Dąbrowska-Galas & Dąbrowska, 2021), enquanto as barreiras, provavelmente, envolvem falta de tempo (Arikawa et al., 2011; Surakka et al., 2004; White et al., 2005), falta de companhia (Kanel & Rellinger, 2019), desmotivação (Surakka et al., 2004), ausência de disciplina/compromisso (Hurley et al., 2018), falta de conhecimento técnico (Grogan, 2016; Ford et al., 2023) ou desconforto no ambiente de ginásio (Grogan, 2016; Ford et al., 2023; Rohloff, 2013) ou receio de serem assediadas/ observadas por homens (Ackerman; 2015; Kanel & Rellinger, 2019). Diferentes grupos de mulheres, com base na idade, estado civil e antecedentes de atividade física, podem apresentar níveis variados de adesão ao treino de força (Arikawa et al., 2011; Surakka et al., 2004; White et al., 2005). Prevê-se que o treino de força tenha um papel positivo na autoestima e na satisfação corporal (Aşçı, 2003; Brazell-Roberts & Thomas, 1989; Collins et al., 2019; Ossip-Klein et al., 1989; Velez et al., 2010).

Este estudo poderá fornecer informações valiosas para promover estratégias que aumentem a adesão ao treino de força, beneficiando a saúde física e mental das mulheres.

## **2. Revisão da Literatura**

### **2.1 Treino de Força**

A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2020) recomenda que adultos realizem atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana. O treino de força é recomendado como parte integrante de um programa de condição física que englobe exercícios aeróbicos e de flexibilidade.

#### *2.1.1 Definição*

Treino de força é um termo geral que inclui diferentes métodos de exercício regular projetados para o aumento da força, potência e resistência muscular, através de cargas resistidas proporcionadas pelo uso de máquinas, pesos livres (barras, halteres, bolas medicinais, kettlebells, elásticos) ou peso corporal (Stricker et al., 2020).

#### *2.1.2 Objetivos*

Este método de treino pode ser realizado com os seguintes objetivos: prevenção e recuperação de lesões; treino de condição física geral; treino para fins estéticos (musculação); treino para desportos competitivos (Stone et al., 2007).

Os seus potenciais benefícios para a saúde e desempenho são vastos. Foi comprovado que reduz a gordura corporal, aumenta a taxa metabólica basal, diminui a pressão arterial e as exigências cardiovasculares durante o exercício, melhora os perfis lipídicos no sangue, a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina, aumenta a área de secção transversal dos músculos e tecido conjuntivo, melhora a capacidade funcional e alivia a dor lombar (Kraemer & Ratamess, 2004).

Tabela 1. *Vocabulário e definições relacionadas com o treino de força (Adaptado de Stricker et al., 2020)*

<b>Nome</b>	<b>Definição</b>
<b>Musculação</b>	Levantamento de pesos com o objetivo específico de aumentar o tamanho muscular, simetria e definição.
<b>Ação muscular concêntrica</b>	Fase do movimento em que o músculo encurta, aproximando o ponto de inserção do ponto de origem.
<b>Ação muscular excêntrica</b>	Fase do movimento em que o músculo alonga, afastando o ponto de inserção do ponto de origem.
<b>Aptidão muscular</b>	Um termo global que inclui força muscular, potência muscular e resistência muscular local.
<b>Levantamento de potência</b>	Um desporto competitivo que envolve a máxima capacidade de elevação.
<b>Reabilitação</b>	Treino funcional de força e flexibilidade com o objetivo de prevenir lesões antes que elas aconteçam ou reduzir o risco de uma lesão recorrente.
<b>Repetição (rep)</b>	Um movimento completo de um exercício que normalmente envolve levantar/baixar ou empurrar/puxar uma determinada carga.
<b>Repetição máxima (RM)</b>	A quantidade máxima de peso que pode ser levantada com a técnica de exercício adequada usando uma determinada resistência; um 1 RM é a resistência máxima que pode ser usada para 1 repetição completa de um exercício, enquanto um 10 RM é a resistência máxima que pode ser usada para 10 repetições completas de um exercício
<b>Set / Série</b>	Um grupo de repetições realizadas continuamente
<b>Halterofilismo</b>	O uso de exercícios de levantamento de peso, movimentos e derivados desses exercícios incorporados a um programa de treino.

### *2.1.3 Princípios Básicos de Treino*

Ao planear um programa de força existem alguns princípios básicos que precisam de ser considerados, tal como nos restantes tipos de treino.

Sobrecarga: Um atleta deve ser exposto a um estímulo de sobrecarga em intervalos regulares para a indução de adaptações ao treino. Um estímulo de sobrecarga pode ser

manipulado alterando o modo de exercício, a duração, a frequência, a intensidade e o período de recuperação entre as sessões de treino (Smith, 2003).

Frequência: A frequência de treino refere-se ao número de sessões de treino num período definido. Por exemplo, a frequência de treino pode variar entre 5 e 14 sessões por semana dependendo do desporto, do nível de desempenho do atleta e da fase do ciclo de treino (Smith, 2003).

Duração: Refere-se ao tempo ou quantidade da sessão de exercícios. Isto é, por vezes, confundido com o volume de treino, que quantifica o treino durante um período e combina duração e frequência (Bompa & Buzzichelli, 2019).

Intensidade: Situa-se algures num continuum entre o repouso (taxa metabólica basal) e o esforço máximo, que coincide com o consumo máximo de oxigénio para essa atividade. A intensidade do exercício pode ser monitorada medindo o consumo submáximo de oxigénio, frequência cardíaca, lactato sanguíneo, o peso levantado durante o exercício, ou a perceção de esforço. A intensidade do treino é o principal estímulo de treino que influencia a adaptação e o desempenho. Cargas superiores a 80-85% de uma Repetição Máxima (RM), ou alternativamente na faixa de cargas de 1-6 RM, são necessárias para maximizar o aumento da força. Maximizar a força só é possível se mais músculos forem recrutados durante o exercício, e para isso acontecer é necessário levantar cargas mais pesadas (Kraemer & Ratamess, 2004). Dependendo das necessidades individuais ou dos objetivos de treino, o treino de força pode ser prescrito de forma diferente (ou seja, usando cargas menores, por exemplo, 70-80% de cargas de 1 RM ou  $\pm$  8-12 RM), e ganhos de força suficientes, embora não máximos, podem ser necessários. (Schwellnus, 2008).

Descanso e recuperação: O descanso e a recuperação são princípios de treino importantes e muitas vezes negligenciados. Recomenda-se que os jogadores sejam monitorados utilizando estratégias subjetivas e objetivas para garantir que o período de recuperação seja personalizado (Schwellnus, 2008).

#### *2.1.4 Métodos de Treino de Força*

Os melhores resultados para ganho de força e potência são alcançados quando cargas mais pesadas são utilizadas durante o treino de força (Hass et al., 2001). Força e potência serão desenvolvidas até certo ponto, independentemente de se treinar com pesos pesados ou leves. No entanto, dentro do continuum peso leve-pesado, a carga utilizada favorecerá um

componente específico, seja força ou potência.

### *2.1.5 Formas de Treino de Força*

O treino de força pode ser realizado de diversas formas, cada uma oferecendo benefícios distintos e atendendo a diferentes preferências e objetivos.

Aulas de grupo proporcionam um ambiente motivador e estruturado, permitindo que os participantes sigam orientações específicas de um instrutor enquanto beneficiam da energia coletiva. A musculação na sala de exercício oferece a flexibilidade de treinar de forma independente, utilizando uma variedade de máquinas e pesos livres para personalizar o treino de acordo com as necessidades individuais. O CrossFit, uma modalidade de treino de alta intensidade que combina levantamento de peso, cardio e exercícios funcionais, destaca-se pela sua abordagem comunitária e desafiadora, promovendo a superação de limites pessoais e a melhoria da capacidade física geral. O treino de força com bandas elásticas é outra opção, ideal para quem busca uma forma de exercício prática e versátil que pode ser realizada em qualquer lugar. O treino funcional, que muitas vezes incorpora equipamentos como kettlebells e bolas medicinais, visa melhorar a força através de movimentos que reproduzem as atividades diárias, aumentando a estabilidade e a coordenação. Por fim, modalidades como o Pilates e o Yoga também podem ser adaptadas para incluir elementos de treino de força, utilizando o peso do corpo para aumentar a resistência muscular e a flexibilidade (Tobin, 2022; Walker, 2021).

## **2.2 Adesão das Mulheres ao Treino de Força**

Embora se desconheça a taxa exata de adesão em Portugal, estima-se que, na Europa, cerca de 11% das mulheres praticam exercício físico em ginásios (Fernández-Martínez et al., 2020). Esses dados sugerem que os centros de fitness se tornaram importantes promotores ativos de um estilo de vida saudável. De facto, nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo no número de mulheres que praticam exercício físico, especialmente em ginásios. Este crescimento é corroborado por estudos que mostram uma tendência crescente na adesão feminina a estas instituições (Fernández-Martínez et al., 2020).

A diversificação da oferta de atividades e serviços nos centros de fitness, bem como a incorporação de ginásios exclusivos para mulheres, são exemplos da adaptação da indústria do fitness às necessidades específicas do público feminino. Esta adaptação tem sido fundamental para atrair mais mulheres para a prática regular de exercício físico (Fernández-Martínez et al.,

2020).

As aulas de grupo são extremamente populares entre as mulheres, representando a maioria dos participantes dessas atividades nos ginásios:

- Yoga é a atividade de grupo mais popular globalmente, sendo maioritariamente praticada por faixas etárias mais velhas (Walker, 2021);
- As aulas de *spinning*, em bicicletas estacionárias, e de HIIT (Treino Intervalado de Alta Intensidade) são valorizadas pelo seu impacto cardiovascular e pelo elevado gasto calórico (Tobin, 2022; Walker, 2021);
- As aulas coreografadas, que combinam movimentos de dança com exercícios de alta energia, são outra escolha popular entre as mulheres diversão e pela capacidade de melhorar a resistência física (Walker, 2021);
- Pilates é uma prática focada no fortalecimento do core e na melhoria da flexibilidade também popular entre as mulheres devido ao seu foco em movimentos controlados e à redução do risco de lesões, além dos benefícios estéticos e funcionais (Tobin, 2022).
- O Treino de Força tem crescido em popularidade entre as mulheres, embora tradicionalmente tenha sido dominado por homens, devido a uma maior consciencialização sobre os seus benefícios em geral (Tobin, 2022).

No entanto, existe uma disparidade de género com as taxas de participação no treino de força. Existe uma possível discrepância no conhecimento e na educação fornecidos a homens e mulheres com base nos seus antecedentes de atividade física e exercício (Kilpatrick et al., 2005; Rohloff, 2013).

### *2.2.1 Barreiras à Prática de Treino de Força em Mulheres*

Estereótipos sociais e expectativas culturais sobre feminilidade e força física podem desencorajar as mulheres de praticar treino de força. Algumas mulheres podem sentir-se intimidadas ou não ter conhecimento sobre como realizar corretamente os exercícios (Grogan, 2016). Para as mulheres que não têm conhecimento sobre musculação, simplesmente aderir ao cardio pode ser mais confortável do que tentar navegar pela variedade de equipamentos do ginásio, movimentos desconhecidos e desinformação (Ford et al., 2023). O ambiente do próprio ginásio pode, também, ser uma barreira se for percebido como pouco acolhedor ou dominado por homens (Grogan, 2016; Rohloff, 2013).

Um estudo realizado por Kanel e Rellinger (2019), com o objetivo de compreender

melhor as potenciais barreiras que as mulheres podem apresentar para a prática de treino de força, identificou dois grupos distintos entre as participantes: as Exerçitadoras (*The Equipped Exercisers*) que tinham conhecimento dos benefícios do treino de força e estavam motivadas a exercitar-se; e as Obstáculos (*Roadblockers*) que enfrentavam várias barreiras, incluindo falta de companhia (procurando apoio social), aversão ao treino de força (não considerando necessário para obtenção de uma boa forma física), medo de serem observadas por homens na sala de exercício e de serem julgadas (preferindo treinar num ambiente privado), tal como destacado também no estudo de Kanel e Rellinger (2019). Assim, a preocupação com o assédio também parece constituir-se uma barreira à prática de TF (Ackerman; 2015).

Um outro estudo realizado por Surakka et al. (2004), com o objetivo de investigar a adesão de homens e mulheres de meia-idade a um programa supervisionado de treino de força, demonstrou que mulheres com mais de 50 anos apresentaram uma frequência de exercício mais elevado do que mulheres com menos de 40 anos; o tabagismo foi um preditor de baixa adesão nas mulheres; e falta de motivação, falta de tempo e lesões induzidas pelo exercício foram os principais motivos para abandono do programa.

Já o estudo realizado por Arikawa et al. (2011) demonstrou que a adesão de mulheres na pré-menopausa a um programa de musculação foi afetada por vários fatores demográficos. A adesão foi significativamente menor entre mulheres com maior escolaridade e entre as solteiras com filhos de 6 a 12 anos em comparação com as casadas sem filhos. Isto pode significar que, mudanças significativas na vida, como o aumento das responsabilidades familiares, podem ser um fator crucial que interfere na adesão a atividades físicas; essas mudanças frequentemente resultam num aumento das responsabilidades e na gestão do tempo, que se pode traduzir em menos tempo disponível para o autocuidado e para a prática regular de exercícios, nomeadamente de treino de força (White et al., 2005).

Por fim, outras barreiras associadas à prática de treino de força em mulheres, descritas por Hurley et al. (2018) são estar muito ocupada, falta de desejo e muita disciplina necessária para participar continuamente num programa de treino.

### 2.2.2 *Motivações à Prática de Treino de Força em Mulheres*

Na investigação realizada por Sun et al. (2017), em que o objetivo era investigar os fatores que influenciam a adesão das mulheres à Atividade Física Moderada a Vigorosa (AFMV), verificou que os níveis de atividade física durante a adolescência eram um forte

preditor da adesão à atividade física na idade adulta. Além disso, querer perder peso, o uso de ginásios próximos, e a participação em pelo menos 5 dias de educação física por semana durante a adolescência também foram preditores significativos de adesão à atividade física na idade adulta. Por outro lado, mulheres que não se percebiam fisicamente aptas tinham uma menor probabilidade de aderir à atividade física na idade adulta.

No estudo de Kilpatrick et al. (2005), os autores verificaram que as motivações de estudantes universitárias para a adesão ao exercício são principalmente extrínsecas e focadas na aparência, no controlo do peso e do stress. Por outro lado, o estudo de Dąbrowska-Galas e Dąbrowska (2021) destaca que a motivação intrínseca (por exemplo, sentir-se bem consigo mesma) é crucial para a adesão a longo prazo.

Assim, embora muitas mulheres pratiquem treino de força pelos benefícios à saúde, como melhorar a saúde cardiovascular, densidade óssea e capacidade física geral, a maior parte é motivada pelo desejo de melhorar a aparência física, como reduzir a gordura corporal e aumentar a definição muscular (Grogan, 2016).

Intervenções para promover uma imagem corporal positiva incluem educar as mulheres sobre os benefícios do treino de força e fornecer informações precisas para reduzir equívocos e encorajar a participação. Destacar modelos positivos nos meios de comunicação que pratiquem treino de força pode desafiar estereótipos e promover a positividade corporal. Além disso, criar ambientes de ginásio acolhedores e inclusivos pode ajudar as mulheres a sentirem-se mais confortáveis e motivadas a participar no treino de força (Grogan, 2016).

## **2.3 Autoestima e Satisfação com a Imagem Corporal**

### *2.3.1 Autoestima*

A autoestima é o aspeto afetivo ou emocional que geralmente se refere a como nos sentimos ou como nos valorizamos. Em outras palavras, trata-se da avaliação subjetiva que um indivíduo faz de si mesmo, percebendo-se como intrinsecamente positivo ou negativo em algum grau. Esta avaliação subjetiva é composta tanto por crenças autossignificantes (por exemplo, "eu sou competente/incompetente", "eu sou querido/odiado") quanto por emoções autossignificantes associadas, como sentimentos de triunfo/desespero e orgulho/vergonha (Huitt, 2009).

O autoconceito também é relevante neste contexto, pois refere-se à ideia geral que

temos de nós mesmos. A autoestima, por sua vez, pode ser entendida como medidas particulares sobre componentes do autoconceito (Huitt, 2009). Por outras palavras, enquanto o autoconceito oferece uma visão ampla e abrangente de quem somos, a autoestima foca-se em avaliações mais específicas e particulares dessa visão geral.

A autoestima global representa uma orientação geral positiva ou negativa em relação a si mesmo, sendo uma avaliação abrangente do próprio valor ou mérito. Na abordagem de Rosenberg, uma autoestima global alta consiste na crença de que se é uma pessoa "suficientemente boa" e valiosa, sem a necessidade de se considerar melhor do que outras pessoas. Por outro lado, uma autoestima baixa expressa a falta de satisfação e o descontentamento consigo mesmo (Rosenberg, 1989).

Seguindo esta linha de argumentação, a autoestima também pode ser vista como um reflexo do senso de eficácia pessoal ou autoeficácia, a confiança na própria capacidade de enfrentar desafios e alcançar objetivos. Além disso, a autoestima está intrinsecamente ligada ao autorrespeito e à autoaceitação, conceitos que reforçam a ideia de uma perceção positiva e equilibrada de si mesmo (Palenzuela-Luis et al., 2022).

Assim, uma autoestima saudável e elevada permite ao indivíduo sentir-se merecedor de felicidade e bem-estar, influenciando positivamente o seu comportamento e as suas interações sociais. Desta forma, a autoestima desempenha um papel crucial na saúde mental e no desenvolvimento pessoal, afetando diretamente a maneira como nos percebemos e nos relacionamos com o mundo ao nosso redor.

Portanto, a compreensão da autoestima e dos seus componentes é essencial para promover uma visão equilibrada e positiva de si mesmo, contribuindo para o bem-estar emocional e psicológico do indivíduo. A integração de crenças autossignificantes, emoções associadas e a avaliação global do próprio valor são elementos-chave para uma autoestima saudável e robusta.

### *2.3.1 Autoestima nas Mulheres*

Mulheres tendem a relatar níveis menores de autoestima do que os homens. Este padrão de diferença de género sugere que as experiências e expectativas sociais associadas ao género desempenham um papel significativo na formação e manutenção da autoestima ao longo da vida (Bleidorn et al., 2016).

Para ambos os géneros, a trajetória da autoestima ao longo da vida apresenta um

padrão relativamente consistente: a autoestima é geralmente alta na infância, diminui durante a adolescência, aumenta novamente na idade adulta e declina na velhice (Bleidorn et al., 2016). Este ciclo pode ser explicado pelas mudanças físicas, emocionais e sociais que ocorrem em cada fase da vida, afetando a forma como os indivíduos se percebem e se valorizam. Na infância, as crianças geralmente possuem uma autoestima elevada devido à natureza protetora e incentivadora dos ambientes familiares e escolares. Na adolescência, a autoestima tende a cair devido às várias mudanças físicas e emocionais, assim como à crescente pressão social. Na idade adulta, a autoestima tende a aumentar novamente à medida que os indivíduos alcançam maior estabilidade emocional e profissional. Finalmente, na velhice, pode ocorrer um declínio na autoestima devido a fatores como a saúde debilitada e a perda de papéis sociais e envelhecimento do físico (Pruis & Janowsky, 2010).

Diferenças culturais, como indicadores socioeconômicos e de igualdade de gênero, afetam as variações na autoestima entre gêneros. Em culturas mais individualistas e prósperas, onde a realização pessoal e a autoexpressão são altamente valorizadas, as diferenças nos traços de personalidade entre gêneros tendem a ser mais acentuadas. Por exemplo, Indicadores como a idade média ao primeiro casamento moderam as diferenças culturais nos efeitos da idade sobre a autoestima (Bleidorn et al., 2016).

### *2.3.2 Imagem Corporal*

A imagem corporal refere-se às percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre a sua aparência física. Este conceito é crucial para entender como as mulheres percebem os seus corpos em relação aos padrões sociais. Uma imagem corporal positiva está intimamente ligada a uma autoestima mais elevada. As mulheres satisfeitas com a sua imagem corporal tendem a ter uma autoestima geral mais elevada (Grogan, 2016).

### *2.3.3 Autoestima e Satisfação Corporal*

Alguns estudos demonstraram uma relação significativa entre a satisfação corporal e a autoestima global, o que levou diversos autores a conceptualizar a imagem corporal das mulheres como um componente essencial da autoestima global (Olchowska-Kotala, 2017). Esta interligação indica que a forma como as mulheres percebem o seu corpo influencia diretamente a sua avaliação global de si mesmas.

A insatisfação corporal está negativamente correlacionada com a autoestima em

mulheres, indicando que aquelas que não estão satisfeitas com os seus corpos tendem a ter uma autoestima mais baixa (Pop, 2016). Por outro lado, mulheres com maior satisfação com sua imagem corporal geralmente apresentam níveis mais altos de autoestima (Rudd & Lennon, 2000). Isto sugere que a aceitação e a valorização do próprio corpo são componentes essenciais para uma autoestima elevada. Quando as mulheres se sentem bem com a sua aparência, é mais provável que se sintam também mais confiantes e satisfeitas consigo mesmas de forma geral.

Para além disso, a relação entre a autoestima corporal e o Índice de Massa Corporal (IMC) é bem documentada (Olchowska-Kotala, 2017). Estudos indicam que uma parte significativa (32%) da insatisfação corporal é determinada pelo IMC, e consequentemente pelo peso e depósitos de gordura. Para uma pessoa com sobrepeso, a consciência do tamanho e volume do seu corpo determinará relutância social, timidez e baixa autoconfiança, refletidas em sua postura e atitudes. Além disso, padrões socioculturais associam a obesidade à preguiça, e pessoas com sobrepeso são facilmente rotuladas como indolentes (Pop, 2016).

No mundo moderno, as mulheres sentem-se sob pressão para manter uma aparência jovem e corresponder aos padrões de beleza irreais representados nos *media* (Olchowska-Kotala, 2017).

Mulheres mais jovens e mais velhas apresentam níveis de insatisfação corporal semelhantes. A ausência de diferenças significativas entre mulheres de diferentes faixas etárias em múltiplas medidas de insatisfação corporal suporta a ideia de que a insatisfação corporal pode persistir ao longo da vida (Pruis & Janowsky, 2010). Este fenómeno indica que muitas mulheres, independentemente de serem jovens, de meia-idade ou idosas, podem enfrentar desafios contínuos em relação à sua perceção corporal.

O corpo das mulheres passa por várias mudanças ao longo da vida, incluindo uma redistribuição de peso e gordura das pernas para o tronco, um aumento na massa gorda e uma diminuição na massa muscular. Além disso, as condições crónicas de saúde afetam a forma como as mulheres mais velhas veem os seus corpos (Pruis & Janowsky, 2010). Estas mudanças físicas, juntamente com a transição para a menopausa, estão frequentemente associadas a uma autoestima corporal negativa (Olchowska-Kotala, 2017).

Por outro lado, as mulheres mais jovens enfrentam uma maior tendência para alcançar a magreza e são mais influenciadas socialmente em relação à sua imagem corporal. Estudos indicam que as pressões socioculturais, como aquelas promovidas pelos meios de

comunicação e pelas expectativas sociais, têm um impacto significativo na forma como as jovens adultas percebem o seu corpo e, conseqüentemente, na sua autoestima. Este efeito é intensificado pela utilização das redes sociais e pela internalização das normas de beleza culturalmente valorizadas (Pruis & Janowsky, 2010).

Um dos mecanismos pelos quais essa exposição influencia a insatisfação corporal é a comparação baseada na aparência com as pessoas retratadas nas imagens. Como estas imagens geralmente apresentam corpos idealizados que são pouco representativos e inatingíveis para a maioria das mulheres, comparar a própria aparência com essas representações pode levar à insatisfação corporal. Corpos magros são amplamente representados entre as mulheres exibidas pelos *media*, o que exacerba essa comparação (Carter & Vartanian, 2022). A pressão para aderir ao ideal de corpo em forma, promovida pelos *media* e normas sociais, influencia diretamente a insatisfação corporal e os comportamentos disfuncionais associados (Donovan & Uhlmann, 2022).

O “ideal de ajuste”, relativamente recente e talvez mais popular, refere-se a um tipo de corpo feminino que é simultaneamente magro e tonificado. Descobriu-se que, quando solicitadas a escolher seu tipo ideal de corpo, 65% das mulheres preferem um corpo caracterizado tanto pela magreza quanto pela tonificação muscular, em comparação com um corpo apenas magro (Donovan & Uhlmann, 2022).

Mulheres com baixa autoestima, e que percebem uma maior discrepância entre a sua aparência e os padrões de beleza idealizados, são mais propensas a adotar comportamentos extremos de gestão da aparência para tentar alcançar esses ideais (Grogan, 2016). Isso inclui dietas severas, exercícios extenuantes e uso excessivo de produtos de beleza na tentativa de melhorar a sua aparência e, por conseguinte, a sua autoestima (Rudd & Lennon, 2000).

#### **2.4 Exercício Físico e Atividade Física na Autoestima e na Satisfação Corporal**

A Atividade Física (AF) é uma modalidade comportamental reconhecida por melhorar diversos aspetos positivos da saúde mental, incluindo a autoestima (Dąbrowska-Galas & Dąbrowska, 2021). Um número significativo de estudos científicos demonstra de forma convincente o efeito positivo do exercício na melhoria do bem-estar físico e psicológico. No âmbito do bem-estar psicológico, incluem-se percepções, opiniões e sentimentos relacionados à imagem corporal, condição de saúde, autoestima, entre outros, todos eles passíveis de serem

aprimorados através do exercício físico (Pop, 2016).

A prática regular de atividade física tem sido associada a mudanças positivas na imagem corporal e na autoestima, especialmente durante a juventude adulta. Estudos indicam que os exercícios realizados com frequência semanal e intensidade moderada podem contribuir significativamente para a melhoria da autoestima. Por exemplo, uma pesquisa realizada com estudantes do ensino secundário e universitários revelou que aqueles que praticavam exercícios por 15-60 minutos pelo menos três dias por semana apresentavam níveis mais altos de autoestima em comparação com os que não o faziam (Frost & Mckelvie, 2005).

#### *2.4.1 Treino de Força na Autoestima e Satisfação Corporal*

O treino de força, muitas vezes associado predominantemente ao universo masculino, tem demonstrado inúmeras vantagens para as mulheres, incluindo o desenvolvimento de força muscular, melhoria da composição corporal, prevenção de lesões, aumento da densidade óssea e aprimoramento da capacidade funcional (Kanel & Rellinger, 2019). No entanto, para além dos benefícios físicos, esta prática regular do treino de força pode ter também influência na autoestima das mulheres, em questões relacionadas com a confiança pessoal, satisfação corporal e autoaceitação (Aşçı, 2003; Ossip-Klein et al., 1989).

Um estudo realizado por Velez et al. (2010) mostrou que um programa de treino de força de 12 semanas em adolescentes hispânicos, apresentou melhorias significativas na satisfação corporal e autoestima global, enquanto nenhuma mudança significativa foi observada no grupo de controlo. Portanto, concluiu-se que o treino de força não só levou a melhorias fisiológicas, mas também a benefícios psicológicos significativos, sugerindo que a incorporação de treino de força nas atividades desses adolescentes pode promover tanto a saúde quanto a boa forma física, contribuindo para um autoconceito mais positivo.

Um outro estudo realizado por Brazell-Roberts e Thomas (1989) mostrou que um programa de treino de força de 12 semanas, com uma frequência semanal de 3 treinos, apresentou melhorias nos escores de autoconceito físico de autossatisfação em jovens universitárias.

Na revisão de Collins et al. (2019), o objetivo era analisar como o treino de força afeta a autoimagem e a autoestima dos jovens. Os resultados dos sete estudos incluídos sugeriram que o treino de força tem um efeito positivo em algumas áreas da autoimagem, como autoeficácia, força física, autoestima em relação ao corpo e autoestima geral. Embora os efeitos

em outras áreas, como atratividade física, aptidão física e competência desportiva, não tenham sido estatisticamente significativos, indicam uma tendência positiva.

Se confirmado, o treino de força pode ter um impacto positivo na autoimagem e, conseqüentemente, melhorar a saúde mental e o bem-estar ao longo da vida.

O treino de força pode empoderar as mulheres, aumentando a sensação de controle sobre seus corpos e melhorando suas capacidades físicas. As mudanças físicas resultantes do treino de força, como aumento do tônus muscular e força, podem levar a uma aproximação do “corpo ideal” e, conseqüentemente, a uma maior satisfação corporal e autoestima (Grogan, 2016).

### **3. Objetivos do Estudo**

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo geral deste estudo é analisar a adesão ao treino de força de mulheres ativas (frequência, volume e hábitos de treino), os fatores que as motivam ou impedem de praticar esta modalidade, e o papel desta prática na autoestima e satisfação com a imagem corporal.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Caracterizar a atividade física das participantes;
2. Analisar as características sociodemográficas (filhos menores/dependentes e situação conjugal atual) em relação ao volume de treino semanal;
3. Analisar a adesão das mulheres ativas ao treino de força considerando as características sociodemográficas (filhos menores/dependentes e situação conjugal atual), identificando o tempo de prática e frequência semanal;
4. Analisar os hábitos de treino de força das mulheres ativas ao treino de força considerando as preferências de: tipo de treino de força, companhia durante o treino, planeamento do treino e local de realização do treino de força;
5. Caracterizar as motivações que levam as mulheres a aderir ao treino de força;
6. Caracterizar as barreiras percebidas pelas mulheres em relação à prática do treino de força;
7. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a prática de treino de força;
8. Analisar o papel do treino de força na autoestima e na satisfação com a imagem corporal das mulheres ativas;
9. Analisar a relação entre a autoestima e a satisfação corporal com as variáveis sociodemográficas (idade, IMC, situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes);
10. Analisar a relação entre a autoestima e a satisfação com a imagem corporal;
11. Comparar a autoestima entre mulheres satisfeitas e insatisfeitas com a sua imagem corporal.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Tipo e Desenho do Estudo**

O presente estudo é de carácter transversal observacional com o intuito de recolher dados sobre a adesão das mulheres ativas ao treino de força e o seu papel na autoestima e na satisfação com a imagem corporal.

### **4.2 Amostra**

A amostra deste estudo é composta por mulheres adultas com idade compreendida entre os 18 anos e os 64 anos inclusive, fisicamente ativas, isto é, que pratiquem atividades físicas regularmente (pelo menos 2 vezes por semana), mais de 60 minutos por semana e que diariamente façam mais de 5000 passos (monitorizado pelo telemóvel ou smartwatch). Assim, o tipo de atividade física não é importante, contando apenas que seja praticada de uma forma regular.

Responderam ao questionário 264 mulheres, das quais 24 foram excluídas por não cumprirem os critérios de inclusão (Figura 1), o que resultou numa amostra total final de 240 participantes:

- 2 participantes excluídas por apresentarem uma data de nascimento fora dos critérios de inclusão (tinham menos de 18 anos ou mais de 64 anos);
- 1 participante excluída por não praticar nenhum tipo de exercício ou atividade física;
- 17 participantes excluídas por fazerem menos de 5000 passos por dia (vida sedentária);
- 4 participantes excluídas por fazerem menos de 60 minutos de exercício por semana (fisicamente muito pouco ativas).

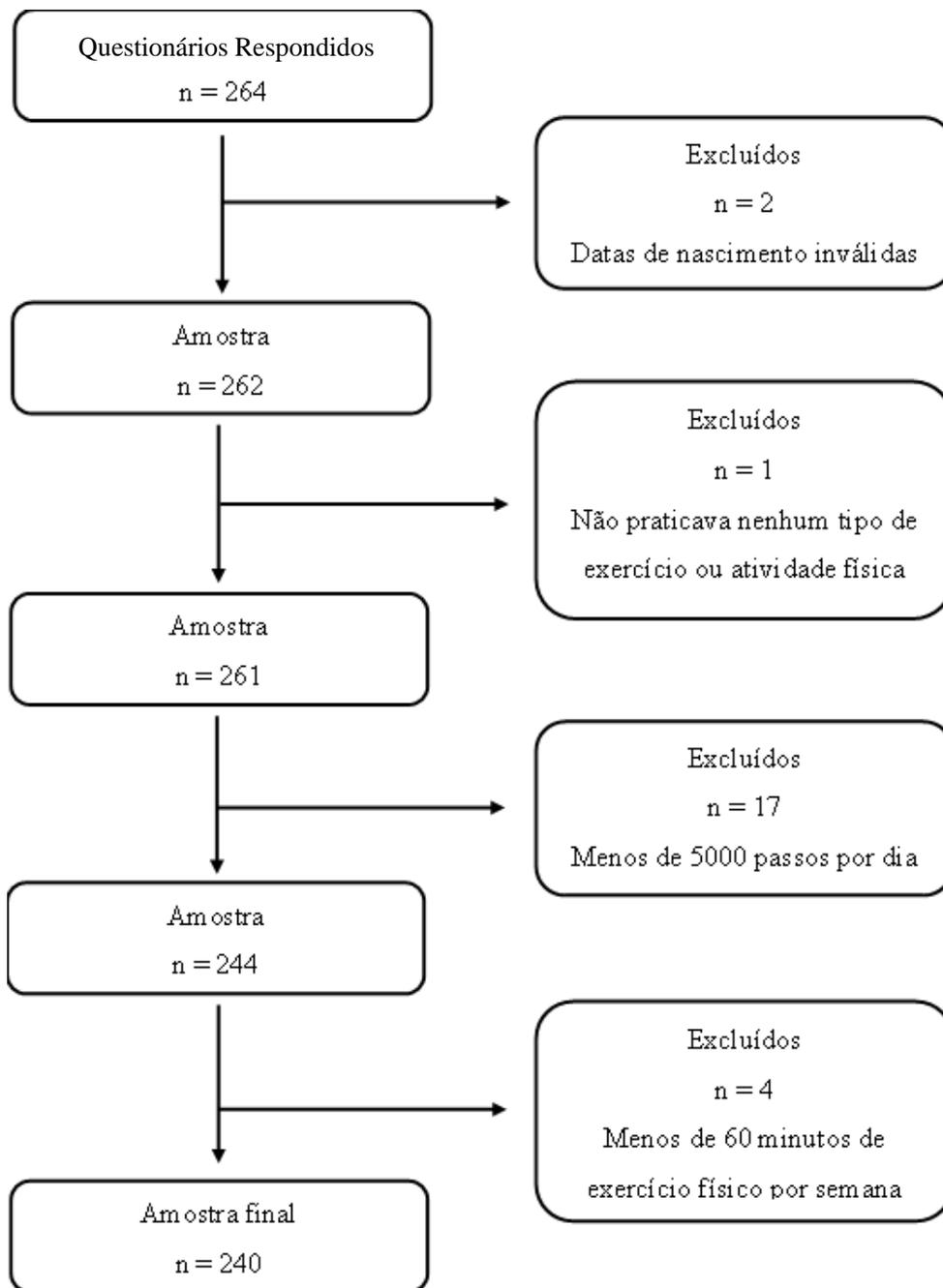


Figura 1. Diagrama de fluxo da amostra

Com base na análise das variáveis demográficas e antropométricas das 240 participantes do estudo verifica-se que a média de idade foi de  $30.69 \pm 8.87$  anos, com idades variando entre 18 e 61 anos. O peso médio das participantes é de  $62.04 \pm 11.43$  kg, com um peso mínimo de 40.0 kg e máximo de 115.0 kg. A altura média é  $1.62 \pm 0.06$  metros, com uma altura mínima de 1.40 metros e máxima de 1.80 metros. O índice de massa corporal (IMC)

médio é de  $23.46 \pm 3.81$  kg/m<sup>2</sup>, com valores entre 17.2 kg/m<sup>2</sup> e 39.7 kg/m<sup>2</sup>.

A maioria das participantes é solteira (68.8%, n=165), enquanto 14.2% (n=34) são casadas, 13.3% (n=32) vivem em união de facto, 3.3% (n=8) são divorciadas e 0.4% (n=1) é viúva. Para haver um maior equilíbrio no número da amostra, esta foi, posteriormente, dividida em mulheres sem companheiro (solteiras, divorciadas ou viúvas, n=174) e mulheres com companheiro (casadas ou em união de facto, n=66). A esta nova variável designou-se situação conjugal atual.

No que respeita à situação profissional, 76.3% (n=183) das participantes estão a trabalhar, 17.9% (n=43) são estudantes, 2.5% (n=6) estão desempregadas, 1.7% (n=4) são trabalhadoras-estudantes, 0.8% (n=2) são reformadas e 0.8% (n=2) encontram-se de baixa médica.

Cerca de 79.6% (n=191) das participantes indicaram não ter filhos menores ou dependentes, enquanto 20.4% (n=49) confirmaram tê-los.

A maioria das participantes é do distrito de Faro, representando 76.7% da amostra, com um total de 184 participantes. Lisboa é o segundo distrito mais representado, com 19 participantes, correspondendo a 7.9% da amostra. Outros distritos tiveram menor representação: Beja contou com 5 participantes (2.1%), Évora com 6 participantes (2.5%), Porto com 7 participantes (2.9%), e Braga, Aveiro, Santarém, Setúbal, e Viseu, cada um com 2 participantes (0.8%). Distritos como Guarda, Leiria, Portalegre, Vila Real, Região Autónoma dos Açores, e outros tiveram 1 participante cada (0.4%). A Região Autónoma da Madeira também é representada com 2 participantes (0.8%).

### **4.3 Procedimentos**

A recolha de dados iniciou-se após aprovação do projeto pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. O protocolo de recolha de dados foi composto por um questionário estruturado de autorrelato desenvolvido especificamente para este estudo destinado a recolher informações sobre a adesão ao treino de força, motivações, impedimentos e barreiras, e por outros dois questionários destinados a recolher informações sobre a autoestima e satisfação com a imagem do corpo. O questionário foi elaborado para poder ser respondido online no Google Formulários. O estudo foi divulgado através das redes sociais (Instagram e Facebook) e partilhado por colegas de trabalho e amigos.

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos de pesquisa, garantindo confidencialidade e anonimato das participantes. Na primeira página do questionário foi apresentada a declaração de consentimento informado (Anexo 1) e a aceitação de participação assinalava o consentimento informado da participação e conduzia para o questionário. A resposta aos questionários só foi permitida após aceitação voluntária do consentimento informado. Não foram recolhidos dados que pudessem identificar as participantes. Todos os procedimentos seguiram as normas éticas estabelecidas pela instituição de ensino e pela legislação vigente. O questionário esteve aberto do dia 26 de fevereiro de 2024 a 30 de maio de 2024 e permitiu uma única resposta por participante.

#### **4.4 Variáveis e Instrumentos de Avaliação**

##### **4.4.1 Questionário Sociodemográfico e de Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força**

O questionário (Anexo 2) foi elaborado especificamente para o presente estudo com o intuito de se obter informações para caracterizar a amostra, bem como para recolher informações relacionadas à adesão ao treino de força, motivações para a prática do treino de força, impedimentos e barreiras. Para efeitos de validade de conteúdo, recorreu-se a dois peritos na área (fisiologistas do exercício). Cada um dos peritos preencheu rigorosamente uma grelha onde avaliaram o nível de relevância, clareza, simplicidade e ambiguidade para cada um dos itens constituintes do questionário, podendo ainda efetuar observações, auxiliando na subtração ou adição de conteúdos ao mesmo. A versão final do questionário foi construída, não só com base na literatura, mas também em sugestões dos peritos e nas vivências pessoais da autora como *Personal Trainer* e apresentou, sobretudo, questões de resposta fechada, mas também algumas questões de seleção.

Numa primeira fase do questionário, para caracterização da amostra, foram recolhidos dados sociodemográficos das participantes como a idade/data de nascimento, peso e altura (para cálculo do IMC), distrito, filhos menores/dependentes, estado civil e situação profissional, com recurso a questões de escolha múltipla.

Na segunda fase do questionário, as participantes foram questionadas sobre a atividade física, nomeadamente acerca do volume e frequência com que realizam exercício físico, se praticam algum desporto e se praticam treino de força regularmente (também através

de questões de escolha múltipla).

Posteriormente, às participantes que responderam que não praticam treino de força, foram-lhes questionados quais os motivos que as impedem de o fazer, através de caixas de verificação múltipla (ex., Quais as razões que a levam a praticar treino de força?); enquanto àquelas que afirmaram praticar treino de força regularmente, foram questionadas quais as motivações para a prática, através de uma escala de Likert (5 -“concordo totalmente a 1 - discordo totalmente”). Para estas últimas foi feito um estudo de validade temporal, apresentado em seguida.

### **Estudo da Confiabilidade teste-reteste**

Para as questões referentes às barreiras associadas ao treino de força conduziu-se um estudo exploratório de fiabilidade teste-reteste (Koo & Li, 2016). Um grupo de 11 mulheres ativas, que não praticavam treino de força, foi recrutado para realização do estudo da fiabilidade. Cada participante foi convidada a completar o questionário sobre as barreiras associadas ao treino de força em duas ocasiões distintas, com um intervalo de uma semana.

Foi utilizado o teste *Intra-Class Correlation* (ICC; coeficiente de correlação intraclasse) para avaliar a concordância entre as respostas das participantes nas duas administrações do questionário. Um ICC <0.50, 0.50-0.75, 0.75-0.90 e >0.90 são indicativos de concordância fraca, moderada, boa e excelente, respetivamente (Koo & Li, 2016). Também foi calculado o coeficiente alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna das respostas das participantes ao questionário. Um coeficiente alpha próximo a 1 indica uma alta consistência interna das respostas. Por outro lado, um coeficiente alpha abaixo de 0.7 pode indicar uma baixa consistência interna e a necessidade de revisão dos itens do questionário (Cronbach, 1951).

Na tabela 2 encontram-se os coeficientes de correlação intraclasse realizados para aferir a validade temporal do Questionário sobre as Barreiras associadas ao Treino de Força.

Das questões elaboradas inicialmente, e tendo em conta os valores de alfa e ICC obtidos, procedeu-se à eliminação de duas das questões (Q1 e Q11), uma por apresentar um ICC fraco (ICC= 0.441) e outra por apresentar não só um ICC fraco (ICC=-0.111), como também um alpha não aceitável ( $\alpha$ =-0,222), resultando um questionário final sobre as barreiras à prática do treino de força com 16 questões.

Tabela 2. *Fiabilidade temporal do questionário sobre as barreiras associadas ao treino de força*

	Fiabilidade	
	Teste – Reteste	<i>P</i>
	ICC (n=11)	
Q1. <i>Não tenho tempo</i>	0.441	0.060
Q2. Não tenho capacidades financeiras	0.832	<0.001*
Q3. Não tenho motivação	0.659	0.005*
Q4. Não tenho companhia	0.808	<0.001*
Q5. Não vejo necessidade	0.816	<0.001*
Q6. Não sei treinar	0.767	0.002*
Q7. O ginásio fica longe de casa/trabalho	0.660	0.009*
Q8. Tenho receio de ser julgada	0.867	<0.001*
Q9. Tenho receio de ser observada/assediada	0.835	<0.001*
Q10. Tenho receio de ficar com o corpo muito musculado	0.781	0.002*
Q11. <i>Penso que o treino de força seja direcionado mais para os homens</i>	-0.111	0.621
Q12. Posso pouca informação acerca dos benefícios do treino de força	0.910	<0.001*
Q13. Sinto desconforto ou dor quando faço treino de força	0.795	<0.001*
Q14. Acho que não tenho idade para fazer treino de força	0.681	0.009**
Q15. Falta de compromisso / disciplina	0.771	0.002*
Q16. Não consigo definir objetivos realistas	0.974	<0.001*
Q17. Não consigo descansar e dormir bem	0.825	<0.001*
Q18. Tive experiências anteriores negativas	0.906	<0.001*

Nota. Q. – Questão; Fiabilidade teste-reteste avaliada através da correlação intraclassa (ICC) com valores entre 0 e 1. \*Correlação significativa para  $p < 0.05$ ; \*\* Correlação significativa para  $p < 0.01$

#### 4.4.2 Autoestima - Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A Escala de Autoestima de Rosenberg, desenvolvida por Morris Rosenberg em 1965, é uma escala amplamente usada para medir a autoestima, que é a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma (Donnellan et al., 2015). Essa escala é usada para avaliar o grau de autoestima de um indivíduo e é uma das medidas mais utilizadas para esse fim na pesquisa psicológica e clínica, através de afirmações que avaliam sentimentos positivos e negativos. A

escala encontra-se validada para a população portuguesa (Pechorro et al., 2011).

A escala consiste num conjunto de 10 afirmações nas quais os participantes indicam o quanto concordam ou discordam com cada afirmação usando uma escala de Likert de 4 pontos, variando de “4- Discordo plenamente” a “1 - Concordo plenamente”. As afirmações abordam sentimentos e percepções pessoais, como autovalorização, autoaceitação e autoestima positiva.

Para afirmações positivas (1,3,4,7,10), as respostas são pontuadas diretamente conforme a escala. Por outro lado, as afirmativas negativas (2,5,6,8,9) têm as suas pontuações invertidas. A pontuação total é calculada somando-se as respostas de todos os itens, sendo que pontuações mais altas indicam maior autoestima (Pechorro et al., 2011; Rocha, 2011). O estudo realizado para a adaptação à escala para a população portuguesa mostrou boas qualidades psicométricas de fiabilidade e validade (Pechorro et al., 2011).

#### 4.4.3 Satisfação com a Imagem Corporal - Silhouette Rating Scale (SRS)

O teste de silhuetas (SRS) é uma escala usada para avaliar a autoimagem, especialmente em relação à percepção que as pessoas têm de seu próprio corpo (satisfação com a imagem corporal), validada para utilização universal devido à inexistência de detalhes relacionados com etnia e cultura (Lombardo et al., 2022). Consiste na apresentação visual de nove silhuetas de corpos de diferentes tamanhos e formas, numerados de 1 a 9, que variam de muito magras (1) a muito corpulentas (9), permitindo uma ampla gama de escolhas. O teste dispõe de uma versão para mulheres e outra para homens. Posteriormente, a/o participante seleciona uma das silhuetas de forma a responder: “Qual a figura que melhor representa o seu corpo hoje?” (silhueta atual) e de seguida outra silhueta para responder: “Qual a figura que melhor representa o corpo que gostaria de ter?” (silhueta ideal) (Lombardo et al., 2022).

O cálculo da SRS é feito subtraindo-se o número da silhueta escolhida como ideal e da silhueta escolhida como atual, resultando num valor que indica a discrepância entre a imagem corporal percebida e a idealizada. Valores negativos indicam uma preferência por corpos mais magros, enquanto valores positivos indicam uma preferência por corpos mais corpulentos (Lombardo et al., 2022). O estudo das propriedades psicométricas do Teste de silhuetas mostrou uma ser uma ferramenta válida e confiável para avaliar a satisfação com a imagem corporal (Lombardo et al., 2022).

#### 4.5 Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados utilizando o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 27.0.

Inicialmente, foi conduzida uma análise descritiva das variáveis estudadas, com o cálculo das frequências absolutas e relativas, de medidas de tendência central, como a média, máximos e mínimos e medidas de dispersão, como o desvio-padrão.

Para verificar a normalidade dos dados, foi aplicado o Teste de Kolmorov-Smirnov. Os resultados indicaram que as variáveis IMC, idade e o resultado da Escala de Autoestima de Rosenberg não seguiam uma distribuição normal. Para estas análises, foram realizados testes não paramétricos.

Na comparação entre grupos independentes, foram utilizados os Teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para a análise das associações entre variáveis categóricas, foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado.

Além disso, foi realizada uma Análise de Correlação utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e de Pearson. Estes coeficientes foram utilizados para analisar as relações entre variáveis contínuas.

A regressão linear foi utilizada para ajustar as variáveis dependentes pela covariável idade, gerando resíduos, quando os valores não seguiam uma distribuição normal. Posteriormente, com os dados gerados, foi feita a ANCOVA controlada para a idade, utilizada para variáveis não paramétricas, para comparação entre grupos independentes.

Foi utilizado o teste Intra-Class Correlation (ICC) para avaliar a concordância entre as respostas das participantes nas duas administrações do questionário e o Coeficiente alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna das respostas dos participantes ao questionário.

Os resultados estatísticos foram considerados significativos para valores de  $p$  inferiores a 0.05.

## 5. Resultados

### 5.1 Estatísticas Descritivas das Variáveis de Atividade Física do “Questionário Sociodemográfico e de Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força”

Na Tabela 3 apresenta-se a tabulação cruzada entre o número de passos diários e as horas sentadas por dia. Em relação às horas sentadas, 90 mulheres (37.5%) relataram passar menos de 5 horas por dia nessa posição. Por outro lado, 123 mulheres (51.2%) indicaram que passam entre 5 e 10 horas sentadas, enquanto 27 mulheres (11.3%) afirmaram passar 10 ou mais horas por dia sentadas. No que concerne ao número de passos diários, 91 (37.9%) das mulheres realizam entre 5000 e 8000 passos por dia, 74 (30.8%) realizam entre 8000 e 10000 passos por dia e 45 (18.8%) mais de 10000 passos por dia.

Tabela 3. Número de passos diários e horas sentada por dia da amostra total (n=240)

		Horas sentada por dia						
		Menos de 5h		≥ 5h e < 10h		≥ 10h		Total
		n	%	n	%	n	%	
N.º de passos diários	Não Sei	10	4.2	18	7.5	2	0.8	30 (12.5)
	≥ 5000 e < 8000	27	11.3	50	20.8	14	5.8	91 (37.9)
	≥ 8000 e < 10000	27	11.3	39	16.3	8	3.3	74 (30.8)
	≥ 10000	26	10.8	16	6.7	3	1.3	45 (18.8)
	<b>Total</b>	90	37.5	123	51.2	27	11.3	240 (100)

Os resultados mostram que mulheres que caminham mais passos por dia tendem a passar menos tempo sentadas. Especificamente, 10.8% das participantes caminham 10000 ou mais passos por dia e sentam-se menos de 5 horas, em comparação com 11.3% que caminham entre 5.000 e 8.000 passos. Em oposição, as mulheres que passam mais de 10 horas sentadas por dia, caminham entre 5.000 e 8.000 passos (5.8%).

A Figura 2 apresenta o volume (em minutos) de treino semanal (atividades desportivas mais atividades de ginásio) da amostra, categorizado em quatro intervalos de tempo. 67 (27,9%) mulheres realizam treinos entre 30 e 60 minutos totais semanais, 44 (18.3%) no intervalo de 90 a 150 minutos semanais e, finalmente, 129 (53.8%) mulheres realizam mais de 150 minutos de

treinos semanalmente.

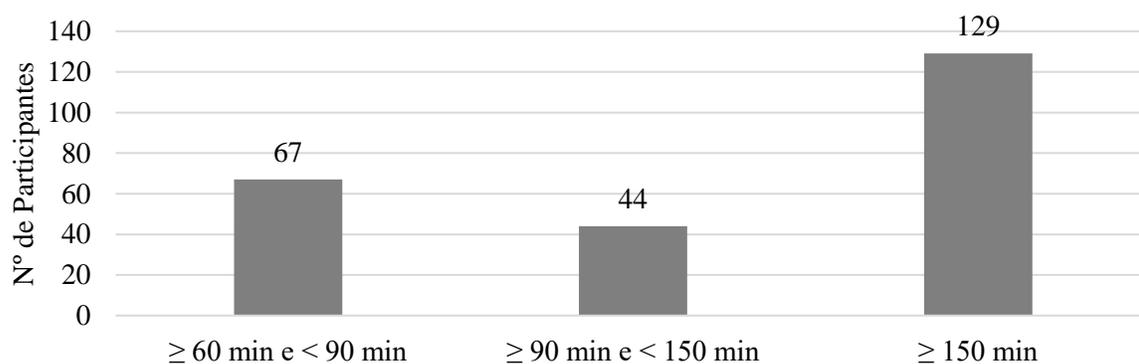


Figura 2. *Volume de treino semanal (atividades desportivas + ginásio) da amostra (n=240)*

A Tabela 4 apresenta a tabulação cruzada entre duas categorias de volume de treino (<150 min de treino semanal e ≥150 min de treino semanal) e a situação conjugal, e ter ou não ter filhos menores ou dependentes.

No que diz respeito à situação conjugal atual, existem 78 (70.27%) mulheres sem companheiro para 33 (29.7%) mulheres com companheiro a praticar menos de 150 min de treino semanalmente. Por outro lado, 96 (74.82%) mulheres sem companheiro para 33 mulheres (25.8%) a praticar 150 minutos ou mais de treino semanalmente. Isto significa também que 50% das mulheres com companheiro e 55.17% das mulheres sem companheiro praticam mais do que 150 minutos de treino por semana.

Quanto à existência de filhos menores ou dependentes, existem 87 (78.34%) mulheres sem filhos nessas condições para 24 (21.62%) mulheres com filhos menores ou dependentes a praticar menos de 150 min de treino semanalmente. Esta diferença é maior para as mulheres que praticam 150 minutos ou mais de treino por semana (80.62% vs. 19.38%, respetivamente). Isto significa também que 48.98% das mulheres com filhos menores ou dependentes e 54.55% das mulheres sem filhos nessas condições praticam mais do que 150 minutos de treino por semana.

O teste U de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as idades entre dois grupos (quem pratica exercício físico <150 minutos ( $32.40 \pm 9.50$  anos) por semana e quem pratica ≥150 minutos ( $29.23 \pm 8.04$  anos)). Os resultados mostraram que houve uma diferença significativa na idade entre os dois grupos ( $p = 0.005$  e  $U = 5627.500$ ), indicando que a idade é superior nos indivíduos que praticam menor volume de treino.

Tabela 4. *Volume de treino semanal e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=240)*

		Volume de treino semanal				Total n (%)
		< 150 min (n=111; 46.25%)		≥ 150 min (n=129; 53.75%)		
		n	%	n	%	
<b>Situação conjugal atual</b>	Sem companheiro	78	44.8	96	55.2	174 (72.5)
	Com companheiro	33	50.0	33	50.0	66 (27.5)
<b>Filhos menores ou dependentes</b>	Não	87	45.6	104	54.4	191 (79.58)
	Sim	24	49.0	25	51.0	49 (20.42)

## 5.2 Adesão ao Treino de Força

Entre as 240 mulheres da amostra, 194 (80.8%) praticam treino de força enquanto as outras 46 (19.2%) não praticam. De uma forma mais detalhada, 46 (19.2%) apenas praticam uma outra modalidade desportiva (excluindo treino de força), 97 (40.4%) apenas praticam treino de força e outras 97 (40.4%) mulheres não só praticam treino de força, como também outra modalidade desportiva. É também de realçar que 67,8% das mulheres que praticam uma modalidade desportiva, praticam também treino de força.

Foi realizado um teste de Mann-Whitney, para comparar as distribuições das idades entre as mulheres que praticam treino de força e as que não praticam. Os resultados sugerem que, no contexto da amostra analisada, não há uma diferença significativa entre a prática de treino de força e a idade ( $p = 0.998$  e  $U = 4461.00$ ).

A Tabela 5 apresenta a tabulação cruzada entre prática de treino de força e a situação conjugal atual, e ter ou não ter filhos menores ou dependentes.

No que diz respeito à situação conjugal atual, existem 31 (67.39%) mulheres sem companheiro para 15 (32.60%) mulheres com companheiro a não praticar treino de força. Por outro lado, 143 (73.71%) mulheres sem companheiro para 51 mulheres (26.29%) a praticar treino de força. Isto significa também que 82.18% das mulheres sem companheiro e 77.27% das mulheres com companheiro praticam treino de força.

Quanto à existência de filhos menores ou dependentes, existem 35 (76.09%) mulheres sem filhos nessas condições e 11 (29.91%) mulheres com filhos menores ou dependentes a não praticar treino de força. Esta diferença é maior para as mulheres que praticam força (80.41% vs.

19.29%, respetivamente). Isto significa também que 77.55% das mulheres com filhos menores ou dependentes e 81.68% das mulheres sem filhos nessas condições praticam treino de força.

Assim, existe uma maior adesão de mulheres sem companheiro e sem filhos menores ou dependentes à prática de treino, apesar destas diferenças não serem estatisticamente significativas no teste Qui-quadrado de Pearson ( $p = 0.388$  e  $p = 0.513$ , respetivamente).

Tabela 5. *Prática de treino de força e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=240)*

		Prática treino de força?					$p^{(a)}$
		Não (n=46)		Sim (n=194)		Total	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i> (%)	
<b>Situação conjugal atual</b>	Sem companheiro	31	17.8	143	82.2	174 (72.50)	0.388 <sup>(b)</sup>
	Com companheiro	15	22.7	51	77.3	66 (27.50)	
<b>Filhos menores ou dependentes</b>	Não	35	18.3	156	81.7	191 (79.58)	0.513 <sup>(b)</sup>
	Sim	11	22.4	38	77.6	49 (20.42)	

Nota. (a) valores de  $p$  para a comparação entre a prática de treino de força; (b) valores de  $p$  obtidos a partir do teste de Qui-Quadrado de Pearson.

### 5.2.1. Tempo de prática de treino de força e frequência semanal vs. características sociodemográficas

A Tabela 6 apresenta os resultados sobre a frequência semanal de treino de força das participantes e há quanto tempo praticam essa atividade.

Tabela 6. *Tempo de prática e frequência semanal de Treino de Força (n=194)*

		Quantas vezes por semana pratica Treino de Força?							
		1 a 2 vezes		3 a 4 vezes		5 ou mais vezes		Total	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Há quanto tempo pratica treino de força?</b>	Há menos de 3 meses	5	2.6	10	5.2	1	0.5	16	8.2
	≥ 3 meses e < 6 meses	12	6.2	11	5.7	5	2.6	28	14.4
	≥ 6 meses e < 1 ano	4	2.1	20	10.3	4	2.1	28	14.4
	≥ 1 ano	32	16.5	72	37.1	18	9.3	122	62.9
	Total	53	27.3	113	58.2	28	14.4	194	100.0

De entre as 194 praticantes de treino de força, observa-se que a maior parte destas, 122 (62.9%), pratica esta modalidade há um ano ou mais, 28 (14.4%) mulheres praticam há mais de

seis meses e menos de um ano, outras 28 (14.4%) entre três meses e seis meses e 16 (8.2%) das mulheres praticam treino de força há menos de três meses.

Por outro lado, 53 mulheres (27.3%) praticam treino de força 1 a 2 vezes por semana, 113 (58.2%) praticam 3 a 4 vezes por semana e apenas 28 (14.4%) praticam 5 ou mais vezes.

A Tabela 7 apresenta a tabulação cruzada dos resultados para a frequência de treino de força semanal e a situação conjugal, e ter ou não ter filhos menores ou dependentes, para as 194 mulheres que afirmaram praticar esta modalidade.

No que diz respeito à situação conjugal atual, existem 33 (17.01%) mulheres sem companheiro para 20 (10.31%) mulheres com companheiro a praticar treino de força 1 a 2 vezes por semana; 93 (47.94%) mulheres sem companheiro para 20 (10.31%) com companheiro a praticar força 3 a 4 vezes por semana; e 17 (8.76%) mulheres sem companheiro para 11 (5.67%) mulheres com companheiro a praticar 5 ou mais vezes por semana. Os resultados do teste de Qui-quadrado de Pearson apresentaram uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.006$ ) entre a frequência de treino de força e a situação conjugal atual das participantes, sugerindo que as mulheres sem companheiro praticam mais vezes esta modalidade do que as que têm companheiro.

Existem 36 (18.56%) mulheres sem filhos menores ou dependentes e 17 (8.16%) mulheres com filhos nessas condições a praticar treino de força 1 a 2 vezes por semana; 95 (48.97%) mulheres sem filhos menores ou dependentes para 18 (9.28%) mulheres com filhos nessas condições a praticar treino de força 3 a 4 vezes por semana; e 25 (12.89%) mulheres sem filhos menores ou dependentes para apenas 3 (1.55%) mulheres com filhos nessas condições. Os resultados do teste de Qui-quadrado de Pearson apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0.022$ ) na frequência de treino de força semanal entre mulheres que têm filhos menores ou dependentes e mulheres que não têm, praticando, estas últimas mais frequentemente treino de força.

Assim, é mais frequente a prática de treino de força em mulheres sem companheiro e sem filhos menores ou dependentes.

Foi realizado um teste de Kruskal-Wallis para comparar a idade das praticantes de treino de força com a frequência semanal com que praticam essa atividade. Os resultados indicaram não existem diferenças estatisticamente significativas entre a frequência semanal e a idade ( $p = 0.121$  e  $H = 4.223$ ).

Tabela 7. *Frequência semanal de Treino de Força e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=194)*

		Frequência Semanal de Treino de Força						Total	$p^{(a)}$
		1 a 2 vezes (n=53; 27.3%)		3 a 4 vezes (n=113; 58.2%)		≥ 5 vezes (n=28; 14.4%)			
		n	%	n	%	n	%		
<b>Situação Conjugal Atual</b>	Sem companheiro	33	23.1	93	65.0	17	11.9	143 (73.71)	0.006 <sup>(b)*</sup>
	Com companheiro	20	39.2	20	39.2	11	21.6	51 (26.29)	
<b>Filhos menores ou dependentes</b>	Não	36	23.1	95	60.9	25	16.0	156 (80.41)	0.022 <sup>(b)*</sup>
	Sim	17	44.7	18	47.4	3	7.9	38 (19.59)	

Nota. (a) valores de  $p$  para a comparação entre a frequência de prática de treino de força e as variáveis sociodemográficas; (b) valores de  $p$  obtidos a partir do teste de qui-quadrado de Pearson; (\*) diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

A Tabela 8 apresenta a tabulação cruzada dos resultados para há quanto tempo praticam treino de treino de força e a situação conjugal, e ter ou não ter filhos menores ou dependentes, para as 194 mulheres que afirmaram praticar esta modalidade.

No que diz respeito à situação conjugal atual, existem 57 (29.38%) mulheres sem companheiro para 15 (7.73%) mulheres com companheiro a praticar treino de força há menos de 1 ano. Por outro lado, existem 86 (43.30%) mulheres sem companheiro para 36 (18.55%) com companheiro a praticar força há 1 ano ou mais. Os resultados do teste de Qui-quadrado de Pearson não apresentaram uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.185$ ) entre esses valores.

Existem 62 (31.96%) mulheres sem filhos menores ou dependentes e 10 (5.15%) mulheres com filhos nessas condições a praticar treino de força há menos de 1 ano; e 94 (48.45%) mulheres sem filhos menores ou dependentes para 28 (14.43%) mulheres com filhos nessas condições a praticar treino de força há 1 ano ou mais. Os resultados do teste de Qui-quadrado de Pearson também não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0.124$ ) para esses valores.

A análise da comparação entre as idades das participantes e há quanto tempo praticam treino de força foi realizada utilizando o teste de Mann-Whitney. Os resultados do teste revelaram uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$  e  $U = 2873.5$ ), sendo que as

participantes que praticam treino de força há mais de um ano tempo têm uma idade significativamente maior do que aqueles que praticam há menos de 1 ano.

Tabela 8. *Tempo de prática de treino de força e características sociodemográficas: situação conjugal atual e filhos menores ou dependentes (n=194)*

		Há quanto tempo faz treino de força?				Total n (%)	<i>p</i> <sup>(a)</sup>
		< 1 ano (n=72; 37.11%)		> 1 ano (n=122; 62.89%)			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Situação conjugal atual</b>	Sem companheiro	57	39.9	86	60.1	143 (73.71)	0.185 <sup>(b)</sup>
	Com companheiro	15	29.4	36	70.6	51 (26.29)	
<b>Filhos menores ou dependentes</b>	Não	62	39.7	94	60.3	156 (80.41)	0.124 <sup>(b)</sup>
	Sim	10	26.3	28	73.7	38 (19.59)	

*Nota.* (a) valores de *p* para a comparação entre há quanto tempo pratica de treino de força e as variáveis sociodemográficas; (b) valores de *p* obtidos a partir do teste de qui-quadrado de Pearson.

### 5.2.2. *Preferências de tipo de treino de força, de companhia durante o treino, planeamento do treino e local de realização do treino de força*

A Figura 3 detalha as frequências das preferências de tipo de treino de força, isto é, modalidade de treino de força praticado, entre as 194 mulheres praticantes de treino de força, para as 4 formas de treino de força mais relatadas. 156 mulheres (80.4%) praticam musculação na sala de exercício, sendo que 69 mulheres (35.6%) praticam exclusivamente essa modalidade. A seguir, 71 mulheres (36.6%) treinam com o peso do corpo, com 1 mulher (0.5%) realizando exclusivamente esse treino. 63 mulheres (32.5%) participam em aulas de grupo com carga, das quais 11 mulheres (5.7%) praticam apenas essa modalidade. Por fim, 60 mulheres (30.9%) utilizam pesos livres, com 4 mulheres (2.1%) fazendo uso exclusivo deste tipo de treino.

Analisando as interseções no diagrama, verificamos que algumas mulheres combinam 2 modalidades de treino de força: 16 mulheres (8.2%) praticam musculação na sala de exercício e aulas de grupo com carga; 9 mulheres (4.6%) combinam musculação na sala de exercício e pesos livres; 9 mulheres (4.6%) combinam musculação na sala de exercício exercícios com o peso do corpo; 7 (3.6%) mulheres praticam simultaneamente aulas de grupo com carga e treino com o peso do próprio corpo.

Outras mulheres combinam 3 modalidades de treino de força: 11 mulheres (5.7%)

combinam musculação na sala de exercício, treino com o peso do corpo e pesos livres; 9 mulheres (4.6%) combinam musculação na sala de exercício, aulas de grupo e treino com pesos livres; 8 mulheres (4.1%) praticam musculação na sala de exercício, aulas com carga e exercícios com o peso do corpo; e outras 3 mulheres (1.5%) combinam aulas de grupo com carga e treino com o peso do corpo e pesos livres.

Existem ainda 9 mulheres (4.6%) que afirmaram combinar as 4 modalidades na sua rotina de treino de força.

Além disso, 13 mulheres (6.7%) praticam CrossFit, das quais 4 (2.1%) o fazem como a única modalidade de treino de força. Em paralelo, 7 mulheres (3.6%) dedicam-se à calistenia, sendo que apenas 1 (0.5%) utiliza-a como seu único método de treino de força.

Em resumo, a musculação na sala de exercício é a modalidade mais popular, seguida pelos treinos com o peso do corpo, aulas de grupo com carga e pesos livres, com algumas mulheres integrando múltiplas formas de treino em sua rotina.

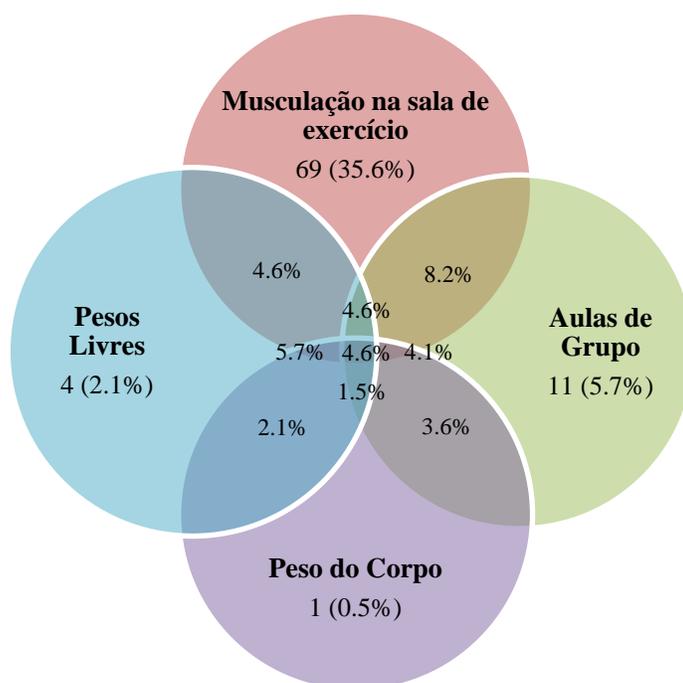


Figura 3. Diagrama de Venn correspondente às 4 modalidades de treino de força mais praticadas pelas participantes (n=194).

A Figura 4 ilustra as preferências das 194 mulheres praticantes de treino de força relativamente à companhia durante o treino. Entre as participantes, 76 mulheres (39.2%) treinam exclusivamente sozinhas, 32 mulheres (16.5%) treinam exclusivamente acompanhadas por

colegas, familiares ou amigos, e 30 mulheres (15.5%) treinam exclusivamente com um *Personal Trainer* (PT).

Além disso, há 27 mulheres (13.9%) que combinam o treino sozinha e acompanhada por colegas, familiares ou amigos. Outras 13 mulheres (6.7%) combinam o treino sozinha e com um PT. Um grupo de 12 mulheres (6.2%) prefere combinar o treino acompanhadas por colegas, familiares ou amigos e com um PT. Por fim, 4 mulheres (2.1%) integram todas as três modalidades de treino: sozinhas, acompanhadas por colegas, familiares ou amigos, e com um PT. Este diagrama revela que a maior parte das mulheres prefere treinar sozinhas, seguidas pelas que treinam exclusivamente acompanhadas ou com um PT.

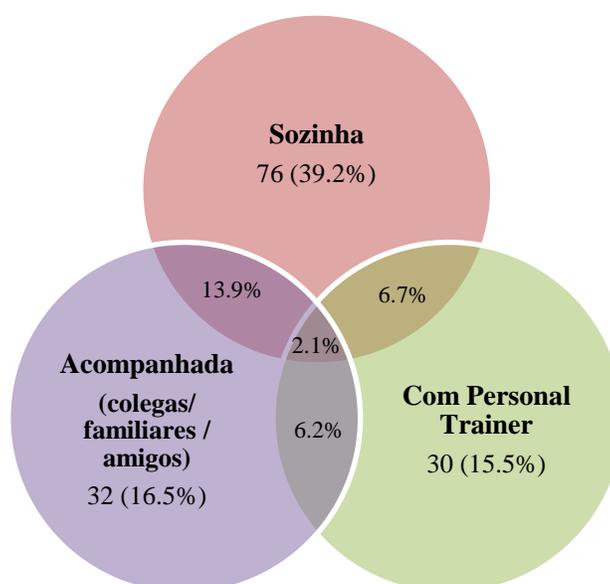


Figura 4. Diagrama de Venn correspondente às preferências de companhia das participantes durante o Treino de Força (n=194)

A Figura 5 ilustra as fontes de planejamento dos treinos de força entre as 194 mulheres participantes do estudo. Entre as participantes, 76 mulheres (39.2%) seguem exclusivamente um plano de treino individual, 54 mulheres (27.8%) deixam o planejamento sob a responsabilidade do PT, e 13 mulheres (6.7%) utilizam apenas vídeos de redes sociais para guiar os seus treinos.

Além disso, 17 mulheres (8.8%) combinam um plano de treino individual com a orientação do PT. Outras 13 mulheres (6.7%) utilizam tanto um plano de treino individual quanto vídeos de redes sociais. Existem 2 mulheres (1.0%) que combinam vídeos de redes sociais com a orientação do PT, e 1 mulher (0.5%) que utiliza todas as três fontes: plano de

treino individual, orientação do PT e vídeos de redes sociais.

Além dessas categorias, 18 mulheres (9.3%) não seguem qualquer tipo de planejamento para os seus treinos de força.

Este diagrama revela que a maior parte das mulheres segue um plano de treino individual, com uma proporção significativa também deixando o planejamento sob a responsabilidade do PT. Algumas participantes combinam diferentes fontes de planejamento, enquanto uma parcela menor utiliza vídeos de redes sociais ou não segue qualquer planejamento.

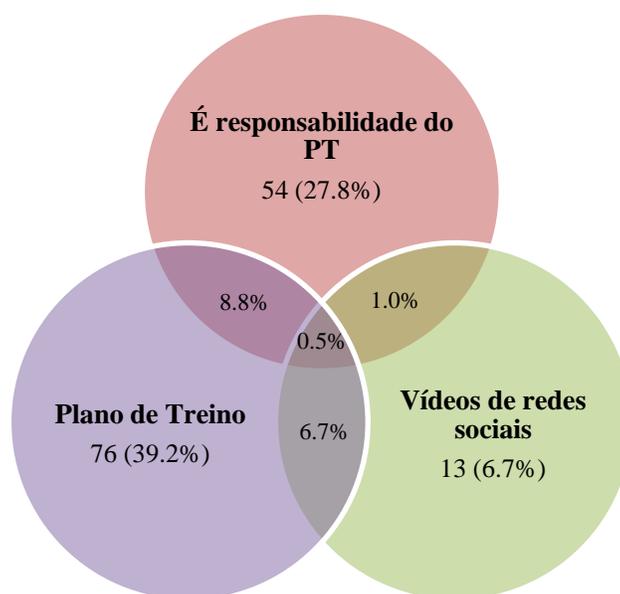


Figura 5. Diagrama de Venn correspondente às preferências das participantes quanto ao planejamento do Treino de Força (n= 194)

A Figura 6 ilustra as preferências das mesmas mulheres em relação aos locais onde realizam seus treinos de força. Entre as participantes, 148 mulheres (76.3%) treinam exclusivamente no ginásio, 9 mulheres (4.6%) treinam exclusivamente em casa, e 4 mulheres (2.1%) treinam exclusivamente ao ar livre.

Além disso, 14 mulheres (7.2%) combinam treinos no ginásio e em casa, 6 mulheres (3.1%) combinam treinos no ginásio e ao ar livre e 3 mulheres (1.5%) combinam treinos em casa e ao ar livre. Outras 6 mulheres (3.1%) treinam nos três locais: ginásio, casa e ao ar livre.

Adicionalmente, 4 mulheres (2.1%) treinam exclusivamente numa box de CrossFit.

Este diagrama revela que a maioria das mulheres prefere treinar no ginásio, com uma menor proporção optando por treinar em casa ou ao ar livre.

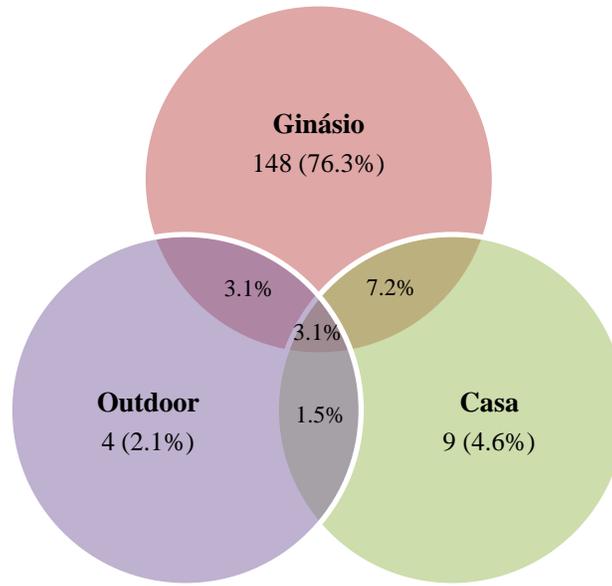


Figura 6. Diagrama de Venn correspondente às preferências das participantes relativamente ao(s) local/locais onde realizam Treino de Força (n=194)

### 5.3 Motivações para a Prática de Treino de Força

A Tabela 9 apresenta as razões motivacionais pelas quais as 194 mulheres participantes do estudo praticam treino de força, com cada participante podendo selecionar mais de uma razão e acrescentar outras opções às respostas. As razões mais comuns são "Para melhorar a minha forma física", escolhida por 171 mulheres (88.14%), seguida por "Para melhorar a minha saúde", com 144 mulheres (74.23%), "Para melhorar a minha saúde mental", selecionada por 135 mulheres (69.59%) e "Para ganhar massa muscular", escolhida por 128 mulheres (65.98%).

Outras razões incluem "Porque me faz sentir bem", selecionada por 121 mulheres (62.37%), "Para perder massa gorda", marcada por 103 mulheres (53.09%), e " Para reduzir a ansiedade / depressão", escolhida por 87 mulheres (44.84%).

Menos comuns, mas ainda relevantes, são as razões "Porque gosto", escolhida por 66 mulheres (34.02%), "Para reabilitar alguma lesão", indicada por 15 mulheres (7.73%), e "Para socializar", mencionada por 13 mulheres (6.70%). Razões menos mencionadas incluem "A minha profissão exige e porque gosto", e "Dar o exemplo aos meus filhos", ambas selecionadas por apenas 1 mulher (0.52%) cada.

Estas respostas indicam que a melhoria da forma física e da saúde, bem como o ganho de massa muscular e a redução da ansiedade/depressão, são as principais motivações para as

mulheres praticarem treino de força. Menos comuns, mas ainda importantes, são as motivações relacionadas ao bem-estar emocional, prazer pela atividade e socialização.

De acordo com a Tabela 9 é, ainda, possível afirmar que as 3 principais razões que levam as mulheres ativas a praticar força são as mesmas tanto para mulheres sem companheiro e com companheiro, como para mulheres com e sem filhos menores ou dependentes: melhorar a sua forma física, melhorar a sua saúde, inclusive a saúde mental. No entanto, mulheres sem companheiro e com e sem filhos menores ou dependentes afirmam frequentemente que o ganho de massa muscular é uma das motivações para a prática de treino de força, enquanto mulheres com companheiro afirmam mais frequentemente praticar esta modalidade para se sentirem bem.

No teste Qui-Quadrado de Pearson, o item “Para reduzir a ansiedade/ depressão” foi o único que apresentou diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0.024$ ) entre os grupos mulheres com companheiro vs. mulheres sem companheiro, apresentando estas últimas uma maior preocupação com este tema.

Tabela 9. *Motivações para a prática de treino de força por situação conjugal e filhos menores ou dependentes (n=194)*

	Filhos menores ou dependentes										
	Situação conjugal atual										
	Sem companheiro (n=143)		Com companheiro (n=51)		$p^{(a)}$	Não (n=156)		Sim (n=38)		$p^{(b)}$	Total n (%)
n	%	n	%	n		%	n	%			
Para melhorar a minha forma física	128	89.51	43	84.31	0.324	137	87.82	34	89.47	-	171 (88.14)
Para perder massa gorda	74	51.74	29	56.86	0.530	81	51.92	22	57.89	0.508	103 (53.09)
Para ganhar massa muscular	96	67.13	32	62.74	0.570	102	65.38	26	68.42	0.723	128 (65.98)
Para melhorar a minha saúde	102	71.33	42	82.35	0.122	112	69.23	32	84.42	0.117	144 (74.23)
Para socializar	10	6.99	3	5.88	-	7	4.49	6	15.79	-	13 (6.70)
Porque gosto	50	34.96	16	31.37	0.642	51	32.69	15	39.47	0.429	66 (34.02)
Porque me faz sentir bem	87	60.84	34	66.67	0.461	97	62.18	24	63.16	0.911	121 (62.37)
Para melhorar a minha saúde mental	101	70.63	34	66.67	0.597	107	68.59	28	73.68	0.540	135 (69.59)
Para reduzir a ansiedade/ depressão	71	49.65	16	31.37	0.024*	73	46.79	14	36.84	0.259	87 (44.84)
Para reabilitar alguma lesão	11	7.69	4	7.84	-	11	7.05	4	10.53	-	15 (7.73)
Porque a minha profissão exige	1	0.70	0	0	-	1	0.64	0	0	-	1 (0.52)
Para dar o exemplo aos meus filhos	0	0	1	1.96	-	0	0	1	2.63	-	1 (0.52)

*Nota.* (a) valores de  $p$  obtidos através do teste de Qui-Quadrado de Pearson para a comparação entre as motivações para a prática de treino de força e a situação conjugal; (b) valores de  $p$  obtidos através do teste de Qui-Quadrado de Pearson para a comparação entre as motivações para a prática de treino de força e os filhos; (\*) diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

#### 5.4 Barreiras à Prática de Treino de Força

A Tabela 10 descreve os motivos pelos quais as mulheres do estudo relataram não praticar treino de força, pontuados numa escala de Likert: "1 - Discordo totalmente", "2 - Discordo um pouco", "3 - Neutro", "4 - Concordo um pouco" e "5 - Concordo totalmente".

A falta de compromisso e de motivação são as barreiras mais apresentadas pelas 46 participantes do estudo que não realizam Treino de Força. “Falta de compromisso” teve a média mais alta ( $3.35 \pm 1.06$ ) seguida por “Falta de motivação” ( $3.22 \pm 1.26$ ) e “Não tenho idade para praticar” a média mais baixa ( $1.43 \pm 0.81$ ), seguida de “Receio de ficar com o corpo muito musculado” ( $1.83 \pm 1.22$ ).

“Não tenho objetivos realistas” obteve um elevado número de respostas neutras ( $2.78 \pm 1.17$ ), o que pode indicar que, apesar de não serem as principais razões para essas mulheres, podem ser um dos fatores contra a sua participação no treino de força.

No que diz respeito à situação conjugal atual, mulheres sem companheiro relataram como principais barreiras à adesão ao treino de força, a “Falta de motivação” ( $3.23 \pm 1.33$ ) e a “Falta de compromisso” ( $3.58 \pm 1.06$ ), e como menos prevalente “Não ter idade para praticar” ( $1.39 \pm 0.80$ ). As mulheres com companheiro apresentaram como principal razão também a “Falta de motivação” ( $3.20 \pm 1.15$ ) e como menos prevalentes “Não ter idade para praticar” ( $1.53 \pm 0.83$ ) e “Receio de ser observada/ assediada” ( $1.60 \pm 0.99$ ). Na ANCOVA, controlada para a idade, este último item foi o único que apresentou uma diferença estaticamente significativa entre os dois grupos ( $2.71 \pm 1.49$  vs.  $1.60 \pm 0.99$ ), revelando que essa é uma barreira mais frequentemente percebida pelas mulheres sem companheiro ( $p = 0.020$ ;  $Z = 4.540$ ).

Por outro lado, tanto mulheres com filhos menores ou dependentes ou mulheres sem filhos nessas condições apresentaram como principais barreiras à prática de treino de força a “Falta de motivação” ( $3.36 \pm 1.21$  e  $3.17 \pm 1.29$ , respetivamente) e a “Falta de Compromisso” ( $3.09 \pm 0.94$  e  $3.43 \pm 1.09$ ) e, como menos relevante, “Não ter idade para praticar” ( $1.64 \pm 1.03$  e  $1.37 \pm 0.73$ ). Na ANCOVA, controlada para a idade, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p > 0.05$ ) para nenhuma das respostas.

Das 46 participantes que não realizam treino de força, 27 (58.7%) afirmaram que, retirando as barreiras que enfrentam, estariam dispostas a começar a praticar Treino de Força. No entanto, 19 (41.3%) afirmaram que ainda assim, não gostariam de iniciar a prática.

Tabela 10. Respostas das participantes relativamente às barreiras que as levam a praticar Treino de Força (n=46)

	Situação conjugal atual		Filhos menores dependentes				
	Sem companheiro (n=31)	Com companheiro (n=15)	$p^{(a)}$	Não (n=35)	Sim (n=11)	$p^{(b)}$	Total
	M ± DP	M ± DP		M ± DP	M ± DP		M ± DP
Condição financeira	2.48 ± 1.36	1.87 ± 1.13	0.131	2.23 ± 1.24	2.45 ± 1.57	0.608	2.28 ± 1.31
Falta de motivação	3.23 ± 1.33	3.20 ± 1.15	0.344	3.17 ± 1.29	3.36 ± 1.21	0.728	3.22 ± 1.26
Falta de companhia	2.87 ± 1.54	2.60 ± 1.06	0.533	2.86 ± 1.44	2.55 ± 1.29	0.481	2.78 ± 1.40
Não vejo necessidade	1.84 ± 1.24	2.40 ± 1.50	0.245	2.03 ± 1.34	2.00 ± 1.41	0.638	2.02 ± 1.34
Não sei treinar	2.94 ± 1.61	2.33 ± 1.18	0.059	2.83 ± 1.52	2.45 ± 1.44	0.221	2.74 ± 1.50
O ginásio fica distante	2.10 ± 1.37	2.47 ± 1.13	0.110	2.17 ± 1.36	2.36 ± 1.12	0.367	2.22 ± 1.30
Receio de ser julgada	2.68 ± 1.49	1.73 ± 1.16	0.133	2.51 ± 1.44	1.91 ± 1.45	0.629	2.37 ± 1.45
Receio de ser observada/assediada	2.71 ± 1.49	1.60 ± 0.99	0.020*	2.51 ± 1.46	1.82 ± 1.25	0.267	2.35 ± 1.43
Receio de ficar com o corpo muito musculado	1.87 ± 1.36	1.73 ± 0.88	0.300	1.83 ± 1.22	1.82 ± 1.25	0.625	1.83 ± 1.22
Pouca informação sobre os benefícios	2.48 ± 1.46	2.13 ± 1.25	0.102	2.34 ± 1.37	2.45 ± 1.51	0.565	2.37 ± 1.39
Desconforto ou dor durante a execução	2.29 ± 1.40	2.00 ± 1.20	0.245	2.20 ± 1.28	2.18 ± 1.54	0.532	2.20 ± 1.33
Não tenho idade para praticar	1.39 ± 0.8	1.53 ± 0.83	0.634	1.37 ± 0.73	1.64 ± 1.03	0.511	1.43 ± 0.81
Falta de compromisso	3.58 ± 1.06	2.87 ± 0.92	0.054	3.43 ± 1.09	3.09 ± 0.94	0.505	3.35 ± 1.06
Não tenho objetivos realistas	2.77 ± 1.28	2.80 ± 0.94	0.945	2.80 ± 1.21	2.73 ± 1.10	0.844	2.78 ± 1.17
Dificuldade para dormir ou descansar	2.77 ± 1.45	2.67 ± 1.45	0.901	2.71 ± 1.47	2.82 ± 1.40	0.495	2.74 ± 1.44
Experiências negativas	1.81 ± 1.11	2.13 ± 1.13	0.458	1.77 ± 0.97	2.36 ± 1.43	0.314	1.91 ± 1.11

Nota: M - média; DP – desvio padrão; (a) valores de  $p$  obtidos a partir da Análise de Covariância (ANCOVA) para comparar mulheres sem companheiro e mulheres com companheiro, controlando para a idade; (b) valores de  $p$  obtidos a partir da Análise de Covariância (ANCOVA) para comparar mulheres com e sem filhos menores ou dependentes, controlando para a idade; (\*) diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

## 5.5 Autoestima

A Tabela 11 apresenta as respostas das participantes aos itens da Escala de Autoestima de Rosenberg. Os resultados do questionário da RSES revelaram que, em média, as participantes apresentaram uma pontuação total de  $31.23 \pm 4.72$  pontos. As pontuações variaram de um mínimo de 18 a um máximo de 40.

O item “De um modo geral sinto-me uma fracassada” obteve a maior pontuação ( $3.50 \pm 0.69$  pontos) e o item “Deveria ter mais respeito por mim própria” a menor ( $2.33 \pm 0.96$  pontos). As mulheres que praticam treino de força apresentaram uma média de autoestima superior ( $31.49 \pm 4.50$  pontos) comparativamente às que não praticam treino de força ( $30.15 \pm 5.44$  pontos). Os valores de autoestima foram elevados em ambos os grupos. Na ANCOVA, controlada para a idade, estes valores não apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $Z = 0.625$ ;  $p = 0.430$ ).

Para investigar a relação entre a idade e as pontuações da RSES, foi realizada uma análise de correlação de Spearman. O coeficiente de correlação de Spearman foi de  $r_s = 0.299$  e  $p = <0.001$ , indicando uma associação positiva fraca a moderada entre a idade e a autoestima. Isso sugere que, conforme a idade aumenta, há uma tendência de aumento de pontuação na escala de autoestima.

O mesmo teste foi efetuado para analisar a relação entre o IMC e as pontuações da RSES. O coeficiente de correlação de Spearman foi de  $r_s = 0.069$  e  $p = <0.290$ , não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes IMC.

Mulheres sem companheiro apresentaram uma autoestima inferior às com companheiro ( $30.55 \pm 4.85$  pontos *vs.*  $33.05 \pm 3.83$  pontos, respetivamente); mulheres com filhos menores ou dependentes obtiveram uma maior pontuação na autoestima do que mulheres sem filhos nessas condições ( $33.22 \pm 4.52$  pontos *vs.*  $30.72 \pm 4.65$  pontos). No entanto, quando controladas para a idade, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

Para comparar a autoestima entre mulheres que praticam treino de força há menos de 1 ano e aquelas que praticam há 1 ano ou mais foi efetuada a da Análise de Covariância (ANCOVA) controlada para a idade. Os resultados indicaram que não existe uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 2.236$ ;  $p = 0.136$ ) entre a autoestima nos dois grupos, sendo esta mais elevada nas participantes que treinam há 1 ano ou mais.

Tabela 11. Respostas aos itens da RSES (n=240)

	Situação conjugal atual		Filhos menores ou dependentes		Pratica Treino de Força		Total
	Sem companheiro (n=174)	Com companheiro (n=66)	Não (n=191)	Sim (n=49)	Não (n=46)	Sim (n=194)	
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	
1. De um modo geral estou satisfeito comigo própria.	2.78 ± 0.73	3.00 ± 0.72	2.82 ± 0.71	2.92 ± 0.81	2.61 ± 0.86	2.90 ± 0.69	2.84 ± 0.73
2. Por vezes penso que não presto.	2.97 ± 0.86	3.32 ± 0.79	2.99 ± 0.86	3.37 ± 0.76	3.00 ± 0.89	3.08 ± 0.85	3.07 ± 0.86
3. Sinto que tenho algumas boas qualidades.	3.28 ± 0.52	3.44 ± 0.53	3.28 ± 0.52	3.49 ± 0.54	3.37 ± 0.57	3.31 ± 0.52	3.33 ± 0.83
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	3.26 ± 0.63	3.38 ± 0.52	3.27 ± 0.61	3.39 ± 0.53	3.33 ± 0.67	3.29 ± 0.58	3.30 ± 0.60
5. Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio.	3.33 ± 0.78	3.52 ± 0.77	3.32 ± 0.81	3.61 ± 0.64	3.24 ± 0.85	3.41 ± 0.77	3.38 ± 0.78
6. Por vezes sinto-me um inútil.	2.95 ± 0.90	3.39 ± 0.68	2.98 ± 0.88	3.45 ± 0.71	2.96 ± 0.92	3.10 ± 0.86	3.07 ± 0.87
7. Sinto que sou uma pessoa de valor.	3.31 ± 0.59	3.30 ± 0.53	3.29 ± 0.57	3.39 ± 0.57	3.22 ± 0.70	3.33 ± 0.53	3.31 ± 0.57
8. Deveria ter mais respeito por mim própria.	2.17 ± 0.91	2.76 ± 0.96	2.25 ± 0.93	2.67 ± 1.03	2.20 ± 1.00	2.37 ± 0.95	2.33 ± 0.96
9. De um modo geral sinto-me uma fracassada.	3.43 ± 0.72	3.68 ± 0.59	3.47 ± 0.70	3.61 ± 0.64	3.20 ± 0.91	3.57 ± 0.61	3.50 ± 0.69
10. Tenho uma boa opinião de mim própria.	3.06 ± 0.72	3.26 ± 0.59	3.06 ± 0.70	3.33 ± 0.63	3.04 ± 0.76	3.13 ± 0.67	3.11 ± 0.69
<b>Total (pontos) (M ± DP)</b>	<b>30.55 ± 4.85</b>	<b>33.05 ± 3.83</b>	<b>30.72 ± 4.65</b>	<b>33.22 ± 4.52</b>	<b>30.15 ± 5.44</b>	<b>31.49 ± 4.51</b>	<b>31.23 ± 4.72</b>
$p^{(a)}$	0.103		0.250		0.140		

Nota. M - média; DP – desvio padrão; a) valores de  $p$  obtidos a partir da Análise de Covariância (ANCOVA), controlada para a idade, entre os grupos independentes.

## 5.6 Satisfação Corporal

Os resultados da Escala de Silhuetas estão representados na Tabela 12.

No que diz respeito à pergunta “Qual a figura que melhor representa o seu corpo hoje?”, a média de respostas foi de  $3.72 \pm 1.21$ . Quanto à pergunta "Qual a figura que melhor representa o corpo que gostaria de ter?", a média de respostas foi de  $3.00 \pm 0.77$ . Estes resultados indicam que a percepção corporal atual dos participantes é mais próxima da silhueta 4, enquanto o corpo desejado se aproxima, em média, da silhueta 3. Assim, a maioria das participantes demonstrou desejar ter um corpo mais magro ( $-0.71 \pm 0.97$ ), pois Silhueta Ideal – Silhueta Atual  $< 0$ , e uma discrepância, |Silhueta Ideal – Silhueta Atual|, de, aproximadamente, 1 silhueta ( $0.92 \pm 0.77$ ).

Existiram, ainda, 68 participantes com uma diferença de 0 pontos, revelando que se encontram satisfeitas com a sua forma corporal atual, das quais 57 praticam treino de força. Mulheres que praticam força afirmam ter uma silhueta mais magra ( $3.67 \pm 1.19$ ) do que as que praticam ( $3.91 \pm 1.3$ ) e apresentam uma maior satisfação corporal ( $0.91 \pm 0.78$  vs.  $0.96 \pm 0.76$ ). No entanto, quando controladas para a idade, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ). Para comparar a satisfação corporal entre mulheres que praticam treino de força há menos de 1 ano ( $1.08 \pm 0.82$ ) e aquelas que praticam há 1 ano ou mais ( $0.81 \pm 0.74$ ), foi efetuada a da Análise de Covariância (ANCOVA) controlada para a idade. Os resultados indicaram que mulheres que praticam força há mais de um ano apresentam maior satisfação corporal do que as que praticam há menos, com significância estatística ( $Z = 5.599$ ;  $p = 0.019$ ).

Mulheres sem companheiro afirmaram possuir uma silhueta mais robusta ( $3.75 \pm 1.21$  vs.  $3.62 \pm 1.24$ ) e apresentaram menor satisfação corporal ( $0.95 \pm 0.76$  vs.  $0.85 \pm 0.81$ ) do que as mulheres com companheiro. Mulheres sem filhos menores ou dependentes também se assumiram mais robustas ( $3.74 \pm 1.18$  vs.  $3.61 \pm 1.37$ ) e apresentam menor satisfação corporal ( $0.93 \pm 0.77$  vs.  $0.88 \pm 0.81$ ) quando comparadas com as mulheres sem filhos menores ou dependentes.

Os resultados da análise de correlação de Pearson revelam uma relação moderada negativa significativa entre o IMC e a diferença observada no SRS ( $r = -0.624$ ,  $p < 0.001$ ), sugerindo que as participantes com um IMC mais baixo tendem a apresentar uma diferença positiva menor no SRS, enquanto aquelas com um IMC mais alto apresentam diferenças maiores ou até mesmo negativas.

Tabela 12. Respostas aos itens da SRS (n=240)

		Situação conjugal atual		Filhos menores ou dependentes		Pratica Treino de Força		Total
		Sem companheiro (n=174)	Com companheiro (n=66)	Não (n=191)	Sim (n=49)	Não (n=46)	Sim (n=194)	
<b>Silhueta Atual</b>	M ± DP	3.75 ± 1.21	3.62 ± 1.24	3.74 ± 1.18	3.61 ± 1.37	3.91 ± 1.31	3.67 ± 1.19	3.72 ± 1.21
	Máx.	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00
	Min.	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00
<b>Silhueta Ideal</b>	M ± DP	3.01 ± 0.75	2.98 ± 0.83	2.99 ± 0.76	3.06 ± 0.83	3.22 ± 0.84	2.95 ± 0.75	3.00 ± 0.77
	Máx.	5.00	4.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00
	Min.	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>SI - SA</b>	M ± DP	-0.74 ± 0.97	-0.64 ± 0.99	-0.75 ± 0.94	-0.55 ± 1.06	-0.70 ± 1.01	-0.72 ± 0.96	-0.71 ± 0.97
<b> SI - SA </b>	M ± DP	0.95 ± 0.76	0.85 ± 0.81	0.93 ± 0.77	0.88 ± 0.81	0.96 ± 0.76	0.91 ± 0.78	0.92 ± 0.77
	$p^{(a)}$	0.323		0.648		0.722		

Nota. M - média; DP – desvio padrão; SI- SA: Silhueta Ideal – Silhueta Atual; |SI - SA|: | Silhueta Ideal – Silhueta Atual |; (a) valores de  $p$  obtidos a partir da Análise de Covariância (ANCOVA), controlada para a idade, para comparação entre grupos independentes.

### **5.7 Relação entre Autoestima e Satisfação Corporal**

Os resultados da correlação parcial de Spearman, controlada para a idade, revelaram uma correlação negativa fraca, porém significativa, entre a pontuação da autoestima e a satisfação corporal ( $r_s = -0.159$ ,  $p = 0.013$ ,  $n = 240$ ). Isso indica que, ao ajustar para a idade, um maior nível de satisfação corporal está associado a um ligeiro aumento na autoestima.

Para comparar a pontuação de autoestima entre mulheres satisfeitas e insatisfeitas com a imagem corporal, controlando o efeito da idade, foi realizada uma análise não paramétrica. Inicialmente, uma regressão linear foi utilizada para ajustar a variável dependente (autoestima) pela covariável idade, gerando resíduos, isto é, diferenças entre os valores observados e os valores ajustados, que representam a autoestima ajustada pela idade. Em seguida, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney para comparar esses resíduos entre os grupos de mulheres satisfeitas e insatisfeitas com a imagem corporal. Os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $U = 4474.00$ ,  $p = 0.005$ ), sugerindo que as mulheres satisfeitas com a imagem corporal apresentam uma autoestima, ajustada para a idade, significativamente maior do que as insatisfeitas.

## 6. Discussão

A adesão ao treino de força entre as mulheres da amostra é alta, embora com variações na frequência de prática, influenciadas pela situação conjugal e pela presença de filhos menores ou dependentes. As principais motivações para a prática de TF dizem respeito à melhoria da forma física e saúde física e mental. Entre as principais barreiras à adesão, destacam-se, em geral, a falta de motivação e compromisso e, em alguns casos a preocupação com o assédio. A maioria das participantes prefere treinar no ginásio, utilizando musculação como principal método, e opta por seguir um plano de treino individual ou confiar na orientação de um *Personal Trainer*. Quando praticado há pelo menos 1 ano, o TF pode melhorar a satisfação corporal e, conseqüentemente, a autoestima das mulheres.

### Prática de AF e EF em Mulheres Ativas

Como seria expectável, mulheres mais ativas fisicamente realizam mais passos diariamente e tendem a passar menos tempo sentadas. Essa observação, embora secundária em relação aos objetivos centrais do estudo, alinha-se com a literatura existente que aponta para uma associação inversa entre atividade física (passos diários) e comportamentos sedentários (horas sentadas) (Miller & Brown, 2004). Por outro lado, os dados revelam também que a maioria das mulheres da amostra (53.8%) realiza mais de 150 minutos de treino semanal, o que está em consonância com as recomendações de órgãos de saúde pública, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere ao menos 150 minutos de atividade física por semana para adultos.

Os resultados mostram que a prática de 150 minutos ou mais de treino semanal é relativamente comum, independentemente da situação conjugal ou da presença de filhos menores ou dependentes, embora algumas diferenças possam ser observadas. A presença de filhos menores ou dependentes parece ter uma influência mais pronunciada nos níveis de atividade física. A análise revela que existe uma maior proporção de mulheres sem filhos menores ou dependentes (54.55%) a realizar 150 minutos ou mais de treino semanal em comparação com aquelas com filhos menores ou dependentes (48.98%). Esse resultado é consistente com a literatura que sugere que responsabilidades parentais podem reduzir o tempo disponível para a prática de atividades físicas, devido às demandas associadas ao cuidado dos filhos. O estudo White et al. (2005) sobre eventos de vida e adesão ao exercício reforça essa

perspetiva, ao identificar que mudanças significativas na vida, como o aumento das responsabilidades familiares, podem ser um fator crucial que interfere na adesão a atividades físicas. Quando pais enfrentam mudanças no status dos filhos, como filhos menores ou dependentes, o impacto nas rotinas diárias pode ser profundo. Essas mudanças frequentemente resultam num aumento das responsabilidades e na gestão do tempo, que se pode traduzir em menos tempo disponível para o autocuidado e para a prática regular de exercícios. Além disso, as exigências emocionais e físicas associadas ao cuidado contínuo dos filhos podem levar a uma redução na motivação e na energia para manter um programa de exercício regular. Esta pode ser a razão pela qual as mulheres com filhos menores ou dependentes do nosso estudo apresentam um menor volume semanal de treino.

No que diz respeito à situação conjugal atual, os resultados indicam que a proporção de mulheres sem companheiro que praticam mais de 150 minutos de treino por semana (55.17%) é ligeiramente superior àquelas com companheiro (50%). Essa interpretação é apoiada pelo estudo de Puciato e Rozpara (2021) que analisou o impacto do status de relacionamento na atividade física e verificou que, independentemente do tipo de relacionamento, indivíduos com companheiro apresentaram níveis reduzidos de atividade física em comparação com aqueles solteiros. Este fenómeno pode ser explicado por fatores como a falta de apoio ou incentivo por parte do parceiro, ou o aumento das responsabilidades domésticas e familiares às quais a coabitação e o casamento estão associados e que podem restringir o tempo disponível para a prática de atividades físicas. O mesmo estudo também revelou que a redução da atividade física era mais acentuada para casais casados em comparação com casais em namoro, o que pode estar associado a um maior número de responsabilidades, como por exemplo o trabalho ou a presença de filhos. Portanto, este achado sugere que a presença de um companheiro não parece ser um fator determinante para a realização de uma quantidade significativa de treino semanal. No entanto, a ligeira diferença pode refletir que mulheres sem companheiro podem ter mais flexibilidade ou tempo disponível para se dedicar às atividades físicas (Puciato & Rozpara, 2021).

A análise da distribuição das idades revelou uma diferença significativa entre os dois grupos de volume de treino semanal, com mulheres mais velhas tendendo a praticar menos de 150 minutos de exercício por semana. Esse achado é consistente com a literatura que sugere que a prática de atividades físicas tende a diminuir com a idade, possivelmente devido a fatores

como menor motivação, condições de saúde, ou limitações físicas. McArthur et al. (2014) confirmam essa tendência ao destacar que cerca de metade das mulheres diminui seu exercício regular durante a meia-idade, um período que coincide com a transição para a menopausa e a concomitante redução na taxa metabólica basal e perda de massa muscular magra.

Os resultados do estudo sugerem, assim, que fatores sociais e demográficos, como a idade, a situação conjugal e a responsabilidade parental, podem desempenhar um papel importante na adesão a níveis recomendados de atividade física. Mulheres mais velhas e aquelas com responsabilidades familiares mais intensas podem enfrentar desafios adicionais para atingir os níveis de atividade física recomendados, o que aponta para a necessidade de intervenções personalizadas que considerem esses fatores.

#### Adesão ao Treino de Força em Mulheres Ativas

Os dados revelam que a maioria das mulheres da amostra (80.8%) pratica treino de força, o que indica uma adesão alta a esse tipo de exercício físico, conhecido pelos seus benefícios para a saúde muscular, óssea e geral (Fernández-Martínez et al., 2020). Além disso, mais de metade das mulheres que praticam outra modalidade desportiva também incorporam o treino de força nas suas rotinas, o que sugere uma consciencialização sobre a importância desta prática como complemento à sua modalidade desportiva (Tobin, 2022).

A idade não mostrou ser um fator relevante no que diz respeito à adesão das mulheres ativas ao treino de força e à frequência com que estas praticam esta modalidade o que pode ser interpretado como um sinal positivo de que a prática de treino de força está, cada vez mais, a ser adotada por mulheres de diferentes idades. De facto, o estudo conduzido por Surakka et al. (2004) mostrou que mulheres com 50 anos ou mais apresentaram maior taxa de frequência ao exercício do que mulheres com menos de 40 anos, o que pode estar relacionado com o facto de mulheres mais velhas terem mais tempo para dedicar ao exercício físico, enquanto as mais novas podem ter mais responsabilidades ou vidas menos estáveis. Isto também pode ser uma explicação para os resultados que mostraram que mulheres mais velhas tendem a praticar TF durante mais tempo do que as mulheres mais jovens.

Apesar da alta prevalência da prática de treino de força, a análise dos fatores sociodemográficos, como a situação conjugal e a presença de filhos menores ou dependentes, revela que esses aspetos não parecem influenciar significativamente a adesão à prática desse tipo de exercício. Embora os dados sugiram que mulheres sem companheiro e sem filhos

menores ou dependentes são ligeiramente mais propensas a praticar treino de força, tal como demonstrado no estudo de Arikawa et al. (2011), essas diferenças não foram estatisticamente significativas no nosso estudo. Especificamente, 82.18% das mulheres sem companheiro e 81.68% das mulheres sem filhos menores ou dependentes praticam treino de força, comparado a 77.27% das mulheres com companheiro e 77.55% das mulheres com filhos menores ou dependentes, respetivamente. Estes achados indicam que, dentro do contexto da amostra analisada, a prática de treino de força não está fortemente condicionada por responsabilidades familiares ou pela presença de um parceiro, o que pode refletir um comportamento de autocuidado mantido independentemente das circunstâncias pessoais.

Em relação à frequência semanal, a maioria das participantes (72.6%) realiza treino de força pelo menos 3 vezes por semana, o que é consistente com as recomendações para o desenvolvimento e manutenção da força muscular da OMS (2020). No entanto, uma parte das mulheres (27.3%) pratica apenas 1 a 2 vezes por semana, o que pode limitar os benefícios do treino. A maioria das mulheres que pratica treino de força (62.9%) tem mais de um ano de experiência nesta modalidade, o que sugere um hábito consolidado. Esta prática prolongada pode estar associada a uma maior consciência dos benefícios do treino de força para a saúde.

Mulheres sem companheiro tendem a praticar treino de força com maior frequência do que aquelas com parceiro, com uma diferença significativa observada. Da mesma forma, mulheres sem filhos menores ou dependentes também praticam treino de força mais frequentemente em comparação com aquelas que têm filhos, como relatado nos estudos de Arikawa et al. (2011) e O'Dougherty et al. (2008). Estes resultados sugerem que a disponibilidade de tempo e as responsabilidades familiares influenciam a regularidade da prática de treino de força.

### Preferências de Treino Força

#### *Tipo de Treino de Força*

A preferência esmagadora por musculação na sala de exercício (80.4%) indica que a maioria das mulheres prefere um ambiente estruturado, onde podem utilizar equipamentos de treino com orientação clara, o que pode oferecer uma maior sensação de segurança e eficácia. O facto de 35.6% praticarem exclusivamente esta modalidade reforça a ideia de que muitas mulheres sentem que este formato oferece todos os benefícios que procuram num treino de força.

Treinos com peso do corpo, apesar de também serem considerados musculação, são mais frequentemente utilizados em combinação com outras modalidades, como evidenciado pelos 36.6% que os praticam, mas com apenas 0.5% de adesão exclusiva. Isso pode indicar que, embora eficazes, os treinos com peso do corpo são vistos como complementares, ideais para melhorar a mobilidade e resistência, mas talvez não suficientes sozinhos para atingir todos os objetivos de força. Estes dados mostram que, limitações como a falta de confiança no uso dos materiais do ginásio, não são tão percebidas pelas mulheres do estudo, quando comparado com o estudo de (Grogan, 2016).

As aulas de grupo com carga, preferidas por 32.5% das mulheres (Tobin, 2022) combinam o treino de força com um componente social e motivacional. As mulheres que escolhem exclusivamente esta modalidade (5.7%) podem valorizar a energia e a estrutura das aulas, mas o número relativamente baixo de exclusividade sugere que muitas vêm estas aulas como uma adição ao treino individual.

Por fim, o uso de pesos livres, escolhido por 30.9% das participantes, é uma abordagem mais técnica da musculação que permite maior liberdade de movimento e personalização do treino. Apenas 2.1% das mulheres utilizam exclusivamente pesos livres, o que pode refletir a necessidade de maior confiança e habilidade para maximizar os benefícios desta forma de treino (Nuzzo, 2023).

#### *Companhia para a Prática de Treino de Força*

A maior das participantes (61.9%) tem por hábito treinar sozinha, sendo que 39.2% nunca treinam com companhia, o que pode indicar uma tendência para a autonomia e a concentração individual durante o treino. Esta escolha pode estar relacionada com a flexibilidade de horários e a capacidade de personalizar o treino conforme as próprias necessidades e ritmos.

Um grupo mais reduzido de mulheres (16.5%) opta por treinar exclusivamente acompanhadas por colegas, familiares ou amigos, sugerindo que o suporte social e a motivação externa desempenham um papel importante para estas praticantes. O treino em grupo pode ajudar a manter a consistência e tornar a experiência mais agradável.

Treinar exclusivamente com um *Personal Trainer* é a escolha de 15.5% das mulheres, indicando que muitas valorizam a orientação profissional para atingir os seus objetivos de forma eficaz e segura. Isto vai de encontro ao estudo de Nuzzo (2023) que sugere que a falta de conhecimento e conforto de algumas mulheres no uso de equipamentos de treino de força

provavelmente contribui para a maior preferência feminina do que masculina pela supervisão de exercícios. A presença de um PT pode também aumentar a motivação e a responsabilidade, assegurando um treino mais estruturado.

Além disso, algumas mulheres combinam diferentes abordagens: 13.9% treinam sozinhas e acompanhadas por colegas, familiares ou amigos, 6.7% combinam o treino sozinhas com sessões com um PT, e 6.2% misturam o treino acompanhadas por colegas, familiares ou amigos com um PT. Por fim, um pequeno grupo (2.1%) integra todas as três modalidades de treino, o que reflete uma abordagem muito flexível e adaptativa às suas necessidades e circunstâncias.

Em suma, as preferências mostram uma clara tendência para o treino solitário, mas também destacam a importância do suporte social e da orientação profissional, com muitas mulheres escolhendo uma combinação dessas opções para otimizar a sua experiência de treino.

#### *Planeamento dos Treinos*

A maioria das mulheres (55.2%) praticantes de TF segue um plano de treino individual, das quais 39.2% utilizam apenas esse método de planeamento, o que indica uma abordagem estruturada e consistente para obtenção de resultados.

Além disso, 27.8% das mulheres confiam exclusivamente no *Personal Trainer* para o planeamento dos treinos. Esta percentagem revela uma procura por orientação especializada, sendo que muitas preferem delegar a responsabilidade a um profissional (Nuzzo, 2023).

Por outro lado, 6.7% das participantes utilizam vídeos de redes sociais como fonte principal de planeamento. Este grupo, ainda que pequeno, reflete a crescente influência das plataformas digitais na orientação de treinos de força. Estudos têm demonstrado que a confiança e a autenticidade dos influenciadores de fitness nas redes sociais têm um impacto significativo nas intenções comportamentais dos seus seguidores em relação às metas de fitness (de Freitas, 2023).

Interessantemente, 8.8% das mulheres combinam o plano de treino com a orientação de um PT, e 6.7% combinam o plano de treino com vídeos de redes sociais. Estas combinações indicam que algumas mulheres preferem uma abordagem mais variada e dinâmica, misturando diferentes fontes para obter mais variedade e, possivelmente, mais motivação nos treinos.

Por fim, 9.3% das mulheres não seguem qualquer tipo de planeamento. Esta percentagem é relevante, pois pode indicar dificuldades em manter consistência ou em encontrar uma

estrutura de treino que as motive. A falta de planeamento pode ser uma barreira à adesão eficaz ao treino de força, refletindo uma necessidade de maior apoio ou orientação para este grupo.

#### *Local de Prática de Treino de Força*

A maioria esmagadora (76.3%) das participantes treina exclusivamente no ginásio, o que sugere que este ambiente é visto como o mais adequado para a prática de musculação, possivelmente devido à disponibilidade de equipamentos especializados, ambiente focado e potencial suporte profissional.

Um número muito menor de mulheres opta por treinar exclusivamente em casa (4.6%) ou ao ar livre (2.1%). Treinar em casa pode oferecer conveniência e privacidade, enquanto o treino ao ar livre pode atrair aquelas que preferem um ambiente mais natural e espaçoso. No entanto, a baixa adesão exclusiva a esses locais indica que a maioria das participantes sente que o ginásio oferece vantagens que superam as de outros ambientes. Isto vai contra os achados de estudos anteriores (Ford et al., 2023; Grogan, 2016; Kanel & Rellinger, 2019) que notaram que algumas mulheres preferiam treinar num ambiente privado por não se sentirem confortáveis num ginásio.

Algumas mulheres combinam, ainda, diferentes locais para o treino o que demonstra uma flexibilidade na escolha do local de treino, adaptando-se a diferentes circunstâncias ou preferências ao longo do tempo.

#### Motivações para a prática de Treino de Força

A melhoria da forma física é a razão mais comum (88.14%) para a prática de treino de força nas mulheres do estudo, seguida da melhoria da saúde em geral (74.23%) e da saúde mental (69.59%). Tal como em alguns estudos (Kilpatrick et al., 2005; Grogan, 2016), embora muitas mulheres pratiquem treino de força pelos benefícios à saúde, a preocupação com a aparência física parece continuar a ser a principal razão que as leva a praticar este tipo de treino.

Outras motivações importantes incluem o ganho de massa muscular (65.98%) e a perda de massa gorda (53.09%), o que corrobora a afirmação anterior (Grogan, 2016). O simples facto de sentir-se bem ao treinar também aparece frequentemente como uma razão para a prática.

Vários estudos têm vindo a mostrar os benefícios do treino de força na gestão do stress (Koplas et al., 2012), na redução da ansiedade (Gammage et al., 2016; Gonçalves et al., 2022) e no tratamento da depressão (Gonçalves et al., 2022). Algumas mulheres mencionaram o treino de força como uma maneira de reduzir ansiedade e depressão (44.84%), o que indica que este

tipo de treino é amplamente visto pelas mulheres, não só como um meio de manter ou melhorar o corpo como também a mente.

Menos comuns, mas ainda relevantes, são motivações como o prazer pela atividade, a reabilitação de lesões e a socialização. Poucas participantes indicaram razões específicas como exigências profissionais (0.52%) ou o desejo de dar exemplo aos filhos (0.52%).

As três principais razões que levam as mulheres ativas a praticar treino de força são consistentes entre diferentes grupos, independentemente da situação conjugal ou de terem filhos menores ou dependentes. Contudo, há variações subtis nas motivações secundárias: Mulheres com companheiro tendem a destacar mais frequentemente o treino de força como uma forma de se sentirem bem (66.67%), enquanto mulheres sem companheiro, independentemente de terem filhos menores ou dependentes, mencionam frequentemente o ganho de massa muscular (67.13%) como uma motivação importante. Para além disso, houve uma diferença estatisticamente significativa, no que diz respeito ao recurso ao treino de força para redução da ansiedade e depressão, entre mulheres com companheiro e mulheres sem companheiro revelando estas últimas uma maior preocupação com este tema. Estas diferenças podem indicar que mulheres sem companheiro podem sentir uma maior necessidade de aliviar a ansiedade e a depressão através do treino, possivelmente como um mecanismo para fortalecer a autoestima e buscar aceitação.; já as mulheres com companheiro, talvez por já não procurarem aceitação e terem outras prioridades (como por exemplo a presença de filhos), vêm o treino de força como uma forma de cuidarem de si próprias e apenas se sentirem bem. De facto, estudos anteriores mostraram que indivíduos em relacionamentos apresentaram maiores médias de autoestima do que aqueles que não tinham nenhum companheiro (McLaughlin, 2015).

#### Barreiras à prática de Treino de Força

As principais barreiras relatadas pelas 46 mulheres que não praticam treino de força incluem a falta de compromisso e motivação.

Razões como a perceção de que não têm idade para praticar e o receio de ficar com o corpo muito musculado foram as menos relevantes. De acordo com os resultados do nosso estudo, faz sentido que a idade não seja um estigma associado à prática de treino de força, uma vez que não existe uma diferença significativa na idade das mulheres que praticam e que não praticam. No entanto, contrariamente ao nosso estudo, pesquisas anteriores como a de Grogan (2016) revelaram que os estereótipos sociais relativamente à forma do corpo da mulher, podem

constituir uma barreira à sua adesão ao treino de força; isto pode significar que, em Portugal, esse estereótipo já não é tão notório.

As diferenças entre os grupos de mulheres, com ou sem companheiro, revelam nuances interessantes em relação às barreiras enfrentadas para a prática de atividade física, além da questão da motivação. A preocupação com o assédio sendo mais destacada entre as mulheres sem companheiro, especialmente quando a idade é considerada, pode refletir uma maior vulnerabilidade percebida entre essas mulheres, como destacado no estudo de Ackerman (2015). Estas podem sentir que a ausência de um companheiro as torna mais expostas a situações de assédio, o que poderia inibir sua participação em atividades físicas, principalmente em ambientes públicos ou mistos, como é o caso dos ginásios. Por outro lado, as mulheres com companheiro demonstraram menos preocupação com o assédio, o que pode estar relacionado a uma sensação de maior proteção ou apoio nas suas atividades, mesmo que não explicitamente. A presença de um companheiro pode criar uma percepção de segurança ou diminuir o risco percebido de assédio, tornando essa barreira menos relevante para essas mulheres. Os estudos realizados por Ackerman (2015) e por Kanel e Rellinger (2019) revelaram que o medo de serem observadas e julgadas por homens na sala de exercício, fazia com que as mulheres preferissem treinar em ambientes privados ou destinados apenas ao sexo feminino, impedito, até, algumas de aderir a esta modalidade.

Quanto à presença de filhos não houve diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às barreiras associadas à prática de treino de força, quando comparando mulheres com e sem filhos menores ou dependentes.

Além disso, mais da metade das mulheres que não praticam treino de força afirmaram que, se superassem essas barreiras, estariam dispostas a começar a treinar, embora uma parte significativa (41.3%) ainda não se mostrasse interessada em iniciar a prática. Isto demonstra a necessidade de se adotarem medidas mais eficazes para a promoção da prática de treino de força.

### Autoestima e Satisfação Corporal

#### *Autoestima*

Os resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg indicam que, em média, as participantes possuem uma autoestima alta, com uma pontuação média de 31.23, variando entre 18 e 40. Este valor encontra-se apenas ligeiramente abaixo do valor obtido (34.2) no estudo de

Zartaloudi et al. (2023) realizado na Grécia a mulheres fisicamente ativas, o que pode indicar níveis de autoestima semelhantes entre as mulheres ativas europeias, porém com algumas oscilações que podem ser causadas por fatores sociais ou culturais.

Nas respostas obtidas, existem nuances importantes: o item “De um modo geral sinto-me uma fracassada” recebeu a maior pontuação, indicando que algumas participantes podem sentir-se inseguras em certos aspetos da vida, enquanto “Deveria ter mais respeito por mim própria” teve a menor pontuação, sugerindo que a maioria das participantes já possui um bom nível de autoconceito.

As mulheres que praticam treino de força apresentam uma autoestima ligeiramente superior em comparação com aquelas que não praticam, mas essa diferença não é significativa quando ajustada para a idade. Isso sugere que, embora o treino de força possa contribuir para uma maior autoestima (Melnick & Mookerjee, 1991), outras modalidades de EF, praticadas pelas mulheres do estudo (praticantes ou não praticantes de TF) podem contribuir também para uma maior autoestima (Pop, 2016; (Frost & Mckelvie, 2005).

#### *Satisfação Corporal*

Os resultados da Escala de Silhuetas indicam que, em média, as participantes percebem o seu corpo atual como mais próximo da silhueta 4, enquanto o corpo desejado se aproxima da silhueta 3, apresentando uma diferença média entre a silhueta atual e a ideal de cerca de 1 silhueta. Isso reflete um desejo por uma imagem corporal mais magra do que a atual, como relatado na grande maioria da literatura. Carter e Vartanian (2022) notaram que os *media* enaltecem corpos mais magros como o padrão ideal, promovendo um maior desejo por parte das mulheres em atingirem essa silhueta. Por outro lado, Donovan e Uhlmann (2022) verificaram que a maioria das mulheres prefere um corpo, não só magro, como também tonificado.

Entre as participantes, 68 mostraram uma satisfação corporal total, com 57 dessas praticantes de treino de força. Mulheres que praticam treino de força percebem seu corpo como mais magro do que aquelas que praticam não praticam, e apresentam uma maior satisfação corporal, embora essas diferenças não sejam estatisticamente significativas quando ajustadas para a idade. Porém, a análise revelou diferenças significativas entre as mulheres que treinam há menos de um ano e as que treinam há um ano ou mais, apresentando, estas últimas, maior satisfação corporal. Velez et al. (2010) e Brazell-Roberts e Thomas (1989) mostraram que um

programa de 12 semanas (4 meses) de treino de força pode promover melhorias a nível do autoconceito de mulheres, o que sugere que com o tempo e com a aquisição de resultados, as mulheres comecem a sentir-se melhor com os seus corpos.

Além disso, há uma correlação moderada e significativa entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a diferença na silhueta percebida. Participantes com IMC mais baixo tendem a ter uma menor discrepância entre a silhueta ideal e a atual, enquanto aquelas com IMC mais alto apresentam discrepâncias maiores ou até negativas. Isto vai de encontro a estudos anteriores que indicaram que uma parte considerável (32%) da insatisfação corporal é determinada pelo IMC, e consequentemente pelo peso e depósitos de gordura (Olchowska-Kotala, 2017; Pop, 2016).

#### *Autoestima e Satisfação Corporal*

Os resultados da análise da autoestima e da satisfação corporal indicam várias nuances importantes sobre a relação entre a percepção da própria imagem e a autoestima entre as mulheres da amostra.

Primeiramente, a correlação negativa fraca, mas significativa entre a autoestima e a satisfação corporal, ajustada para a idade, sugere que uma maior satisfação com a imagem corporal está associada a um aumento na autoestima. Isso implica que quanto mais satisfeitas as mulheres estão com sua aparência física, ligeiramente maior tende a ser a sua autoestima, o que vai de encontro ao presente na literatura: uma imagem corporal positiva está intimamente ligada a uma autoestima mais elevada (Grogan, 2016). Alguns estudos até demonstraram uma relação significativa entre a imagem corporal e a autoestima global, o que levou diversos autores a conceptualizar a imagem corporal das mulheres como um componente essencial da autoestima global (Olchowska-Kotala, 2017).

No entanto, no nosso estudo, a força dessa relação é modesta, indicando que outros fatores além da satisfação corporal também influenciam a autoestima, como por exemplo a idade. O impacto da idade na autoestima foi significativo grupos explicando uma parte considerável da variabilidade observada. Isso sugere que a autoestima pode estar relacionada ao processo de envelhecimento, possivelmente devido a mudanças na percepção pessoal e na aceitação da própria imagem ao longo do tempo. A autoestima tende a aumentar com a idade, sugerindo uma relação positiva entre esses dois aspetos. Embora esta correlação não seja extremamente forte, ela indica que, à medida que as participantes envelhecem, há uma tendência para uma

autoestima mais elevada. Estes achados vão de encontro ao estudo de Bleidorn et al. (2016) que demonstra que a autoestima por norma diminui durante a adolescência, mas que tende a aumentar durante a fase adulta, só voltando a cair na velhice. A nossa amostra inclui apenas mulheres adultas, por isso, faz sentido que a autoestima aumente com a idade no nosso estudo, o que pode ter a ver com o facto de, nesta fase da vida, as mulheres alcançarem maior estabilidade emocional e profissional. Contudo, a idade por si só não explica completamente as variações na autoestima, implicando que outros fatores, como experiências de vida e circunstâncias pessoais, também desempenham um papel significativo.

A comparação entre diferentes grupos de mulheres revela algumas tendências notáveis. Mulheres sem companheiro tendem a ter uma autoestima mais baixa e uma menor satisfação corporal do que aquelas com companheiro, semelhante ao relatado no estudo de Macdonald et al. (1987), onde mulheres casadas apresentaram níveis de autoestima superiores às solteiras, o que pode estar relacionado a diferentes pressões sociais e prioridades pessoais. Mulheres sem companheiro podem sentir-se mais pressionadas a atender a padrões estéticos idealizados, resultando em uma percepção mais crítica de seus corpos, enquanto a ausência de filhos menores ou dependentes pode influenciar a forma como priorizam o autocuidado e a atividade física. Além disso, a presença de um companheiro pode fornecer uma sensação de aceitação e segurança que atenua a insatisfação corporal. Ainda assim, os resultados não são estatisticamente significativos.

Por outro lado, mulheres com filhos menores ou dependentes mostram uma autoestima mais elevada e maior satisfação corporal em comparação com aquelas sem filhos. Isso pode estar relacionado ao senso de realização e propósito associado à maternidade, preocupando-se menos com a aparência, já que suas prioridades podem estar mais voltadas ao bem-estar familiar e às responsabilidades cotidianas.

Em resumo, os resultados destacam que a satisfação com a imagem corporal tem um papel importante na autoestima, mas que a relação é complexa e influenciada por múltiplos fatores, incluindo a idade. A pequena magnitude das diferenças observadas sugere que, embora a satisfação corporal contribua para a autoestima, outras variáveis, como experiências pessoais e contextos sociais, também podem desempenhar papéis cruciais na formação da autoestima.

## 7. Conclusão

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que 4 em cada 5 mulheres fisicamente ativas praticam TF, sendo que 67,8% das praticantes de uma modalidade desportiva incluem esta prática na sua rotina de treinos. Isto não é influenciado por fatores como idade, situação conjugal ou a presença de filhos menores ou dependentes. A maioria das praticantes de TF segue as recomendações da OMS quanto à frequência semanal de treino, sendo que mulheres sem companheiro e sem filhos menores ou dependentes praticam com mais frequência do que aquelas com companheiro e filhos.

A maioria das praticantes de TF prefere treinar no ginásio, especialmente na sala de exercício com máquinas, e muitas vezes sozinhas ou acompanhadas por amigos ou colegas, seguindo um plano de treino estruturado.

As principais motivações para a prática de TF são a melhoria da forma física, seguida da melhoria da saúde geral e da saúde mental. Mulheres sem companheiro demonstram maior preocupação com a aparência física, enquanto as com companheiro valorizam mais o bem-estar. Isso vai de encontro ao facto de mulheres sem companheiro e sem filhos menores apresentam pontuações de autoestima e satisfação corporal ligeiramente inferiores às mulheres com companheiro e com filhos menores/dependentes, sem diferenças estatisticamente significativas.

As principais barreiras ao TF são a falta de compromisso e motivação, sendo que o assédio é uma preocupação maior entre mulheres sem companheiro.

Em termos de autoestima e satisfação corporal, mulheres com maior autoestima tendem a apresentar maior satisfação corporal. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre quem pratica TF e quem não pratica, o que pode ser explicado pelo facto de muitas mulheres iniciarem o TF com o objetivo de melhorar precisamente estas dimensões.

Contudo, a prática de TF está associada a uma perceção mais positiva do corpo, visto que as praticantes se percebem como mais magras em comparação com as que não praticam; para além disso, aquelas que praticam há mais de um ano reportam maior satisfação corporal do que as que praticam há menos tempo.

## 8. Implicações para a Prática

Os resultados deste estudo destacam a necessidade de intervenções personalizadas para aumentar a adesão das mulheres ao treino de força, focando-se em estratégias que considerem as suas motivações e barreiras específicas.

Para superar a falta de motivação e compromisso no treino de força, é essencial desenvolver campanhas informativas e de sensibilização que destaquem os benefícios desta prática na saúde geral, no bem-estar psicológico e na satisfação corporal, ajustadas às diferentes fases da vida das mulheres. Estas campanhas podem ser complementadas por iniciativas que promovam grupos ou aulas coletivas, incentivando um sentido de pertença e suporte mútuo. Paralelamente, plataformas digitais, como aplicativos ou grupos em redes sociais, podem facilitar a conexão entre mulheres que desejam treinar juntas, possibilitando a organização de treinos em grupo, partilha de progressos e mensagens de encorajamento. Além disso, oferecer programas de treino personalizados, que contemplem tanto os aspetos físicos quanto emocionais, como a redução da ansiedade e o aumento da autoconfiança, pode ajudar a criar uma experiência de treino mais significativa e motivadora.

A criação de ambientes inclusivos e seguros também é fundamental para incentivar a adesão. Políticas de tolerância zero ao assédio devem ser implementadas em ginásios, garantindo um espaço acolhedor e confortável. Além disso, podem ser criadas zonas ou horários exclusivos para mulheres, oferecendo maior sensação de segurança durante o treino.

Outro aspeto importante é o apoio personalizado e acessível. A disponibilização de *Personal Trainers* com formação para lidar com barreiras específicas enfrentadas por mulheres pode ser uma estratégia eficaz. Workshops ou sessões introdutórias gratuitas que ensinem técnicas básicas de treino de força podem aumentar a autoconfiança das praticantes. Aulas de treino de força voltadas para o público feminino, que combinem exercícios técnicos com momentos de interação social, são uma solução adicional para tornar o treino mais apelativo e inclusivo.

Para mulheres com filhos menores ou dependentes, é essencial criar soluções que facilitem a integração do treino na rotina. Serviços de apoio, como áreas de recreação para crianças, podem ser disponibilizados em ginásios. Horários de treino adaptados para mães, bem como programas híbridos que combinem treinos presenciais e online, são importantes para garantir maior flexibilidade. Sessões curtas e eficazes podem ser uma opção prática, assim como

programas que integrem a família, como treinos para mães e filhos, incentivando hábitos saudáveis em conjunto.

O treino de força pode também ser promovido como uma ferramenta poderosa para a saúde mental, ajudando a gerir a ansiedade, o stress e outras condições psicológicas, enquanto contribui para o aumento da autoestima. Parcerias com profissionais de saúde mental podem integrar práticas de *mindfulness* ao treino físico, criando uma abordagem mais holística.

## **9. Limitações e Sugestões para Pesquisas Futuras**

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Em primeiro lugar, a maioria da amostra foi composta por mulheres da região do Algarve, com uma grande parte delas provenientes de ginásios. Este fator pode ter influenciado o elevado número de participantes que já praticam treino de força, dificultando a generalização dos resultados para a população feminina ativa em geral. Além disso, a amostra de mulheres que não praticam treino de força foi reduzida, o que limita as conclusões quanto às barreiras enfrentadas por este grupo específico.

Outro ponto a ser destacado é o facto de o questionário ter sido administrado online, o que pode ter dificultado o entendimento de algumas questões pelas participantes, além de ter reduzido a supervisão nas respostas, comprometendo, em certa medida, a validade dos dados obtidos. A falta de controle sobre o ambiente em que os questionários foram respondidos pode também ter contribuído para respostas menos precisas ou atentas.

Por fim, o uso de questionários de autorrelato é, por natureza, suscetível a viés, já que as participantes podem fornecer respostas socialmente desejáveis ou inconsistentes com as suas práticas e perceções reais.

Com base nessas limitações, recomenda-se que estudos futuros procurem amostras mais diversificadas geograficamente e incluam uma maior proporção de mulheres que não praticam treino de força, de forma a aprofundar a compreensão das barreiras enfrentadas por esse grupo. Além disso, a inclusão de métodos mistos, como entrevistas ou observações, pode enriquecer a análise e oferecer uma visão mais completa sobre as motivações e barreiras ao treino de força. Outra sugestão seria a realização de um estudo de intervenção, comparando a autoestima e a satisfação corporal das participantes antes e depois de um programa de treino de força, para avaliar diretamente o impacto dessa prática.

Por fim, destaca-se que há uma escassez de estudos que abordem especificamente a adesão ao treino de força entre mulheres. Esta lacuna reflete a necessidade de mais investigações focadas nessa área, para que se possa construir um corpo de conhecimento mais robusto sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

- Ackerman, B. (2015). *Identification of the practices, preferences, knowledge, attitudes and barriers to strength training participation of young college-aged women* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade da Califórnia. *Theses and Dissertations*, 371.
- Arikawa, A. Y., O'Dougherty, M., & Schmitz, K. H. (2011). Adherence to a strength training intervention in adult women. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(1), 111–118. <https://doi.org/10.1123/jpah.8.1.111>
- Aşçı, F. H. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of Sport and Exercise*, 4(3), 255–264. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(02\)00009-2](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(02)00009-2)
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396–410. <https://doi.org/10.1037/pspp0000078>
- Bompa, T., & Buzzichelli, C. (2019). *Periodization: Theory and methodology of training* (6ª ed.). Human Kinetics. <https://doi.org/10.5040/9781718225435>
- Brazell-Roberts, J. V., & Thomas, L. E. (1989). Effects of weight training frequency on the self-concept of college females. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 3(2), 40.
- Carter, J. J., & Vartanian, L. R. (2022). Self-concept clarity and appearance-based social comparison to idealized bodies. *Body Image*, 40, 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.12.001>
- Collins, H., Booth, J. N., Duncan, A., Fawkner, S., & Niven, A. (2019). The effect of resistance training interventions on «The Self» in youth: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine - Open*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40798-019-0205-0>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Dąbrowska-Galas, M., & Dąbrowska, J. (2021). Physical activity level and self-esteem in middle-aged women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7293. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147293>
- de Freitas, C. M. (2023). *The impact of Instagram fitness influencers on followers' fitness goals* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Federal do Paraná.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2015). Measures of self-esteem. Em G. J. Boyle, D. H. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social*

*psychological constructs* (pp. 131–157). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00006-1>

- Donovan, C. L., & Uhlmann, L. (2022). Looking at me, looking at you: The mediating roles of body surveillance and social comparison in the relationship between fit ideal internalisation and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, *47*, 101678. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101678>
- Fernández-Martínez, A., Haro-González, M., Nuviala, R., Pérez-Ordás, R., & Nuviala, A. (2020). Women and physical activity in fitness centres: Analysis of future intentions and their relationship with age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155289>
- Frost, J., & Mckelvie, S. (2005). The relationship of self-esteem and body satisfaction to exercise activity for male and female elementary school, high school, and university students. *Athletic Insight*, *7*. [https://www.researchgate.net/publication/242522927\\_The\\_Relationship\\_of\\_Self-Esteem\\_and\\_Body\\_Satisfaction\\_to\\_Exercise\\_Activity\\_for\\_Male\\_and\\_Female\\_Elementary\\_School\\_High\\_School\\_and\\_University\\_Students](https://www.researchgate.net/publication/242522927_The_Relationship_of_Self-Esteem_and_Body_Satisfaction_to_Exercise_Activity_for_Male_and_Female_Elementary_School_High_School_and_University_Students)
- Gammage, K. L., Drouin, B., & Lamarche, L. (2016). Comparing a yoga class with a resistance exercise class: Effects on body satisfaction and social physique anxiety in university women. *Journal of Physical Activity and Health*, *13*(2), 214–220. <https://doi.org/10.1123/jpah.2015-0642>
- Gonçalves, M., de Moraes, J. F., Britto, M., Oliveira, L., Oliveira, A. II, & Moreira, S. (2022). Brazilian women who practice resistance training more frequently present lower anxiety and depression scores. *Saúde e Pesquisa*, *15*(2), 1–11. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n2.e10192>
- Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315681528>
- Hass, C. J., Feigenbaum, M. S., & Franklin, B. A. (2001). Prescription of resistance training for healthy populations. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, *31*(14), 953–964. <https://doi.org/10.2165/00007256-200131140-00001>
- Huitt, W. (2009). Autoconceito e autoestima. *Psicologia Educacional Interativa*. Valdosta, GA: Universidade Estadual de Valdosta. Recuperado de <http://www.edpsycinteractive.org/col/regsys/self.html>
- Hurley, K. S., Flippin, K. J., Blom, L. C., Bolin, J. E., Hoover, D. L., & Judge, L. W. (2018). Practices, perceived benefits, and barriers to resistance training among women enrolled in college. *International Journal of Exercise Science*, *11*(5), 226–238.

- Kanel, V., & Rellinger, A. (2019). Females, perceptions, and strength training. *Williams Honors College, Honors Research Projects*, 1007. [https://ideaexchange.uakron.edu/honors\\_research\\_projects/1007](https://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/1007)
- Kilpatrick, M., Hebert, E., & Bartholomew, J. (2005). College students' motivation for physical activity: Differentiating men's and women's motives for sport participation and exercise. *Journal of American College Health*, 54(2), 87–94. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.2.87-94>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Koplas, P. A., Shilling, A. E., & Harper, M. S. (2012). Reduction in perceived stress in healthy women older than 30 years following a 24-week resistance training program: A pilot study. *The Journal of Women's & Pelvic Health Physical Therapy*, 36(2), 90. <https://doi.org/10.1097/JWH.0b013e3182615d1f>
- Kraemer, W. J., & Ratamess, N. A. (2004). Fundamentals of resistance training: Progression and exercise prescription. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36(4), 674–688. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000121945.36635.61>
- Lombardo, C., Cerolini, S., Esposito, R. M., & Lucidi, F. (2022). Psychometric properties of a Silhouette Rating Scale assessing current and ideal body size and body dissatisfaction in adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(3), 1089–1097. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01258-6>
- Macdonald, N. E., Ebert, P. D., & Mason, S. E. (1987). Marital status and age as related to masculine and feminine personality dimensions and self-esteem. *The Journal of Social Psychology*, 127(3), 289–298. <https://doi.org/10.1080/00224545.1987.9713694>
- McArthur, D., Dumas, A., Woodend, K., Beach, S., & Stacey, D. (2014). Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: A qualitative study to inform clinical practice. *BMC Women's Health*, 14, 49. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-49>
- McLaughlin, N. (2015). An analysis of the effect of relationship status on self-esteem and academic performance. *Semanticscholar*. <https://www.semanticscholar.org/paper/An-Analysis-of-the-Effect-of-Relationship-Status-on-McLaughlin/3c2ee8191d5bc74d19cd7385de9c00a05eee0fc2>
- Melnick, M. J., & Mookerjee, S. (1991). Effects of advanced weight training on body-cathexis and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 72(3\_suppl), 1335–1345. <https://doi.org/10.2466/pms.1991.72.3c.1335>
- Miller, R., & Brown, W. (2004). Steps and sitting in a working population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(4), 219–224. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1104\\_5](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1104_5)

- Nuzzo, J. L. (2023). Narrative review of sex differences in muscle strength, endurance, activation, size, fiber type, and strength training participation rates, preferences, motivations, injuries, and neuromuscular adaptations. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 37(2), 494. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000004329>
- O'Dougherty, M., Dallman, A., Turcotte, L., Patterson, J., Napolitano, M. A., & Schmitz, K. H. (2008). Barriers and motivators for strength training among women of color and Caucasian women. *Women & Health*, 47(2), 41–62. <https://doi.org/10.1080/03630240802092241>
- Olchowska-Kotala, A. (2017). Body esteem and self-esteem in middle-aged women. *Journal of Women & Aging*, 30(5), 417–427. <https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1313012>
- Ossip-Klein, D. J., Doyne, E. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B., & Neimeyer, R. A. (1989). Effects of running or weight lifting on self-concept in clinically depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 158–161. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.1.158>
- Palenzuela-Luis, N., Duarte-Clíments, G., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Gómez, J. Á., & Sánchez-Gómez, M. B. (2022). International comparison of self-concept, self-perception and lifestyle in adolescents: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 67, 1604954. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604954>
- Pechorro, P., Maroco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes portuguesas em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, 174–179.
- Pop, C. (2016). Self-esteem and body image perception in a sample of university students. *Eurasian Journal of Educational Research*, 16, 31–44. <https://doi.org/10.14689/ejer.2016.64.2>
- Pruis, T. A., & Janowsky, J. S. (2010). Assessment of body image in younger and older women. *The Journal of General Psychology: Experimental, Psychological, and Comparative Psychology*, 137(3), 225–238. <https://doi.org/10.1080/00221309.2010.484446>
- Puciato, D., & Rozpara, M. (2021). Physical activity and socio-economic status of single and married urban adults: A cross-sectional study. *PeerJ*, 9. <https://doi.org/10.7717/peerj.12466>
- Rocha, D. N. (2011). Estudo exploratório condizente com a validação da versão brasileira do physical self perception profile – PsPPb (versão para adultos).
- Rohloff, Alexandra, "Women and Weight Training" (2013). *Sport Management Undergraduate*, 71. [https://fisherpub.sjf.edu/sport\\_undergrad/71](https://fisherpub.sjf.edu/sport_undergrad/71)

- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rudd, N. A., & Lennon, S. J. (2000). Body image and appearance-management behaviors in college women. *Clothing & Textiles Research Journal*, 18(3), 152–162. <https://doi.org/10.1177/0887302X0001800304>
- Schweltnus, M. P. (Ed.). (2008). *Olympic textbook of medicine in sport* (1.a ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781444300635>
- Smith, D. J. (2003). A framework for understanding the training process leading to elite performance. *Sports Medicine*, 33(15), 1103–1126. <https://doi.org/10.2165/00007256-200333150-00003>
- Stone, M. H., Collins, D., Plisk, S., Haff, G., & Stone, M. E. (2000). Training principles: Evaluation of modes and methods of resistance training. *Strength and Conditioning Journal*, 22(3), 65–76.
- Stricker, P. R., Faigenbaum, A. D., McCambridge, T. M., LaBella, C. R., Brooks, M. A., Canty, G., Diamond, A. B., Hennrikus, W., Logan, K., Moffatt, K., Nemeth, B. A., Pengel, K. B., & Peterson, A. R. (2020). Resistance training for children and adolescents. *Pediatrics*, 145(6), e20201011. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1011>
- Sun, H., Vamos, C. A., Flory, S. S. B., DeBate, R., Thompson, E. L., & Bleck, J. (2017). Correlates of long-term physical activity adherence in women. *Journal of Sport and Health Science*, 6(4), 434–442. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.01.009>
- Surakka, J., Alanen, E., Aunola, S., Karppi, S.-L., & Lehto, P. (2004). Adherence to a power-type strength training programme in sedentary, middle-aged men and women. *Advances in Physiotherapy*, 6(3), 99–109. <https://doi.org/10.1080/14038190310017138>
- Tobin, N. (2022). The 10 best exercises for women. *Shape*. <https://www.shape.com/fitness/workouts/10-best-exercises-women>
- Velez, A., Golem, D. L., & Arent, S. M. (2010). The impact of a 12-week resistance training program on strength, body composition, and self-concept of Hispanic adolescents. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 24(4), 1065. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3181cc230a>
- Walker, T. (2021). Tanni Grey-Thompson: Lockdown hitting women’s health and widening gender gap. *Health Club Management*. <http://www.healthclubmanagement.co.uk/health-club-management-news/Lockdown-hitting-women-health-and-widening-gender-gap-in-physical-activity-levels-fitness-gym-tanni-grey-thompson/347177>

White, J., Ransdell, L., Vener, J., & Flohr, J. (2005). Factors related to physical activity adherence in women: Review and suggestions for future research. *Women & Health, 41*, 123–148. [https://doi.org/10.1300/J013v41n04\\_07](https://doi.org/10.1300/J013v41n04_07)

Zartaloudi, A., Christopoulos, D., Kelesi, M., Govina, O., Mantzorou, M., Adamakidou, T., Karvouni, L., Koutelekos, I., Evangelou, E., Fasoi, G., & Vlachou, E. (2023). Body image, social physique anxiety levels and self-esteem among adults participating in physical activity programs. *Diseases, 11*(2), 66. <https://doi.org/10.3390/diseases11020066>

## ANEXOS

### Anexo 1. Declaração de Consentimento Informado para as Participantes do Questionário

Eu, Jéssica de Melo, aluna do Mestrado em Exercício e Saúde, na Universidade de \* Évora, estou a desenvolver, no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, um estudo sobre a adesão da população feminina ao treino de força e impacto na autoestima. **É condição obrigatória para a participação ser uma pessoa fisicamente ativa (praticando ou não treino de força)**. O procedimento de recolha de informação, neste estudo, consiste na resposta ao questionário seguinte, que foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (nº 11/2017). É-

lhe pedido que responda com a maior honestidade possível. A sua participação neste estudo será de 10 minutos, aproximadamente. **Toda a informação fornecida é confidencial e anónima**. Os dados serão apenas utilizados no âmbito desta investigação, não estando de modo algum o seu nome associado a nenhuma outra parte do processo. A sua participação é voluntária, podendo, a qualquer momento, recusar participar, desistir e invalidar que os seus dados sejam utilizados. Se desejar obter outros esclarecimentos acerca da investigação, pode contactar-me através do e-mail m53426@alunos.uevora.pt. Declara, ainda, que aceita participar de livre vontade e que autoriza a utilização dos dados no âmbito deste estudo.

Aceito

**Anexo 2.** Questionário Sociodemográfico e de Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força

**Adesão da População Feminina Ativa ao Treino de Força:  
Motivações, Barreiras e Papel na Autoestima e  
Satisfação Corporal**

Data de Nascimento \*

Data

dd/mm/aaaa 

Estado Civil \*

- Solteira
- Casada
- União de Facto
- Divorciada
- Viúva

Tem filhos menores ou dependentes? \*

- Sim
- Não

Peso (kg) \*

A sua resposta \_\_\_\_\_

Altura (m) \*

A sua resposta \_\_\_\_\_

Situação Profissional \*

- A trabalhar
- Desempregada
- Estudante
- Reformada
- Outra: \_\_\_\_\_

Distrito \*

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- R. A. Açores
- R. A. Madeira
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Outra: \_\_\_\_\_

## Atividade Física

Em média, quantas horas (h) por dia passa sentada? \*

- Menos de 5h
- $\geq 5h$  e  $< 10h$
- $\geq 10h$  e  $< 15h$
- $\geq 15$  e  $< 20h$
- $\geq 20h$

Na última semana, em média, quantos passos diários fez por dia? \*

Nota: Estes dados podem ser consultados no seu smartphone ou smartwatch.

- Menos do que 5.000
- $\geq 5.000$  e  $< 8.000$
- $\geq 8.000$  e  $< 10.000$
- $\geq 10.000$
- Não sei

Pratica algum Desporto? \*

Nota: Entende-se por Desporto, uma modalidade desportiva, **não sendo consideradas as atividades de ginásio e treino de força**

(Exemplos de desportos: dança, ginástica, yoga, pilates, corrida)

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência semanal pratica esse mesmo desporto?

- 1 a 2 vezes
- 3 a 4 vezes
- 5 ou mais vezes

Em média, quantos minutos por semana dedica ao exercício físico (desporto + atividades de ginásio)? \*

- Menos de 30 minutos
- $\geq 30$  min e  $< 60$  min
- $\geq 60$  min e  $< 90$  min
- $\geq 90$  min e  $< 150$  min
- $\geq 150$  min

**Atualmente, pratica Treino de Força ?** \*

Nota: Por treino de força entende-se musculação, isto é, treino com cargas resistidas, com recurso a máquinas, pesos livres, elásticos, resistência manual ou peso corporal, com o intuito de aumentar a massa muscular, a força e/ou a resistência muscular.

- Sim
- Não

### Treino de Força

Que tipo de treino de força pratica? \*

- Musculação na Sala de Exercício (máquinas e pesos livres)
- Aulas de Grupo com Carga
- Crossfit
- Treino com o Peso do Corpo
- Pesos Livres, elásticos, bolas medicinais, etc.
- Calistenia
- Outra: \_\_\_\_\_

Quantas vezes por semana pratica Treino de Força? \*

- 1 a 2 vezes
- 3 a 4 vezes
- 5 ou mais vezes

Há quanto tempo pratica treino de força? \*

- $\geq 3$  meses e  $< 6$  meses
- Há menos de 3 meses
- $\geq 1$  ano
- $\geq 6$  meses e  $< 1$  ano

Escolha a opção ou as opções que mais se adequam a si: \*

Treino...

- sozinha
- acompanhada (colegas / familiares / amigos)
- com Personal Trainer

Como é feito o planeamento dos treinos? \*

- Plano de Treino
- Vídeos do Youtube / Instagram / Etc.
- É responsabilidade do PT
- Não é feito planeamento

Onde pratica treino de força? \*

- Ginásio
- Casa
- Outdoor
- Outra: \_\_\_\_\_

Quais as razões que a levam a praticar treino de força? \*

- Para melhorar a minha forma física
- Para perder massa gorda
- Para ganhar massa muscular
- Para melhorar a minha saúde
- Para socializar
- Porque gosto
- Porque me faz sentir bem
- Para melhorar a minha saúde mental
- Para reduzir a ansiedade / depressão
- Para reabilitar alguma lesão
- Outra: \_\_\_\_\_

## Impedimentos ao Treino de Força

Qual ou quais as barreiras que a impedem de realizar treino de força? \*

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Neutro	Concordo um pouco	Concordo totalmente
Não tenho capacidades financeiras	<input type="radio"/>				
Não tenho motivação	<input type="radio"/>				
Não tenho companhia	<input type="radio"/>				
Não vejo necessidade	<input type="radio"/>				
Não sei treinar	<input type="radio"/>				
O ginásio fica longe de casa/trabalho	<input type="radio"/>				
Tenho receio de ser julgada	<input type="radio"/>				
Tenho receio de ser observada/assediada	<input type="radio"/>				
Tenho receio de ficar com o corpo muito musculado	<input type="radio"/>				
Possuo pouca informação acerca dos benefícios do treino de força	<input type="radio"/>				
Sinto desconforto ou dor quando faço treino de força	<input type="radio"/>				

Acho que não  
tenho idade  
para fazer  
treino de força

Falta de  
compromisso /  
disciplina

Não consigo  
definir  
objetivos  
realistas

Não consigo  
descansar e  
dormir bem

Tive  
experiências  
anteriores  
negativas

Excluindo as razões mencionadas anteriormente, gostaria de começar a praticar \*  
treino de força?

Sim

Não